

4 Konfliktfälle am Lebensende

Zwei Konfliktfälle am Lebensende sind medizinethisch sehr brisant, die Frage der postmortalen Organgabe und die Sterbehilfe, die zugleich auch zu dem Thema der Behandlungsbeziehung überleitet.

4.1 Die postmortale Organgabe

Jährlich sterben in Deutschland über 1000 Menschen, deren Leben durch eine Organspende potenziell hätte gerettet werden können. Bei weiterer Betrachtung der Statistiken hat unser Land ein deutlich schlechteres Aufkommen an Spenderorganen als viele Länder Europas und der westlichen Welt. Zur Lösung dieses Problems sind in jüngster Zeit bereits Gesetze, beispielsweise zur logistischen Verbesserung der Organspende für die Krankenhäuser, in Kraft gesetzt worden. Als weitere Initiative schlug im September 2018 Gesundheitsminister Spahn vor, auch in Deutschland die Widerspruchsregelung bei der Organspende nach Feststellung des Hirntods einzuführen. Am 5. April 2019 titelte dann die FAZ Woche hierzu: »Spahn will Dein Organ. Soll wirklich jeder Spender werden?« Letztendlich wurde die Widerspruchsregelung im Januar 2020 im Parlament abgelehnt, weil es den Gegnern der Regelung gelungen war, den Eindruck zu vermitteln, als wäre die Widerspruchsregelung faktisch eine Enteignung des eigenen Körpers. Die Covid-19-Regelungen zeigen jedoch, wie weit in Grundrechte Lebender eingegriffen werden kann, ohne dass überhaupt ein Widerspruch möglich ist. Ganze Berufszweige waren faktisch über Monate von einer Art Berufsverbot betroffen. Menschen in Altersheimen und betreuten Wohneinrichtungen durften lange Zeit nicht mehr besucht werden.¹ Selbst Familienfeiern waren über Wochen praktisch nicht mehr möglich. Dies sind nur drei der vielen einschneidenden Einschränkungen und Zumutungen.

¹ Vgl. zu der verfassungsrechtlichen Problematik dieser Maßnahme Hufen (2020a).

4.1.1 Aufriss der Problematik

Mehrere beispielhafte Situationen können die Problematik dieser Organknappheit und ihrer Gründe aufzeigen. So warten Patienten nach einem sehr schweren Herzinfarkt auf eine Herztransplantation. Immer wieder wird auf Intensivstationen bei Menschen der Hirntod festgestellt, die weder einer Transplantation widersprochen noch zugestimmt haben. In diesem Fall werden gemäß der in Deutschland gültigen erweiterten Zustimmungsregelung die Angehörigen zu Rate gezogen. In einigen Fällen verweigern die Angehörigen die Einwilligung, in anderen Fällen sind die Angehörigen nicht sofort antreffbar, sodass trotz Feststellung des Hirntods keine Explantation des Herzens aufgrund der gesetzlichen Vorschriften in Ländern mit geltender Einwilligungsregelung möglich ist. Dies bedeutet für manche Patienten, die hätten gerettet werden können, dass sie versterben.

Zu dieser Problematik der Einwilligungsregelung in vielen Ländern kommt ein weiteres ethisches Problem, nämlich der Umgang mit großhirntoten oder anenzephalen Kleinkindern. Dafür gibt es ein Beispiel aus dem Royal Children's Hospital in Melbourne 1991.² Dort lagen zeitgleich ein Kind, dessen Großhirn durch einen katastrophalen Kollaps abgestorben war, und ein Kind, dessen Herz nicht mehr funktionierte, das aber ansonsten »gesund« war. Beide Kinder hatten dieselbe Blutgruppe. Die Eltern des teilhirntoten Kindes waren zu einer Transplantation bereit, doch verbot australisches Recht dies, weil das teilhirntote Kind eben nicht als tot, sondern als sterbend verstanden wurde. Folglich verstarben beide Kinder binnen kurzer Zeit und waren dann auch nach den Buchstaben des Gesetzes tot.

Ebenfalls ethisch kontrovers ist ein Beispiel aus den USA. Drei Kindern werden Herzen von drei zuvor schwerstkranken Kindern transplantiert, die zuvor für herztot erklärt worden waren. Die Herausgeber des *New England Journal of Medicine* kommentieren den Vorgang mit den Worten: »Eine Folgerung ist klar. Drei Babys leben jetzt. Wenn diese Transplantationen nicht durchgeführt worden wären, ist es praktisch sicher, dass alle sechs Kinder tot sein würden.«³ Doch sind diese Kinder, denen die Herzen explantiert wurden, wirklich tot gewesen? Der Ethiker Veatch stellte in derselben Ausgabe des

² Vgl. die Darstellung in Singer (1998).

³ Boucek et al. (2008).

New England Journal of Medicine den terminologischen Widerspruch heraus, wenn er schreibt:

»Man mag es letztlich für akzeptabel halten, entweder die Regel der postmortalen Spende oder die Hirntoddefinition zu verändern. Aber ob es zu diesen Gesetzesänderungen kommt oder nicht, jedes erfolgreich transplantierte Herz kann nicht von einer Person kommen, die aufgrund eines irreversiblen Herzstillstands für tot erklärt wurde.«⁴

Die Kinder können jedenfalls keinen irreversiblen Herzstillstand gehabt haben.

Ebenfalls ethisch kontrovers ist es, dass weltweit Menschen, die ein Organ benötigen, in ihrer Verzweiflung höchst umstrittene Auswege suchen. Bekannt geworden ist der Fall von Organtransplantationen in China, bei denen der Zeitpunkt der Hinrichtung in manchen Fällen auf die entsprechenden Organsuchenden abgestimmt wurde, die bereits vor Ort in speziellen »Transplantationskrankenhäusern« auf die Organe warteten. Im Mai 2005 forderte die World Medical Association bei ihrem 173. WMA-Treffen in Divonne-les-Bains in Frankreich, dass China sofort die Praxis einzustellen habe, Organe von Hingerichteten zu verwenden. Noch 2018 demonstrierten Mitglieder der in China verfolgten Falun Gong in Berlin vor dem Gebäude, in dem die Deutsche Transplantationsgesellschaft ihre damalige Sitzung abhielt, gegen eine derartige chinesische Praxis. Wenn in hinreichender Zahl Organe durch eine postmortale Organgabe zur Verfügung stünden, gäbe es kaum mehr Anreize zu einer derartigen Praxis.

Vier ethisch bedeutsame Fragestellungen bestimmen daher vornehmlich die Diskussion um die postmortale Organgabe: die Festlegung des Todeszeitpunkts, die Form der Einwilligung und die Verteilungskriterien für knappe Organe. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht die Alternative der Lebendspende zumindest für paarig angelegte Organe das Problem mildern könnte. Es soll deshalb diese Alternative im Folgenden ebenfalls diskutiert werden.

⁴ Veatch (2008).

4.1.2 *Das Problem der Todesbestimmung*

Das Problem der Todesbestimmung war bereits im dritten Kapitel ausführlich thematisiert worden. Als Ergebnis war für alle drei behandelten Anthropologien festgehalten worden, dass der Ganzhirntod als Tod des Menschen einer inneren Enthauptung entspricht und deshalb trotz gegenteiliger Meinungen der Tod des Menschen als »Ich« und damit als menschlicher Existenz ist. Gegner des Ganzhirntodkriteriums verwechseln schlicht einzelne Merkmale von Leben mit dem Leben menschlicher Existenz. So stirbt menschliches Leben (nicht das menschliche Lebewesen) beispielsweise in Form von Samen- oder anderen Körperzellen erst nach Feststellung des Todes als Folge eines irreversiblen Herz- und Kreislaufversagens verbunden mit der Totenstarre und somit oftmals erst nach einer Erdbestattung ab. Es verwundert darum nicht, dass es einen weltweiten Konsens auf Gesetzesebene gibt, die Organentnahme bei Hirntoten als Organentnahme bei Toten anzuerkennen.

Deutlich umstrittener ist das Teilhirntod- und das Herztodkriterium.⁵ Wie oben angemerkt, leidet das Teilhirntodkriterium an diagnostischer Unsicherheit. Dennoch könnte die Anenzephalie im Rahmen einer Integrativen Medizinethik als Todeskriterium anerkannt werden, obwohl dies unserer menschlichen Intuition widerspricht, da wir ein anenzephales Kind als lebendig erleben. Faktisch jedoch ist dieses Kind ohne »Ich« und in diesem Sinn keine menschliche Person, sondern ein Organismus mit einem menschlichen Genom.

Das Herztodkriterium leidet unter der Problematik, dass umstritten ist, wann das Gehirn nach Eintreten des Herztods vollständig erloschen ist, zumindest aber der Teil des Gehirns irreversibel erloschen ist, der die notwendige Bedingung für Bewusstseinsvollzüge und damit für das menschliche »Ich« ist. Die meisten Staaten, die das Herztodkriterium akzeptieren, halten eine Zeitspanne von zehn, manche auch von fünf Minuten für hinreichend. Doch ist eine letzte Klarheit bis heute nicht gegeben, weshalb Vorsicht in dieser Frage verständlich ist. Allerdings lässt sich ethisch das Herztodkriterium rechtfertigen, wenn hinreichend Zeit vergangen ist, sodass das »Ich« erloschen ist, und die Einwilligung der Organspender vorliegt.

⁵ Vgl. Ave et al. (2016) und Veatch (2008).

4.1.3 Form der Einwilligung

Umstritten ist auch, in welcher Form die postmortale Organentnahme eine Einwilligung der Spenderin oder des Spenders voraussetzt. Unproblematisch ist die Einwilligung mittels eines Organspendeausweises, die interessanterweise auch kaum von Gegnerinnen oder Gegnern des Ganzhirntods bestritten wird, obwohl dann das Problem aktiver Sterbehilfe aus altruistischen Gründen, nämlich zum Zweck einer Organtransplantation zur Rettung des Lebens anderer Menschen, auftritt. Bei der *erweiterten Einwilligungslösung* werden bei Verstorbenen ohne Organspendeausweis die Angehörigen oder Nahestehenden nach dessen mutmaßlichen Willen befragt. Auch diese Praxis findet normalerweise allgemeine Zustimmung. Bei der umstrittenen *Widerspruchsregelung* werden Organe dagegen entnommen, sofern Verstorbene dem nicht zu Lebzeiten widersprochen haben. In der Praxis wird normalerweise auf eine Organentnahme auch verzichtet, wenn die Angehörigen die Organentnahme ablehnen (doppelte oder erweiterte Widerspruchsregelung). Dennoch ist diese Regelung in Deutschland 2020 im Gesetzgebungsverfahren gescheitert.

Befürworterinnen und Befürworter der Widerspruchsregelung gehen von der wesentlichen Prämisse aus, dass diese Regelung zu einer größeren Anzahl verfügbarer Organe führen und damit Menschenleben retten würde. Nur mit dieser Prämisse ist für eine derartige Regelung das Kriterium der Zumutbarkeit erfüllt. Hierzu lässt sich sagen:⁶ In Deutschland wurde im Jahr 2018 in 498 Fällen vor einer Hirntoddiagnostik die Zustimmung zur Organspende verweigert. In 340 Fällen wurde eine Spende nach erfolgter Hirntoddiagnostik abgelehnt. Bei insgesamt 955 postmortalen Spendern bedeutet dies, dass daneben 838 potenzielle Spender meist durch Ablehnung, in manchen Fällen trotz Einwilligung aufgrund medizinischer Kontraindikationen verloren gingen. In allen Staaten mit einer Widerspruchsregelung gibt es deutlich mehr realisierte Organspenden. Gerade das Deutschland geographisch und kulturell so nahestehende Österreich zeigt dies (mit 24,5 Spenden pro eine Million Einwohner mehr als doppelt so viele Spenden wie Deutschland mit 11,5 pro eine Million im Jahr 2018). Es gibt also mehr als deutliche Anhaltspunkte,

⁶ Vgl. zu den Zahlen die entsprechenden Seiten auf: <https://www.dso.de>, zuletzt eingesehen: 26.08.2020.

dass eine Widerspruchsregelung die Zahl der Organspenden anheben würde.

Ein weiterer positiver Aspekt einer Widerspruchsregelung ist die emotionale Entlastung der Angehörigen. Die Ausgangssituation wäre dann nämlich, dass die Organspende die »normale« Vorgehensweise wäre, außer die verstorbene Person oder die Angehörigen an ihrer statt hätten Widerspruch eingelegt. Die Angehörigen können so zusätzlich ihre eigenen Vorstellungen ergründen, jedoch mit größerer Gewissheit, dem Willen des Verstorbenen nicht zuwiderzuhandeln. Im Falle einer erweiterten Einwilligung dagegen fühlen sich die Angehörigen oft mit großer Verantwortung konfrontiert, wenn über die Wünsche und Vorstellungen hinsichtlich der Organspende nie gesprochen wurde und sie allein die Entscheidung treffen müssen, ohne den genauen Willen des Verstorbenen zu kennen. Die Drucksituation ist in den meisten Fällen größer, weil sich die Angehörigen verantwortlicher fühlen.

Auch für Ärzte erleichtert eine Widerspruchsregelung die schwierige Situation des Angehörigengesprächs. Sie sind dann nicht Bittsteller, die in einer solch schweren Situation auch noch möglichst schnell auf eine Entscheidung zur Organspende drängen müssen. Die Zustimmungszahlen in den Angehörigengesprächen belegen den Erfolg: Spanien verzeichnet die niedrigste Rate an Ablehnungen in den Angehörigengesprächen, die dort nämlich trotz der geltenden Widerspruchsregel durchgeführt werden.⁷

Einer solchen Position würde nicht entgegenstehen, dass in Deutschland das Transplantationsgesetz von der Würde des Leichnams spricht. Dass hier der Begriff »Würde« nicht die Menschenwürde im strengen Sinn bezeichnen kann, sondern die mit der Würde verbundenen postmortalen Persönlichkeitsrechte, sollte allein schon begrifflich klar sein. Ein Toter kann kein Subjekt und kein Gleicher mehr sein, was die zentralen Bestimmungen der Menschenwürde ausmachen. »Würde des Leichnams« bezeichnet eine relative Würde, den Nachhall der absoluten Menschenwürde. Das ist gemeint, wenn das Bundesverfassungsgericht in seinem »Mephisto-Urteil« davon spricht, dass die Menschenwürde nicht mit dem Tod endet. Ein einfaches Beispiel kann dies verdeutlichen. Wenn zwei Boote auf dem Meer in Seenot geraten und in dem einen Boot ein lebender Mensch ist, im anderen ein goldener Sarg mit einem Ver-

⁷ Vgl. Rodríguez-Arias et al. (2010).

storbenen, dann gebietet das Prinzip der Menschenwürde immer und ohne Ausnahme den Lebenden zu retten. Es besteht also ein kategorialer Unterschied zwischen der Würde der Lebenden im strengen Sinn von Menschenwürde und der Würde der Toten als einer kontingenten sozialen Würde. Gerade die katholische Kirche, die aufgrund ihres Glaubens an die Auferweckung des ganzen Menschen lange Zeit die Anatomie verbot, hat andererseits einen anderen Umgang mit Leichenteilen für unproblematisch angesehen. Auch die katholische Tradition, Reliquien, also Körperteile verstorbener Heiliger in Altäre einzufügen und mit den Gebeinen Verstorbener Kirchen auszugestalten, beweist, dass Leichenteile dann verwendet werden dürfen, wenn sie sinnvollen Zielen dienen. Wer beispielsweise in Rom nahe der Piazza Barberini eine Kapuzinergruft besucht, stellt fest, dass diese Krypta komplett mit Knochen einschließlich der Schädel verstorbener Mönche ausgestaltet ist. Damit soll an die Vergänglichkeit menschlichen Lebens auf Erden erinnert werden.

Doch muss man diese katholische Tradition nicht teilen und kann fragen, ob eine Organentnahme nicht als unzulässige Instrumentalisierung eines Leichnams und so als Verletzung seiner Würde verstanden werden sollte, weil hier die Selbstbestimmungsrechte der verstorbenen Person über den Tod hinaus missachtet und der Leichnam der Betroffenen quasi vollständig instrumentalisiert und so als reines Mittel und nicht mehr als Zweck an sich angesehen wird.

Jedoch stellt auch nach kantischem Verständnis und nach deutschem Recht nur die vollständige Instrumentalisierung Lebender eine Verletzung ihrer Menschenwürde dar. Nur bei Lebenden ist eine solche Instrumentalisierung verboten. Ein Beleg hierfür ist die staatsanwaltlich angeordnete Obduktion, bei der eine Instrumentalisierung des Leichnams selbst gegen den Willen des Betroffenen zulässig ist. Dieser Anordnung Folge zu leisten ist *wirklich* eine *Pflicht*, denn hier wird kein Widerspruch geduldet.

Vor diesem Hintergrund könnte man sogar eine Pflicht zur Organgabe nach dem Tod einfordern, wenn man folgende Annahmen teilt:

1. Der Hirntod ist ein hinreichendes Todeskriterium.
2. Nur Lebenden kommt Menschenwürde im vollen Wortsinn zu.
3. Tote haben keine Menschenwürde, auch wenn ihr Körper nicht einfach nur Gegenstand ist, sondern einen Verweisungscharakter auf die einst lebende Person hat.

4. Das Leben von Patienten, die ein Organ benötigen, ist in hohem Maß gefährdet.
Zwischenkonklusion: Es ist *legitim*, Organe bei Toten zu entnehmen, wenn dadurch Menschenleben gerettet werden können.
5. Die Rettung bedrohten menschlichen Lebens ist mindestens so wichtig wie die Aufklärung von Verbrechen.
6. Die Autopsie einer Leiche ist bei jedem Verdacht auf ein Verbrechen zulässig, auch gegen den ausdrücklichen Willen der Betroffenen.
7. Es besteht die Pflicht, Organe bei Toten zu entnehmen, wenn dadurch Menschenleben gerettet werden können.

Allerdings lehnten bereits sieben der 25 Mitglieder des Deutschen Ethikrats in ihrer Stellungnahme von 2015 die für diesen Syllogismus fundamentale erste Prämisse ab. Wenn aber Hirntote noch nicht verstorben wären, dann käme ihnen Menschenwürde im vollen Sinn zu und damit verbunden das elementare Recht auf den eigenen Körper. Aus dem Grund, dass das Hirntodkriterium trotz seiner großen Plausibilität gesellschaftlich nicht allgemein geteilt wird, lässt sich darum eine Pflicht zur Organgabe nach dem Tod nicht rechtfertigen. Unser Todesverständnis ist zu sehr durch unterschiedliche weltanschauliche und religiöse Sichtweisen mitbestimmt, als dass sich eine Organgabe nach Feststellung des Hirntods für alle verpflichtend machen ließe. So ist beispielsweise in islamisch geprägten Gesellschaften die Bestattung eines möglichst »intakten« Körpers von großer Wichtigkeit. Aufgrund des Organmangels hat deshalb der Iran sogar eine staatlich organisierte kommerzialisierte Nierenlebenspende eingerichtet. Es ist im Iran weniger anstößig, zu Lebzeiten seine Niere zu verkaufen, als sich Nieren nach dem Tod entnehmen zu lassen. Die muslimischen Rechtsschulen sind sich in der Bewertung nicht einig. Während einige die Organspende nach Feststellung des Hirntods ablehnen, empfehlen andere den Gläubigen die Organspende.

Wenn also eine Pflicht zur Organgabe nach Feststellung des Ganzhirntod nicht gefordert werden kann, stellt eine Widerspruchsregelung einen guten Kompromiss dar. Sie kann auf folgende Weise gerechtfertigt werden.

1. Der Hirntod ist nach herrschender Ansicht aller großen Ärzteorganisationen ein hinreichendes Todeskriterium.

2. Das Leben von Patienten, die ein Organ benötigen, ist in hohem Maß gefährdet.
3. Wer einer Organentnahme nicht widersprochen hat, von dem darf Solidarität⁸ mit denjenigen angenommen werden, deren Leben durch seine Organe gerettet werden könnten, zumal die Alternative hierzu darin besteht, dass die Organe zersetzt werden oder im Feuer verbrennen.
4. Also ist es zumutbar, von denjenigen, die eine Organentnahme (aus welchen Gründen auch immer) ablehnen, einen expliziten Widerspruch gegen die Organentnahme zu verlangen.

Eine solche Widerspruchsregelung ist einer Entscheidungslösung aus mehreren Gründen vorzuziehen. Für nicht wenige Menschen ist es nämlich eine größere Zumutung, sich mit dem eigenen Tod beschäftigen zu müssen. Eine Widerspruchsregelung ist in diesem Sinn humaner. Sie verlangt vom Einzelnen nicht, im Blick auf seinen Tod Verfügungen abzugeben. So wie der Einzelne nicht gezwungen wird, ein Testament zu verfassen, so sollte er auch nicht gezwungen und gedrängt werden, sich im Blick auf die Organtransplantation entscheiden zu müssen. Vielmehr ist es eine zutiefst menschliche Annahme, dass jemand, der sich nicht geäußert hat, solidarisch mit denjenigen ist, deren Leben bedroht ist. Dies gilt umso mehr, je klarer es vor dem Hintergrund einer Widerspruchsregelung wäre, dass eine Ablehnung der postmortalen Organspende nicht nur legitim ist, sondern ohne Nachteile für die Ablehnenden vollzogen werden kann.

Christen, die in der Bundesrepublik Deutschland immer noch die Mehrheit der Bevölkerung ausmachen, haben einen weiteren guten Grund, ihre Organe zu spenden, denn in der Nachfolge Jesu, der sein Leben nach christlichem Verständnis hingegeben hat, um die Menschheit zu erlösen, muss die Organspende eigentlich als ein selbstverständliches Zeichen von Nächstenliebe verstanden werden.

Man sollte darum davon ausgehen können, dass diejenigen, die nicht ausdrücklich einer Organentnahme zu ihren Lebzeiten widersprochen haben, solidarisch mit denjenigen sind, die Organe bedürfen, zumal die meisten Deutschen einer Organspende positiv gegenüberstehen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass sie deutlich

⁸ Diese Solidarität ist »bezogen auf das Entscheidungssystem [...]. Wer für seine Person eine Abneigung gegen die Leichenorganspende hegt, darf ja durchaus der Organentnahme widersprechen« (Putzke/Scheinfeld (2020), 1582).

seltener die organisatorische Hürde nehmen, sich einen Organspendeausweis zuzulegen.⁹ Eine Widerspruchsregel trägt diesem Sachverhalt Rechnung.

Allerdings stellt sich ein weiteres Problem im Hinblick auf die Widerspruchsregel. In manchen Fällen kann bereits vor einer Feststellung des Hirntods eine Therapiezieländerung vorgenommen werden, um organprotektiv zu behandeln. In diesen Fällen greift eine Widerspruchsregelung nicht mehr, sondern es wird eine Einwilligung des Betroffenen benötigt, weil nur er selbst darauf verzichten kann, dass die Therapie nicht mehr in erster Linie seinem Wohl dient, sondern dem Wohl derer, die seine Organe benötigen. Diese Problematik gewinnt durch Patientenverfügungen zusätzlich an Gewicht. Wenn nämlich die Patientenverfügung für eine praktisch aussichtslose Situation eine Einstellung intensivmedizinischer Maßnahmen erfordert, andererseits aber organprotektive Maßnahmen intensivmedizinischer Art sind, dann schließt die Patientenverfügung praktisch eine Organspende aus. Eine Widerspruchsregel kann hier nicht greifen. Selbst für den Fall eines positiven Organspendeausweises ist rechtlich umstritten, ob nicht die Patientenverfügung sogar gewichtiger ist als der Ausweis, sodass intensivmedizinische Maßnahmen einzustellen sind.¹⁰ Da die Zahl von Patientenverfügungen zunimmt, die eine Weiterführung intensivmedizinische Maßnahmen für den Fall ablehnen, dass praktisch keine Hoffnung auf Besserung besteht, lässt sich fragen, ob dann überhaupt eine Widerspruchsregelung Menschenleben retten würde. Das aber ist zentrale Voraussetzung, um eine solche Regelung den Einzelnen zumuten zu können, ohne das elementare Persönlichkeitsrecht, über den eigenen Körper zu verfügen, zu verletzen.

⁹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung (14 bis 75 Jahre) zur Organ- und Gewebespende. Bundesweite Repräsentativbefragung 2018 (<https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/einstellungen-und-wissen.html>, zuletzt eingesehen: 24.08.2020).

¹⁰ Vgl. zur Problematik die erschöpfende Dissertation von Schlums (2015).

4.1.4 Verteilungskriterien

Wie Organe verteilt werden sollen, ist umstritten. Für Deutschland hat die Bundesärztekammer unterschiedliche, organspezifische Verteilungskriterien aufgestellt, die nach dem Stand medizinischer Forschung laufend fortgeschrieben werden. Zentrales Kriterium zur Aufnahme auf die Warteliste ist der voraussichtliche Erfolg. Allgemein gelten als Erfolgskriterien:

1. Überleben des Empfängers/der Empfängerin;
2. die längerfristig gesicherte Transplantatfunktion;
3. verbesserte Lebensqualität des Empfängers.

Ausschlussgründe sind darum beispielsweise Alkoholabhängigkeit sowie eine mangelnde Fähigkeit zur »Compliance« (Mitwirkung des Patienten am Gelingen). Im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit ist dabei seit längerem umstritten, ob die sechsmonatige Karenzzeit bei einer Lebertransplantation, die wegen Alkoholmissbrauch nötig wurde, ethisch vertretbar ist. Wird doch der betroffenen Person eine »wirksame und potentiell lebensrettende Ressource zumindest temporär vorenthalten«. ¹¹ Die beiden medizinischen Gründe für die Karenzzeit, nämlich dass sich die Leber in dieser Karenzzeit möglicherweise regeneriere oder diese Zeit helfe, eine bessere Prognose für die Erfolgsaussichten zu ermöglichen, können freilich als Rechtfertigung akzeptiert werden. Dazu kommt, dass eine erfolgreiche Alkoholabstinenz einen Indikator für die spätere Compliance der Betroffenen abgibt.

Die umfangreichen Patientendaten liefern im Zusammenhang mit den spezifischen Allokationsbestimmungen für die individuelle Organallokation klare Algorithmen. Dennoch bleiben wesentliche ethische Fragen offen, weil die Ergebnisse in manchen Fällen problematisch sind: Es verstarben im letzten Jahrzehnt mehr als 2000 Menschen allein auf der Lebertransplantationswarteliste von Eurotransplant, von denen möglicherweise einige bei anderen Verteilungsschlüsseln überlebt hätten. Es lässt sich darum immer bestreiten, ob die geltenden Bestimmungen und damit verbundenen klaren Algorithmen ethisch gerechtfertigt sind.

¹¹ Primc (2020), 240.

Ethisch zu diskutieren ist auch der in Deutschland geltende Grundsatz der Lebenswertindifferenz, wonach beispielsweise das Leben der Mutter mit vier unmündigen Kindern nicht über das Leben des achtzigjährigen Alkoholkranken gestellt wird, der seine Compliance nachweisen kann. Zwar verbürgt die Menschenwürde eine grundsätzliche Gleichheit aller Menschen. Es ist aber, wie bereits in der Untersuchung der Entscheidungsszenarien zur Triage bei Covid-19 sichtbar wurde, eine unabgeschlossene Diskussion, ob nicht dennoch das Hilfegebot von einer Bedürftigkeit abhängig sein sollte, die neben dem »Lebenwollen« noch weitere nicht medizinisch indizierte Kriterien berücksichtigt. Von daher ist es nur zu gut zu verstehen, dass in den Allokationsregeln zur Organtransplantation dieses Prinzip der Lebenswertindifferenz beispielsweise dadurch nicht konsequent durchgehalten wird, dass Kinder bevorzugt behandelt werden.

Auch bezüglich der »Compliance« besteht Klärungsbedarf. Wenn beispielsweise in der Bundesrepublik lange Zeit in der Regel alkoholkranken Menschen eine Organtransplantation verwehrt wurde, wenn sie nicht eine halbjährige Abstinenz und Entzugsbehandlung nachweisen konnten, so nahm dies denjenigen Patienten ihre letzte Chance auf Lebensrettung, die das Organ sofort (und eben nicht erst nach sechs Monaten) benötigten. Ebenfalls als mit dem Gleichheitsanspruch unvereinbar ist die Verzerrung der Organverteilung durch einen regionalen Faktor, wenn dieser nicht medizinisch begründet ist.

Darüber hinaus lässt sich fragen, in welcher Form, falls überhaupt, diejenigen bevorzugt werden sollten, die bereits vor ihrem Tod ausdrücklich in die postmortale Organgabe einwilligen. Es sprechen gute Gründe hierfür, eine derartige Solidarität zu honorieren, wie es die israelische Regelung vorsieht. Ein reines Klubmodell, bei dem nur transplantiert wird, wer auch zuvor bereits selbst zur postmortalen Organspende bereit war, ist jedoch abzulehnen: So könnte es jemand beispielsweise aus religiösen Gründen ablehnen müssen, dass ihm als Verstorbenem Organe entnommen werden, ohne dass ihm dagegen seine Religion verbietet, Organe Andersgläubiger anzunehmen, die postmortal von Leichnamen gewonnen wurden. Gerade im vom Islam geprägten Kulturraum ist eine solche Einstellung sehr häufig anzutreffen. Darum erscheint hier die israelische Lösung vorbildhaft zu sein. Sie schließt zwar diejenigen nicht aus, die selbst keine Bereitschaft zu einer Organspende zeigen, aber diejenigen, die

bereit sind, erhalten Bonuspunkte, werden also im Entscheidungsfall bevorzugt.

Auch lässt sich fragen, ob derjenige, der bereit ist, ein Organ postmortal zu geben, nicht testamentarisch verfügen könnte, welche Bevölkerungsgruppen er ein- bzw. ausschließen möchte. Eine solche Verfügung würde insbesondere dann diskussionswürdig sein, wenn die postmortale Organgabe als eine Spende verstanden wird, die der Einwilligung des Spenders bedarf. Zwar kann man wie in Deutschland rechtlich festlegen, dass derartige Bestimmungen nicht gültig sind. Die ethische Diskussion ist damit jedoch gerade nicht beendet. Denn warum soll ein Spender nicht bei der Verteilung dessen, was er spendet, mitwirken dürfen? Anders dagegen verhält es sich, wenn die postmortale Organgabe im Sinn einer solidarischen Widerspruchsregelung verstanden wird. Dann wird nämlich nur der Einspruch gegen die Organentnahme toleriert und die Organgabe eben nicht als Spende, sondern eher als pflichtmäßiger solidarischer Akt gedeutet.

Auch lässt sich darüber diskutieren, ob die postmortale Organgabe, wenn sie nicht als Akt der Solidarität verstanden wird, beispielsweise durch ein Beerdigungsgeld in einer gewissen Höhe honoriert werden sollte. Dieses sollte aber nur so hoch sein, dass der Verdacht des Organverkaufs auszuschließen ist. Auf diese Weise könnte ein höherer Anreiz geschaffen werden, das Organaufkommen zu erhöhen.

4.1.5 Alternativen zur postmortalen Organspende

Das unzureichende Aufkommen von postmortalen transplantierbaren Organen verstärkt seit Jahren in vielen Ländern die Nachfrage nach der Lebendspende, die für Nieren und Lebern in Frage kommt. Bei der Lebendspende stellen sich unterschiedliche ethisch relevante Fragen, u. a.:

- das Problem der Selbstschädigung des Spenders einschließlich der Frage des Versicherungsschutzes,
- die mit der Lebendspende unter sich nahestehenden Personen verbundene Frage nach der Freiwilligkeit,
- die Frage nach der Ausweitung des Spenderkreises (Cross-over-Spende, kommerzialisierter Organverkauf).

Seit Jahren steigt die Zahl der Lebendspenden bei Nieren und Leber ständig an. Dabei besteht für die Spender ein beträchtliches Risiko, das für den Leberspender noch deutlich höher als für den Nierenspender ist.¹² Das Risiko für die Spender besteht in beiden Fällen dabei in den üblichen Risiken eines größeren operativen Eingriffs, bei denen als Frühkomplikationen z.B. Blutungen, Wundinfektionen, Thrombosen, Lungenembolien und Lungenentzündungen auftreten. Operationsübliche Spätkomplikationen sind Narbenprobleme. Insgesamt besteht für Nierenspender ein etwa einprozentiges Risiko für schwerwiegende Komplikationen, für Leberspender sogar von etwa fünfzehn Prozent. Das Mortalitätsrisiko liegt für Nierenspender bei ca. 0,05 Prozent. Bei Leberspendern ist es zehnfach höher. Da die Niere paarig angelegt ist, erhöht das Entfernen der einen Niere für Nierenspender zudem das Risiko, später selbst dialysepflichtig zu werden und ein Organ zu benötigen, z.B. wenn die verbleibende Niere einen Tumor entwickeln sollte oder schwer verletzt würde. Bei der Leber ist durch ihre eigene Regenerationskraft kein zusätzliches Spätisiko mehr vorhanden, wenn die Operation und die anschließende postoperative Phase gut überstanden wurden. Darum widerspricht es dem ärztlichen Berufsethos, welches das Nichtschadensprinzip als ein wesentliches Prinzip beinhaltet, unter normalen Umständen, einem Menschen ein Organ ganz oder teilweise zu entnehmen, ohne dass dieser selbst davon einen gesundheitlichen Nutzen hat. Vor diesem Hintergrund ist es zudem gut verständlich, dass beispielsweise in Deutschland für die Lebendspende eine Subsidiaritätsklausel gilt. Das bedeutet: Solange genügend postmortal entnommene Organe verfügbar sind und auch mit dem Organsuchenden kompatibel sind, sollte keine Lebendspende in Anspruch genommen werden.

Freilich ist die Subsidiaritätsklausel ethisch umstritten. Warum kann ein Mensch nicht freiwillig in eine für ihn riskante »Unternehmung« einwilligen, zumal dann, wenn diese einem anderen Menschen das Leben rettet oder zumindest dessen Leben deutlich verbessert? Schließlich dürfen Menschen z.B. bei Extremsportarten wie der Besteigung des Mount Everest ebenfalls hohe Risiken eingehen. Allerdings besteht ein wichtiger Unterschied zwischen derartigen Risiken und dem Risiko einer Operation darin, dass im letzteren Fall ein direkter Eingriff in die gesundheitliche Verfasstheit vorgenommen wird. Es gibt darum gerade vor dem Hintergrund des ärztlichen Be-

¹² Vgl. Oduncu (2005).

rufsethos die oben genannten guten Gründe für die (paternalistische) Subsidiaritätsklausel bei der Lebendspende. Dies entspricht auch dem Nichtschadensprinzip in seiner Geltung bezüglich des Lebendspenders.

Zudem mildert die Subsidiaritätsregel ein weiteres Problem ab. Die altruistische Lebendspende zwischen sich nahestehenden Personen birgt nämlich eine Schwierigkeit: Wie ist die Freiwilligkeit des Organspenders zu gewährleisten, da der Erwartungsdruck von Organsuchenden, aber auch Verwandten- und Freundeskreis unter Umständen sehr hoch sein kann? Durch die Fortschritte der Immunologie und die durch das Internet faktische Möglichkeit der Cross-over-Spende¹³ wird es zunehmend schwieriger aus medizinischen Gründen die Organspende zu verweigern. Die Aufgabe einer Lebendspende-Kommission ist darum nicht zu unterschätzen. Sie hat zu gewährleisten, dass diese Form der Lebendspende freiwillig ist und auch langfristig gut verarbeitet wird. Darum ist dafür zu sorgen, dass die psychologische Nachbetreuung von Spendenden *und* Empfangenden in hohem Umfang gewährleistet wird. Zudem ist zu beachten: Diese Form der Lebendspende lässt sich nur indirekt vor dem Hintergrund des Nichtschadensprinzips im ärztlichen Berufsethos rechtfertigen, nämlich dadurch, dass die Spendenden ausdrücklich darum gebeten haben, weil ihnen die betreffende Person, der sie spenden, wichtig ist. Durch die Spende bekommen diese Personen eine neue Lebensperspektive, was den Spendenden zugutekommt.

Ebenso ist das direkte Verbot der anonymen altruistischen Organspende unter der grundsätzlichen Voraussetzung der ethischen Zulässigkeit der Organlebendspende unmoralisch, wenn die Spendenden nachweislich freiwillig zur Spende bereit sind. Denn auch dieses Verbot schränkt die Möglichkeit ein, einem Menschen das Leben zu retten oder entscheidend zu verbessern. Es ließe sich nur vom Nichtschadensprinzip des ärztlichen Berufsethos gegen diese Form der Lebendspende argumentieren.

Eine andere, freilich äußerst umstrittene Form der Organgabe ist der kommerzialisierte Lebendorganverkauf. Hierbei verkauft der Geber sein Organ an den bedürftigen Empfänger. Er erhält also nicht nur eine mögliche Aufwandsentschädigung wie bei der altruistischen Le-

¹³ Hierbei spenden Menschen ihr Organ für einen fremden Menschen, wenn dessen nahestehende Person dafür ein Organ spendet, dass dem Verwandten oder Freund des Spenders implantiert werden kann.

bendspende. Diese Form der Lebendgabe ist in den meisten Ländern untersagt. Im Iran dagegen ist diese Form bereits seit Jahrzehnten eine staatlich geförderte Praxis, die entstand, als aufgrund von Sanktionen keine funktionierenden Dialysegeräte mehr zur Verfügung standen. Darüber hinaus gibt es weltweit einen Schwarzmarkt für Organe, weil in nicht wenigen Staaten Menschen eine finanzielle Entschädigung dafür angeboten wird, wenn sie ihre körperliche Unversehrtheit preisgeben.

Die grundsätzliche ethische Entscheidung besteht darin, ob eine kommerzialisierte Lebendspende überhaupt zulässig sein kann. Hier gibt es in den Argumenten gewisse Analogien zum Problemfeld der kommerzialisierten Leihmutterchaft. Ein wichtiges Argument gegen den Verkauf der eigenen Organe ist paternalistisch: Der Organverkauf wird verboten, weil die gesundheitlichen Gefahren für den Organgeber als nicht zulässig eingeschätzt werden. Damit verbunden ist die Vermutung, dass kein Mensch freiwillig seine Organe verkaufen würde, wenn er Alternativen hätte, um zu Geld zu kommen. Der Organhandel nützt damit sozusagen eine Notlage des Gebers aus. Darüber hinaus wird geltend gemacht, dass die kommerzialisierte Lebendorgangabe auch unabhängig davon gegen die Pflichten gegen sich selbst und die guten Sitten verstoße. Zudem kommt erneut das Argument des ärztlichen Berufsethos ins Spiel, das das Nichtschadensprinzip beinhaltet.

Grundsätzlich ist der Paternalismus bestreitbar: Menschen sollten ab einem gewissen Alter frei sein, für ihr Leben selbst zu entscheiden, wie sie es führen wollen, selbst dann, wenn sie sich dadurch selbst schädigen. Das paternalistische Argument gewinnt in dem Maß Überzeugungskraft, in dem der Staat dafür sorgt, dass sich das postmortale Organaufkommen erhöht. Wenn er jedoch einerseits aufgrund der Risiken für gesundheitliche Schäden derjenigen, die ihre Organe verkaufen würden, die kommerzialisierte Organgabe verhindert, andererseits aber seiner Fürsorgepflicht für ein höheres postmortales Organaufkommen nicht nachkommt und so den Tod von Menschen auf der Warteliste in Kauf nimmt, verliert das Argument an Überzeugungskraft. In gewisser Weise ähnlich verhält sich das Argument mit der Notlage: Wenn man unterstellt, dass Menschen aus einer Notlage heraus zu Lebendorgangebern werden, dann muss man sich fragen, inwieweit man der Verantwortung gerecht wird, an dieser Notlage etwas zu ändern. Dem »Anbieter« nur eine Möglichkeit zur Lösung seines Problems zu verbieten, weil diese ihn schädi-

gen würde, ohne zugleich eine andere Lösung anzubieten, erscheint widersprüchlich, wenn der »Anbieter« ohne diese Lösungsmöglichkeit noch größeren Schaden erfährt.

In der ethischen Diskussion der kommerzialisierten Lebendorgangabe ist es darum zentral, ob man beispielsweise wie Kant davon ausgeht, dass mit der Würde des Menschen auch Pflichten gegen sich selbst verbunden sind. Eine wesentliche Pflicht ist dabei die Pflicht, die eigene körperliche Unversehrtheit zu sichern. Auch religiöse Ethiken argumentieren in dieser Weise.

Darüber hinaus spielt eine große Rolle, in welcher Weise das sehr verbreitete Empfinden zu bewerten ist, dass es als unsittlich gilt, Organe zu verkaufen, zu vertreiben oder zu kaufen. An diesem Punkt geht es um tief verwurzelte moralische »Empfindungen«. Auch gewinnt Michael Sandels Anfrage wieder an Bedeutung: Soll alles käuflich sein, was man praktisch zur Ware machen kann?

Ein indirektes Argument gegen die kommerzialisierte Lebendorgangabe lässt sich dem ärztlichen Berufsethos entnehmen. Wer sich Organe entnehmen lassen will, zwingt die Person, die die Operation vornimmt, eine ihrem Berufsethos widersprechende Handlung zu vollziehen.

Grundsätzlich lässt sich sagen: Wer eine solidarische Widerspruchsregelung ablehnt und die Rahmenbedingungen der postmortalen Organgabe so gestaltet, dass das postmortale Organpotential nicht ausgeschöpft wird, arbeitet indirekt einer kommerzialisierten Lebendorgangabe zu. Allen Verboten zum Trotz schaffen genau derartige Rahmenbedingungen Anreize, dass sich ein Organschwarzmarkt etabliert. Wie bei den meisten Schwarzmärkten profitieren dabei am meisten die »Zwischenhändler«. Die Lebendorgangabe, die eigentlich dadurch geschützt werden sollten, werden also auch noch finanziell ausgebeutet und zugleich kriminalisiert.

Noch eine radikalere Frage stellt folgende Sondersituation dar, die auch bereits mehrfach filmisch festgehalten wurde, beispielsweise in dem Film »Sieben Leben«. Darf ein Mensch das Recht haben, sein Herz zielgerichtet für einen anderen Menschen zu spenden, der das Herz benötigt, um zu überleben? Der Spender würde dann sein Leben opfern, um das Leben eines anderen Menschen zu retten. Eine solche Möglichkeit lässt beispielsweise das bundesdeutsche Recht nicht zu.

Diese Fälle berühren eine zentrale Fragestellung, nämlich ob die Zulässigkeit von Tötungshandlungen durch Fremde sozusagen die Schwelle senkt, Tötungshandlungen überhaupt zu vollziehen. Darauf

wird anschließend bei der Frage der aktiven Sterbehilfe noch vertieft einzugehen sein.

Darüber hinaus stellt sich grundsätzlich die Frage: Hat das menschliche Leben aus sich heraus eine Heiligkeit, die verbietet, dass man es, aus welchem Grund auch immer, tötet? Dann wäre die Einwilligung eines Menschen in seine Tötung, um das Leben eines anderen Menschen zu retten, moralisch nicht zu rechtfertigen, weil die aktive Tötung eines menschlichen Lebens, nämlich des Vaters, nicht auf einer Stufe mit der Rettung eines sozusagen »natürlich« bedrohten Lebens, nämlich seines Kindes, steht. Religiöse Medizinethiken erlauben aufgrund dessen eine altruistische Lebendspende, die den eigenen Tod bedingt, nicht. Andere Medizinethiken werden die Frage nach den gesellschaftlichen Auswirkungen stellen, also ordnungsethisch überlegen, ob eine derartige Öffnung zu gesellschaftlichen Verwerfungen führt, die nicht gewünscht sind.

Eine weitere Alternative zur postmortalen Organspende ist tierethisch umstritten und derzeit noch immer – trotz CRISPR/Cas9 – in den Kinderschuhen, nämlich die Xenotransplantation. Grundsätzlich gilt in praktisch allen Staaten: Wenn Forschungsvorhaben hochwertig sind, dürfen Tierversuche durchgeführt werden, wenn der vorgeschriebene Tierschutz eingehalten wird. Debatten entzündeten sich vor allem an der Frage, ob durch die Veränderung von Schweinen, damit ihre Organe menschenähnlicher werden, auch die Schweine selbst neue Eigenschaften erhalten, die sie vermenschlichen. Dies war bereits im Zusammenhang mit der Frage nach der Chimärenbildung thematisiert worden.

Andere Techniken, die weniger kontrovers sind, stecken ebenfalls noch in den Kinderschuhen, beispielsweise das Züchten von Organersatzgeweben mithilfe von Stammzellen, auch wenn erste Erfolge zur Stärkung geschädigter Herzen oder zum Aufbau von Nierengewebe sowie mithilfe des Einsatzes von 3D-Technologie berichtet werden.¹⁴

Diese ersten Überlegungen können nur andeuten, wie kompliziert und schwierig das Feld der ethischen Bewertung bestimmter Möglichkeiten von Organtransplantationen geworden ist. Gleichzeitig sollten diese Schwierigkeiten nicht davon ablenken, dass es umgekehrt auch sehr eindeutige Handlungsanweisungen gibt, wenn man

¹⁴ Vgl. Slack (2018), 59f.

das Prinzip der Menschenwürde und eine grundlegende mitmenschliche Solidarität annimmt.

4.2 Sterbehilfe

Die Debatte um die Sterbehilfe wird sowohl rechtlich wie ethisch vielschichtig geführt. Durch das bahnbrechende Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 haben wir in Deutschland mittlerweile *juristisch* Klarheit, dass die Selbstbestimmung sich auch auf den eigenen Tod erstreckt. Darum ist es wichtig, bei der Strukturierung der Sterbehilfe nicht nur die klassischen Unterscheidungen gemäß dem Handeln von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen zu berücksichtigen, sondern auch die alternative Strukturierung gemäß dem Patientenwillen. Geht man nämlich vom Patientenwillen aus, dann ist entscheidend, ob die Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten bzw. auf dessen mutmaßlichen Wunsch hin, ohne Kenntnis des Patientenwillens oder sogar gegen dessen Willen vorgenommen wird. Es wird also nicht nur die klassische Unterscheidung nach passiver Sterbehilfe bzw. angemessener dem Sterbenlassen, nach indirekter Sterbehilfe, nach Beihilfe zum Suizid und nach aktiver Sterbehilfe vorgenommen.

Inhaltlich bedeutet das: Wer vom Prinzip der Menschenwürde ausgeht, dem stehen zwei Interpretationsmöglichkeiten offen. Wer Menschenwürde in erster Linie mit Rechten verbunden denkt wie das Bundesverfassungsgericht und die Integrative Medizinethik, für den gilt, dass mit der Menschenwürde der Betroffenen in erster Linie ein Recht auf Leben und Selbstbestimmung verbunden ist, aber gerade keine Pflicht, das eigene Leben niemals selbst zu beenden. Es gibt dann auch eine Selbstbestimmung über den eigenen Tod. Damit wären viele Formen der Sterbehilfe zulässig. Wer dagegen die Menschenwürde in der Weise deutet, dass sie auch zum Lebenserhalt verpflichtet, was neben den monotheistischen Weltreligionen auch Philosophen in kantischer Tradition betonen, wird möglicherweise sogar das Befüllen einer Magensonde als verpflichtend ansehen.

4.2.1 Die vielschichtige Debatte

Wir Menschen haben die Gewissheit, sterben zu müssen. Dabei ist der Wunsch nach einem guten Tod (griechisch: Euthanasia) ein ganz natürlicher und verständlicher Wunsch. Bereits in der Antike wurde darüber debattiert, wie ein guter Tod herbeigeführt werden darf, und damit, in welcher Form eine Sterbehilfe moralisch gerechtfertigt ist. Während Hippokrates es beispielsweise ablehnte, dass ein Arzt ein Mittel zur Verfügung stellt, mit dem sich der Patient töten kann, forderte Platon etwa zur gleichen Zeit sogar in manchen Fällen eine aktive Sterbehilfe.

Heutige Debatten kreisen um mehrere Problemfelder. So stellt sich bereits die Frage, was unter passiver Sterbehilfe bzw. unter Sterbenlassen zu verstehen ist. Während der Verzicht auf bestimmte intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten klar unter den Begriff »passive Sterbehilfe« bzw., korrekter formuliert, »Sterbenlassen« fällt, ist dies im Fall des Abstellens einer Herz-Lungen-Maschine oder des Entfernens einer Magensonde umstritten: Ist dieses Entfernen eine aktive Tötungshandlung oder eine als passive Sterbehilfe/Sterbenlassen zu deutende Handlung im Sinne der Änderung des Therapieziels? So wurde der Wachkomapatientin Terri Schiavo im Frühjahr 2005 in Florida nach jahrelangem Rechtsstreit die Magensonde entfernt. Sogar der damalige Präsident der USA hatte noch kurzfristig ein Gesetz verabschiedet, um die Entfernung zu verhindern, war aber damit gescheitert. Terri Schiavo starb einige Tage später. Ihr Ehemann hatte geltend gemacht, dass die Entfernung der Sonde dem mutmaßlichen Willen der Patientin entspreche. Ihre Eltern dagegen verstanden den Tod ihrer Tochter als Ermordung.

Auch in Deutschland wurde ein ähnlich gelagerter Fall letztinstanzlich durch den BGH 2010 entschieden. Worum ging es dabei? Frau K. teilte ihrer Tochter 2002 mit, dass sie im Fall eines irreversiblen apallischen Syndroms keine Ernährung wünscht. 2002 fiel sie in ein solches Koma. Am 20. 12. 2007 beendete die Tochter die Nahrungszufuhr, und nachdem die Geschäftsleitung des Pflegeheims von Frau K. diese wieder einleitete, trennte sie aufgrund des anwaltlichen Rats den Schlauch durch. Das Landgericht Fulda sprach zwar die Tochter wegen eines Verbotsirrtums frei, d.h., die Tochter konnte aufgrund des Einholens des anwaltlichen Rats nicht wissen, dass sie eine unzulässige Handlung vollzog, verurteilte den Anwalt aber am 30. 04. 2009 zu einer neunmonatigen Freiheitsstrafe auf Bewährung.

Der Anwalt legte Einspruch beim BGH ein. Der BGH sprach den Anwalt am 25.06.2010 frei, weil er das Durchtrennen des Schlauchs nicht als aktives Töten, sondern als ein Sterbenlassen deutete.

Dieser Fall zeigt deutlich, wie kontrovers bis in die Beurteilung durch Gerichte hinein das Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bei Wachkomapatienten beurteilt wurde. Auch wenn die Debatte in Deutschland für derartige Fälle zumindest auf politischer und rechtlicher Ebene beendet zu sein scheint, so ist das Ringen darum in anderen Staaten noch lange nicht abgeschlossen. In Israel würde man das Beenden von lebenserhaltenden Maßnahmen bei Patienten im Koma oder Wachkoma als aktive Sterbehilfe verbieten. Hier würde man im Unterschied zum BGH das Entfernen der Sonde als eine Handlung verstehen, die zwar im Einklang mit dem Willen des betroffenen Menschen geschähe, sei es, weil eine Patientenverfügung vorliegt, sei es, weil durch Aussagen von anderen Menschen der mutmaßliche Wille eruiert werden kann, die aber dennoch verboten wäre, weil die Handlung maßgeblich zum Tod des betreffenden Menschen führt.

Die Debatte, die den Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 bildete, ging um die Erlaubtheit der Beihilfe zur Selbsttötung am Lebensende. Wie die heftigen Debatten im deutschen Bundestag gezeigt haben, handelt es sich auch hier um ein vielschichtiges Problem. Die Beihilfe zum Suizid war, wenn der Patient darum bittet, seit der Gesetzgebung vom Dezember 2015 in Deutschland grundsätzlich nicht strafbewehrt. Allerdings verbot das 2020 für nichtig erklärte Gesetz die geschäftsmäßige Beihilfe, wobei geschäftsmäßig entgegen der landläufigen Bedeutung im Recht auch eine auf Wiederholung angelegte Handlung meint, selbst wenn man für diese kein Geld bekommt. Dadurch war faktisch die Beihilfe gerade für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, aber auch Apothekerinnen und Apotheker, also gerade die in diesem Fall kompetentesten Personen unmöglich gemacht worden. Die Niederlande dagegen haben das Problem so gelöst, dass Beihilfe zum Suizid eine ärztliche Aufgabe ist. Dagegen gehört nach Schweizer Recht die Beihilfe zum Suizid ausdrücklich nicht zum ärztlichen Aufgabengebiet, ist aber ansonsten erlaubt. Andere Staaten wie Österreich stellen die Beihilfe zum Suizid unter Strafe. Ähnliches lässt sich auch in der Debatte um die aktive Sterbehilfe feststellen. Sowohl ethisch als auch rechtlich werden unterschiedliche Positionen eingenommen.

4.2.2 Die Bedeutung des Patientenwillens

Von größter ethischer Bedeutung ist es, welchen Willen der betroffene Patient bzw. die betroffene Patientin geäußert hat oder äußert. So spielt es für jede Form von Sterbehilfe eine große Rolle, ob diese Sterbehilfe mit Einverständnis (freiwillige Sterbehilfe), mit mutmaßlichem Einverständnis (mutmaßlich freiwillige Sterbehilfe), ohne Kenntnis seines Willens (nicht-freiwillige Sterbehilfe) oder sogar gegen den Willen der Betroffenen (unfreiwillige Sterbehilfe) ausgeübt wird.

Eine Sterbehilfe ist freiwillig, wenn derjenige Mensch, der Sterbehilfe erfährt, selbst um diese Form der Sterbehilfe, welcher Art auch immer, in einer Atmosphäre der Zwanglosigkeit und Offenheit bittet. Sie ist mutmaßlich freiwillig, wenn der Patient seinen Willen zum Zeitpunkt der Sterbehilfe nicht mehr ausdrücken kann, aber sich zuvor z. B. durch eine Patientenverfügung klar geäußert hat oder sein mutmaßlicher Wille auf andere Weise herausgefunden werden kann. Sie ist nicht-freiwillig, wenn der betroffene Mensch nicht mehr imstande ist, seinen eigenen Willen zu äußern und kein mutmaßlicher Wille zu eruieren ist. Dies gilt beispielsweise für komatöse und geistig hochgradig beeinträchtigte oder hochgradig demente Menschen, die ihren Willen nicht mehr zu äußern vermögen, keine Patientenverfügung hinterlassen haben und auch sonst nie zu derartigen Fragestellungen Stellung genommen haben. Im Fall von Terri Schiavo beispielsweise bestand der eigentliche Streitpunkt darin, ob ihr Ehemann ihren mutmaßlichen Willen, nämlich sterben zu wollen, korrekt wiedergegeben hatte, oder ob die Eltern mit ihrer Behauptung recht hatten, nämlich dass Terri Schiavo auch im Wachkoma noch hätte weiterleben wollen. In diesem Fall wäre das Entfernen der Magensonde als Sterbehilfe gegen den Willen des Betroffenen zu verstehen. In vergleichbarer Weise wäre es eine Sterbehilfe gegen den Willen des Patienten, wenn eine 80-jährige Covid-19-Patientin gegen ihren Willen vom Atemgerät genommen wird, weil eine jüngere Patientin mit besserer Prognose dieses letzte Gerät benötigt.

Allerdings verkompliziert sich der Sachverhalt der Sterbehilfe dadurch weiter. So kann man die Frage stellen, ob nicht das Überlebensinteresse als eine dem Menschen zentrale Steuerungsinstanz jede Patientenverfügung ungültig macht, die diesem Interesse nicht nachkommt. Außerdem besteht das Problem, ob eine Verfügung noch dem aktuellen Willen des Patienten entspricht, wenn dieser vor einer

relativ langen Zeit eine Verfügung gemacht hat, aber in der konkreten Situation diese nicht mehr zeitnahe Verfügung Geltung finden soll. Hier wird in den internationalen Debatten wie auch in Deutschland die Frage aufgeworfen, ob diese »alte« Verfügung dann noch Geltung haben könne, ob beispielsweise im Fall von Terri Schiavo eine mehr als 15 Jahre alte mündliche Äußerung zu ihrem Mann noch als ihr jetziger mutmaßlicher Wille ausgelegt werden kann. Wenn ein Gesetzgeber die Erneuerung der Patientenverfügung nach spätestens fünf Jahren als ein Kriterium festsetzt, ist sie nach mehr als fünf Jahren nicht mehr bindend. Der Patient, der sich ausdrücklich, solange er noch als einwilligungsfähig galt, mit seinem Sterbeprozess auseinandergesetzt hat, hat keine verbindliche Verfügung mehr, wenn er beispielsweise ins Koma fällt. Der aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr »mündige«, weil komatöse Mensch, dessen Mund nicht sprechen kann, wird sozusagen nachträglich ein zweites Mal »ent-mündigt«, und zwar in Bezug auf die Willensäußerung zu einer Zeit, in der er noch mündig war.

Noch komplizierter wird die Situation, wenn der Wille überhaupt nicht festgestellt werden kann. Wie in den meisten anderen Ländern, so gilt auch in Deutschland:

»Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben.«¹⁵

Hier wird antizipativ Kindern unterstellt, dass sie, die Betroffenen, wenn sie sich hätten äußern können, diese Form passiver Sterbehilfe wünschen würden.

Eine aktive Sterbehilfe bei Neugeborenen im Sterbeprozess ist ethisch dagegen außerordentlich problematisch und beispielsweise in Deutschland wie in fast allen Ländern verboten. Wer diese Form der Sterbehilfe wie beispielsweise Harris in Betracht zieht, argumentiert etwa bezüglich aktiver Sterbehilfe bei Neugeborenen folgendermaßen:¹⁶ Ein schwerstbehindertes Kind, von dem man annehmen

¹⁵ BÄK (2011), A348.

¹⁶ Vgl. Harris (1995), 67 ff.

muss, dass es in den nächsten Tagen, Wochen oder Monaten selbst bei intensiver Betreuung wird sterben müssen, wird in vielen Fällen aufgrund der Entscheidung, es sterben zu lassen, nur noch selektiv behandelt. Es werden beispielsweise keine Antibiotika mehr verabreicht. Warum sollten wir das Kind nicht rasch von seiner Krankheit erlösen und ihm eine todbringende Spritze geben, anstatt es aufgrund einer unbehandelten Infektion langsam sterben zu lassen? Sind nicht beide Fälle, die passive Sterbehilfe bei Nicht-Freiwilligkeit und die aktive Sterbehilfe bei Nicht-Freiwilligkeit letztlich identisch? In beiden Fällen stirbt nämlich das Kind. Doch darauf ist zu antworten: Nein, die beiden Fälle sind nicht identisch. Sie sind es aus mehreren Gründen nicht, ganz unabhängig von der Frage der Nicht-Freiwilligkeit, worauf im Rahmen der Behandlung der Frage aktiver Sterbehilfe noch ausführlich einzugehen ist. Hier soll nur der entscheidende Punkt im Blick auf die Nicht-Freiwilligkeit benannt werden, der eine solche Identifikation ausschließt. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe bei Nicht-Freiwilligkeit in der Gesellschaft beseitigt ein Angstpotential, selbst einmal aus »gesellschaftlich vereinbarten« Gründen ohne Einwilligung getötet zu werden.

4.2.3 Reichweite von »Passivität« beim Sterbenlassen

Passive Sterbehilfe bzw. Sterbenlassen ist eine Form der Sterbehilfe, bei der das Sterben selbst nicht aktiv ausgelöst oder beschleunigt, sondern nur begleitet wird. Es ist eine *Sterbehilfe* im Sinne einer Hilfe beim Sterbeprozess, wenn bestimmte Handlungen unterlassen werden, die den Sterbeprozess hätten verlängern können. Als eine derartige Sterbehilfe sind nämlich alle Formen der Sterbehilfe zu verstehen, bei denen auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet wird (z. B. durch Verzicht der Gabe von Antibiotika, durch Verzicht auf bestimmte intensivmedizinische Maßnahmen usw.). Diese Form der Sterbehilfe ist bei Freiwilligkeit bzw. mutmaßlicher Freiwilligkeit der Betroffenen nach praktisch allen ethischen Ansätzen unproblematisch.

Allerdings ist ethisch umstritten, ob das Abschalten von Maschinen oder das Entfernen einer Magensonde bzw. der Nicht-mehr-Gebrauch der Sonde als Sterbenlassen und damit als passive Sterbehilfe einzuordnen ist. Juristisch ist die Gesetzeslage zumindest für Deutschland geklärt, wenn auf Wunsch der betroffenen Person abgeschaltet

oder eine Magensonde entfernt bzw. nicht mehr genutzt wird. Wenn es dem (mutmaßlichen) Willen der betroffenen Person entspricht, so müssen sie nicht nur nicht mehr ernährt oder durch Maschinen am Leben erhalten werden, sie dürfen es sogar nicht mehr. So urteilt der BGH in seinem Urteil vom Juni 2010:

»Das Landgericht ist im Ergebnis zutreffend davon ausgegangen, dass die durch den Kompromiss mit der Heimleitung getroffene Entscheidung zum Unterlassen weiterer künstlicher Ernährung rechtmäßig war und dass die von der Heimleitung angekündigte Wiederaufnahme als rechtswidriger Angriff gegen das Selbstbestimmungsrecht der Patientin gewertet werden konnte.«¹⁷

Dabei davon zu reden, dass die Patientin durch die Entfernung einer Magensonde qualvoll verhungert sei, ist begrifflich falsch, da ohne Bewusstseins- und Schmerzempfinden keine Qual möglich ist und auch kein subjektives Hungergefühl empfunden werden kann.¹⁸ Aus ärztlicher Sicht lässt sich ein derartiger Behandlungsabbruch zudem auch anders verstehen: Es wird nicht die Behandlung abgebrochen, sondern es ändert sich vielmehr das Therapieziel. So werden oftmals Maschinen abgestellt, gleichzeitig aber palliative Maßnahmen eingeleitet oder verstärkt. Dies entspricht auch den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung:

»Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.«¹⁹

Bei aktuell einwilligungsunfähigen Personen ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für die Ärztin oder den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die in der Verfügung beschrieben wurde, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Dies hat der deutsche Gesetzgeber ausdrücklich in seinem Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2009 bestätigt. Dabei definiert er eine Patientenverfügung wie folgt:

»[Sie ist] eine schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in bestimmte,

¹⁷ BGH: Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09.

¹⁸ Vgl. Borasio 2005, 152.

¹⁹ BÄK (2011), A346.

zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.«²⁰

Im Unterschied zu Österreich ist eine derartige Patientenverfügung auch ohne notarielle Bestätigung bindend. Sie ist selbst dann bindend, wenn sie nur mündlich geäußert wurde. Als Folge hiervon hat die Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbegleitung die rechtlichen Vorgaben für die Ärzteschaft konkretisiert:

»Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI.2), hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.«²¹

Dies bedeutet freilich nicht, dass die Ärztin oder der Arzt beispielsweise dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nachgeben müsste oder dürfte, da eine Patientenverfügung ungültig ist, die Handlungen verlangt, die gesetzlich untersagt sind.

Handlungstheoretisch erscheint die Zuordnung der Handlung des Abstellens einer lebenserhaltenden Maschine bzw. des Entfernens einer Magensonde als passive Sterbehilfe dennoch problematisch. Die juristische Einordnung in Deutschland, das Durchschneiden des Schlauchs der Magensonde als Unterlassen zu verstehen und unter die passive Sterbehilfe zu subsumieren, kann aber dennoch einen sehr guten Grund angeben:

»Eine nur an den Äußerlichkeiten von Tun oder Unterlassen orientierte Unterscheidung der straflosen Sterbehilfe vom strafbaren Töten des Patienten wird dem sachlichen Unterschied zwischen der auf eine Lebensbeendigung gerichteten Tötung und Verhaltensweisen nicht gerecht, die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen.«²²

Damit folgte der BGH einer bereits seit langem in Deutschland herrschenden juristischen Meinung. Die Bundesärztekammer hat auf die-

²⁰ § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB.

²¹ BÄK (2011), A347.

²² BGH: Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09.

ses Urteil rasch reagiert und im Februar 2011 in ihren Grundsätzen ausdrücklich formuliert:

»Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.«²³

Allerdings ist in Fällen des konkreten Beendens das aktive Element nicht zu leugnen. Die Grenze zwischen Tun und Unterlassen verschwimmt hier, weswegen die Gesetzgebungen mancher Länder derartige Handlungen auch der aktiven Sterbehilfe zurechnen. Aufgrund der großen Ehrfurcht vor dem Leben im jüdischen Glauben zeigt die israelische Gesetzgebung eine besonders große Sensibilität im Umgang mit dem Leben von Sterbenden und lehnt das Entfernen einer Magensonde ab – dies zeigte sehr klar der Umgang mit dem ehemaligen Premier Ariel Scharon. Dies entspricht auch der halachischen Tradition, nach der die notwendigen Bedingungen des menschlichen Lebens (Sauerstoff, Nahrung und Flüssigkeit) keinem Sterbenden vorenthalten werden dürfen. Allerdings besteht eine Diskussion darüber, ob es eine Verpflichtung gibt, eine Magensonde einzusetzen. Die meisten Staaten haben dies so geregelt, dass es diese Verpflichtung nicht gibt, wenn die Zielsetzung darin besteht, Leiden im Sterbeprozess zu verringern, und der Sterbende selbst kein Interesse mehr an diesem Hilfsmittel zeigt. Allerdings hat es beispielsweise der BGH in seinem Urteil aus dem Jahr 2019²⁴ abgelehnt, es als Schaden anzusehen, wenn jemand mittels einer Magensonde am Leben erhalten wird, obwohl die Person darunter sehr gelitten hatte und Angehörige, in diesem Fall der Sohn, eine Beendigung der Maßnahme, die eine Übertherapie darstellte, forderte. Der Arzt wurde vom Gericht mit der Begründung von einer Schadensersatzklage freigesprochen, dass es sich verböte, menschliches Leben, selbst leidensbehaftetes Weiterleben, als Schaden anzusehen.

²³ BÄK 2011, A 346.

²⁴ BGH, Urteil v. 02. 04. 2019. VI ZR 13/18. Vgl. dazu den kritischen Kommentar von Hufen (2020b), wonach dieses Urteil nicht berücksichtigt, dass der Arzt durch die Übertherapie das Grundrecht des Patienten auf körperliche Unversehrtheit verletzt. Stattdessen hätte der Arzt das Therapieziel ändern und den Patienten palliativ behandeln müssen.

4.2.4 Indirekte Sterbehilfe

Eine Schmerztherapie auf Wunsch des Patienten, die zu einer Verkürzung der Lebenszeit führt, stellt einen typischen Fall indirekter Sterbehilfe dar. Diese Therapieform nimmt zwar eine Verkürzung der Lebenszeit in Kauf, sie wird aber nicht mit diesem Ziel eingesetzt. Sie kann darum nach vielen ethischen Ansätzen mit Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht nur gebilligt, sondern sogar gefordert werden. Die herrschende juristische Meinung geht sogar davon aus, dass Ärzte sich strafbar machen, wenn sie moribunden Patienten Schmerzmittel verweigern, obwohl diese ausdrücklich darum bitten.

Auch die Bundesärztekammer akzeptiert unter bestimmten Umständen die indirekte Sterbehilfe: »Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.«²⁵

Freilich kommt die indirekte Sterbehilfe in einem viel geringeren Maß vor, als lange Zeit angenommen. Erkenntnisse in der Palliativmedizin zeigen zudem, »dass Morphin die wirksamste und sicherste Therapie für starke Schmerzen und Atemnot ist und dass es bei korrekter Anwendung nur in weniger als 1 % der Fälle im Sinne einer sog. ›indirekten‹ Sterbehilfe wirkt (die nach der [bundesdeutschen] Rechtsprechung zulässig ist), weil die Medikation in der Regel eher zu einer Verlängerung als zu einer Verkürzung des Lebens führt.«²⁶ Durch die Covid-19-Pandemie 2020 ist die Frage der indirekten Sterbehilfe an der Grenze zur aktiven Sterbehilfe mit neuer Schärfe sichtbar geworden. Als in Italien und Spanien die Intensivbetten für Patienten mit großer Atemnot nicht ausreichten, durfte man diesen Menschen, die Todesangst litten, Morphium geben, um ihnen ihre Ängste zu nehmen, wohl wissend, dass zugleich das Atemzentrum weiter gedämpft wird. Faktisch führte die Morphiumgabe also in einigen Fällen eventuell auch zum Tod der betreffenden Menschen.

²⁵ BÄK (2011), A347.

²⁶ Borasio (2005), 152.

4.2.5 Beihilfe zum Suizid

Wie verhält es sich, wenn Menschen in freier Selbstbestimmung darum bitten, ihnen bei einer Selbsttötung zu helfen? In dieser besonders heftig geführten Debatte geht es national wie international darum, ob diese Formen der Sterbehilfe zulässig sein können.

In Deutschland und der Schweiz ist im Unterschied zu Österreich beispielsweise die Beihilfe zum Suizid straffrei, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven oder geschäftsmäßig geschieht. Nach heftigen Debatten im deutschen Bundestag wurde im Herbst 2015 folgendes Gesetz verabschiedet:

»§217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.«

Damit hatte sich der Gesetzesvorschlag durchgesetzt, der *in der Theorie* einen Mittelweg zwischen Strafbewehrtheit der Beihilfe einerseits und Zulässigkeit der Beihilfe gerade auch im Blick auf Ärzteschaft und Sterbehilfeorganisationen andererseits befürwortete. *In der Praxis* jedoch bedeutete das Gesetz zwar weitgehende Rechtssicherheit für Angehörige, dagegen blieb die Beihilfe für Ärzteschaft, Pflegekräfte sowie Apothekerinnen und Apotheker praktisch verboten. Wie sollten sie auch nachweisen, dass ihre Beihilfe einmalig gewesen ist. Damit konnte man ihnen faktisch immer unterstellen, ihre Handlung wäre, wenn ein vergleichbarer Fall sich wiederholen würde, auf Wiederholung angelegt. Man konnte ihnen also immer »Geschäftsmäßigkeit« unterstellen, denn wie sollte eine Ärztin oder ein Arzt, der Beihilfe leistete auf eine Anzeige hin, einem »Staatsanwalt weismachen können, dass er eine solche Hilfe nur einmal im Berufsleben ausgerechnet nur bei einem speziellen Patienten«²⁷ durchgeführt hat?

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 dieses Gesetz für nichtig erklärt. Ausdrücklich heißt es im 2. Satz des Urteils: »§217 des Strafgesetzbuches in der Fassung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. De-

²⁷ Rosenau (2020), 120.

zember 2015 (Bundesgesetzblatt I Seite 2177) [...] ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.«²⁸

Wie kam das Gericht zu diesem Urteil? Es kam dazu, weil nach seiner Ansicht das Strafgesetz entgegen seinem Buchstaben faktisch die Beihilfe unmöglich machte. Deshalb lautete der fünfte Leitsatz des Urteils:

»Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in §217 Abs. 1 StGB verengt die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.«

Das Gericht begründete sein Urteil grundlegend bereits in seinem ersten Leitsatz mit dem »Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben«. Dieses Recht ist »Ausdruck persönlicher Autonomie« und »umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen«. Die Bundesverfassungsrichter lassen keinen Zweifel darüber, dass »das Leben die vitale Basis der Menschenwürde« ist. Dennoch beginnt das Urteil in seinem ersten Leitsatz mit den Worten:

»1.a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen.«

Dieses Urteil geht in seinen Konsequenzen weit über die Sterbehilfedebatte hinaus. Jedem Menschen, der in freier Entscheidung aus dem Leben scheiden möchte, darf nach diesem Urteil nicht verwehrt werden, Hilfe bei Dritten zu suchen. Freilich ist dafür die Freiheit dieses Entschlusses der Betroffenen abzusichern. Damit stellt sich das Bundesverfassungsgericht, wie es auch in seinem Urteil bestätigt, ausdrücklich gegen religiöse und weltanschauliche Positionen, die Selbsttötung und damit auch die Beihilfe zur Selbsttötung als unmoralische Akte verbieten wollen. So argumentiert Kant, dass das Leben Bedingung der Möglichkeit für die Zuerkenntnis von Würde ist. Wer also sein eigenes Leben auslöscht, verhält sich selbstwidersprüchlich. Deshalb habe man aufgrund der eigenen Würde die Verpflichtung,

²⁸ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 6. Diese und auch die folgenden Zitate des Bundesverfassungsgerichts finden sich unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, zuletzt eingesehen: 26.08.2020.

sein Leben zu erhalten.²⁹ Dagegen hält das Gericht ausdrücklich fest: »Das Recht, sich selbst zu töten, kann nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung und damit seine Subjektstellung aufgibt«³⁰.

Religiöse Ethiken lehnen ausdrücklich die Beihilfe zum Suizid ab, weil bereits die Selbsttötung als schwere Verfehlung gegen den göttlichen Willen verstanden wird. Im Oktober 2019 unterschrieben Vertreter des Vatikans, das Großrabbinat von Jerusalem und eine indonesische muslimische Organisation eine entsprechende Erklärung: »Euthanasie und ärztlich begleiteter Selbstmord sind von Natur aus und als Folge moralisch und religiös falsch und sollten ohne Ausnahme verboten werden.«³¹ In ihrem Brief *Samaritanus Bonus* hat die Glaubenskongregation der katholischen Kirche 2020, auch als Reaktion auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, aber auch als Reaktion auf Entscheidungen in anderen Staaten, ausdrücklich betont, dass »diejenigen, die Gesetzen zustimmen, die [...] Beihilfe zum Suizid erlauben, Komplizen einer schweren Sünde werden, die andere ausführen werden.«³² Hintergrund ist die Überzeugung, wonach die Selbsttötung eine schwere Sünde ist.

»Jemand, der sich mit voller Freiheit sein eigenes Leben nimmt, bricht die eigene Beziehung mit Gott und den andern und verleugnet sich als moralisches Subjekt. Beihilfe zum Suizid verschlimmert die Schwere dieser Handlung, weil sie einen anderen in die eigene Verzweiflung einbezieht. Eine andere Person wird verleitet, seinen Willen vom göttlichen Geheimnis verbunden mit der theologischen Tugend der Hoffnung wegzuwenden und so den authentischen Wert des Lebens zu verschmähen und den Bund zu brechen, der die menschliche Familie begründet. Beihilfe zum Suizid ist eine ungerechtfertigte Mitwirkung an einer illegitimen Handlung, die der theologischen Beziehung mit Gott und der sittlichen Beziehung widerspricht, die uns alle miteinander verbindet, die wir das Geschenk des Lebens und die Bedeutung der Existenz teilen.«³³

²⁹ Vgl. Kant (1968 [1785]), 397 f. Dieses Argument wurde auch in der Debatte zum Gesetz von 2015 gebraucht, aber auch von früheren Bundesverfassungsrichtern wie Böckenförde. Auf seinen Beitrag verweist sogar das Gericht, qualifiziert ihn jedoch mit »aus ethisch-moralischer Sicht«.

³⁰ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, Nr. 211.

³¹ Hier zitiert nach: <https://de.qantara.de/content/juden-christen-und-muslimen-gegen-euthanasie-und-suizid-beihilfe>, zuletzt eingesehen: 22.09.2020.

³² SB, Nr. V.1. (eigene Übersetzung).

³³ Ebd., Nr. V.1. (eigene Übersetzung).

Allerdings ist diese religiöse Sicht selbst unter Theologen nicht mehr unumstritten. So verteidigt beispielsweise der Bischof der Hannoverschen Landeskirche Meister, der freilich nicht römisch-katholischer, sondern evangelischer Bischof ist, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, wenn er sagt:

»Als Christ sage ich: Die Gabe Gottes, nämlich mein Leben, hat er in meine Verantwortung gelegt. Diese Verantwortung währt bis zum letzten Atemzug. Und da ich an das ewige Leben glaube, habe ich auch die Rechtfertigung, den Zeitpunkt und die Art und Weise, wie ich sterbe, mitzugestalten.«³⁴

Der evangelische Theologe Hartmut Kreß³⁵ verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass das Recht, den Zeitpunkt des eigenen Tods selbst zu bestimmen, bereits in der Aufklärungsphilosophie begründet ist. John Lockes Eigentumstheorie, wonach jeder Mensch ein Recht auf Eigentum hat, wobei Locke allerdings die Überzeugung hatte, dass unser Leben Gott gehört, weswegen er dezidiert die Selbsttötung ablehnte,³⁶ hatte zur Konsequenz, dass sich die Überzeugung durchsetzen konnte, der Staat dürfe nicht mehr über seine Untertanen verfügen, als wären diese sein Eigentum. Friedrich II. hat 1751 unter Einfluss dieser aufklärerischen Ideen in Preußen die Strafbarkeit von Selbsttötungsversuchen beseitigt und bereits vier Jahre zuvor erlaubt, Menschen, die sich selbst das Leben genommen hatten, ehrenvoll zu bestatten. Auch im gesamten Deutschen Reich war ab 1871 die Selbsttötung bzw. der Versuch hierzu nicht mehr strafbar. Eine Theologie, die sich in diesen Denkraum stellt, wird Argumente entwickeln, »die das alte Dogma, Gott sei der Eigentümer des Lebens, relativieren und auch aus binnenreligiösen Motiven die persönliche Entscheidungsfreiheit des Menschen bejahen«.³⁷

Auch der katholische Moraltheologe Stephan Goertz scheint das Urteil des Bundesverfassungsgerichts mit christlichen Grundüberzeugungen als kompatibel anzusehen: »Ich bin in gewisser Weise skeptisch, ob das Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Kern seines Freiheitsverständnisses wirklich so unchristlich ist,«³⁸ da »die

³⁴ https://www.landeskirche-hannovers.de/evlka-de/presse-und-medien/nachrichten/2020/02/2020-02-26_3, zuletzt eingesehen: 18.08.2020.

³⁵ Vgl. Kreß (2020), 126 f.

³⁶ Vgl. Dworkin (1993), 195.

³⁷ Kreß (2020), 130.

³⁸ Goertz (2020), 27. Dort auch das folgende Zitat.

Debatte um die Gebote christlicher Ethik keine abgeschlossene« ist. Es könnte also nach dieser theologischen Sicht möglicherweise in der Fortentwicklung christlicher und möglicherweise auch jüdischer und muslimischer Ethik selbst religiös gerechtfertigt werden, was das Gericht in juristischer Sprache auf den Punkt bringt:

»Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht [...]. Die Selbstbestimmung über das eigene Lebensende gehört zum ›ureigensten Bereich der Personalität‹ des Menschen, in dem er frei ist, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu entscheiden [...].«³⁹

Wie man dann die Handlung des betreffenden Menschen, in juristischer Sprache: des Grundrechtsträgers, deutet, kann also offenbleiben. Vor dem Hintergrund, dass in manchen Fällen bei sterbenden Krebspatienten eine Schmerztherapie nicht den gewünschten Erfolg hat, kann man darum in diesen Fällen eine Selbsttötung auch als eine Tat der Eigenliebe deuten. Kommt hinzu, dass diese Tat auch für die Nahestehenden eine Erleichterung bringen mag und Ressourcen nicht beansprucht, deren bleibende Verfügbarkeit anderen Menschen zugutekommt, dann kann diese Tat auch als Tat der Nächstenliebe gedeutet werden. Umgekehrt könnte es sein, dass Patienten sich aus derartigen Erwägungen dazu gedrängt fühlen könnten, sich das Leben zu nehmen. Genau dies hat das Gericht ebenfalls im Blick, weil es eine schützende Rahmenordnung anmahnt.

Das Gericht verwirft jedenfalls eine Interpretation der Menschenwürde, wonach diese eine Lebenspflicht enthält,⁴⁰ und stärkt das Bewusstsein, dass die Würde Fundament von Grundrechten ist. Dies entspricht dem Menschenwürdeverständnis der Integrativen Medizinethik und lässt sich auch sehr gut mit dem Autonomieprinzip von Beauchamp und Childress verbinden. Obwohl auch utilitaristische Medizinethiken die Beihilfe zur Selbsttötung für zulässig halten, wäre hier die Argumentationslinie eine andere. Es ginge dabei nicht

³⁹ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, Nr. 210.

⁴⁰ Philosophen wie Dietmar von der Pfordten (2020, 1042), die sich eingehend mit dem Begriff der Menschenwürde in ihrer Forschung befasst haben, halten fest: »Der Schutz der Menschenwürde kann in ihren typischen Konstellationen weder eine Begründung noch eine Kritik der Tötung auf Verlangen des Sterbenden oder der Beihilfe zu Suizid rechtfertigen.«

darum, dass damit das Selbstbestimmungsrecht gestärkt wird, sondern dadurch der Gesamtnutzen steigt.

Ordnungsethisch entscheidend ist dabei, die Rahmenbedingungen so zu schaffen, dass niemand aus dem Leben gedrängt wird, also *wirklich* die Selbstbestimmung der betroffenen Person entscheidend ist, da es ja um Leben und Tod geht. Dies ist gerade vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils von großer Bedeutung, weil dieses Urteil nicht nur Schwerkranken, sondern allen Menschen ein mit der Menschenwürde verbundenes Recht auf den eigenen Tod attestiert. Sollte dann eine Ärztin oder ein Arzt auch einem jungen Menschen, der an Liebeskummer leidet und deshalb sterben möchte, Beihilfe zum Suizid leisten? Sollte sie bzw. er dem Wunsch nach Beihilfe Folge leisten, wenn dieser reflektiert von einem 78-Jährigen formuliert wird?⁴¹ Hier wäre im Verständnis der Integrativen Medizinethik sehr sorgfältig darauf zu achten, ob der Wille der Betroffenen sich an ihren momentanen oder an ihren fundamentalen Interessen orientiert, ob der Wille also der wirkliche Wille der betroffenen Person ist oder nur einer momentanen Stimmung entspricht.⁴² Ein Beispiel, um zu verstehen, warum ein momentanes Interesse nicht einem fundamentalen Interesse gleichzusetzen ist und warum eine momentane Willensäußerung nicht mit echter Selbstbestimmung identisch sein muss, bietet die Erzählung von Odysseus am Mastbaum. Odysseus lässt sich von den Gefährten fesseln, als sie mit ihrem Schiff das Gebiet der Sirenen durchfahren. Die Gefährten haben ihre Ohren mit Wachs verstopft und den Befehl erhalten, die folgende Zeit keinen Befehl von Odysseus zu befolgen, sondern einfach weiterzufahren. Odysseus lauscht dem verlockenden Gesang dieser gefährlichen Wesen, die jeden Menschen vernichten, der ihrem Ruf nachkommt. Odysseus bittet eindringlich die Gefährten, ihn loszubinden und anzuhalten, doch die Gefährten folgen nicht diesem für Odysseus tödlichen momentanen Wunsch, sondern respektieren seinen fundamentalen Wunsch, den er vor Beginn dieser Etappe benannt hat. Von hier aus wird auch verständlich, warum in der Debatte um die Sterbehilfe von Freiwilligkeit nur dann gesprochen werden kann, wenn sie im fundamentalen Interesse des betroffenen Menschen ist, seinem eigentlichen, dauerhaften Willen entspricht. Frei-

⁴¹ Von Schirach (2020) hat diese Problematik in seinem Theaterstück *Gott* deutlich angesprochen.

⁴² Vgl. Dworkin (1993).

lich gibt es eine heftige Diskussion, wann dies der Fall ist, da hier die Gefahr eines wohlmeinenden Paternalismus besteht.

In gewisser Weise hat der wegen seiner Treue zur römischen Kirche hingerichtete Humanist und spätere Lordkanzler Thomas Morus (1473–1535), der 1935 heiliggesprochen wurde, in seinem Werk *Utopia* bereits in Anlehnung an Platon Leitlinien entworfen, die eine Richtung weisen könnten. In vorsichtiger Weise formuliert er dabei seine Aussagen nicht als eigene Aussagen, sondern als Beschreibungen eines Berichterstatters, der eine heidnische Insel besuchte, modern gesprochen, eine Insel, in der die Regelungen weltanschaulich und religiös neutral gehalten sind. Der Berichterstatter, Rafael (hebräisch für Gott heilt), erzählt hierbei:

»Die Kranken pflegen sie, wie ich sagte, mit großer Hingebung, und sie tun alles, um ihnen die Gesundheit zurückzugeben [...]. Ist aber die Krankheit nicht nur aussichtslos, sondern dazu noch dauernd schmerzhaft und qualvoll, dann geben die Priester und die Behörden dem Patienten zu bedenken, dass er zu allen Verrichtungen unfähig, den Mitmenschen beschwerlich, sich selber lästig, nachgerade ein lebender Leichnam sei, und ermahnen ihn, nicht länger den Todeswurm in seinem Leibe zu füttern. Da das Leben für ihn eine Qual sei, solle er nicht zögern zu sterben [...]. Wer sich dazu überreden lässt, beendet sein Leben entweder durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung oder lässt sich betäuben und geht so von hinnen, ohne es zu merken. Gegen seinen Willen aber bringen die Utopier niemanden ums Leben; auch lassen sie es keinem trotz seiner Weigerung, freiwillig aus dem Leben zu scheiden, an irgendeinem Liebesdienst fehlen.«⁴³

Der entscheidende Punkt in dieser Darstellung ist die Beschreibung der Rahmenordnung, die verhindert, dass jemand gegen seinen Willen aus dem Leben gedrängt wird. Ob manche der Ideen von Morus heute angemessen wären, braucht nicht diskutiert zu werden. Vielmehr lässt sich eine gute Rahmenordnung vorstellen, die eine Beihilfe zum Suizid »dammbrechtsicher« macht. Dazu können folgende Regeln hilfreich sein, die in Anlehnung an Beauchamp/Childress etwa so aussehen könnten:⁴⁴

1. Freiwilligkeit eines einwilligungsfähigen Patienten;
2. eine länger vorhandene, vertrauensvolle Behandlungsbeziehung;

⁴³ Morus (1981 [1516]), 130f. (leicht korrigierte Übersetzung).

⁴⁴ Vgl. Beauchamp/Childress (2019), 191.

Konfliktfälle am Lebensende

3. eine gemeinsam getroffene Entscheidung (»shared-decision-making«) bei bestmöglicher Information (informed consent);
4. eine Überprüfung des Patientenwillens durch Einbeziehung von Freunden usw.;
5. Aufzeigen von Alternativen;
6. Rückversicherung durch eine interne Beratung mit anderen Kollegen (Zweitmeinung);
7. Überprüfung der Dauerhaftigkeit des Todeswunsches;
8. Unumkehrbares Leiden des Patienten, sei es psychisch oder physisch;
9. Einsatz eines Mittels der Beihilfe, das schmerzfrei und annehmbar ist.

In ähnlicher Weise hat sich auch in Deutschland eine Gruppe von Fachleuten geäußert, die sogar einen Gesetzesvorschlag mit ethischer Begründung vorgelegt hat. Ziele des Vorschlags sind:

- »Respekt vor der Autonomie der Menschen
- Fürsorge durch fachkundige ärztliche Beratung und Begleitung
- Prävention nicht-freiverantwortlicher Suizide
- Vermeidung einer Freigabe der Tötung auf Verlangen
- Rechtssicherheit für alle Beteiligten
- Transparenz durch Dokumentation«.⁴⁵

Es geht darum, dass Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer Expertise die Freiwilligkeit des Menschen, der sich das Leben nehmen möchte, überprüfen, was durch zwei voneinander unabhängige Personen geschehen muss. Sie werden auch Alternativen zur Selbsttötung aufzeigen. Sollte der Wunsch dennoch weiter bestehen, sind sie auch für die Versorgung mit den entsprechenden Mitteln zuständig und angemessen für ihren Aufwand zu vergüten. In Analogie zur Abtreibung darf niemand zu einer derartigen Beihilfe zur Selbsttötung verpflichtet werden. Dass Ärztinnen und Ärzte sehr geeignet hierfür sind, ohne deshalb dies als eine *spezifische* Aufgabe zu haben, hat der Philosoph Carl Friedrich Gethmann, der zudem Mitglied im Deutschen Ethikrat ist, auf den Punkt gebracht:

⁴⁵ Vgl. Borasio et al. (2020), 2.

»Die moralische Beurteilung der Beihilfe zur Selbsttötung ergibt sich aus dem allgemeinen Hilfegebot, demgemäß der in Not befindliche Mensch Anspruch auf Hilfe durch seine Mitmenschen hat. Dieser Hilfeanspruch wird selbstverständlich durch die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Helfers moderiert. Den Angehörigen der Heilberufe, insbesondere Ärzten, stehen allerdings in der Regel weitergehende Möglichkeiten zur Hilfe zur Verfügung als Angehörigen der Normalbevölkerung. D. h. jedoch nicht, dass die Beihilfe zur Selbsttötung eine spezifisch ärztliche Tätigkeit ist. Allerdings kann niemand, auch nicht ein Arzt, zu einer entsprechenden Hilfeleistung verpflichtet werden, beispielsweise wenn er aus weltanschaulichen Überzeugungen eine tiefe Aversion gegen diese Hilfeleistung hat. Die Beihilfe zur Selbsttötung könne keine ärztliche Leistung sein, läuft daher leer.«⁴⁶

Geht man davon aus, dass die mit der Menschenwürde verbundene Selbstbestimmung einschließlich der Selbstbestimmung über den eigenen Tod zentral ist, so könnte man in Deutschland die Beihilfe zum Suizid gemäß dem Gesetzesvorschlag von Borasio et al. regeln. Man könnte eine Lösung angehen, die dem Umgang mit der Abtreibung ähnelt, wobei hier freilich keine rechtswidrige Handlung vorliegen würde. Dann wäre zur Absicherung der Freiwilligkeit die Beihilfe der Ärzteschaft vorbehalten und könnte als Leistung abgerechnet werden. Freilich wäre damit das hippokratische Ethos in ähnlicher Weise verletzt wie bei der geltenden Abtreibungsregelung.

4.2.6 Aktive Sterbehilfe

Im Unterschied zur Beihilfe zum Suizid, bei dem die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, der frei entscheidet, ob er sich mit dem bereitgestellten Mittel das Leben nehmen möchte, vollzieht bei der aktiven Sterbehilfe nicht die sterbewillige Person die Handlung die zum Tod führt, sondern auf ihre Bitten hin eine andere Person. In Deutschland wird aktive Sterbehilfe bei Freiwilligkeit als Tötung auf Verlangen

⁴⁶ Gethmann (2020), 1059. Vgl. ähnlich das langjährige Mitglied des Deutschen Ethikrats Schöne-Seifert (2020a), 138: »Ärzte, die ihren am Weiterleben verzweifelten Patienten bei einem freiverantwortlichen Suizid helfen wollen, verraten damit weder die Kernziele der Medizin noch ihre wohlverstandenen beruflichen Pflichten, bei deren Festlegung die aus potentiellen Patienten bestehende Gesellschaft maßgeblich mitreden sollte. Und dass die Möglichkeit, mit Ärzten über Suizidwünsche und -hilfe offen zu reden, das Vertrauen zu ihnen stärkt statt schwächt, liegt ebenso auf der Hand, wie es durch empirische Daten aus anderen Ländern bestätigt wird.«

beurteilt und ist grundsätzlich nach §216 StGB strafbar. Jedoch liegt das Strafmaß deutlich unter dem Strafmaß von Totschlag oder Mord, nämlich zwischen sechs Monaten und fünf Jahren. Die deutsche Gesetzespraxis entspricht damit einem weitreichenden internationalen Konsens, aktive Sterbehilfe als strafbewehrte Handlung zu verstehen. Dieser internationale Konsens beginnt aber zu bröckeln, wie die Erlaubnis aktiver Sterbehilfe unter bestimmten Sorgfaltskriterien (z. B. Freiwilligkeit) in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg zeigt.

Die wohl schärfste Kritik an dieser Form aktiver Sterbehilfe äußert die Glaubenskongregation der katholischen Kirche in ihrem Brief *Samaritanus Bonus*, wobei sie sich dabei weitgehend auf *Evangelium Vitae* von Papst Johannes Paul II. beruft und diese auch oftmals zitiert. Danach ist »die aktive Sterbehilfe ein *Verbrechen gegen das menschliche Leben*, weil jemand in dieser Handlung direkt wählt, ein unschuldiges menschliches Wesen zu töten. [...] Deshalb ist die aktive Sterbehilfe eine intrinsisch schlechte Handlung in jeder Situation und unter allen Umständen.«⁴⁷ Als Konsequenz betont die Glaubenskongregation, dass »keine Autorität legitimerweise solch eine Handlung empfehlen oder erlauben kann, weil sie ein Beleidigung der Menschenwürde, ein Verbrechen gegen das Leben und einen Angriff auf die Menschlichkeit darstellt«.⁴⁸

Was ist dazu zu sagen? Theologisch lässt sich fragen, ob es wirklich der Willensrichtung Gottes entspricht, der Barmherzigkeit will und nicht Opfer,⁴⁹ wenn Menschen, die sich in einem Sterbeprozess oder einem dauernden nach ihrer Überzeugung unerträglichen Leid befinden und die Tötung wünschen, keinesfalls getötet werden dürfen.

Allerdings erfordert die aktive Sterbehilfe eine Fremdtötung. Diese ist freilich in keiner Weise mit dem verbrecherischen nationalsozialistischen Tötungsprogramm zu verwechseln. Hier ermächtigt sich ein Staat, Menschen, deren Leben er nicht für lebenswert hält, gegen ihren Willen töten zu lassen. Ein solcher Staat verletzt damit nicht nur das Lebensrecht der Betroffenen, fügt deren Angehörigen

⁴⁷ SB, Nr. V.1. (eigene Übersetzung).

⁴⁸ Ebd., ein eigenes Schreiben *Iura et bona* aus dem Jahr 1980 (AAS 72 (1980), 546) zitierend. So auch EV, Nr. 72: »Die Gesetze, die [...] die aktive Sterbehilfe zulassen und begünstigen, stellen sich nicht nur radikal gegen das Gut des Einzelnen, sondern auch gegen das Gemeinwohl und sind daher ganz und gar ohne glaubwürdige Rechtsgültigkeit.«

⁴⁹ Vgl. Mt 12,7.

und Nahestehenden großes Leid zu, sondern kehrt eine wesentliche Aufgabe des Staates in ihr Gegenteil, denn diese staatliche Aufgabe besteht gerade darin, Entwicklungen vorzubeugen, die die Hemmschwelle zu töten senken. Jeder Staat und jede Gesellschaft müssen deshalb klug abwägen, in welcher Form Sterbehilfe zulässig sein kann. In diesem Sinn argumentieren Beauchamp und Childress:

»Regeln in unserem moralischen Regelwerk gegen das aktive oder passive Verursachen des Todes einer anderen Person sind nicht isolierte Fragmente. Sie sind Fäden in einem Regelwerk, das Achtung vor menschlichem Leben unterstützt. Je mehr Fäden wir entfernen, umso schwächer wird das Regelwerk. Wenn wir auf *Verhaltensänderungen* unsere Aufmerksamkeit richten, nicht nur auf Regeln, könnten Verschiebungen in der öffentlichen Handhabung die allgemeine Einstellung zur Achtung vor dem Leben aufweichen. Verbote sind oft sowohl instrumentell als auch symbolisch von Bedeutung, und ihre Aufhebung kann eine Menge von Verhaltensweisen ändern [...].«⁵⁰

4.2.7 Fazit

Gesellschaftlich wird in den deutschsprachigen Ländern die Selbsttötung trotz gegenteiliger, meist religiöser Überzeugungen nicht mehr als strafwürdig angesehen. Dagegen genießt das Verbot der Fremdtötung einen sehr hohen Wert. Vor diesem Hintergrund könnte eine Lösung, die auf dem Prinzip der Menschenwürde und damit verbunden der allgemein anerkannten Prinzipien von Recht auf Leben und Recht auf Selbstbestimmung basiert, sich eng an den vorgeschlagenen Gesetzentwurf von Taupitz et al. anlehnen: Die aktive Sterbehilfe sollte weiterhin verboten sein. Die Beihilfe zum Suizid aus nicht selbstsüchtigen Motiven sollte dagegen nicht unter Strafe stehen. Ärzten sollte es erlaubt sein, Beihilfe leisten zu dürfen, ohne dadurch berufsrechtliche Konsequenzen erfahren zu müssen. Es wird auf diese Weise vermieden, dass das Vertrauen in die ärztliche Rolle geschwächt wird, wenn zusätzlich bei einer solchen Regelung Rahmenbedingungen gewahrt bleiben, die folgende Gefahren ausschließen:

⁵⁰ Beauchamp/Childress (2019), 187.

Konfliktfälle am Lebensende

1. die Gefahr, dass der Einzelne unter Druck gesetzt und damit in seiner Selbstbestimmung beeinflusst wird;
2. die Gefahr, dass sich für bestimmte Krankheiten Automatismen einspielen;
3. die Gefahr, dass die Möglichkeit im Gesundheitswesen Ressourcen einzusparen sozusagen »Druck von oben« hin zur Beihilfe zum Suizid schleichend bewirken könnte.

Darüber hinaus gebietet der Respekt vor ethischen Überzeugungen, die jede Selbsttötung und auch jede Beihilfe zur Selbsttötung ablehnen, dass jeder das Recht haben muss, die Beihilfe zur Selbsttötung aus Gewissensgründen zu verweigern.