

Boris
Kotchoubey

Irrsinn
der
Sterbehilfe



IRRSINN DER STERBEHILFE

Boris Kotchoubey

IRRSINN DER STERBEHILFE

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



TÜBINGEN
LIBRARY PUBLISHING

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie, detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Der Text dieses Werks ist unter der Creative-Commons-



Lizenz CC BY-NC ND 3.0 DE (Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland) veröffentlicht.

Den Vertragstext finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de>

Die Online-Version dieser Publikation ist auf den Verlagswebseiten von Tübingen Library Publishing frei verfügbar (Open Access).

<http://hdl.handle.net/10900/83358>

<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-dspace-833584>

<http://dx.doi.org/10.15496/publikation-24749>

1. Auflage 2018 Tübingen Library Publishing

Universitätsbibliothek Tübingen

Wilhelmstraße 32

72074 Tübingen

druckdienste@ub.uni-tuebingen.de

<https://tlp.uni-tuebingen.de>

ISBN (Hardcover): 978-3-946552-19-2

ISBN (PDF): 978-3-946552-18-5

Umschlaggestaltung: Susanne Schmid, Universität Tübingen

Covergestaltung nach K. Malewitsch, »Das schwarze Quadrat auf weißem Grund«

Satz: Boris Kotchoubey und Sandra Binder, Universität Tübingen

Druck und Bindung: Pro BUSINESS digital printing Deutschland GmbH

Printed in Germany

Porfirij Petrowitsch warf sich sogar vor Erstaunen zurück auf die Stuhllehne, so überraschte ihn diese Replik.

»Was heißt es »wer hat den Mord begangen«, wiederholte er fast flüsternd, als ob er die Frage nicht verstanden hätte. »Wie können Sie es fragen? Natürlich waren Sie es, Rodion Romanowitsch! Sie haben es getan, wer sonst!«

F. Dostojewski, *Verbrechen und Strafe*, Teil 6, Kap. II

Danksagung

Der vorliegende Text entstand auf der Basis von etwa 20 Jahren Arbeit und enger Kommunikation mit Patienten mit sehr schweren Schädigungen des Nervensystems sowie mit ihren Angehörigen, Ärzten und Pflegern. Ihnen allen drücke ich meine tiefste Dankbarkeit aus. Viele Ideen kamen zum Licht in Gesprächen mit meinen Kollegen, v. a. mit Prof. Niels Birbaumer (Tübingen), Prof. Andrea Kübler (Würzburg), Dr. Dorothee Lulé (Ulm) und Dr. Tamara Matuz (Tübingen). Sie tragen aber keine Verantwortung, falls sich die Ideen als falsch erweisen würden.

Ich bin vom Herzen dankbar meiner Frau Lydia, die das Schreiben, welches hauptsächlich abends, am Wochenende und im Urlaub stattfand, immer unterstützte und mit Engelsgeduld ertrug, dass ich beim Abendessen an den Inhalt der nächsten Seite dachte, statt das Gespräch zu unterhalten. Meine Tochter Lilia, die als Journalistin tätig war, hat den gesamten Text höchst aufmerksam gegengelesen und zahlreiche Unklarheiten aufgedeckt, die dann geklärt wurden. Auch ihr bin ich außerordentlich dankbar.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	7
Inhaltsverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	11
Einführung	13
Die Namen des Todes.....	19
Unerträgliche Leiden	29
Die guten alten Zeiten	29
Kreuzzug gegen den Schmerz	32
Arzt, heile dich selbst!.....	37
Patientenautonomie.....	43
Zum Tode frei.....	43
»Das allgemeine Gesetz«.....	50
Autonomie im Netz	53
Auf dem Minenfeld.....	59
Ich will, und ich will nicht.....	60
Fragliche Kompetenz.....	66
Ohne Recht auf Fehler.....	71
Wenn man nicht mehr wollen kann.....	75
Was Mary nicht wusste, aber Marius meinte zu wissen.....	75
Patientenverfügung	79
Stellvertretende Entscheidung.....	86
Beste Interessen.....	90
Werte und Kosten.....	97

Wirtschaftliche Überlegungen.....	97
In schräger Lage: Beispiel Niederlande	105
In schräger Lage: Weitere Beispiele.....	117
Fazit: Tektonische Veränderungen	125
Töten als Beruf und Berufung.....	133
Selbstsüchtige Motive.....	133
Medizynisch.....	138
Blick in den Abgrund	153
Die Tatwerkzeuge	154
Die Täter	171
Die Umstände	185
Schlusswort	201

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:** Baron Dominique Jean Larrey, Leibarzt Napoleons. Das Bild von Anne-Louis Girodet de Roussy-Trioson (1804). Aus: The Yorck Project: 10 000 Meisterwerke der Malerei. DVD-ROM, 2002. ISBN 3936122202. Distributed by DIRECTMEDIA Publishing GmbH. Public domain.....31
- Abbildung 2:** Schauspielerische Nachstellung der Operation vom 16.10.1846 in der Universitätsklinik Boston. Aus [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Southworth_-_First_etherized_operation_\(re-enactment\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Southworth_-_First_etherized_operation_(re-enactment).jpg). Public domain.....32
- Abbildung 3:** Anzahl der aktiven Patiententötungen pro Jahr in Belgien und den Niederlanden nach der Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe107
- Abbildung 4.** Anzahl von Beihilfen zum Suizid in der Schweiz pro Jahr.....119
- Abbildung 5:** Anzahl der Patienten pro Jahr, die im US-Bundestaat Oregon seit Inkrafttreten des Gesetzes »Death with Dignity« Beihilfe zum Suizid beantragt und dann den Suizid tatsächlich begangen haben.....122
- Abbildung 6:** Anzahl der Patienten pro Monat, die im US-Bundestaat Washington seit Inkrafttreten des Gesetzes »Death with Dignity« Beihilfe zum Suizid beantragt und dann den Suizid tatsächlich begangen haben.....123
- Abbildung 7:** Die Selbstmordrate (pro 100 000 Einwohner) in den drei US-Bundestaaten, in denen die Sterbehilfe in Form des ärztlich-assistierten Suizids erlaubt ist124
- Abbildung 8:** Astrophysiker Prof. Stephen Hawking im schwerelosen Raum. Public Domain.....146
- Abbildung 9:** Diskrepanzen zwischen den Einstellungen von Experten und Laien gegenüber der aktiven Sterbehilfe.....151
- Abbildung 10:** Subjektive Lebensqualität todkranker, schwerstgelähmter Patienten.....186
- Abbildung 11:** Lebensqualität und Stimmung von Patienten mit amyotropher Lateralsklerose188
- Abbildung 12:** Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der lebenserhaltenden Maßnahmen und Depression bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose ...189

Einführung

Die beste Art der Manipulation besteht darin, einem Menschen einzureden, dass das, was Sie von ihm wollen, eigentlich er selber wolle.

Callahan, D., White, M.

in: *University of Richmond Law Review*, 1996, 30, S. 7

Seit Moses auf seinen Tafeln das Gebot »Du sollst nicht töten« an die erstaunten Juden übergab, entwickelten Menschen unglaubliche Kreativität in der Erfindung verschiedenster Gründe, mit denen dieses Gebot umgangen werden kann. Die am häufigsten benutzte Methode dabei war die Formulierung eines Feindbildes. Der damit definierte Feind wurde aus der Gemeinschaft der Menschen, in der das Tötungsverbot galt, ausgeschlossen. Er wurde als Ausnahme beschrieben: »Du sollst nicht töten, außer einen Feind«.

Irgendwann im Laufe der Zeit entstand aber das Bedürfnis, das Tötungsverbot weiter aufzulockern. Eine Theorie wurde entwickelt, der zufolge es Menschen gebe, deren Leben so schlecht (und – das wichtigste – nicht mehr verbesserbar) sei, dass es v. a. im Wohl dieser selben Menschen liege, möglichst schnell zu verschwinden, und unsere Pflicht sei es, ihnen dabei zu helfen. Man beachte die Anwendung der Begriffe: Es ist keine Tötung mehr, sondern lediglich eine Hilfe beim Sterben, im heutigen Sprachgebrauch »Sterbehilfe«. Wir bringen Menschen nicht um, sondern »erlösen« sie von der unerträglichen Qualität ihres ohnehin nicht lohnenswerten Lebens.

Wer aber bestimmt, welches menschliche Leben erträglich und welches unerträglich bzw. mit der Menschenwürde unvereinbar (»unwürdiges Leben«) ist? Die erste Version der hier angesprochenen Ideologie gab auf diese Frage eine viel zu einfache und daher für uns heute inakzeptable Antwort: Es sind die Helfer selbst, die besser wissen, wem geholfen werden soll. Diese Antwort entsprach dem in jener vergangenen Epoche verbreiteten »Führerprinzip«, nach dem bestimmte Menschen durch ihre besonderen Eigenschaften (»Führungsqualitäten«) dafür vorgesehen waren, andere Menschen zu leiten und für sie die wichtigsten Entscheidungen zu treffen.

So denken wir heute natürlich nicht mehr. Der Paternalismus vergangener Zeiten ist deshalb dem postmodernen Maternalismus¹ gewichen. Den Unterschied kann man am Beispiel eines ungesunden Verhaltens (Rauchen, fettes Essen usw.) verdeutlichen. In einer paternalistischen Gesellschaft kann der versorgende Staat dieses Verhalten einfach verbieten und sogar unter Strafe stellen. In einer liberalen Gesellschaft ist jedes Verhalten, das nur dem Betroffenen, aber keinem anderen Menschen Schaden zufügt, seine private Sache und damit erlaubt. In einer maternalistischen Gesellschaft steht es zwar auch nicht unter direktem Verbot, aber ein System von Hinweisen und indirekten Einflüssen wird aufgebaut (z. B. werden die entsprechenden Waren mit verschiedenen Warnsignalen ausgezeichnet), damit das sozial erwünschte Verhalten (d. h. dasjenige, das nicht der Betroffene selbst, sondern die anderen für richtig halten) am häufigsten auftritt. Im Idealfall sollte das Leitsystem das sozial unerwünschte Verhalten völlig verunmöglichen, womit (im Gegensatz zum Paternalismus) die Frage nach einer Bestrafung erst gar nicht aufkommt. So straft die vorsorgliche Mutter im Gegensatz zum strengen Vater das Kind schon deshalb nicht, weil sie seine Umwelt im Voraus so gestaltet hat, dass es nicht mal die Möglichkeit hat, sich derart schlecht zu benehmen, um eine Strafe auf sich zu ziehen.

Auch die Menschen, die sterben sollen, weil ihr Leben unerträglich ist, sollen laut der zweiten, gegenwärtigen Version der Tötungsideologie zu diesem Schluss selbstständig kommen. Aber diejenigen, die ihnen dann beim Ableben gerne helfen werden, helfen auch beim Herausfinden der richtigen Entscheidung. So wie man z. B. das umweltfreundliche Verhalten mit positiven Worten wie »Bewahrung der Schöpfung« und das umweltzerstörende mit negativen wie »Verseuchung« belegt, wird hier schwerkranken und gelähmten Menschen erklärt, dass ihr Weiterleben nichts als ein »Dahinvegetieren« und ein »Dem-anderen-zur-Last-Fallen« bedeutet, während sie beim vorzeitigen Sterben ihre »Menschenwürde« bewahrten. Bieten die Ärzte diesen Leidenden durch Injektionen notwendige Präparate an, die ihre Schmerzen stillen, Krämpfe lindern, ihrem Gewebe Nahrung zuführen, ihre Lebensqualität normalisieren, so heißt dies in der Sprache der Tötungsideologen »an Schläuchen hängen«. Damit werden die Schwachen und Gebrechlichen von heute nicht mehr direkt gezwungen zu sterben. Vielmehr wird ihnen der richtige Weg,

¹ Zu diesem Begriff siehe z. B. <https://stefanolix.wordpress.com/2012/03/26/paternalismus-und-maternalismus-in-xxl/>; http://www.novo-argumente.com/magazin.php/novo_notizen/artikel/prostitution_paternalismus_und_maternalismus_vereint.

der schnellere Weg fort von uns erklärt und ziemlich unmissverständlich angedeutet. Sie werden höflich aber sicher in eine Lage versetzt, in der sie eine Wahl zwischen etwas offensichtlich Schlechtem (z. B. »dahinsiechen«) und etwas offensichtlich Gutem (z. B. »Erlösung«) treffen sollen. Dass das Erstere eigentlich Leben und das Letztere Tod heißt, wird stillgehalten.

Es gibt zwar viele, die gegen diese Position und damit für das Leben argumentieren. Ein Grund zum Schreiben dieses Textes ist aber, dass ich mit dieser Argumentation meistens nicht zufrieden bin. Sie erfolgt oft aus dogmatischen, manchmal konfessionellen Gründen. Diese Gründe kann ich teilen oder jedenfalls respektieren, aber verbindlich sind sie nicht. Ich glaube zwar an Gott, aber nicht an den *Deus ex Machina*.² Ich kann z. B. glauben, dass Gott den vorzeitigen Tod eines Menschen nicht will, aber wissen kann ich das nicht. Ich finde es eine ungeheure Anmaßung, fast Blasphemie, wenn gläubige Menschen behaupten, sie könnten genau wissen, was das allmächtige und allwissende Wesen will und was nicht. Wer seine Beweisführung auf bestimmten weltanschaulichen (z. B. religiösen) Grundsätzen aufbaut, schließt von Beginn an die Menschen aus, die diese Grundsätze nicht teilen. Ich behaupte dagegen, dass es feste rationale Gründe gibt, die für jeden vernünftigen Menschen, der am Tod seines Nächsten keine ausgesprochene Freude empfindet, unabhängig von seinen religiösen Überzeugungen klar und verständlich sind. Gottes Eingreifen ist einfach nicht nötig. Wir brauchen keine dogmatische Behauptung, dass das Menschenleben heilig ist. Als Grundaussage reicht vollkommen aus, dass *ceteris paribus* Existenz besser ist als Nicht-Existenz. Die Stärke dieser Grundannahme besteht im Übrigen darin, dass derjenige, der sie konsequent ablehnt, automatisch aus der Diskussion ausscheidet. Deshalb berufe ich mich in diesem Text auf keinerlei religiöse Vorstellungen, es sei denn in beiläufigen Ausdrücken wie »um Himmels Willen« oder »Gott sei Dank«. In den wenigen Fällen, in denen ich auf Bibeltexte verweise, betrachte ich sie wie eine gängige Literaturquelle.

Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich die besagte Tötungsideologie nicht bloß kritisiere, sondern dass ich deren Vertretern gegenüber eine bestimmte Emo-

² Wenn ein ungeschickter antiker Dramatiker die Schwierigkeiten, die in seiner Tragödie entstanden, nicht auf eine plausible Weise auflösen konnte, ließ er aus einer Maschine einen Gott auf die Bühne heruntersteigen, der mit seinen göttlichen Kräften die Lage klärte. Der Ausdruck »Gott aus einer Maschine« bezeichnet daher einen Versuch, wenn man bestimmte Thesen nicht durch Fakten und Logik begründen kann, diese durch Verweis auf Gott durchzusetzen.

tion empfinde, die Abscheu heißt. Ganz absichtlich will ich deshalb nicht auf emotionale, an manchen Stellen scharfe Angriffssprache verzichten. Ich finde diese Taktik vollkommen gerechtfertigt, denn gerade dafür wurden Emotionen von der Mutter Evolution erschaffen, damit die biologischen Organismen zwischen Leben und Tod unterscheiden. Wer bei der Frage nach Leben und Tod emotionslos bleibt, ist nicht überlebensfähig. Die Anhänger der schnellmöglichen Tötung von Schwachen und Schwerstbehinderten scheuen sich keineswegs, an die einfachsten, niedrigsten Emotionen des Auditoriums zu appellieren und die gemeinsten Argumentationstricks zu verwenden, die man nur in einem Rhetorikseminar zum Thema »Unfaire Diskussionstechniken« erlernen kann – bis hin zur Unterstellung, dass Ärzte nur deshalb Patientenleben retten wollen, weil sie damit Medikamente feilböten und dem Krankenhaus Profit brächte (was in Einzelfällen auch stimmen mag, hier aber wird es für eine generelle Tendenz ausgegeben). Wenn dieser gewissenlose Missbrauch menschlicher Affekte schließlich dem Zweck des Tötens dient, wie viel mehr darf man – ja soll man – sich dann an die Emotionen der Leser wenden, wenn diese Emotionen zwecks Verteidigung des Rechts auf Leben angesprochen werden, und wenn sie selbstverständlich nicht dafür stehen, den Mangel an vernünftigen Argumenten durch laute Aufschreie zu verdecken, sondern wenn sie hingegen von einer rationalen Analyse logischer Fehler und faktischer Unzulänglichkeiten begleitet sind.

Aber noch stärker als die natürlichen biologischen Gefühle, die mit dem Lebensprozess selbst zusammenhängen, haben mich die sogenannten kognitiven Emotionen zum Schreiben bewegt. Unter diesem Namen fassen die Psychologen die Gemütsbewegungen zusammen, die im Laufe des Erkenntnisvorgangs entstehen, etwa, wenn man eine schöne logische Beweisführung oder eine einfache und inhaltsreiche Formel wie $E=mc^2$ genießt. Die Argumentation der Sterbehilfefanhänger ist nicht nur inhaltlich abstoßend, da es um die Menschentötung geht. Sie ist auch widerlich aus rein formeller Sicht, denn sie besteht aus lauter Widersprüchen, Ignoranz, billigen Sophismen, logischen Fehlern, unterschweligen Unterstellungen, Andeutungen, Anspielungen. Genau darauf bezieht sich der Titel des Buches: Die Idee der Sterbehilfe ist wörtlich ein Irrsinn, eine Verhöhnung der menschlichen Vernunft. Dahinter steckt ein hässliches Menschenbild, das Bild eines Lesers oder eines Opponenten, der zum klaren Sehen und Denken sowieso

unfähig ist. Ein wichtiger Beweggrund war für mich der Versuch zu begreifen, warum eine solche Argumentation überhaupt jemanden erreichen kann. Hoffentlich erhalten wir am Ende dieser Lesereise die Antwort auf diese Frage.

Als Erstes müssen wir aber das Gebiet umschreiben, in das uns die Reise führt, und die Differenzierungen einführen, die zum Verstehen der Strategien der Tötungsideologie sehr wichtig sind.

Die Namen des Todes

Eines ist absolut sicher in unserem Leben: Jeder von uns wird sterben. Die Brutalität dieser Tatsache steht scheinbar im scharfen Kontrast zur Willkür unserer Sprache. Der Tod widerlegt ohne große Argumente alle Versuche, den Menschen als sprach- und kulturbedingtes Wesen zu definieren; denn wäre er ein solches, so könnte der Mensch eine Kultur erschaffen, in der er nicht sterben würde, oder zumindest eine Sprache erfinden, in der es keinen Namen für den Tod gibt – aber es gibt weder diese Kultur noch eine solche Sprache. Also können wir viele verschiedene Worte darüber verlieren, da nutzt alles nichts: Der Tod kommt, egal welche Bezeichnung wir für ihn erdenken.

Aber vielleicht ist es doch nicht ganz egal, denn sonst bräuchten wir so viele Wörter und so viel Streit über diese Wörter nicht. Zum Beispiel: In Zeiten des Friedens sterben die meisten Menschen eines natürlichen Todes, andere bei einem Unfall. Aber welcher Tod als »natürlich« definiert werden soll, an diesem Punkt beginnen schon Diskussionen. Die Medizin hat heute zahlreiche Möglichkeiten, den Tod sehr weit aufzuschieben. Einer extremen Sicht zufolge ist nur derjenige Tod natürlich, der eintritt, wenn alle diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Falls lebenserhaltende Maßnahmen, vor allem die kardiopulmonare Reanimation, abgebrochen werden, bevor der Patient vollkommen tot ist, kann man von einer »passiven Sterbehilfe« sprechen bzw. Sterbehilfe durch Unterlassung.

Eine ganz andere Art des Sterbens ist die aktive Tötung seiner selbst, juristisch Selbsttötung, im Alltag Selbstmord genannt. Wenn jemand sich beim Selbstmord der Hilfe einer anderen Person bedient, die ihm z. B. ein Gift oder ein anderes Mittel zur Selbsttötung bereitstellt, dann spricht man von einem assistierten Suizid (wenn der »Helfer« ein Arzt ist, von einem ärztlich assistierten Suizid) oder von einer Beihilfe zum Suizid.

Ein noch weiterer Fall in dieser Rubrik tritt dann ein, wenn man eine andere Person nicht bloß um Bereitstellung eines tödlichen Mittels bittet, sondern um einen direkten zum Tode führenden Eingriff, z. B. eine Giftspritze. Damit sind wir bei einer aktiven Sterbehilfe bzw. einer freiwilligen Euthanasie. Schließlich können

dieselben tödlichen Eingriffe bei anderen Patienten (bzw. Nicht-Patienten) angewendet werden, ohne dass diese einen Todeswunsch geäußert haben: Unfreiwillige Euthanasie, »Gnadenstoß«, »Tötung aus Erbarmen«. Die beiden Formen der Euthanasie bilden eine aktive Sterbehilfe, die sich nur insoweit voneinander unterscheiden, als dass in einem Fall die Initiative von der zu sterbenden Person ausgeht, im anderen Fall von den »Sterbehelfern«. Obwohl die ärgsten Beispiele der unfreiwilligen Euthanasie von den Nationalsozialisten geliefert wurden, die im Rahmen ihrer »Aktion T4«³ und anderer ähnlicher Operationen Hunderttausende chronisch Kranker umbrachten, ist doch der Gedanke der gewaltsamen Vernichtung »unwerter Menschen« viel älter als der deutsche Nationalsozialismus und wurde in sehr vielen Ländern von Chile bis Indien ernsthaft diskutiert. Auch heute ist die unfreiwillige Euthanasie, d. h. die Tötung von Kranken ohne deren aufgeklärte Zustimmung (in Form der Tötung kranker Kinder, die nicht zustimmungsfähig sind) z. B. im angeblich zivilisierten Belgien erlaubt, wobei das entsprechende Gesetz im belgischen Parlament sogar mit einer großen Mehrheit (fast 2:1) verabschiedet wurde.⁴

Eine Sonderstellung nimmt die indirekte Sterbehilfe ein, bei der eine andere Person das extreme Leiden eines Patienten lindern will, dafür aber ein so starkes Mittel verwenden muss, dass dieses (als Nebenwirkung) zum Tod führt. Das klassische Beispiel der indirekten Sterbehilfe ist das Verhalten eines Arztes angesichts eines Patienten im letzten Krebsstadium, der an starken Schmerzen leidet. Um die Schmerzen zu bekämpfen, erhöht der Arzt die Dosis von Opiaten, was schließlich zur Atemlähmung (eine typische Komplikation der Opiate) führt, an der der Patient stirbt, noch bevor er am Krebs gestorben wäre.

Seit die Menschheit existiert, wird die Tötung eines Menschen als Kardinalverbrechen betrachtet und schwer bestraft. Dennoch macht die Gesetzgebung in den meisten zivilisierten Ländern einschließlich Deutschland einige wichtige Ausnahmen von dieser Regel. Der Sinn dieser Ausnahmen kann klarer werden, wenn wir einen Schritt in die Begriffsanalyse machen und versuchen zu verstehen, was die bisher aufgelisteten Wörter (Mord, Selbstmord, Sterbehilfe usw.) tatsächlich bedeuten. Man muss natürlich all diese Wörter kennen, weil sie ständig in den deutschsprachigen Diskussionen über die Sterbehilfe verwendet werden, da man diese Diskussionen sonst überhaupt nicht verfolgen könnte; und dennoch muss

³ <http://www.gedenkort-t4.eu/de/vergangenheit/aktion-t4>. Aufgerufen Juni 2015.

⁴ <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-02/belgien-sterbehilfe-kinder-abstimmung>; <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57607/Belgien-erlaubt-aktive-Sterbehilfe-fuer-Kinder>. Aufgerufen Juni 2015.

man wissen, dass die meisten dieser Wörter Euphemismen sind. Noch ein berühmter französischer Diplomat im 19. Jh., Charles Maurice de Talleyrand, stellte fest, dass die Sprache den Menschen gegeben wurde, nicht damit sie ihre Gedanken ausdrücken, sondern, damit sie diese Gedanken verbergen.⁵ Euphemismen sind Wörter, die genau diesem Ziel dienen, d. h. ihr Zweck besteht nicht darin, ihren Inhalt zu offenbaren, sondern im Gegenteil, ihn vor uns zu verstecken. Anders gesagt: Diese Wörter lügen, und zwar unabhängig davon, ob der Sprechende vorsätzlich lügt oder mit den besten Absichten die Wörter verwendet, weil es keine anderen gibt.

Euthanasie ist hierfür das beste Beispiel. Dieses griechische Wort, das sich ursprünglich auf einen »friedlichen« Tod, d. h. einen Tod ohne Schmerz und sonstiges Leiden bezog, verwendeten die Nationalsozialisten als Tarnname für eine Massentötung von Patienten, deren Leben aus der Sicht der Regierung oder einer herrschenden »Elite« als wertlos definiert wurde. Heute wird dieses Wort im gegenwärtigen Deutsch zwar gemieden, um die sich bietenden historischen Assoziationen nicht wachzurütteln, aber in vielen anderen Sprachen wird es als Bezeichnung für jegliche aktive Tötung von Kranken breit verwendet.⁶

Inkorrekt ist auch die Bezeichnung der Tötung ihrer selbst als »Selbstmord«, die insinuiert, es handle sich dabei um eine Abart von Mord. Diese Begriffsverwechslung gibt natürlich jedem Anhänger der Sterbehilfe (und potentiell sogar jedem Mörder) einen willkommenen Anlass zum sophistischen Argumentieren: Selbstmord ist Mord; Selbstmord ist nicht strafbar; warum soll dann Mord bestraft werden? Wir werden auch weiter im Text immer wieder auf diese Art der Argumentation treffen, auf der die Tötungsideologie beruht: Man nimmt verwirrende Begriffe (oder verwirrt Begriffe absichtlich), vermischt unvergleichbare Dinge und fragt dann: Wenn wir eines dieser Dinge tun, warum können wir das andere nicht tun? H und O können wir mit dem Oberbegriff »Buchstabe« bezeichnen; der Buchstabe O ist rund; warum dürfen wir dann den Buchstaben H nicht auch »rund« nennen? Die beste Antwort auf diese Sophistik lautet: Weil H nicht rund ist.

Genauso ist Selbstmord kein Mord, weil ihm ein wichtiges Merkmal eines Mordes fehlt, nämlich die Unterscheidung zwischen einem Mörder und seinem Opfer.

⁵ »La parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée.«

⁶ Vgl. eine Übersicht von Kelly, B. D., & McLoughlin, D. M. (2002). Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: A Pandora's box. *British Journal of Psychiatry*, 181, S. 278-279; oder: van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., et al. (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *New England Journal of Medicine*, 356, S. 1957-1965.

Die Bibel beginnt die Geschichte der menschlichen Verbrechen nicht etwa damit, dass Abel sich in einem depressiven Zustand das Leben nimmt, sondern dass er von einer anderen Person (Kain) getötet wird. Im Übrigen ist aber die juristische Bezeichnung »Selbsttötung« auch nicht besonders günstig, weil der Tötungsbegriff nicht zwischen Absicht und Fahrlässigkeit unterscheidet. Eine fahrlässige Selbsttötung wäre aber keine Selbsttötung, sondern ein Unfall. Besser wäre deshalb, das lateinische Wort »Suizid« zu verwenden.

Wie wir unten sehen werden, hat die Philosophie der Aufklärung entgegen der heutzutage gängigen Irrmeinung wichtige Argumente zur Verurteilung des Suizids gebracht; aber diese moderne Verurteilung des Suizids, weil er den Gesetzen der Rationalität widerspreche, unterscheidet sich prinzipiell von der vormodernen Verurteilung des Suizids, weil er nicht von Gott gewollt sei. Dieselbe Aufklärung hat uns gelehrt, ein allgemeines negatives Urteil über ein schädliches Verhalten (sei es Selbstmord oder Kettenrauchen, zu viel Sport mit Unfallrisiko oder zu wenig Sport mit Infarktrisiko) von dessen Sanktionierung im strafrechtlichen oder sogar moralischen Sinne zu unterscheiden. Wie wir oben gesagt haben, Existenz ist im Allgemeinen besser als nicht-Existenz; im Allgemeinen will jedes Lebewesen immer weiterleben und nicht sterben. Wenn also ein Mensch sein eigenes Leben beenden will, dann befindet er sich nicht »im Allgemeinen«, sondern in einer extraordinären, kritischen, einzigartigen Situation, in die kein anderer, sei es ein Richter oder ein Arzt oder auch der beste Psychologe, Einsicht haben kann. Die Gesellschaft und insbesondere der Staat sollen deshalb nicht versuchen, solche Ausnahmesituationen zu regulieren. Es sind zwei völlig verschiedene Dinge, den Suizid als irrationale Lösung existentieller Probleme im Prinzip abzulehnen, oder einen konkreten Menschen, der angesichts seiner Probleme keine andere Lösung findet, dafür zu verurteilen. Natürlich gilt das gerade Gesagte nicht für jemanden, der beim Suizid einem anderen hilft – oder, schlimmer noch, ihn dazu auffordert. Diese Person befindet sich nicht in derselben kritischen Situation (sonst würde sie sich selbst umbringen) und unterliegt daher nicht der gleichen Logik. Aus der Straffreiheit der Suizidversuche folgt deshalb nicht die Straffreiheit der Beihilfe oder der Aufforderung zum Suizid. Ebenso wenig bedeutet diese Straffreiheit eine Bejahung oder soziale Akzeptanz des Suizids als einer angeblich normalen Verhaltensform.

Die Begriffe »passive Sterbehilfe« und »indirekte Sterbehilfe« stiften weitere Verwirrungen. Die vorgegebenen Dimensionen »aktiv-passiv« oder »direkt-indirekt« führen in die Irre. Weder Passivität noch Mittelbarkeit befreien von Schuld

und Strafe. Jemand, der einen Killer beauftragt, statt sein Opfer selbst zu erschießen, ist ein Mörder, obwohl er »indirekt« handelt.

Der wichtigste Unterschied zwischen der »passiven« und der »indirekten« Sterbehilfe einerseits und der aktiven Sterbehilfe andererseits besteht aber darin, dass in den ersten zwei Fällen der Tod des Patienten nicht beabsichtigt wird. Bei der indirekten Sterbehilfe ist die Abwesenheit der Tötungsabsicht sogar der notwendige Bestandteil ihrer Definition. Straffrei ist eine Person (normalerweise ein Arzt), die notwendige Maßnahmen zur Linderung der Krankheitssymptome unternommen hat, auch wenn eine dieser Maßnahmen als unbeabsichtigte Nebenwirkung den Tod des Patienten zu Folge hatte. Führt der Arzt aber genau dieselben Maßnahmen mit der Absicht durch, den Tod herbeizurufen, so begeht er die Straftat der aktiven Sterbehilfe. Erstaunlicherweise vergisst man bei dieser Diskussion die triviale Tatsache, dass jeder ernsthafte medizinische Eingriff in Einzelfällen Todesfolgen haben kann, zum einen weil Ärzte Menschen sind, und daher ärztliche Fehler niemals auf null Prozent reduziert werden können, zum anderen weil infolge der gigantischen individuellen Unterschiede nie ausgeschlossen werden kann, dass irgendein menschlicher Körper auch bei ideal kunstgerechten Eingriffen »falsch« reagiert. Wenn man sagt, dass ein Palliativmediziner, der hochaggressive Schmerzmittel benutzt, eine gewisse Wahrscheinlichkeit der Todesfolgen »in Kauf nimmt«, so nimmt auch jeder andere Arzt im gleichen Sinne »den Tod in Kauf«, wenn er zum Wohl seines Patienten agiert. Dennoch spricht man nie von einer »indirekten Sterbehilfe durch Blinddarmoperation«, einer »indirekten Sterbehilfe durch Antibiotika« oder einer »indirekten Sterbehilfe durch Magenspiegelung«, obwohl all diese und viele andere Maßnahmen (ganz zu schweigen von einer Herz- oder Lebertransplantation) viel häufiger unbeabsichtigte Todesfolgen haben als die Schmerztherapie.

Die Frage nach der indirekten Sterbehilfe wird nur deshalb vorgeschoben, weil die Tötungsideologen, die Befürworter des beschleunigten Sterbens, uns (ihren Gegnern) die Meinung unterstellen, dass für uns die bloße Dauer des Lebens (Anzahl der gelebten Tage, Stunden, Minuten) unabhängig von dessen Qualität einen absoluten Wert habe. Sie möchten sagen: Wer Alte und Kranke nicht umbringen will, wolle angeblich nur ihr Leiden verlängern. Nur unter dieser Voraussetzung wäre die unbeabsichtigte Nebenwirkung der Palliativtherapie als »Sterbehilfe« zu bezeichnen. Diese Voraussetzung ist zumindest höchst fraglich, wenn nicht sogar grausam. Sie ist aber – wie (fast) alles, was die Tötungsideologen sagen – eine Lüge.

Wir wollen im Gegenteil, dass das Leben unserer Kranken bis zu ihrem Ende eine möglichst hohe Qualität hat. Aus diesem Grund muss die sogenannte indirekte Sterbehilfe straffrei bleiben. Auch die meisten etablierten Glaubenskonfessionen sind dieser Meinung. Noch 1948 sagte z. B. der Papst Pius XII., ein in vielen Hinsichten ziemlich konservativer Mann, dass starke pharmakologische Mittel, die das Leiden eines Schwerkranken lindern, auch dann erlaubt sein sollten, wenn sie seinen Tod beschleunigen können. Jedoch konnte sich damals noch kein Mensch vorstellen, dass sich die Palliativmedizin in so einem Maße entwickeln würde, dass solche Situationen zu seltensten Ausnahmen würden. Die Anzahl der Patienten, bei denen gute Schmerztherapie (obwohl sie die Ursachen der Schmerzen nicht betrifft) das Leben verlängert hat, überschreitet heute um Vieles die Anzahl derer, die infolge der Nebenwirkungen dieser Therapie starben.

Zugegeben kann die Situation der sogenannten indirekten Sterbehilfe von einem juristischen Interesse sein. In manchen konkreten Fällen ist es für einen Richter schwierig, die ärztliche Intention zu erkennen und damit zwischen den tödlichen Konsequenzen eines ärztlichen Fehlers oder sogar einer richtig ausgeführten Palliativtherapie und einer aktiven Sterbehilfe zu unterscheiden. Diese rein praktische Schwierigkeit ist aber auch in sehr vielen anderen Bereichen der Rechtsprechung präsent, in denen ein Gericht zwischen einem unbeabsichtigten Fehltritt (wenn auch mit schweren Folgen) und einer vorsätzlichen Personenschädigung differenzieren muss. Diese praktische Schwierigkeit soll nicht mit konzeptuellen Schwierigkeiten verwechselt werden, die es auf dem Gebiet der Sterbehilfe in großer Zahl gibt. Die Unterscheidung zwischen der »indirekten« und der tatsächlichen (aktiven) Sterbehilfe stellt jedoch kein konzeptuelles Problem dar.

Etwas schwieriger ist die Lage der »passiven Sterbehilfe«, d. h. »sterben lassen«. Diese Situation zeigt die ganze Problematik des Abwägens zwischen den zwei grundsätzlichen Werten, um die es in dieser ganzen Diskussion (und natürlich auch in diesem Buch) geht: Das Wohlwollen einerseits und die Selbstbestimmung bzw. Autonomie andererseits. Unsere Moral gebietet uns, nach Möglichkeit Gutes für unsere Mitmenschen zu tun; aber sie gebietet uns auch, nichts für unsere Mitmenschen gegen ihren eigenen Willen zu tun, und diese zwei Maximen stehen oft im Widerspruch zueinander, wie alle Eltern wissen, die für ihre Kinder angeblich nur das Beste wollen.

Einerseits sind viele Maßnahmen, die die moderne Medizin benutzt, um das

Leben in Extremfällen zu verlängern, ernsthafte Eingriffe in den Körper des Patienten (z. B. Kehlschnitt oder künstliche Ernährung). Solche Eingriffe bedürfen grundsätzlich der Patientenzustimmung – sonst kämen wir in eine solche Medizin, in der die Ärzte auch Bauch- oder Herzoperationen ohne Zustimmung durchführen würden, nur, weil sie (die Ärzte) diese Eingriffe für gesundheitsfördernd befinden. In anderen Worten könnte ein Verbot des Sterbenlassens letztendlich dazu führen, dass der Patient das Recht auf seinen eigenen Körper verliert. Andererseits liegt die Passivität der Mediziner im Sterbeprozess in gefährlicher Nähe zu der unterlassenen Hilfeleistung, die laut dem §323c des StGB mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe bestraft werden kann. Wenn also ein Arzt (oder sonst jeder Mensch, in dessen Möglichkeiten das liegt) einen Sterbenden sieht, dem er helfen kann aber nicht hilft, begeht er eine Straftat. Zwischen dem unerlaubten Eingriff und der unterlassenen Hilfeleistung liegt ein schmaler Grat, eine vage Grenzlinie, die man in der Regel mit Hilfe der eigenen Patientenverfügung fester und klarer machen will. Der Arzt soll also dann und nur dann nicht eingreifen, wenn der Patient diese Situation im Voraus definiert und festgelegt hat, dass der Arzt dies nicht tun soll.

Wie wir unten sehen werden, ist dieses Kriterium alles andere als perfekt. Und dennoch ist schwer zu bestreiten, dass wenn der Sterbende im vollen Bewusstsein darauf besteht, in Ruhe gelassen zu werden, er auch in Ruhe gelassen werden soll. Das ist einfach ein Bestandteil des Prinzips, dass jeder Mensch (und nicht nur ein Patient im letzten Krankheitsstadium) das Recht darauf haben muss, wenn er es ausdrücklich will, in Ruhe gelassen zu werden. Eine soziale Ordnung, in der dieses Prinzip nicht gilt, wäre schrecklich. Aber auch in diesem Fall, wie oben bei der »indirekten« Sterbehilfe, besteht keine Tötungsabsicht. Der Arzt will den Patienten nicht töten, sondern hat zwei Werte abzuwiegen: Einerseits den Patientenwunsch, sich nicht weiter behandeln zu lassen, andererseits die Erfolgchancen, falls die Behandlung doch weitergeführt würde. Je niedriger diese Chancen und je ausdrücklicher, eindeutiger der Patientenunwille, umso begründeter die Entscheidung, auf die Therapie zu verzichten.

Auch hier wird ein sophistischer Trick benutzt: Die passive Sterbehilfe ist erlaubt; die Aktivität allein ist kein Grund für die Strafbarkeit einer Handlung; also soll auch die aktive Sterbehilfe erlaubt werden. Der britische Philosoph James Rachels zeigt anhand von zahlreichen Beispielen, dass es zwischen aktivem und passivem Verhalten weder einen moralischen noch rechtlichen Unterschied gibt. Z. B.

haben Hans und Peter je einen Bruder, dem das ganze Familienvermögen gehört. Sowohl Hans als auch Peter können das Erbe nur nach dem Tod des Bruders antreten. Hans ertränkt seinen Bruder im Schwimmbad, um an das Erbe zu kommen; Peters Bruder verletzt sich zufällig im Bad und fängt an zu ertrinken, und Peter steht dabei und tut nichts, um ihm zu helfen. Sowohl aus juristischer Sicht als auch aus der Sicht jedes normalen Menschen sind Hans und Peter beide Mörder, und zwar aus niederen Beweggründen; das Ausmaß der Schuld ist in beiden Fällen ungefähr gleich.

Wie wir sehen werden, benutzen die Anhänger der Tötungsideologie immer wieder solche Beispiele, die anscheinend klar und deutlich ihre Position untermauern; aber ein aufmerksamerer Blick zeigt sehr schnell, dass diese paradigmatischen Situationen, mit deren Hilfe sie ihr Recht beweisen, auf die Situation, für die sie gelten sollten, nicht übertragbar sind. Deshalb sind die Schlussfolgerungen der Sterbehilfenhänger zwar für ihre erdachten Situationen vollkommen korrekt, nur haben sie mit unseren realen Situationen nichts zu tun. Erstens ziehen sowohl Hans als auch Peter ganz offensichtlichen finanziellen Nutzen aus dem Tod ihrer Brüder. Bei Sterbehilfe gehen wir davon aus, dass dies nicht der Fall ist. Auch die sonst straf-freie passive Sterbehilfe kann durchaus strafbar werden, wenn z. B. die Angehörigen des Verstorbenen nachweisen, dass der Arzt die künstliche Beatmung genau dann abgebrochen hat, nachdem ihn der Patient zu seinem Erben ernannt hatte.

Zweitens wurden die beiden unglücklichen Brüder gegen ihren Willen getötet. Bei der Sterbehilfe ist dagegen die kritische Frage, inwieweit wir dem ausdrücklichen Willen des Patienten zum Sterben folgen sollen. Im Falle der passiven Sterbehilfe kann es z. B. die Patientenverfügung sein, in der steht, dass der Patient in solchen Situationen nicht am Leben erhalten werden will, und im Falle der aktiven Sterbehilfe handelt es sich um die freiwillige Euthanasie, bei der der Patient den Arzt z. B. um eine tödliche Giftspritze bittet. Somit ergeben sich vier verschiedene Situationen, wie man in der folgenden Tabelle sieht:

	Sterbewunsch geäußert	
	JA	NEIN
Täter aktiv	(1) Aktive Sterbehilfe	(3) Klassischer Mord
Täter passiv	(2) Sterben lassen	(4) Unterlassene Hilfeleistung

Es ist sofort klar, was die betonte Situation (2) von den drei anderen unterscheidet: In diesem Fall kann das Opfer nur dann gerettet werden, wenn man gewaltsam gegen seinen Willen eingreift, z. B. eine chirurgische Operation ohne Patientenzustimmung durchführt. Wir können hier nicht auf die ganze Schwierigkeit dieses Dilemmas eingehen, denn es gibt auch Fälle, in denen ein solcher Eingriff berechtigt ist (niemand wird einen Mann verurteilen, der eine junge Frau mit Gewalt daran gehindert hat, sich unter einen fahrenden Zug zu werfen); wir wollen nur zeigen, dass die Situation (2) einzigartige ethische Probleme aufwirft, und dass daher jeder Versuch, eine Parallele zwischen (1) und (2) einerseits und (3) und (4) andererseits zu ziehen, ein logischer Betrug ist.

Die Diskussion über die Grenzen der passiven Sterbehilfe ist noch nicht abgeschlossen. Nicht nur deren Kriterien sollen der Gegenstand dieser Diskussion sein, sondern auch z. B. die Frage, wer diese Kriterien bestimmt. Dass es der Gesetzgeber sein muss, ist für einen Menschen, der in liberalen Traditionen denkt, gar nicht so selbstverständlich, wie es scheint. Wir sollen die Selbstregulationsfähigkeiten von Ärzte- und Patientenorganisationen nicht unterschätzen. Aber trotz all dieser offenen Diskussionspunkte lässt sich feststellen, dass prinzipiell Sterbenlassen nicht abgelehnt werden kann. Es ist letztlich nur eine Fortsetzung der allgemeinen Regel, dass wir alle sterblich sind.

Aber bei aller Ungenauigkeit des deutschen Begriffes »Sterbehilfe« hat er zumindest den Vorteil einer gewissen andauernden Stabilität. Man kann an diesem Begriff Kritik üben, da er nicht das ausdrückt, was gemeint wird; aber man kann zumindest nachvollziehen, was gemeint wird. Die vom britisch-kanadischen Historiker Kevin Yuill durchgeführte Analyse zeigt, dass die entsprechenden englischen Begriffe auch diese Tugend nicht besitzen, da sie sich ständig ändern.⁷ Die die aktive Sterbehilfe und den assistierten Suizid fordernden Organisationen und diese Organisationen unterstützenden Philosophen treten alle ein bis zwei Jahrzehnte mit der Erklärung auf, dass die Namen, mit denen das Publikum gewöhnlich ihre Tätigkeiten verbindet, plötzlich »pejorativ«, »abfällig« und »politisch inkorrekt« geworden sind und durch neue ersetzt werden sollten. Allerdings sollten sich diese Personen nicht wundern: Jeder Begriff wird pejorativ, der zwingend negative Assoziationen hervorruft, und die aktive Tötung eines Menschen wird immer negativ

⁷ Yuill, K. (2015). *Assisted Suicide*. Palgrave McMillan.

assoziiert sein, egal mit welchem Begriff man versucht, sie euphemistisch zu beschreiben. Das Beispiel mit dem schönen griechischen Wort Euthanasie zeigt, dass ein Verbrechen immer seinen Schatten auf das Wort werfen wird, mit dem man es bezeichnet. Beim Einschenken von Mist in ein hochwertiges Sektglas wird nicht der Mist auf das Niveau eines Champagner erhöht, sondern das Sektglas zu einer Misttonne degradiert.

Obwohl die Entscheidung über den Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen in sehr vielen Fällen ausgesprochen schwierig ist, kann die Grenze zwischen dem Sterbenlassen und der absichtlichen Tötung nicht abgeschafft werden, weil diese Abschaffung am wahrscheinlichsten zum Verlust jeglicher Grenzen führen wird. Damit wird der oben schon erwähnten Tötungsideologie Tür und Tor geöffnet, nach der viel mehr Alte und Kranke als bisher früh ableben und damit die Gesellschaft von der Notwendigkeit befreien sollten, sich um sie zu kümmern. Dieses Ziel ist aber nur dann erreichbar, wenn diese Personen nicht bloß in Ruhe gelassen, sondern durch fremde Hand aktiv getötet werden.

Zwei »unschlagbare« Argumente der Anhänger der Tötungsideologie werden immer wieder dargeboten, um uns zu überzeugen, dass es gut ist, wenn wir unsere Nächsten um ihr Leben bringen. Das erste Argument lautet, dass dies zumindest dann nötig ist, wenn der/die Nächste unerträglich leidet. Wir werden aber sehen, dass in einer überwiegenden Mehrheit der Fälle unerträgliche Leiden deshalb stattfinden, weil sie schlicht und einfach nicht (oder nicht ausreichend) behandelt werden. Wir haben genug Mittel, diese Leiden zu lindern, aber wir wollen oder können sie nicht anwenden. Das zweite Argument besagt, dass, da jeder Patient ein autonomes Subjekt ist, sein eigener autonomer Wille über allen Prinzipien und Regeln steht. Wir werden sehen, dass dieses Argument auf einem falschen, logisch inkohärenten Autonomiebegriff beruht, der den Ideen der Philosophen der europäischen Aufklärung, die den Autonomiebegriff eingeführt haben, direkt widerspricht. In den darauffolgenden Kapiteln gehen wir auf die sozialen und psychologischen Ursachen der gegenwärtigen Popularität der Tötungsideologie ein. Dabei werden wir leider ein paar unangenehme Dinge über uns erfahren müssen.

Unerträgliche Leiden

Die guten alten Zeiten

Seit Jahrtausenden quält den Menschen der Gedanke an die unerträglichen Schmerzen, mit denen viele Krankheiten und der von diesen Krankheiten ausgelöste Sterbeprozess oft verbunden sind. Genau deshalb sprachen die antiken Denker über »Euthanasie«, d. h. einen ruhigen, v. a. schmerzfreien Tod, den die olympischen Götter leider nur einer glücklichen Minderheit schenkten. Viele mussten an ihrem Sterbebett mit starken und manchmal sehr lange anhaltenden Schmerzen rechnen. Die Angst vor einem solchen unendlich erscheinenden Sterben war möglicherweise schlimmer als die Angst vor dem Tod selbst. Das Arsenal der Schmerzmittel bestand bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhundert hauptsächlich aus Opium, Alkohol und Gebet, wobei das Erstere wegen seines hohen Preises wiederum nur einer Minderheit zugänglich war; sehr selten kamen Exoten wie der Mandragorawein dazu. Michael Stolberg, ein angesehener Experte in der Geschichte der Medizin, beschreibt, wie das Schrecken der Diagnose »Krebs« im 16. und 17. Jahrhundert entstand:⁸

»Hier drohten dem Kranken grauenvolle, unstillbare Schmerzen und damit verbunden erschöpfende Schlaflosigkeit. Dazu kamen die zerfallenden, eifernden Geschwüre, die ekelhaften Absonderungen, der unerträgliche Gestank« (S. 22).

Stolberg erwähnt in diesem Zusammenhang den Tod eines gewissen Fürstlich Württembergischen Rates Johann Cunrad Miller im Jahre 1655, von dem in seiner Leichenpredigt (!) gesagt wurde, dass er

⁸ M. Stolberg, Die Geschichte der palliativen Medizin, Mabuse-Verlag, 2010.

»grausame Schmerzen und Qual ... am Leibe außgestanden [hat], da er freylich gewinselt wie ein Kranich und Schwalbe, ja überlaut und so kläglich schreyen müssen, dass er einen harten Stein sollte erbarmet haben« (S.98).

Dabei waren die Schmerzen zwar die wichtigste, aber nicht die einzige Qual der Sterbenden. In einer erschreckenden Erzählung über den Tod ihres Onkels erwähnt z. B. Madame de Graffigny im Jahre 1739, dass dieser in Minutenabständen erbrach, und das mindestens fünf Tage lang. Von einer in Augsburg um 1800 an Gebärmutterkrebs erkrankten Frau wird berichtet, dass ihre vom Stadtalmosenamt bestellte Krankenwärterin, Frau Rosengardtin, nicht mehr bei ihr bleiben könne, weil der Gestank derart unfassbar sei, dass alle Menschen von ihr weglaufen müssten, wenn sie die Kleider der Kranken zum Waschen an den Bach trage. Weitere Leiden waren z. B. unstillbare Krampfanfälle, unter denen die an Tetanus oder Tollwut Erkrankten starben.

All diese – und viele ähnliche – Beschreibungen sollten den postmodernen Romantikern vor Augen gehalten werden, wenn sie uns erzählen, wie würdig, leicht und ruhig – im Vergleich mit dem gegenwärtigen »anonymen« Tod im sterilen Krankenzimmer umgeben von Notärzten und Rettungsgeräten – der Tod in den vergangenen Jahrhunderten war: Im Kreise der Familie (Großfamilie aus einigen Dutzend Personen, die Hälfte derer der Sterbende selbst zur Zeit seiner besten Gesundheit nicht riechen konnte), auf dem eigenen Bett (im kleinen Kämmerchen, dessen ohnehin stickige Luft, erschwert vom Geruch des Eiters und vom knoblauchhaltigen Atem der vielen Anwesenden obendrein, durch Deoxygenierung des Blutes den Tod zwar beschleunigt, aber nicht erleichtert), mit Zuspruch eines Geistlichen (der dem Leidenden droht, seine Krämpfe, Atemnot und Schmerzanfälle seien Anzeichen dessen, dass seine Seele ewig in der Hölle brennen werde).

Die Wende begann, so erzählt man, bei der Schlacht bei Preußisch Eylau zwischen der französischen Grande Armée und dem russischen Heer vom 7. bis 9. Februar 1807, als Dominique Jean Larrey (s. Abbildung 1), der Militärchirurg und Leibarzt Napoleons I, bemerkte, dass Soldaten, denen Bein amputiert wurde, anscheinend viel weniger Schmerzen empfanden, wenn der Eingriff bei Minustemperaturen ausgeführt wurde. Offensichtlich führte die Kälte zur (teilweisen) Betäubung der schmerztragenden Nerven. Eine große Wirkung hatte diese Entdeckung

damals nicht, da in den 1830er Jahren die Lehrmeinung immer noch dahingehend lautete, chirurgische Eingriffe ohne Schmerzen seien naive Träumereien.

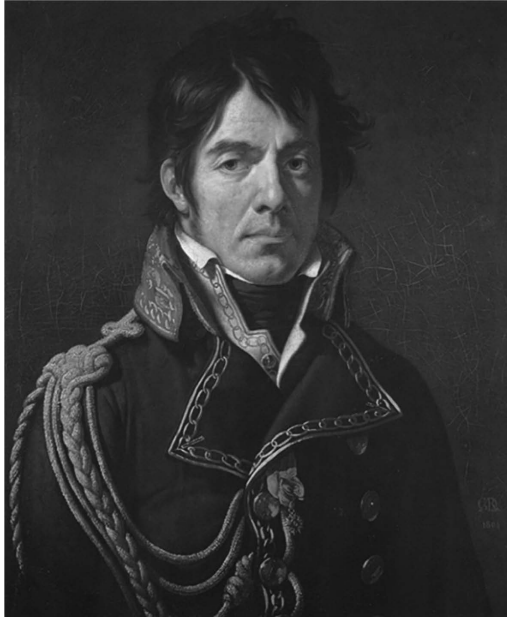


Abbildung 1: Baron Dominique Jean Larrey,
Leibarzt Napoleons

Aber schon in den nachfolgenden Jahren kam der Durchbruch. 1844 wurde der anästhetische Effekt des Lachgases (Stickstoffoxyd, N_2O) entdeckt und in der Chirurgie ausprobiert – erfolglos, was zum vorzeitigen Tod des Narkosepioniers Horace Wells führte. Wie wir heute wissen, besitzt Lachgas nur eine beschränkte Wirkung und kann nicht gegen starke Schmerzen verwendet werden; außerdem hat Wells das Gas möglicherweise falsch angewendet. Im folgenden Jahr amputierte Sir Robert Liston in England ein Bein unter Narkose, die er mit einem viel stärkeren Gas erreichte: dem Äther. Als der offizielle Geburtstag der Narkose gilt aber der 16. Oktober 1846, als der junge William Torrence Green Morton und sein Chefarzt John Warren eine Tumorentfernung unter Äthernarkose demonstrierten – übrigens an derselben Stelle im (gleichen) Theater des Universitätshospitals in Boston, Massachusetts, wo zwei Jahre zuvor Horace Wells mit seinem Lachgas gescheitert war.

Diesmal war der Erfolg vollständig. Ein weiteres Jahr später wurde ein noch stärkeres Narkosemittel gefunden, das Chloroform, das im Gegensatz zum Äther nicht explodieren, allerdings leichter als Äther zur (manchmal tödlichen) Überdosis führen kann. Die lokale Betäubung erforderte weitere Jahrzehnte.



Abbildung 2: Schauspielerische Nachstellung der Operation vom 16. 10. 1846 in der Universitätsklinik Boston.

1884 stellte Carl Koller die lokal betäubende Wirkung der damals schon wohlbekannten Droge Kokain fest und führte zum ersten Mal eine Augenoperation unter Kokainanästhesie durch. Schließlich wurde in den 1880-90er Jahren die spinale Anästhesie entwickelt, bei der zuerst Kokain und einige Jahre später sein Analog Procain direkt in den Rückenmarkskanal eingeführt wurden, wo sie eine große Zahl von Schmerz-nerven gleichzeitig lahmlegten.

Kreuzzug gegen den Schmerz

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis in die Anfänge des aktuellen Jahrhunderts hinein hat die Schmerzmedizin enorme Fortschritte verzeichnet. Kein anderes psychisches Phänomen ist jetzt so gut untersucht worden wie Schmerz.

Inzwischen sind mehr als ein Halbdutzend Hirnregionen bekannt, die in die Schmerzverarbeitung involviert sind, und die speziellen Funktionen einer jeden dieser Regionen werden geklärt.⁹ Die Schmerzempfindung und -wahrnehmung wird in ihren vielfältigsten Facetten und unter den verschiedensten Aspekten untersucht, von der Ebene der Ionenchemie bis hin zur Ebene der sozialen Interaktionen des Schmerzpatienten mit seiner Familie und seiner Umgebung. Es gibt eine reiche und sehr bunte Palette aus Schmerzmitteln zentraler und peripherer Wirkungen, bestehend vor allem aus drei Gruppen: nichtopioide Schmerzmittel sowohl mit einer entzündungshemmenden Komponente (z. B. Ibuprofen) als auch ohne diese (z. B. Paracetamol); leichte Opiate, z. B. Codein; und starke Opiate, z. B. Morphin. Innerhalb dieser letzten Gruppe gibt es wiederum große Unterschiede. Das Morphin ist zwar das bekannteste und am besten zugängliche Opiat, aber nicht das stärkste. Das vor allem bei schweren Operationen verwendete Fentanyl ist 120mal stärker als Morphin, die strukturell verwandten Substanzen Remifentanyl und Sufentanyl dementsprechend 200 und 700mal stärker als Morphin.

Die WHO empfiehlt vor allem diese drei Gruppen von Präparaten, und zwar in der steigenden Reihenfolge:¹⁰ Nichtopioide Medikamente bei schwachen Schmerzen, leichte Opioide bei mittleren und starke Opioide bei starken Schmerzen (die so genannte »analgetische Leiter«). Aber das Arsenal schmerzstillender Mittel ist damit bei Weitem nicht ausgeschöpft. Ketamin, ein chemisch relativ einfacher Stoff, besitzt eine starke analgetische Wirkung in der Kombination mit der Aktivierung des motorischen und vegetativen Nervensystems (Steigern von Reflexen und Blutdruck) und kann zu verschiedenen Zwecken verwendet werden, von der Behandlung von Depressionen (in niedrigen Dosen) bis zur chirurgischen Anästhesie (in hohen Dosen).

Ziconotid ist ein kleines Eiweiß, bestehend aus nur 25 Aminosäuren (zum Vergleich: Hämoglobin, auch ein relativ kleines Eiweiß, besteht aus 282 Aminosäuren). Der Impuls von den Schmerzrezeptoren, die sich im verletzten Gewebe befinden, erreicht zuerst die Zellen im hinteren Horn des Rückenmarks. Dieser Eingang ist der Wirkungsort von Ziconotid, das das Einströmen von Calcium in die primären afferenten Nerven hemmt. Das Präparat ist ca. 1000mal stärker als Morphin, weist

⁹ Casey, K. L. (2000). Concepts of pain mechanisms: The contribution of functional imaging of the human brain. *Progress in Brain Research*, 129, S. 277-287; Kupers, R., & Kehlet, H. (2006). Brain imaging of clinical pain states: A critical review and strategies for future studies. *Lancet Neurology*, 5(12), 1033-1044; Whyte, J. (2008). Clinical implications of the integrity of the pain matrix. *Lancet Neurology*, 7, S. 979-980.

¹⁰ <http://flexikon.doccheck.com/de/WHO-Stufenschema>. Aufgerufen Juli 2015

jedoch im Gegensatz zu den Opioiden weder ein Abhängigkeitsrisiko noch eine Atemhemmung auf.¹¹

Starke Analgetika sind weiterhin die längst nicht mehr allein in der Drogenzene wohlbekannten Cannabinoide – Produkte des Hanfes (lat. Cannabis) oder deren synthetische Analoge. Das meist verbreitete Cannabinoide ist Tetrahydrocannabinol (THC), ein wichtiger Inhaltsstoff von Marihuana, Haschisch etc. Cannabinoide wirken direkt auf das Gehirn, in dem ihre Konzentration 3-6mal höher ist als im Blut. Sie besitzen auch eine entzündungshemmende und antiallergische Wirkung.

Obwohl viele dieser Mittel auch allein sehr potent sind, ist es durchaus möglich, dass sie nicht alle Schmerzen bezwingen können und/oder unerwünschte Nebenwirkungen auslösen (s. u.). Ihr Effekt kann jedoch wesentlich verstärkt und ihre Dosis verringert werden mit Hilfe anderer Medikamente, der sogenannten Adjuvantien, die zwar keine unabhängige schmerzlindernde Wirkung aufweisen, aber die Effekte der Schmerzmedikation beliebig modifizieren und potenzieren können. Dazu gehören Anxiolytika (»Angstlöser«) der chemischen Gruppe von Benzodiazepinen (z. B. Diazepam oder Oxazepam); antipsychotische Beruhigungsmittel oder Neuroleptika (z. B. Chlorpromazin oder Haloperidol); Antidepressiva, besonders trizyklische Antidepressanten wie Trimipramin; schließlich gibt es Nachweise über Adjuvantwirkung antiepileptischer Präparate als Zugabe zu den starken Schmerzmitteln.¹²

Das ist aber nicht alles, denn wir haben nur von den Medikamenten gesprochen, die das gesamte Schmerzsystem des Organismus herabschalten. Sehr oft haben Schmerzen der Sterbenden aber lokale Ursachen, z. B. eine inkurable Entzündung eines Organs oder Einklemmung oder sogar Zerquetschung eines Nervs. In diesen zahlreichen Fällen können auch lokal wirkende Medikamente helfen, nämlich Entzündungshemmer (die in der Regel auch eine zentrale schmerzlindernde Wirkung haben, wenn auch nicht die stärkste) und lokale Anästhetika wie Lidocain (ein späterer und viel harmloserer Nachfolger von Kokain). Bei den Schmerzen, die ihren Ursprung im Bereich Hand/Arm/Schulter oder Fuß/Bein haben, kann das Anästhetikum in die Nähe von Nervengeflechten eingeführt werden: Unter die Achsel (plexus brachialis) oder in den Lenden-Kreuz-Bereich (plexus lumbosacralis). Somit wird der gesamte afferente Zustrom aus dem betroffenen Arm oder

¹¹ <http://flexikon.doccheck.com/de/Ziconotid>. Aufgerufen Juli 2015.

¹² Bennett, M. (2010). Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: Systematic review. *Palliative Medicine*, 25, S. 553-559.

Bein blockiert.¹³ Eine weitere Möglichkeit ist die Einführung des Medikaments direkt in den Rückenmarkskanal (Periduralanästhesie oder Spinalanästhesie, je nachdem, ob das Lokalanästhetikum oberhalb oder unter die harte Rückenmarkshaut, dura mater, eingespritzt wird).

Für die besonders akuten Fälle gibt es auch die Schmerzchirurgie, die ebenfalls ein ganzes Arsenal von unterschiedlichsten Verfahren mit einschließt: Dekompressionen, bei denen die Nerven vom Gewebe, das sie eingeklemmt hat, chirurgisch befreit werden; elektrische Stimulation, bei der elektrische Reize die Leitung der Schmerzsignale in den Nerven oder in den Wurzeln des Rückenmarks hemmen; direkte Zerstörung (Ablation) von Nerven; verschiedene Verfahren der Kältechirurgie (denken wir an den alten Dominique Jean Larrey¹⁴); Durchschneiden des sympathischen Stranges; schließlich neurochirurgische Eingriffe am zentralen Nervensystem wie die Chordotomie (Durchschneiden des Rückenmarks) oder Operationen an Hirnstrukturen, die bestimmte Komponenten der »Schmerzmatrix« im Gehirn ausschalten (z. B. den Thalamus), ohne sonstige Hirnfunktionen zu beeinträchtigen.

Der Kürze wegen lassen wir in diesem Galopptritt durch die Schmerzmedizin die zahlreichen nicht-medikamentösen Verfahren (Akupunktur und Akupressur, Biofeedback, Psychotherapie und Hypnose, Achtsamkeitstherapie, Physiotherapie u. v. a.) außen vor. Das bedeutet aber nicht, dass diese Methoden nur bei »funktionalen«, »unseriösen«, »psychogenen« Schmerzen helfen. Es gibt keine »organischen« und »psychogenen« Schmerzen, und auch Schmerzsimulation ist ein Ammenmärchen, denn jeder Schmerz ist Produkt einer Wechselwirkung von organischen Veränderungen (tatsächlicher oder nur drohender Gewebeschäden) und psychosozialen (Lern-)Prozessen. Jeder »organische« Schmerz, ob bei einem Knochenbruch, Afterriss oder auch Krebs, ist in den gesamtphysiologischen Rahmen eines ganzen Organismus und in die psychologische Situation einer Person eingebettet. Es ist immer ein Mensch, der am Schmerz leidet, nicht seine Krankheit oder seine C-Fasern. Die eben aufgelisteten Methoden können zwar alleine, ohne Hilfe durch pharmazeutische Mittel, starke Schmerzen nicht beheben; in der Kombination mit diesen Mitteln können sie jedoch höchst effektiv sein.¹⁵

¹³ Smyth, C. E. (2014). Brief review: Neuraxial analgesia in refractory malignant pain. *Canadian Journal of Anaesthesiology*, 61, S. 141-153.

¹⁴ Ramasubba, C. & Cohen, S. P. (2013). Cooled sacroiliac radiofrequency denervation for the treatment of pain secondary to tumor infiltration. *Pain Physician*, 16, S. 1-8.

¹⁵ Lu, W., & Rosenthal, D. S. (2013). Acupuncture for cancer pain and related symptoms. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3), Article 321; Garcia, M. K., McQuade, J., Haddad, R., et al.

Auch die Methoden der Einbringung der Medikamente in den Körper werden wir nicht ausführlich diskutieren. Es sei aber darauf hingewiesen, dass diese Methoden alles andere als belanglos sind. Ziconotid wirkt am stärksten, wenn es subdural (unter die dura mater) injiziert wird. Morphin wird in der Regel oral verwendet, aber bei sehr starken, »schneidenden« Schmerzen (auch »Durchbruchschmerzen« genannt¹⁶) hilft v. a. intravenöse Injektion.¹⁷ Fentanyl kann als Pflaster und Nasenspray, bei stärkeren Schmerzen als Lutschtabletten oder im äußersten Fall auch intravenös angewendet werden.

Bei jeder Krankheit, die letzten Stadien von Krebs nicht ausgeschlossen, kann heute jeder Patient völlig schmerzfrei eingestellt werden, in der Regel sogar bei vollem Bewusstsein. Endlich kann die Menschheit stolz sagen: Unheilbare Schmerzen gibt es nicht! Andere quälende Symptome des Sterbens: Atemnot, Husten oder Blutungen – können zwar nicht immer behoben, aber wesentlich gemildert werden.¹⁸ Eine internationale Forschergruppe¹⁹ mit Zentrum in Stockholm hat eine große Anzahl erfahrener Notärzte und -ärztinnen aus einem repräsentativen Spektrum von Ländern – von Skandinavien bis Südamerika und von Kanada über Mitteleuropa bis nach Südkorea – abgefragt, und ist zum Schluss gekommen, dass die adäquate Behandlung der Sterbenden einen Mindestsatz aus vier Medikamenten benötigt: Ein starkes Opiat (z. B. Morphin), ein Benzodiazepin (z. B. Valium), ein Neuroleptikum (z. B. Haloperidol) und ein Antimuscarinum (ein Präparat, das muscarinempfindliche Rezeptoren in der Schleimhaut und der glatten Muskulatur der Innenorgane ausschaltet, z. B. Scopolamin). Das Opiat unterdrückt Schmerzen und wird dabei vom Benzodiazepin und Neuroleptikum verstärkt. Zusammen hemmen sie den Hustenreflex und das Erbrechen (antiemetische Wirkung). Das Haloperidol schaltet die Aktivität des vegetativen Nervensystems auf der zentralen Ebene herunter, und das Benzodiazepin wirkt gegen Angst und Krämpfe (antiepileptische Wirkung). Das Antimuscarinum unterdrückt den parasympathischen Teil

(2013). Systematic review of acupuncture in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 31(7), S. 952-960.

¹⁶ <http://www.netdoktor.de/symptome/durchbruchschmerzen/>. Aufgerufen Juli 2015.

¹⁷ Mercadante, S. (2010). Intravenous morphine for management of cancer pain. *Lancet Neurology*, 11, S. 484-489.

¹⁸ Vgl. Simon, S. T., et al. (2012). Medikamentöse Therapie der refraktären Atemnot. *Schmerz*, 26, 515-522; Benze, G., et al. (2012). Behandlung von Übelkeit und Erbrechen mit 5HT₃-Antagonisten, Steroiden, Antihistaminika, Anticholinergika, Somatostatinanaloga, Benzodiazepinen und Cannabinoiden bei Palliativpatienten: Ein systematisches Review. *Schmerz*, 26, S. 481-499.

¹⁹ Lindquist, O., et al. (2013). Four essential drugs needed for quality care of the dying: A Delphi-study based international expert consensus opinion. *Journal of Palliative Medicine*, 16, S. 38-43.

des vegetativen Nervensystems auf der peripheren Ebene, indem es Spasmen in Bronchien, Magen und Darm löst und die Sekretion von Speichel, Magensaft und bronchialem Sekret vermindert. Die Atemwege werden frei, die Atmung erleichtert. Zahlreiche andere Mittel stehen zur Verfügung, um die nützlichen Effekte »der glorreichen Vier« zu unterstützen und die schädlichen Nebenwirkungen zu lindern.

Arzt, heile dich selbst!

Wie man im Evangelium nach Lukas (Kap. 4, Vers 23) nachlesen kann, war dieser Spruch schon vor 2000 Jahren gut bekannt. Seine Aktualität scheint er aber auch heute nicht verloren zu haben.

Die WHO besteht nicht das erste Jahr darauf, dass die ausreichende palliative Behandlung am Lebensende zu den grundlegenden Menschenrechten gezählt werden soll, aber die Lage ist insgesamt unbefriedigend, und zwar nicht nur in der Dritten Welt, in der sich die allgemeinen Mängel der Gesundheitssysteme auch in diesem Bereich niederschlagen, sondern auch in den meisten hochentwickelten Ländern.²⁰ Von allen quälenden Symptomen des Sterbevorgangs ist es immer noch der Schmerz, dessen Therapie in erster Linie bemängelt wird – und das obwohl, wie schon gesagt, wir über kein anderes Phänomen in den letzten Jahrzehnten so viel Wichtiges erfahren und zu keinem anderen Symptom so viele unterschiedliche und hocheffiziente Therapieverfahren entwickelt haben.

Vor fast 20 Jahren stellte die führende Zeitschrift der Amerikanischen Medizinischen Assoziation fest, dass bei richtiger Therapie bei mindestens 98 % aller Schmerzpatienten Schmerzfreiheit erreicht werden kann.²¹ Seitdem sind weitere, noch effizientere Verfahren entwickelt worden. Dennoch figurieren in verschiedenen Studien immer wieder mal fünf, mal fünfzehn Prozent von Patienten in letzten Stadien unheilbarer Krankheiten, deren starke Schmerzen angeblich nicht behoben werden konnten. Woran liegt das?

Es liegt ganz einfach an dem Ausdruck »bei richtiger Therapie«. Unerträgliche Schmerzen gibt es zwar nicht mehr, wohl aber inkompetente Ärzte. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin beschwert sich seit Jahrzehnten über die mangelnde Ausbildung der Mediziner auf dem Gebiet Schmerz. In anderen Ländern

²⁰ Foley, K. M. (2011). How well is cancer pain treated? *Palliative Medicine*, 25, S. 398-401.

²¹ Editorial. (1996) Good care of the dying patient. *JAMA*, 474, S. 474.

ist die Lage m. W. nicht viel besser. Gibt man in Google z. B. das Wort »undertreatment« ein, so bekommt man sofort den automatischen Vorschlag »undertreatment of pain« (ungenügende Behandlung von Schmerzen). Insgesamt erscheint »undertreatment+pain« in Google 425 000 Mal, in der Kombination mit »terminal care« (Behandlung der terminalen Zustände) 125 000 Mal.²² Im Vergleich dazu treten »undertreatment+vomiting« (ungenügende Behandlung des Erbrechens) 200 000 Mal, »undertreatment+breathlessness« (ungenügende Behandlung der Atemnot) 98 000 Mal auf, in der Kombination mit »terminal care« sind es entsprechend 2 200 und 960 Mal. Selbstverständlich kann man argumentieren, dass dies an der Sensationskraft der Meldungen über die Fehlbehandlung der Schmerzen liegt und nicht an der tatsächlichen Bedeutung dieser Fehlbehandlung. Deshalb schauen wir statt in Google in Pubmed, in dem keine Medienauftritte, sondern ausschließlich seriöse wissenschaftliche Studien vorgestellt werden. Dort haben wir 386 wissenschaftliche Publikationen, in deren Titel oder Zusammenfassung (der Haupttext wird nicht durchgesucht) »undertreatment+pain« erwähnt wird, in der Kombination mit »terminal care« 21 Publikationen. Zum Thema »undertreatment+vomiting« erscheinen elf Publikationen, in der Kombination mit »terminal care« nur eine einzige Übersicht über verschiedene Arten der »undertreatment« in den US-amerikanischen Pflegeheimen, veröffentlicht 2010 von einer Gruppe aus Pittsburgh, Pennsylvania. Zum »undertreatment+breathlessness« gibt es 19 Publikationen (wenn man »breathlessness« durch den Fachbegriff »dyspnea« ersetzt, erscheinen fast dieselben), und in der Kombination mit »terminal care« bekommen wir drei Studien, aus denen wir erfahren, dass die Hauptursache der ungenügenden Behandlung der Atemnot schlicht die verspätete Diagnostik dieses Zustands ist. Aus diesen quantitativen Vergleichen wird klar, dass die Fehlbehandlung von Schmerz in der Tat ein hochaktuelles Problem weltweit darstellt. Während andere Symptome eventuell nicht ausreichend behandelt werden, weil sie nicht erkannt werden, werden schwere Schmerzen eben doch richtig erkannt und trotzdem nicht ausreichend bekämpft. Die Dosis von Medikamenten wird systematisch unterboten, die Angst vor Nebenwirkungen übertrieben, die von Experten entwickelten Schemata nicht beachtet.

Die Ursachen dessen sind nicht nur unzureichende Kenntnisse (Kenntnisse kann man erwerben, wenn man will), sondern falsche Einstellungen der Ärzteschaft (und – noch mehr – der Gesellschaft) gegenüber Schmerzen und Schmerz-

²² Aufgerufen am 26.06.2015.

therapie. Vor 17 Jahren zeigten Resnik und Mitarbeiter,²³ dass es weltanschauliche Prinzipien gibt, die von den meisten Ärzten geteilt werden, aber der effektiven Schmerzbehandlung im Wege stehen. Ihre damalige Analyse stimmt mutatis mutandis auch heute. Unter diesen irreleitenden Prinzipien ist als Erstes die Überzeugung zu nennen, dass die Welt materiell und objektiv sei und dass auch Krankheiten materielle und objektive Vorgänge seien, die eben als solche therapiert werden sollten. Schmerz ist aber ein subjektives Phänomen, das zwar materielle und objektive Ursachen und viele zentrale und periphere neurophysiologische Korrelate hat, in seinem Wesen aber dennoch privat und eigen bleibt. Meine Schmerzen kann niemand außer mir empfinden.

Damit hängt zweitens der Glaube zusammen, dass diese materielle Welt kausal einfach aufgebaut ist, in dem Sinne, dass jedes Ding eine (wichtigste) Ursache hat und jede Ursache eine (wichtigste) Wirkung. Wenn es so ist, so sollte die Medizin auch für jedes Symptom eine Ursache finden, denn wenn wir in diesen Ursachenmechanismus eingreifen, beheben wir das Symptom. Das Phänomen Schmerz widerstrebt dieser »Knopfdruck-Philosophie«. Es gibt kein einzelnes Mittel, auch nicht die starken Opiate, das allein, immer und sofort Schmerz ausschalten würde, sondern man braucht einen integrativen Ansatz. Um Schmerz effektiv zu behandeln, sollte man nicht den Schmerz, sondern den Schmerzpatienten behandeln.

Auch die dritte Irrleitthese, aus meiner Sicht möglicherweise die wichtigste, knüpft an die vorigen zwei an: Das herrschende kurative Paradigma der modernen Medizin. Nach dieser Leitvorstellung ist der Arzt dafür da, Krankheiten zu heilen und den Tod möglichst weit aufzuschieben; wenn dies nicht mehr möglich ist, erklärt sich die kurative Medizin für nicht mehr zuständig. Wenn die kurative Medizin keine Heilungsmöglichkeit mehr sieht, bleibt ihr nur die Kapitulation. Dann kann der Arzt dem Patienten ehrlich sagen: »Ich habe alles getan, was in meinen Kräften stand, um Sie wieder gesund zu machen, aber die Medizin ist leider nicht allmächtig. Jetzt wasche ich meine Hände in Unschuld.« Innerhalb dieser Philosophie ist die Schmerztherapie wie überhaupt eine Therapie des Leidens nur eine Therapie zweiten Ranges, weil sie nicht heilt, sondern lediglich »oberflächliche Symptome« beseitigt. Als Konsequenz daraus sind auch die Schmerztherapeuten Mediziner zweiter Klasse, die lediglich mit Symptomen statt mit deren Ursachen arbeiten.

²³ Resnik, D. B., et al. (2001). The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 4, S. 277-288.

Das Gebot »die Medizin soll keine Symptome, sondern die Krankheit an ihrer Wurzel behandeln« ist im Allgemeinen vernünftig, aber in vielen Fällen erweist es sich als Denkfehler. Notwendig ist daher ein Wechsel vom kurativen zum palliativen Paradigma, dessen Ziel es nicht ist, das Leben des Patienten unbedingt zu verlängern, sondern seine Tage angenehm und nach Möglichkeit auch glücklich zu machen. Die palliative Medizin, wie sie z. B. in der Hospiz-Bewegung praktiziert wird, geht über die falsche Alternative (entweder den Tod trotz des Leidens mit allen Mitteln bekämpfen, oder aufgeben) hinaus. Die dritte, dem kurativen Paradigma unbekannt Option heißt: Beim Sterbenden sein, seine Leiden behandeln, seine Lebensqualität erhöhen und ihn auch in seinen letzten Stunden das Leben genießen lassen.

Viertens geht man von dem Grundsatz aus, dass man bei allen Behandlungsverfahren die positiven und die negativen Wirkungen dieser Verfahren gegeneinander abwägen soll. An diesem Beispiel wird offenbar, in welche Hölle uns eine Straße führen kann, deren Belag aus besten Absichten und besten Prinzipien gebaut wird. Wahrlich haben all die oben beschriebenen Mittel ernstzunehmende Nebenwirkungen. Die Opiate unterdrücken das Atemzentrum und können sehr leicht Gewöhnungseffekte und Sucht auslösen, nicht-opioide Schmerzmittel reizen die Schleimhaut des Magen-Darm-Trakts, Cannabinoide sind starke Suchtmittel, Haloperidol und andere Neuroleptika senken den Blutdruck und können bei längerer Anwendung zu Bewegungsstörungen führen, Muscarinhemmer verderben den bei Schwerkranken ohnehin schlechten Appetit und beeinträchtigen die Sicht, usw., usf. Fast die Hälfte aller Publikationen über jedes dieser Medikamente sind Publikationen über seine schweren Nebenwirkungen. Und das ist gut so. Aber wenn die Gegner der maximal aggressiven Palliativbehandlung mit diesen Nebenwirkungen argumentieren, so haben sie ganz offensichtlich vergessen, um welche Patienten es geht und was die einzige Alternative zu diesen Nebenwirkungen ist: der Tod. Von welcher Suchtgefahr kann man überhaupt bei Patienten sprechen, denen vielleicht Wochen, höchstens wenige Monate Leben bleiben? Das oben erwähnte Ziconatid, wahrscheinlich das stärkste heute bekannte Schmerzmittel, findet keine praktische Anwendung u. a. deshalb, weil es Berichte gibt, dass es in Einzelfällen zum Suizid führen kann. Sollen wir also Menschen töten, um sie vor einer eventuellen Selbstmordgefahr zu schützen? Was für ein Unsinn!

Schließlich (das Letzte nach Aufzählung, aber nicht nach Bedeutung) können wir auf die Binsenweisheit nicht verzichten, »Schmerzen gehören zum Leben.«

Auch das ist prinzipiell richtig und »gut gemeint«, was aber noch lange nicht »gut« bedeutet. Schmerz ist ein notwendiges Signal einer wirklichen oder drohenden Gewebeerletzung. Ohne Schmerz könnten wir nicht überleben. Aber was bedeutet »Schmerz gehört zum Leben« konkret für unsere Patienten? Welche nützliche Funktion trägt der Schmerz? Was signalisiert er – dass man unheilbar krank ist? Das weiß man leider schon. Auch Krankheiten und Leiden insgesamt gehören zum Leben, doch hat der Mensch in seiner gesamten Geschichte sie nicht passiv hingenommen, sondern im Zuge des medizinischen Fortschritts konsequent bekämpft. Leider trug unter anderem die christliche Kirche, vor allem in ihren evangelischen Richtungen, zu dem Irrtum bei, Schmerzen seien bloß ein Teil der menschlichen Natur wie zwei Arme und zwei Beine. Als Mitte des 19. Jahrhunderts das Chloroform zum ersten Mal bei Geburtswehen verwendet wurde (unter anderem bei Queen Victoria, woraus der Ausdruck »Geburt á la Reine« entstand), führte das in vielen frommen Kreisen zur Empörung: Unserer Urmutter Eva wurde doch im 1. Buch Mose, Vers 1 unmissverständlich auferlegt, sie solle ihre Kinder unter Schmerzen zur Welt bringen! Der logische Fehler besteht hier darin, dass aus der objektiven Tatsache, dass es ein menschliches Leben ohne Krankheit, Leiden, Schmerzen und Tod nicht gibt, völlig unberechtigterweise eine ethische Aussage abgeleitet wird, dass Krankheiten, Leiden, Schmerz und Tod im Leben sein sollen, dass wir sie nicht bekämpfen, sondern bejahen sollen und uns vielleicht sogar freuen, wenn unsere Nächsten darunter leiden. Dass diese Ansicht christlich-theologisch eine Ketzerei ist, muss an dieser Stelle nicht erörtert werden. Aber auch vom medizinischen, historischen und moralischen Standpunkt liegt die passiv-hinnehmende Einstellung gegenüber dem (fremden!) Leiden unterhalb jeglicher Grenze der rationalen Kritik.

Der rasche Fortschritt der Palliativmedizin macht die Argumentation für die Patiententötung aufgrund ihres Leidens im 21. Jahrhundert obsolet. Eine Studie über die Angehörigen von Patienten im US-Bundesstaat Oregon, die um ärztliche Beihilfe zum Suizid baten (diese Beihilfe ist in Oregon erlaubt, s. u.), zeigt, dass sogar trotz der Unterbehandlung der Schmerz in der Liste der Gründe für die Entscheidung, das Leben zu beenden, einen der letzten Plätze einnimmt.²⁴ In den wenigen Situationen, in denen unsere unheilbar kranken Patienten unerträglich leiden,

²⁴ Ganzini, L., Goy, E., & Dobscha, S. K. (2007). Why Oregon patients request assisted death: Family members' views. *Journal of General Internal Medicine*, 23, S. 154-157. Man sollte die Ergebnisse dieser Studie mit großer Vorsicht genießen, da sie von den Sterbehilfeaktivisten gefördert wurde und da die Autoren die Familienangehörigen abfragten, deren a posteriori Schätzung

ist dieses Leiden keine unabänderliche Strafe Gottes, sondern das Ergebnis der falschen gesundheitsphilosophischen Einstellungen. Aber wir dürfen nicht unsere Kranken und Schwachen für unsere eigenen Denkfehler verantwortlich machen und sie deshalb töten, weil wir unfähig sind, aus Prämissen Schlüsse zu ziehen.

nicht unbedingt der tatsächlichen Einstellung des Patienten entsprach. Die Autoren selbst sehen einen guten Grund zur Skepsis, wenn die Angehörigen jeglichen Zusammenhang zwischen Sterbewunsch und schlechter Pflege oder der finanziellen Situation vehement ablehnen. Bei unerträglichen Schmerzen ist aber die Lage anders. Das ist ein Symptom, das bei Krebskrankheiten (und die meisten in dieser Studie betrachteten Patienten hatten diese Diagnose) nicht übersehen werden kann, und es ist nicht ersichtlich, warum die Angehörigen, falls dieses Symptom vorlag, seine Bedeutung später herunterspielen sollten.

Patientenautonomie

Zum Tode frei

Menschen, die Englisch als Fremdsprache lernen, haben oft gewisse Schwierigkeiten, die Bedeutung der Modalverben der Zukunft »shall« und »will« zu unterscheiden. Erfahrene Englischlehrer halten dazu eine Geschichte parat, die diese Verben sofort ins Gedächtnis des Schülers einprägt:

Ein Ausländer in England badet in einem See und fängt an zu ertrinken. In seiner Panik will er schreien: »I shall sink, I shall sink, and nobody will help me!« (»Ich ertrinke, ich ertrinke, und niemand wird mir helfen!«) Da er aber in den Modalverben noch nicht sehr sicher ist, verwechselt er shall und will und schreit: »I will sink, I will sink, and nobody shall help me!« (»Ich möchte ertrinken, ich möchte ertrinken, und niemand soll mir helfen!«) Die Menschen am Ufer sind zwar etwas verwundert, kommen aber nach kurzer Überlegung zu dem Schluss, dass, weil der Betroffene ganz explizit ertrinken will und jegliche Hilfe unmissverständlich verbietet, sie nichts anderes tun können als seinem ausdrücklichen Willen zuzustimmen. Also lassen sie ihn ertrinken.

Ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Bestandteil der modernen Tötungs-ideologie ist der Irrglaube, die Autonomie einer Person bestehe einfach darin, dass jeder von dieser Person ausgesprochene Wunsch immer wörtlich akzeptiert und sofort befolgt werden muss. Diese Meinung ist weder theoretisch zu begründen noch praktisch zu verstehen.

Der Sophismus läuft etwa so:

Ein Suizid ist nicht strafbar.

Was nicht strafbar ist, ist nicht gesetzwidrig.

Was nicht gesetzwidrig ist, ist nicht schlecht.

Was nicht schlecht ist, ist gut.

Was gut ist, darauf hat man ein Recht.

Wenn man ein Recht hat, kann es aber aus körperlichen (z. B. eine Behinderung) oder geistigen (z. B. kein Mut) Gründen nicht direkt ausüben, muss einem die Gesellschaft helfen.

Also muss die Gesellschaft jedem helfen, wer einen Suizidwunsch äußert, aber die entsprechende Tat nicht selber vollbringt.

Was ist an dieser Beweisführung falsch? Alles, jeder Schritt. Nicht alles, was nicht bestraft wird, ist gesetzeskonform: Es kann z. B. sein, dass der Prozess der Fahndung und Bestrafung für die Gesellschaft mit größeren Nachteilen verbunden wird als den Täter unbestraft zu lassen. Viele Menschen treten gegen die Todesstrafe auf, obwohl sie behaupten, dass einige Verbrecher durchaus den Tod verdienen: Die Ausführung der Hinrichtungen, sagen diese Menschen, habe einen stärkeren negativen Effekt auf die Gesellschaft als Ganzes als der positive Effekt durch Eliminierung schwerster Krimineller. Nicht alles, was gegen kein Gesetz verstößt, ist auch »nicht schlecht«: Es gibt ethische Bewertungen unseres Verhaltens, die über die rechtlichen Bewertungen hinausgehen. Jeder kennt ein paar Schurken, die so geschickt handeln, dass sie immer diesseits der Grenze des StGB bleiben. Auch »gut« und »nicht schlecht« sind keine Synonyme: Nicht alles, was nicht schwarz ist, ist sofort weiß. Und aus einem positiven ethischen Urteil einen rechtlichen Anspruch abzuleiten ist ein völliger Absurd: Niemand würde im Ernst vorschlagen, dass Ehemänner ein Menschenrecht auf die Liebe ihrer Frauen besitzen, obwohl diese Liebe natürlich sehr gut ist.

Der klassische Liberalismus lehrt, dass ein Verhalten, das nur dem Betroffenen allein, aber nicht seinen Mitmenschen schadet, nicht verboten werden darf. Rauche ich z. B. 50 Zigaretten pro Tag in meinem eigenen Zimmer, aus dem der Rauch nicht nach außen dringt, und bekomme ich dadurch einen Lungenkrebs, so ist es mein eigenes Problem, das keinen anderen und vor allem keine Autoritäten (Staat, Kirche, Gemeinderat usw.) etwas angeht. In diesem Fall darf ich tun und lassen, was ich will. Allerdings hat kein ernstzunehmender Liberaler je behauptet, dass die Gesellschaft genauso gleichgültig sein sollte, wenn das Verhalten des Einzelnen auch anderen Schaden verursacht. So darf die Gesellschaft einen Trinker, wenn er ein alleinstehender Mann ist, lediglich auf sein fehlerhaftes Verhalten und dessen schwerwiegende Folgen für ihn selbst hinweisen; hat er aber Kinder, die wegen seiner Trunksucht der Armut verfallen könnten, ist ein aktiver Eingriff der Gesellschaft berechtigt.

Der englische Philosoph John Stewart Mill, der Liberale schlechthin, hielt das Prinzip der Nicht-Einmischung der Gesellschaft in das selbstschädigende Verhalten eines Individuums für das oberste Gebot einer wohlgearteten sozialen Ordnung. Dennoch behauptete er, dass die Gesellschaft das schlechte Verhalten als solches definieren, wenn auch nicht sanktionieren darf.²⁵ »Das Verhalten als solches definieren« bedeutet, so J. St. Mill, dass wir nicht nur dürfen, sondern sogar im moralischen Sinne versuchen sollen, einen Menschen von einem selbstzerstörenden Verhalten abzubringen. Trinkern und pathologischen Spielern sollen wir Alkohol und Spiele nicht höflich zur Verfügung stellen, nur, weil sie uns sagen, sie hätten darauf Lust. Wir sollen ihnen alle möglichen Argumente darbieten, um sie zu überzeugen, aufzuhören. Allerdings nur vernünftige Argumente – keine Verbote oder gesetzliche Einschränkungen am Alkohol oder Spiel.

Ein offensichtlich schlechtes Verhalten sollte, obwohl es nicht unterbunden oder sanktioniert werden darf, dennoch nicht gutgeheißen werden. Der Liberalismus unterscheidet nämlich zwischen Toleranz und Gleichgültigkeit. Er verteidigt vehement das Toleranzprinzip, nach welchem ich die Lebensweise anderer Menschen, solange sie mir oder einem Dritten nicht explizit schadet, hinnehmen soll, auch wenn diese Lebensweise mir überhaupt nicht gefällt und wenn ich sie »nicht normal« finde. Er lehnt aber das Prinzip der Gleichgültigkeit kategorisch ab, nach welchem ich mir überhaupt kein Urteil über die Lebensweise anderer bilden soll, da es mir ist im Grunde egal ist, ob der andere nun lebt oder stirbt, ob er seine Persönlichkeit entwickelt oder sie mit Alkohol und Drogen auslöscht usw. Der Leitsatz »das einzige, was für mich in der Welt von Interesse ist, bin ich selbst« ist zwar sehr verbreitet, aber zu den Prinzipien des Liberalismus gehört er nicht.

Liberale Toleranz bedeutet kein faules Desinteresse an den Sorgen meines Nächsten, sondern Respekt vor seiner Person und Verzicht auf die Keule des Gesetzes. Unsere heutigen Einstellungen stehen leider mit diesen klassischen liberalen Ideen im krassen Widerspruch. Einerseits schränken wir mit allen legalen Mitteln z. B. die Freiheit der Raucher ein, nur, weil ihr Verhalten für sie (und vielleicht – noch nicht bewiesen – für ihre Umgebung) schädlich sein kann; andererseits lassen wir von Menschen, die sterben wollen, unsere Finger: »Du willst sterben? – Kein Problem. Dein völlig autonomer Wunsch ist das oberste Gesetz.«

Es ist weiterhin falsch, dass liberale Gesellschaften alle Handlungen erlauben, die anderen Personen keinen Schaden zufügen. Jede reale Gesellschaft kennt das

²⁵ Siehe John Stewart Mill, On Liberty, <http://www.bartleby.com/130/>.

Prinzip der Sittenwidrigkeit. In keiner der modernen Gesellschaften darf jemand eine verheiratete Person nochmal heiraten (Polygamie), und zwar selbst dann nicht, wenn keiner der Teilnehmer dieser denkbaren Mehrehe dem widersprechen würde. In Deutschland wurde 2006 ein Mann zu einer langjährigen Gefängnisstrafe verurteilt, weil er seinen Freund nach dessen Tod aufgegessen hat. Da zum Moment des Verzehrs der Freund schon tot war, hat der Akt des Kannibalismus ihn keineswegs geschädigt. Dennoch gab und gibt es weder gegen dieses Urteil noch gegen das Verbot der Polygamie Proteste seitens der Bürgerrechtler und anderer Verfechter der liberalen Gesellschaft.

Jedem vernünftigen Menschen fallen, sobald es sich um die Autonomie der Sterbewünsche handelt, von Anfang an mehrere Unstimmigkeiten, sogar Paradoxe, auf. Vor allem widerspricht das Autonomie-Argument deutlich dem gerade oben besprochenen Argument vom »unerträglichen Leiden«. Ein Mensch, der unerträglich leidet, handelt unter dem unerträglichen Druck seines Leidens und nicht als besonnenes, rationales Vernunftwesen. Dieser Widerspruch schließt natürlich nicht aus, dass eines der zwei Argumente richtig sein könnte. Nur, die beiden zusammen können es nicht sein. Beim ersten Argument betrachten wir unsere Patienten als gefährdete, verletzbare Lebewesen, die vor allem Mitleid und Erbarmen verdienen; die Gesellschaft hat aus dieser Sicht eine zentrale Aufgabe, nämlich solche Personen zu beschützen und sich um sie zu kümmern. Die Sterbehilfe ist in diesem Fall eine Methode, diese Leidenden zu »erlösen«. Das zweite Argument vermittelt ein völlig anderes Bild: Jeder Patient ist ein starkes rationales Subjekt, das selbst unter den schwersten körperlichen und geistigen Belastungen, im Angesicht des Todes, immer seine Entscheidungsfähigkeit behält; und die Gesellschaft ist eine Zusammenkunft von gegenseitig unabhängigen und völlig verantwortlichen Individuen, die allein durch den Respekt vor der Freiheit und Autonomie eines jeden anderen miteinander verbunden sind. Diese zwei Welt- und Menschenbilder sind unvereinbar.

Der Widerspruch könnte sich dann auflösen, wenn es zwei verschiedene, einander bekämpfende Lager der Sterbehilfebefürworter gäbe, wobei das eine Lager seine Ansichten auf dem Leidensargument begründen würde, das andere auf dem Autonomie-Argument. Dies ist aber nicht der Fall, denn es sind in der Regel dieselben Menschen und dieselben Strukturen, die mal das eine, mal das andere Argument hervorheben. Selbst wenn sie den Akzent zu einem bestimmten Zeitpunkt nur auf eines der beiden Argumente setzen (so wurde in den Jahren 2000-2010 fast

ausschließlich aus der Autonomie heraus argumentiert), erklären sie das andere niemals für falsch. Unten beim Thema »schiefe Ebene« werden wir sehen, dass z. B. in den Niederlanden und den USA die gleichen Organisationen, die in den 1990ern aus »Mitleid zum unerträglichen Leiden« aktive Patiententötung propagierten, nach 2000 zum entgegengesetzten Autonomie-Argument umschalteten. Somit steht die Tötungsideologie schon von Anfang an auf einer inkohärenten Grundlage.

Der andere Widerspruch bezieht sich auf die Frage, wessen Autonomie eigentlich gefordert wird. Soll tatsächlich der Patient der Herr über seinen Tod sein, so müsste sein Wille verpflichtend sein. D. h. der Arzt oder eine andere Person würde gezwungen, die Sterbehilfe zu jedem Augenblick quasiautomatisch auszuführen, wenn sie vom Patienten verlangt wird. Die Autonomie des einen würde zu einem grauenvollen Zwang für den anderen, der gegen seinen Willen zu einer Tötung verpflichtet würde. Man merke an diesem Beispiel, wie falsch der Vergleich der Sterbehilfesituation mit der Suizidsituation ist. In der letzteren kann es eine derart unzumutbare Kollision nicht geben, denn der Suizid hat nur einen Beteiligten und einen Willen.

Angesichts dieser unvorstellbaren Situation (die wahrscheinlich zu einer raschen Ärzteflucht führen würde) behauptet m. W. kein Sterbehilfebefürworter, dass der autonome Patientenwille die Sterbehilfe leistende Person verpflichtet, ohne Wenn und Aber den Henkerberuf auszuüben. Dagegen stellen sowohl die geltenden Gesetze (in den Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe legalisiert ist) als auch Gesetzesvorschläge (in den Ländern, in denen sie bisher illegal bleibt, zum Beispiel Deutschland und Großbritannien) eine Reihe von Bedingungen, unter denen der Patientenwille gilt: Z. B. wenn der Patient an einer tödlichen Krankheit leidet, wenn ihm nicht mehr als sechs Monate bis zum natürlichen Tod bleiben (US-Bundesstaat Oregon), wenn bestimmte Diagnosen ausgeschlossen werden, usw., usf. Ob diese und viele andere Kriterien vernünftig sind, darüber haben wir noch Zeit zu diskutieren. Aber selbst wenn sie so gut begründet wären wie der Satz des Pythagoras, bedeuten sie nur eines: Das letzte Wort gehört nicht dem Patienten, sondern (a) dem Mediziner, der feststellt, dass die Krankheit tatsächlich tödlich ist, der die Prognose über die verbleibende Lebensdauer von weniger als sechs Monaten ausstellt, der die notwendigen Ausschlusskriterien anwendet usw., und vor allem (b) dem Juristen, der beizeiten überprüft, ob der Mediziner alle Bedingungen beachtet und alle entsprechenden Unterlagen und Formulare sorgfältig und rechtzeitig ausgefüllt hat. Diese zwei entscheiden, wer sein Leben beenden darf und wer nicht.

»Eine Analyse der jüngsten Gesetzgebung in [den US-Bundesstaaten] Oregon und Washington und Gesetzentwürfe in Großbritannien zeigt, dass Ärzte und Richter, und nicht die Patienten, das Monopol haben, über Beihilfe zum Suizid zu entscheiden.«²⁶

Noch ein weiterer Widerspruch wird erkennbar, wenn wir uns den praktischen Anwendungsbereich der Patientenautonomie anschauen. Die Anhänger des beschleunigten Sterbens werden nicht müde zu wiederholen, dass sie »Patientenrechte stärken« wollen, und dem kann ich nur vom Herzen zustimmen: In der Tat wäre es durchaus wünschenswert, wenn die Patienten mehr Rechte bekommen und weitere Aspekte ihres Lebens (mit)bestimmen würden, als dies heute der Fall ist. Vielleicht sollte bei allen wichtigen Entscheidungen zu den Reformen des Gesundheitssystems auch die Meinung von Patienten (unmittelbar oder durch ihre stellvertretenden Patientenorganisationen, Vereine, Selbsthilfegruppen) abgefragt werden. Vielleicht sollten die Patienten mehr Freiheiten beim Wechsel des Arztes oder der Krankenversicherung erhalten. Vielleicht gibt es andere Möglichkeiten, Patienten mehr Rechte in ihren täglichen Geschäften und u. a. mehr Mitspracherecht zu geben. Aber erstaunlicherweise interessieren sich unsere Verfechter der Patientenrechte für all diese »Kleinigkeiten« des Patientendaseins nicht. Als Patientenautonomie bezeichnen sie ausschließlich sein Recht, zum beliebigen Moment seinen Tod anzufordern. Die Diskussion über die Patientenautonomie wird ausgerechnet auf dem Feld des Sterbenswillens geführt. Wenn unser Patient etwa andauernden Husten hat, so reicht seine Autonomie nicht aus, dass er sich selbstständig an einen HNO-Spezialisten wendet; erst sein Hausarzt darf ihn an diesen überweisen. Hat er einmal eine private Krankenversicherung ausgewählt, so muss er in der Regel auch für immer bei dieser bleiben. In all diesen und ähnlichen Aspekten seines Patientenlebens ist unser Kranker nicht autonom, sondern das System entscheidet für ihn – angeblich zu seinem eigenen Wohl. Erst wenn er sich töten lassen will, da wird er plötzlich völlig autonom und von allen Mächten unabhängig.

Auch merkwürdig ist die Asymmetrie zwischen den zwei möglichen Richtungen autonomer Entscheidungen. Rein formal gesehen kann ein Patient genauso frei und autonom entscheiden »ich will weiterleben« wie »ich will nicht mehr leben«.

²⁶ Yuill, K. (2015). Assisted Suicide. Palgrave macmillan, zit. S. 129. Das gesamte Buch von K. Yuill ist im Wesentlichen eine Analyse dieses Paradoxes: Die Legalisierung der Sterbehilfe (das Buch betrachtet v. a. den assistierten Suizid, aber desgleichen trifft auch für andere Formen der aktiven Sterbehilfe zu) verringert die Rechte des Patienten, statt sie zu erweitern.

In der Praxis ist die Lage aber nicht symmetrisch. Der Ausdruck »in Würde sterben« kommt im Internet 1,5-mal häufiger vor als »in Würde leben«, und – auch interessant – es ist extrem schwierig ein Dokument zu finden, das nur »in Würde leben« ohne »in Würde sterben« beinhaltet. Es ist so, als ob die Würde nur im Sterben liegen würde, nicht im Leben. Die Vorlagen zu den Patientenverfügungen enthalten vor allem Maßnahmen, die unterlassen werden sollen, und nur nebenbei solche, die der Patient aktiv wünscht. In den Medien, v. a. im Fernsehen wird hauptsächlich über die autonomen Entscheidungen von Patienten für das Ableben diskutiert, nicht über die Entscheidungen zum Weiterleben,²⁷ als ob die Entscheidung zur Lebensfortsetzung etwas Unwürdiges an sich hätte. Aus hochkarätigen Sendungen wie z. B. Quarks & Co. »Sterbehilfe – Ein Ende in Würde?« (18. 10. 2011)²⁸ entsteht der Eindruck, dass schwerkranke Patienten zum Weiterleben immer von jemand anderem gezwungen werden (was in Einzelfällen auch stimmen kann) und erst dann ihren »wahren« Willen zeigen, wenn sie alle Schwierigkeiten und Hindernisse, die ihnen die bösen Ärzte und Pfleger stellen, um sie zum Leben zu zwingen, endlich überwinden und ihr tatsächliches Ziel erreichen, d. h. sterben. In anderen Worten wird der autonome Wille des Patienten erstaunlicherweise immer dann erfragt, wenn dieser Wille mit Kürzung der Leistungen und daher mit Sparen von Gesundheitskosten übereinstimmt; honni soit qui mal y pense.

Jeder von uns gesunden Menschen kennt solche Momente in seinem Leben, in dem er selbst nicht weiß, was er will. Darum bereuen wir oft unsere Entscheidungen: »Ich dachte, dass ich A will; jetzt verstehe ich, dass ich in der Tat B wollte«. Eine gute Beratung (in den Bereichen wie z. B. Familienberatung, Finanzen, Psychotherapie, Karriereplanung, »motivierende Gesprächsführung«²⁹ u. v. a.) hilft uns vor allem zu verstehen, was wir in einer schwierigen Lage tatsächlich wollen. Die Entscheidung über das endgültige Ende unseres Lebens ist aber viel schwieriger, als z. B. die, ob ich mich scheiden lasse oder in der Ehe bleibe, oder ob und wie ich mit dem Rauchen aufhören soll. Wenn wir in den beiden letzteren Situationen oft nicht wissen, was wir eigentlich wollen, um wie viel schwieriger ist dann die erste Situation? Meine Freiheit besteht nicht darin, zu wollen, was ich augen-

²⁷ Die Sterbehilfe als TV-Ereignis, in: »Sterbehilfe: Die neue Kultur des Tötens?«, Frankfurt-am-Main, Mabuse-Verlag, 2002, S. 50-56.

²⁸ <http://www.podfilter.de/podcasts/279-quarks-und-co-zum-mitnehmen/sources/300>. Aufgerufen Juli 2015.

²⁹ Miller, W.R. und Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change.* 2nd edition New York: The Guilford Press.

blicklich will (diese »Freiheit« haben auch die Patienten mit Störungen der Impulskontrolle), sondern darin, zu verstehen, was mein wahres Ego tatsächlich will. Was wird darunter verstanden?

»Das allgemeine Gesetz«

Bekannterweise wurde der Begriff des autonomen Subjekts von Immanuel Kant eingeführt, der damit das vernunftbegabte Wesen, das fähig ist, *für sich selber Gesetze festzulegen*, allen anderen Wesen (Tieren, Steinen, Himmelskörpern ...) gegenüberstellte, die »heteronom« sind, d. h. sich den Gesetzen unterwerfen, die ihnen von außen (von Gott bzw. der Natur) aufgezwungen werden. Die Befürworter der Sterbehilfe verschweigen, dass Kant aus seinem Autonomiebegriff die Schlüsse zog, die ihren eigenen genau entgegengesetzt sind. Kant erklärt die Autonomie eines vernünftigen Subjekts im gleichen Atemzug mit seinem kategorischen Imperativ:

»Autonomie des Willens ist eine Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit des Wollens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen, als so, dass die Maximen seiner Wahl im demselben Wollen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien.«³⁰

Mindestens zwei interessante Dinge erfährt man aus diesem Zitat. Der erste Satz macht uns klar, dass wir den freien Willen nicht mit bloßem Wollen verwechseln sollen. Der zweite Satz erklärt, worin der Unterschied zwischen den beiden liegt: Der autonome Wille begreift die Prinzipien seiner Wahl »als allgemeines Gesetz«.

In diesem Gesetz liegt der Hund begraben! Ein Dieb will zwar Geld stehlen, aber sein freier Wille ist dies nicht. Denn er will offensichtlich nicht, dass Geldstehlen zum allgemeinen »Naturgesetz« würde, sodass immer und überall gestohlen würde. Er selber will nicht bestohlen werden. Eine Welt, in der ihm alle fünf Minuten der Geldbeutel aus der Tasche gezogen wird, würde er wahrscheinlich ablehnen. Genau dies wäre aber der Fall, wenn Geldstehlen tatsächlich sein autonomer Wille im Kant'schen Sinne wäre.

Ein anderes Beispiel kommt unserem Problem etwas näher. Ein Bekannter von Ihnen, ein gesunder und nach allen gültigen Kriterien vernünftiger Mensch, äußert

³⁰ Kant, I. (2002). Grundlagen zur Metaphysik der Sitten. Hamburg, S. 60.

den Wunsch, krank (noch besser: geistig krank) zu werden. Ihr Bekannter bleibt nicht bei der bloßen Wunschäußerung stehen, sondern schlägt Ihnen eine Methode vor, mit der Sie ihm helfen könnten, seinen Wunsch zu verwirklichen. Zum Beispiel geben Sie ihm ein Magengift, das ein unheilbares Magengeschwür auslöst, oder Sie führen einen neurochirurgischen Eingriff durch, der ihn für immer zum Idioten macht. Werden Sie diese Situation ohne Bedenken als Ausdruck seines autonomen Willens akzeptieren und seinem Wunsch sofort nachgehen? Oder kommen Ihnen Zweifel? Dabei müssen Sie nicht unbedingt die allgemeine Entscheidungsfähigkeit Ihres Bekannten in Frage stellen. Wahrscheinlich befindet er sich in einer schwierigen Lage, im Stress, vor vielen Problemen, die ihm unlösbar scheinen, usw. In der Sprache der Philosophen bedeutet es aber, dass sein Wille durch diese äußeren Umstände eingeschränkt ist. Ihr Bekannter sieht keine andere Wahl, als sich diesen Umständen unterzuordnen. Er stellt sich also unter ein fremdes Gesetz. Im philosophischen Slang: Sein Wunsch ist *heteronom*.

Die Fähigkeit zur Selbst-Gesetzgebung, so Kant, schließt ihre eigene Erhaltung und Entwicklung ein. Ein Vernunftwesen kann nicht wünschen, unvernünftig zu werden, denn dieser Wunsch wäre an sich unvernünftig und zeigt, dass das Wesen eben nicht vernünftig ist. Das bedeutet natürlich nicht, dass ein Mensch so etwas nicht wünschen kann. Das bedeutet nur, dass er in dem Augenblick, in dem er wünscht, seine Vernunft zu verlieren, kein vernünftiger Mensch ist. Genauso kann sich ein autonomes Subjekt kein Gesetz geben, nach welchem es aufhören würde, autonom zu sein. Ein solches Gesetz wäre ein Paradox und höbe die Autonomie auf. Da ein Toter selbstverständlich nicht autonom sein kann, kann schon per Definition kein autonomes Subjekt seinen eigenen Tod wünschen. Auch das bedeutet nicht, dass eine Person den eigenen Tod nicht wünschen kann, sondern nur, dass sie, wenn sie unter dem Einfluss von Enttäuschungen, Krisen, existenziellen Katastrophen oder unheilbaren Krankheiten ihren Tod wünscht, in diesem Moment kein autonomes Subjekt ist. Sie handelt eben unter dem Einfluss der genannten Faktoren, aber nicht aus ihrem freien Willen heraus. Noch weniger will ich damit sagen, dass ein Selbstmord »unverständlich« sei. Ganz im Gegenteil kann man die Situation eines Selbstmörders in den meisten Fällen durchaus verstehen und seinen Wunsch nachvollziehen. Aber genau indem ich das Verhalten eines Suizidenten *aus seiner kritischen Situation* verstehe, komme ich logischerweise zum Schluss, dass sein Wunsch im Wesentlichen von eben dieser *Situation*, aber nicht von seinem *Willen* bestimmt ist.

Der Euphemismus »Freitod«, den es nur in der deutschen Sprache gibt, schafft es, diese einfachen Tatsachen zu verdrehen. In einer Erzählung las ich von einem politischen Gegner der Nationalsozialisten, der von ihnen verfolgt wurde und in einem gewissen Moment erkannte, dass er keine Chancen mehr hatte, der Gestapo zu entgehen, und dass er sein Leben wahrscheinlich nach vielen Foltern in einem KZ werde beenden müssen. In diesem Moment, so die Erzählung, habe er den »Freitod« gewählt. Dieses Wortspiel, in dem sich der Begriff »Freitod« ausgerechnet auf das Paradebeispiel einer extremen politischen *Unfreiheit* bezieht, ist zynisch und makaber. Der Mann hat eben nicht »frei« seinen Tod gewählt, sondern wurde von den Handlangern der Diktatur dazu gezwungen. Inwieweit dies faktisch auch für die anderen Fälle eines »Freitodes« stimmt, darüber werden wir weiter unten noch diskutieren. Aber unabhängig von den Fakten gilt das Ergebnis einer logischen Konzeptanalyse: Ein Sterbewunsch eines autonomen Subjekts ist laut Kant undenkbar. Ein Suizident handelt notwendigerweise heteronom.

Derselben Logik folgte auch J. St. Mill, ein Vertreter der späteren Aufklärung der nächsten Generation (im Vergleich zu Kant). In der Geschichte des liberalen Denkens stand er zwar als Erzfeind jeglicher staatlicher Verbote außer den notwendigsten da. Dennoch vertrat auch er die Ansicht, dass eine zivilisierte Gesellschaft einem freien Menschen verbieten sollte, sich in die Sklaverei zu verkaufen. Das Prinzip der Freiheit, sagt Mill, setzt voraus, dass man keine Freiheit hat, unfrei zu werden.³¹ Dieses Argument Mills wurde oft in Zusammenhang mit dem Suizidproblem gestellt. Man merke aber, dass das Sich-versklaven-Lassen mit der Sterbehilfe mehr Gemeinsamkeiten hat, als die beiden mit dem Suizid. Die Person, die sich zum Sklaven macht, kann nicht allein handeln: Sie braucht einen potentiellen Sklavhalter. Einen ähnlichen Gedankengang findet man in den Schriften Kants und anderer Rationalisten systematisch. In seinem kurzen und wahrscheinlich meist zitierten Artikel erwähnt Kant den Vorschlag einiger Autoritäten der damaligen evangelischen Kirche, einen bindenden Vertrag evangelischer Geistlicher abzuschließen, in dem die wichtigsten Grundsätze der Kirchenlehre einmal und für immer vereinbart werden.³² Kant meint, dass ein solcher Vertrag, selbst wenn er inhaltlich und rechtlich völlig korrekt erfolgte, trotzdem null und nichtig wäre, da der Sinn der freien (*nota bene!*) Kirchenlehre in ihrem Entwicklungsprozess durch offene Diskussionen bestehe. Auch in dieser Überlegung sieht man die gleiche

³¹ J. St. Mill, »On Liberty«, s. o.

³² Kant, I. (1784). Was ist Aufklärung? Berlinische Monatsschrift, Dezemberheft, 481-484. Zit. nach UTOPIE kreativ (2004), H. 159, S. 5-10.

prinzipielle Überzeugung: Nicht alles, was die Menschen wünschen, ist ihre autonome Entscheidung; vielmehr ist nur eine solche Entscheidung autonom, die zur Weiterentwicklung der Autonomie beiträgt; alles andere ist »null und nichtig«.³³

Ein weiteres politisches Beispiel erklärt diesen Gedanken noch deutlicher. In einer Republik beschließt das frei und demokratisch gewählte Parlament, sich selbst aufzulösen, die republikanische Ordnung, die demokratischen Regeln und alle bürgerlichen Freiheiten abzuschaffen und die volle Macht an einen absoluten Diktator abzugeben. Ein Blick in die deutsche Geschichte zeigt übrigens, dass das Beispiel nicht frei erfunden ist. Würden wir nun mit reinem Gewissen diesen Parlamentsbeschluss frei und demokratisch nennen? Wenn aber nein, wenn wir in der Selbstvernichtung einer autonomen sozialen Ordnung einen Verstoß gegen diese selbe Ordnung sehen, warum gilt dasselbe nicht auch für ein einzelnes autonomes Subjekt, eine menschliche Person?

Autonomie im Netz

Wie wichtig das Prinzip der Patientenautonomie oder überhaupt der Autonomie einer menschlichen Person auch ist, so steht es nicht isoliert im freien Feld der menschlichen Werte, sondern ist durch ein System der Verbindungen mit anderen Werten und Grundlagen des ethischen Verhaltens verflochten. Ethiker unterscheiden u. a. zwischen einer »idealen Autonomie« als einem erstrebenswerten Ideal einer liberalen Gesellschaft einerseits, und einer »aktualen Autonomie«, die mit der konkreten Situation eines konkreten Kranken variiert, andererseits.³⁴ Wie die existentielle Philosophie des 20. Jahrhunderts zeigte, trifft der Mensch seine Entscheidungen in der Situation, in die er »geworfen« ist. Ein Mann, dessen Land durch eine feindliche Armee besetzt wurde, hat eine Wahl: Er kann Kollaborateur oder Widerstandskämpfer werden. Er kann auch versuchen, diese Wahl zu meiden, indem er sich vom politischen Leben unter der Besatzung überhaupt fernhält. Auch diese Wahl ist frei – doch die feindliche Besatzung, die ihn vor diese Alternativen

³³ Sowohl Kant als auch Mill, als typische Vertreter der Epoche des Rationalismus, verwenden die Begriffe Freiheit und Autonomie praktisch als Synonyme und sprechen oft über Freiheit, wenn sie Autonomie meinen. Heute, nach ca. 200 Jahren, verstehen wir den Freiheitsbegriff viel weiter als den der Autonomie, denn der Letztere beruht vollständig auf Rationalität, während der Erstere unterschiedlich starke irrationale Komponenten mit einschließen kann. Eine aktive Sterbehilfe kann weder frei noch autonom sein. Ein Suizid dagegen kann als eine völlig irrationale Handlung der Ausdruck einer hohen Freiheit sein. Autonom ist er jedoch nicht.

³⁴ Agich, G. J. (1995). *Autonomy and Long-Term Care*. New York-Oxford, Oxford University Press.

stellt, hat er nicht frei gewählt, sondern sie wird ihm aufgezwungen. Dieses Beispiel veranschaulicht, dass unsere freie Wahl in einer Situation stattfindet, die ihrerseits nicht frei gewählt wurde. Die ideale Autonomie abstrahiert sich von dieser konkreten Wahlvorlage. Im Falle der medizinischen Entscheidungen betrachtet sie einen Kranken in einem luftleeren Raum. Im Gegensatz dazu ist die aktuelle Autonomie eher als »universaler Hintergrund« präsent, vor dem sich unsere gesamte (immer situationsabhängige) Erfahrung in der sozialen Welt abspielt.³⁵

Die Unfähigkeit, zwischen der Autonomie als Ideal und einer gelebten Patientenautonomie zu unterscheiden, führt zur Annahme eines absoluten Individualismus, nach der sich kein Mensch um einen anderen Menschen kümmern soll. Jeder sei einzig und allein für sich selbst verantwortlich und sein eigener Nächster. Wenn jemand sagt, er wolle sich lobotomieren lassen und ein Idiot werden, dann sollen wir ihm diesen Gefallen auch erweisen – unter der Voraussetzung natürlich, dass er die Operation und deren Folgen aus eigenen Mitteln bezahlt und keinem Dritten zur finanziellen Last wird. Mit diesem Prinzip des absoluten Individualismus hängt ein weiterer folgenschwerer Fehler zusammen, der in der modernen westlichen Mentalität tiefe Wurzeln hat: Die Autonomie wird mit *Autarkie* gleichgesetzt, d. h. mit der Unabhängigkeit von anderen. Selbst ist der Mann! (Und die Frau natürlich auch!) Autonom ist, wer, wie einst Robinson Crusoe, völlig allein auf einer unbesiedelten Insel sein Leben aufbauen kann. In einer extremen Form läuft diese Einstellung sogar auf die Identifizierung von Autonomie und Macht heraus. Die Argumentationsabfolge »Der Boss ist unabhängig und mächtig; er kann entscheiden, wie er will; er besitzt eine wahre Autonomie; also ist nur der Mächtige autonom« ist deshalb so überzeugend, weil sie unbewusst ist.

In diesen undifferenzierten Komplex von Autonomie, Autarkie, Unabhängigkeit, Macht und Einfluss wird auch die Menschenwürde eingeschmolzen. Wenn ein Schwerkranker vollkommen auf die Hilfe der Medizin und die Pflege angewiesen ist, verliert er laut dieser Position seine Würde, da er von den anderen nicht mehr unabhängig sein kann. Im Grunde konzipiert man dabei die Würde eines Menschen als Nützlichkeit, d. h. als positives Verhältnis zwischen dem, was er den anderen gibt, und dem, was er von den anderen bekommt. In einer Radiosendung zum Thema »Aktive Sterbehilfe« machte ein junger Journalist keinen Hehl aus seiner

³⁵ Dekkers, W. J. M. (2001). Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, S. 185-192.

tiefen Verachtung gegenüber den Menschen, die »an Schläuchen hängen« und damit seiner Meinung nach auch keine Menschenwürde mehr haben. Der Journalist wurde wahrscheinlich in einer gebildeten Mittelschichtfamilie geboren, hat kostenlos (d. h. auf Kosten anderer, möglicherweise weniger begüterter Menschen) studiert; mit Sicherheit hat ihm eine einflussreiche Person eine Empfehlung gegeben, ohne die er seine Stelle beim Rundfunk nicht bekommen hätte. Auch wenn er nicht unfähig und begabungslos ist, verdankt er gute 90 % dessen, was er hat und was er ist, der Hilfe der anderen. Aber er hält sich für einen »unabhängigen Menschen« und ist offensichtlich nicht in der Lage zu begreifen, an wie vielen Schläuchen der sozialen Beziehungen er selbst sein ganzes Leben lang hängt. Allein sein Journalistendiplom hätte ihn in einer anderen, weniger sozial organisierten Gesellschaft womöglich mehr gekostet als alle lebensnotwendigen Medikamente, die ein Krebskranker durch seine Schläuche erhält.

Dieser Sichtweise, in der Autonomie mit Unabhängigkeit und Macht assoziiert wird, steht eine völlig andere Position gegenüber, die besagt, dass die Autonomie einen wichtigen Bestandteil eines noch weiteren Konzeptes bildet, nämlich der *Achtung vor der menschlichen Person*. Diese Achtung schließt den Respekt vor der Selbstbestimmung einer Person genauso ein wie Hilfsbereitschaft und die Sorge um ihre persönliche Integrität. Die Menschenwürde ist aus dieser Perspektive nicht nur unantastbar, weil niemand sie antasten darf, sondern auch weil niemand sie antasten kann, da die Menschenwürde nicht verloren gehen kann, wie etwa Macht, Einfluss, Unabhängigkeit, Schönheit, Vernunft, Gesundheit und sogar Leben verloren gehen. In einer feudalen Gesellschaft konnte ein grausamer König einen Vasallen, etwa einen Grafen, foltern und töten, aber auch unter Folter und auf dem Schafott blieb der Graf bei seinem Titel; genauso bleibt heute ein Mensch, der von einer schweren Krankheit geplagt und schließlich getötet wird, in jedem Zustand und bis zu seinem letzten Atemzug bei seiner vollen Würde.

Die Würde eines Menschen kann nicht von äußeren Umständen beschädigt werden, sondern allein von seinem eigenen Verhalten – genauer, von der Dissonanz zwischen diesem Verhalten und dem, was von menschlichen Verhalten erwartet wird. Jede Person spielt in der sozialen Umwelt bestimmte soziale Rollen: eines Arztes, eines Führers, einer ehrlichen Person usw. Diese Rollen werden als Listen der Erwartungen anderer definiert: Eine ehrliche Person *als soziale Rolle* ist diejenige, von der erwartet wird, dass sie sich stets ehrlich verhält. Falls sich jemand unterhalb der Erwartungen an seine soziale(n) Rolle(n) verhält, kann man sagen,

dass sein Verhalten eines Arztes, eines Präsidenten, einer ehrlichen Person usw. »unwürdig« sei. Aber genauso gibt es eine Erwartungsliste an die Rolle des Menschen überhaupt – was man gemeinhin von einem jeden Menschen erwartet. Wer sich nicht wie ein Mensch, sondern wie ein Schwein, Esel oder Kriechtier verhält, von dem kann man sagen, dass er sich unwürdig benimmt. Wer seinen Nächsten zu einer solchen Position zwingt, verletzt seine Würde. Die körperliche oder auch geistige Schwäche verletzt aber die Würde nicht. Ein schizophrener Patient sollte zwar anders behandelt werden als eine geistig gesunde Person, seine Menschenwürde ist deshalb aber nicht geringer als die eines Gesunden.

Aus dieser Sicht signalisiert für mich der Sterbewunsch einer anderen Person nicht mehr, dass ich ihr diesen Wunsch wie jeden anderen erfüllen soll, sondern vielmehr, dass ich versuchen soll, diesen Wunsch auf einer menschlichen Ebene zu *verstehen*: Wie und warum ist der Wunsch entstanden, in welchem sozialen Umfeld befindet sich diese Person, wo liegen ihre Schlüsselinteressen und wichtigsten Probleme, was sind ihre internen und externen Konflikte, und wie kann ich schließlich in dieser konkreten Situation wirklich helfen?

Wir kommen also zu dem Schluss, dass die Idee der Patientenautonomie in der Form, in der sie in der gegenwärtigen Diskussion über die Sterbehilfe präsent ist, nicht nur mit dem ursprünglichen aufklärerischen Autonomiekonzept nichts zu tun hat, sondern diesem Konzept, zumindest in seiner Aufarbeitung bei Kant sogar widerspricht. Dieser Widerspruch kann nicht damit entkräftet werden, dass das aufklärerische Autonomiekonzept veraltet sei. Denn schließlich widerspricht das Konzept der Autonomie, mit dem in den Sterbehilfediskussionen operiert wird, auch den Vorstellungen der existentiellen Philosophie des 20. Jahrhunderts – und dies sogar noch stärker, als es jenen aus dem 18. Jahrhundert zuwiderläuft. Außerdem scheint dieses gegenwärtige Autonomiekonzept im Gegensatz zu seinem aufklärerischen Original innerlich inkonsistent zu sein. Aus der alltäglichen Kaufpraxis wissen wir, dass Menschen, die uns ein Produkt unter der Marke eines anderen verkaufen wollen, obwohl ihre Ware vollkommen andere Qualitäten aufweist, Betrüger heißen. Eine Fälschung der Autonomie wird uns feilgeboten.

Mit diesem Befund haben wir allerdings noch nicht nachgewiesen, dass die Ware, obschon sie kein Original ist, nichts taugt. Auch beim Kauf von Dingen kann es sein, dass ein No-Name-Produkt zwar nicht die Qualität einer Markenware hat, dabei aber trotzdem durchaus benutzbar ist. Vielleicht ist die aktuelle Idee des Rechts eines Patienten auf Selbstbestimmung, obwohl sie philosophisch schlecht

begündet und logisch nicht durchdacht ist, dennoch praktikabel und entspricht einer Realität unseres Lebens, die vom Standpunkt einer abstrakten Analyse her übersehen wird.

Auf dem Minenfeld

Unter den militärischen Berufen, die alle ziemlich gefährlich sind, ist die Entschärfung von Minen einer der gefährlichsten. Man sagt, der Mineur macht nur einen Fehler, denn danach ist er tot und hat keine Chance auf einen zweiten. Freilich gilt das nur für die Fehler in Taten, nicht für die Fehler in Worten. Wer mit Minen arbeitet, kann sich keine unüberlegte Handlung leisten – aber ein unüberlegtes Wort wohl, da passiert nichts.

Es gibt aber eine andere soziale Gruppe, deren Lage noch gefährlicher ist als die der Berufssoldaten, die mit Risiko für das eigene Leben Minen entschärfen. Das sind Alte und Schwerkranke. Bei ihnen wird auch ein falsches Wort, in einem falschen Moment entfahren, sofort zum Lebensrisiko.

Wie wir in der vorigen Sektion festgestellt haben, ist nicht alles, was eine Person anscheinend will, tatsächlich ein Ausdruck ihres Willens. Aber diese Feststellung kann Anlässe zu wichtigen kritischen Argumenten geben, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen.

Vor allem: Wer und aufgrund von welchen Kriterien kann wissen, ob das, was ich meiner Meinung nach im Augenblick wünsche, tatsächlich der wahre Ausdruck meines »Selbst« ist? Niemand kann direkt in der Seele seines Nächsten lesen, sagt unser Kritiker, und er hat recht: Als Forscher, der mehrere Jahre mit Hirn-Computer-Schnittstellen gearbeitet hat, glaube ich aufgrund dieser Erfahrung, dass die Möglichkeit einer unmittelbaren Einsicht in das Gehirn eines anderen Menschen noch sehr lange zur Science-Fiction gehören wird.

Aber diese technische Unmöglichkeit ist nur der geringste Kritikpunkt. Wer hat überhaupt das Recht, meine Wünsche zu lesen? Die psychologische Wissenschaft hat zwar bewiesen, dass ich mich selbst viel schlechter kenne, als ich gedacht habe, aber sie hat keinem anderen erlaubt, Anspruch zu erheben, dass *er* mich besser kenne. Unsere Unterscheidung zwischen scheinbarem und wahren Willen könne, so der Kritiker, als Grund für die Behauptung verstanden werden, dass jemand anderer, etwa ein Psychotherapeut, mir nicht nur sagen kann, was ich tun und lassen soll, sondern vielmehr was ich wollen soll. Das sei sehr gefährlich, fügt der Kritiker hinzu, und wieder müssen wir zustimmen.

Aus ethischer Sicht kann dasselbe so formuliert werden, dass meine Unterscheidung zwischen scheinbaren und wahren Wünschen zur falschen Justierung zwischen den zwei fundamentalen ethischen Werten (Patientenwohl und Autonomie) führe. Stellt man das Erstere höher als das Letztere, so könnte am Ende eine durch und durch paternalistische Medizin entstehen, in der Ärzte (oder, noch schlimmer, Gesundheitsbürokraten) alle Entscheidungen für den Patienten treffen – selbstverständlich zu seinem Wohl.

Auch das Kriterium der Rationalität, aus philosophischer Sicht so überzeugend, funktioniert in der Praxis oft nicht. Häufig glauben wir, dass ein anderer irrational, d. h. ohne nachvollziehbare Gründe, handelt, nur, weil wir seine eigenen (völlig rationalen) Gründe nicht kennen.

Schließlich kann unser Kritiker diese Unterscheidung sogar auf einer ontologischen Ebene angreifen: Gibt es überhaupt innerhalb der Psyche einen Unterschied zwischen Sein und Schein? Wenn ich eine optische Täuschung habe (mir *scheint* da ein Baum zu stehen), so besteht der Schein nur im Vergleich mit der Außenwelt (in Wirklichkeit gibt es den Baum nicht). An sich aber, d. h. innerpsychisch, ist der Eindruck des Baums derselbe. Egal ob mich eine Empfindung über die objektive Realität täuscht, als Empfindung ist sie bloß da. Der Philosoph Daniel Dennett hat es knapp formuliert: »Es gibt kein objektives Subjektives«.

Ich will, und ich will nicht

All diese Kritik ist in einem solchen Maße berechtigt, dass bei ihrer Entschärfung, gleich der von Landminen, keine Eile geboten ist. So fangen wir langsam an: Es gibt zwar tatsächlich keine direkten Außenkriterien dafür, ob eine Wunschäußerung dem eigentlichen Wollen entspricht, aber einige indirekte Kriterien gibt es. Eines davon ist die Beständigkeit von Wünschen, uns aus dem Bereich der Liebesbeziehungen gut bekannt. Wenn ein Mann einer Frau sagt, dass er sie jetzt im Augenblick will, in ein paar Minuten aber nicht mehr, dann wird sie recht haben, wenn sie antwortet: Eigentlich willst du mich gar nicht.

Setzen wir mal dieses erotische Beispiel fort. Angenommen, ein Mann behauptet, dass er eine Frau will, und versucht zumindest, sich mit ihr zu treffen. Nehmen wir weiter an, das Treffen wird aus irgendwelchen äußeren Gründen (nicht, weil die Frau explizit abgesagt hat) gestört. Was würden wir dann von diesem Mann erwarten? Selbstverständlich einen erneuten Versuch das Treffen zu organisieren.

Sonst würden wir sagen, der Mann habe gar keinen Willen. Die Situation ist ähnlich, wenn jemand seinen Tod will und einen Suizid versucht. Durch die Aktivität der Ärzte und anderen Retter kommt es oft vor, dass »das Treffen mit dem Tod« nicht stattfindet. Natürlich ist zu erwarten, dass man gleich einen wiederholten Suizidversuch unternimmt, sobald man die Möglichkeit dazu bekommt, z. B., wenn man nach einer Woche aus der Klinik entlassen wird.

Ich habe zwar keine genauen Angaben in der Literatur gefunden, wie oft dies tatsächlich passiert, aber offensichtlich ist ein solcher bereits nach kurzer Zeit wiederholter Selbstmordversuch eine Seltenheit. Ca. 70 % aller misslungenen Suizidversuche werden gar nicht wiederholt. Bei schätzungsweise 15 % gibt es einen zweiten Versuch innerhalb eines Jahres, noch weitere 15 % wiederholen den Suizid im Laufe der folgenden 3-4 Jahre.³⁶ Diese Wiederholungstaten mögen zeigen, dass einige Suizidenten wahrscheinlich emotional labile Personen sind, die auf Stresse des Lebens zu stark reagieren, aber nicht, dass sie tatsächlich nicht leben wollen. Wer eine autonome Entscheidung getroffen hat, sein Leben zu beenden, wird keine 3-4 Jahre warten.

Merkwürdig ist auch, dass diese Tatsache uns offensichtlich nicht überrascht. Die Autoren der erwähnten Arbeiten unterstreichen, dass Personen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, wesentlich häufiger einen weiteren Versuch unternehmen, als diejenigen, die keinen Selbstmordversuch gemacht haben. Dass dieser wiederholte Versuch nicht sofort, sondern Monate oder Jahre später ausgeführt wird, scheint den Autoren gar nicht wichtig zu sein. Aber genau die sofortige, unmittelbare Wiederholung wäre zu erwarten, wenn der Mensch überlegt und definitiv entschieden hätte, nicht mehr zu leben. Offensichtlich glauben wir an keine beständige »Liebe zum Tod«; vielmehr halten wir es für natürlich, dass das Verhältnis eines angehenden Selbstmörders ambivalent und wechselhaft ist – in anderen Worten, dass der Unglückliche selber nicht weiß, was er will.

Allerdings werfen diese Fakten nicht allzu viel Licht auf unsere Fragen. Die Population der Suizidenten überlappt zwar mit der Population von älteren und

³⁶ Vgl. Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, S. 70-75; Christiansen, E., & Jensen B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, S. 257-265; Brådvik, L., & Berglund, M. (2009). Repetition and severity of suicide attempts across the life cycle: A comparison by age group between suicide victims and controls with severe depression. *BMC Psychiatry*, 9, Artikel 62.

chronisch kranken Menschen, die sich über ihr Lebensende aktiv Gedanken machen, ist aber mit der Letzteren nicht identisch. Die Situation, in der Selbstmordversuche unternommen werden, ist der Situation, in der Entscheidungen über Sterbehilfe getroffen werden, nicht gleich.

Um die Beständigkeit der Wünsche von (potentiellen) Patienten bezüglich ihres Lebensendes zu überprüfen, befragen die Forscher normalerweise eine dreistellige Stichprobe mit denselben Fragen zweimal mit einem Intervall von Monaten oder Jahren. Die Ergebnisse dieser Studien sind kontrovers und hängen davon ab, wie gesund oder krank die Befragten waren, wie groß das Zeitintervall war, und was in diesem Intervall alles passiert ist. Aber einige interessante Befunde sind allen bisherigen Studien doch gemeinsam.³⁷ Erstens gibt es immer eine bedeutsame Gruppe (mindestens 30 bis 50 % aller Befragten), die innerhalb eines bis zwei Jahren ihre Präferenzen geändert hat. Zweitens ändern die Patienten, die eine schriftliche Patientenverfügung verfassen, ihre Meinung seltener als diejenigen, die eine solche Verfügung nicht haben. Diese Tatsache kann auf zweierlei Arten gedeutet werden. Vielleicht verfassen bestimmte Personen ihre schriftliche Patientenverfügung, weil sie fester in ihren Überzeugungen sind; es ist aber auch möglich, dass die Tatsache, dass ich meine Wünsche schriftlich fixiert habe, mich zu diesen Wünschen verpflichtet.

Drittens hängt die Veränderung der Einstellungen gegenüber dem eigenen Lebensende von den Ereignissen im Intervall zwischen zwei Befragungszeitpunkten ab. Diejenigen, deren Gesundheit sich inzwischen ernsthaft verschlechtert hat, oder die einen schweren Unfall erlebt haben, wollen in der Regel zum zweiten Messzeitpunkt mehr Behandlung als davor; sie hatten in dieser Zeit Gelegenheit, über ihr Leben und ihren Tod seriös nachzudenken, und sie wollen nicht mehr sterben. Die anderen, die gesund geblieben sind, ändern ihre Position nicht oder ändern sie sogar in die entgegengesetzte Richtung: Sie wollen weniger Behandlung. Für sie ist ihre »Entscheidung« bezüglich des Lebensendes ein Abstraktum, und der Tod, an den sie denken, ist nicht ihr persönliches Ende, sondern das Ende des Lebens »im Allgemeinen«.

³⁷ Vgl. Carmel, S., & Mutran, E. J. (1999). Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. *Social Science and Medicine*, 49, S. 303-311; Danis, M., et al. (1994). Stability of choices about life-sustaining treatments. *Annals of Internal Medicine*, 120, S. 567-573; Weissman, J. S., et al. (1999). The stability of preferences for life-sustaining care among persons with AIDS in the Boston Health Study. *Medical Decision Making*, 19, S. 16-26.

Die Patienten müssen sich gar nicht bewusst sein, dass sie ihre Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf das Ende ihres Lebens geändert haben! Viele von denen, die keine Patientenverfügung geschrieben haben, vergessen einfach, was sie vor einem oder zwei Jahren als »Ausdruck ihres autonomen Willens« angegeben hatten.³⁸ Gäbe es keinen Forscher, der im Rahmen einer Studie ihren Wunsch erfasst, würde niemand davon erfahren, dass eine solche Person einst z. B. Wiederbelebungsmaßnahmen abgelehnt hatte.

Ein anderer Ansatz zum Problem der Stabilität der Einstellungen gegenüber dem eigenen Tod ist die Untersuchung des Verhältnisses zwischen meiner persönlichen Entscheidung und meinem Verlassen auf die Entscheidung der anderen. Aus einer konsequent liberalen Sicht hat die persönliche Entscheidung eines Patienten die oberste Priorität. Wenn sich z. B. ein Patient in einem kritischen Zustand befindet, und wenn der Arzt eine zuverlässige Information besitzt, dass der Patient an diesen Zustand gedacht hat und eine bestimmte Behandlung in diesem Zustand (nicht) wollte, so sollte der Arzt (und *muss* es in einigen Ländern sogar) diese (nicht) gewollte Behandlung auch (nicht) durchführen.

Das scheint auch vernünftig zu sein, oder? Nicht ganz. Eine Gruppe der Mediziner aus San Francisco war wahrscheinlich die erste, die Patienten mit schweren Nierenerkrankungen befragte, was sie wollen würden, falls sie eine fortgeschrittene Alzheimerkrankheit entwickeln sollten und daher keine rationale Entscheidung mehr würden treffen könnten. Während 58 % der 150 Befragten ihre Entscheidung im Voraus festlegen wollten, waren die anderen 42 % der Meinung, dass sie zwar auch ihre eigene Entscheidung im Voraus treffen, aber »im Falle eines Falles« ihre Familienangehörigen und ihr Arzt gemeinsam genug Spielraum haben sollten, um vom eigenen Willen des Patienten auch abweichen zu können. Die Autoren fassen anscheinend paradox zusammen: »Striktes Befolgen aller Patientenverfügungen muss nicht den eigentlichen Präferenzen von Patienten entsprechen« (S. 59).³⁹

Diese Studie wurde später wegen der etwas seltsamen Wahl der Patientengruppe und ihrer Aufgabe kritisiert. Die Patienten waren auf Dialyse angewiesen, wurden aber nach einer möglichen Alzheimerkrankheit gefragt. Vielleicht hatten sie einfach andere existentielle Sorgen und nahmen die Frage deshalb nicht ernst

³⁸ Sharman, S. J., Garry, M., Jacobson, J. A., Loftus, et al. (2008). False memories for end-of-life decisions. *Health Psychology*, 27(2), S. 291-296.

³⁹ Sehgal, A., Galbraith, A., Chesney, M., et al. (1992). How strictly do dialysis patients want their advance directives followed? *JAMA*, 267(1), S. 59-63.

genug. Diese Möglichkeit wurde in späteren Untersuchungen ausgeschlossen, indem die Patientensituation und die Situation, über die sie sich Gedanken machen sollten, besser übereinstimmten. Die Ergebnisse waren noch beeindruckender. Christina Puchalski und Mitarb. fragten 2 203 Schwerkranke und 1 226 gesündere ältere Personen, ob sie im Falle eines klinischen Todes reanimiert werden wollten.⁴⁰ In der ersten Gruppe hatten 646 Patienten eine feste Meinung zu diesem Punkt. Davon sagten 504 Patienten (78 %), dass es in einem solchen Fall besser wäre, wenn ihre Familie und der Arzt gemeinsam entscheiden würden. In der zweiten Gruppe hatten 513 Personen eine feste Meinung – und wiederum 71 % von ihnen wollten, dass ihre Meinung vom Arzt und von ihren Angehörigen eventuell korrigiert würde. Auch andere Autoren kamen auf sehr ähnliche Zahlen: 77 % der Patienten wollen nicht, dass ihre Patientenverfügung blind befolgt wird.⁴¹ Insbesondere diejenigen Patienten, die sich für Reanimationsmaßnahmen aussprachen, wollten auch, dass diese Maßnahmen, falls sie nicht mehr persönlich entscheiden können sollten, von der Familie und den Medizinern mit diskutiert werden.

Na so was! Während Politiker, Journalisten und die von ihnen so leicht geformte öffentliche Meinung jeden Patientenwunsch in Bezug auf das Lebensende aus Ausdruck der »höchsten Autonomie«, der »Würde« in den Himmel preisen, während man unter dem Motto »Patientenrechte stärken!« bald ganze Demonstrationzüge zum Bundestag führen kann, schätzen die Patienten selbst diese hochgelobte Autonomie und diese Rechte ganz anders ein. Auch eine schriftlich formulierte Patientenverfügung (ganz zu schweigen von den mündlichen Aussagen wie »ich will« oder »ich will nicht«) betrachten viele von ihnen (vielleicht sogar die meisten) nur als Grundlage, auf der kompetentere Personen im konkreten Fall entscheiden sollten. Von einer uneingeschränkten Selbstbestimmung halten sie nicht viel. »Die meisten Krankenhauspatienten, die älter sind oder eine ernsthafte Krankheit haben, wollen nicht, dass ihr Patientenwille auf jeden Fall gilt.«⁴² Diese »erzwungene Autonomie« »spiegelt weder familiäre Verhältnisse noch die Last der Entscheidung für eine kranke Person wieder.«⁴³ Stattdessen sollen wir, schreiben Kim und Klervik, das Konzept einer »optionalen Autonomie« entwickeln, in dem »die

⁴⁰ Puchalski, C., et al. (2000). Patients who want their family and physician to make resuscitation decisions for them. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, S. 84-89.

⁴¹ Kim, S. H., & Kjervik, D. (2005). Deferred decision making: Patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care. *Nursing Ethics*, 12(5), S. 493-505.

⁴² Puchalski, C.M., et al, s.o., S. 84.

⁴³ Kim, S. H., & Kjervik, D., s.o., S. 494.

moralische Last schwerer Entscheidungen unter den Patienten, ihren Familien und ihren Ärzten gleichmäßiger verteilt wird« (S. 501).

Dass sehr viele (mit Abzug von schweren Psychosen die meisten) gerettete Selbstmörder froh und ihren Rettern dankbar sind, ist bekannt. Damit geben sie zu, dass ihre suizidale Absicht ein Fehler war. Das hat nur scheinbar damit zu tun, dass diese Menschen in der Regel körperlich gesund sind. Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) wissen, was ihre Diagnose bedeutet. In wenigen Jahren werden sie an Atemstillstand sterben. Einige haben (meistens auf Druck der Ärzte und Angehörigen) eine Patientenverfügung, dass sie in diesem Fall keine künstliche Beatmung wollen. Aber die Atemnot kann bei der ALS auch plötzlich auftreten, und dann hat ein Intensivarzt keine Zeit für die Suche nach der Patientenverfügung. Er sieht den Sterbenden und muss ihn retten, d. h. künstlich beatmen. Viele solcher Patienten sind danach mit ihrem Leben im hohen Maße zufrieden. Ihre Patientenverfügung war ein Fehler.⁴⁴

Aber das ist noch nicht das Erstaunlichste an solchen Befunden. Das wirklich Überraschende ist, dass sie überhaupt jemanden überraschen. Denn in allen anderen Bereichen unseres Lebens passiert eigentlich das Gleiche, und niemand wundert sich. Auch zu anderen Themen ändert ein gewisser Anteil der Bevölkerung seine Meinung innerhalb eines bis weniger Jahre. Bei der Wahl eines Bürgermeisters oder Bundestagsabgeordneten, bei der Job- oder Partnerwahl, bei der Entscheidung über den nächsten Urlaub begehen wir immer wieder Fehler und bereuen sie danach. Auch eine gewisse Unsicherheit an der eigenen vorgefassten Meinung ist in verschiedenen Lebensbereichen völlig normal. Ein junger Assistenzarzt übernimmt gerne Verantwortung und trifft eine selbständige Entscheidung; in einer kritischen Situation aber, wenn diese Entscheidung direkt das Leben eines Patienten betrifft, hätte er nichts dagegen, dass die Entscheidung von einem erfahrenen Kollegen, vielleicht sogar von einem Konsilium zusätzlich überprüft wird. Auch ein Ingenieur sieht keinen Widerspruch zwischen seiner eigenen Entscheidungsfähigkeit und der Notwendigkeit, mit anderen Kollegen zu beraten. Jeder Fachmann, jeder Handwerker versteht problemlos den einfachen Fakt, der in der Diskussion über die Sterbehilfe systematisch ausgeblendet wird: *Dass die Selbstbestimmung mit Kompetenz zusammenhängt.*

⁴⁴ Vgl. Cazzolli, P. A., & Oppenheimer, E. A. (1996). Home mechanical ventilation for amyotrophic lateral sclerosis: Nasal compared to tracheostomy-intermittent positive pressure ventilation. *Journal of Neurological Sciences*, 139, S. 123-128.

Fragliche Kompetenz

In der medizinischen Ethik sagt man, dass ein Patient »kompetent« ist, eine Entscheidung zu treffen, wenn er die Fähigkeit besitzt, alle relevanten Informationen zu verstehen, diese Informationen mit den eigenen Zielen und Werten zu verbinden, die Ergebnisse verschiedener Entscheidungen vorherzusehen und seine Entscheidung schließlich seinen Ärzten, Pflegeern, Betreuern oder Forschern frei mitzuteilen.⁴⁵ Dabei soll man zwei Arten Kompetenz unterscheiden: die allgemeine und die fachliche Kompetenz. Dass die überwiegende Mehrheit von Patienten über keine ausreichende fachliche Kompetenz verfügt, ist klar. So entscheidet ein Patient in der Annahme seiner vollen Autonomie, dass, wenn er unheilbar krank wird (oder: wenn er sich im unmittelbaren Sterbeprozess befindet), solche und solche Maßnahmen (nicht) durchgeführt werden sollen. Aber woher weiß er, dass er unheilbar krank ist oder dass der unmittelbare Sterbeprozess bereits im Gange ist? Der Arzt hat es ihm gesagt! Wie oft kann ein Patient die Auskunft des Arztes kritisch einschätzen? Selbst heute, im Zeitalter von Google, kann jeder unter seinen Bekannten eine Umfrage durchführen – wie viele Patienten kennen die Statistik der diagnostischen Fehler bei verschiedenen unheilbaren Erkrankungen? Wie viele Patienten kennen die Sensitivität und Spezifität der diagnostischen Verfahren, mit denen ihre Befunde erfasst worden sind? Wie viele von ihnen kennen überhaupt diese Begriffe und verstehen, warum sich Sensitivität vom positiven Vorhersagewert⁴⁶ und Spezifität vom negativen Vorhersagewert unterscheidet,⁴⁷ und wie sie zur Einschätzung der Zuverlässigkeit diagnostischer Methoden beitragen?

Diese Inkompetenz kann zumindest in den kritischen medizinischen Zuständen, deren Diagnose und Prognose problematisch sind, von Belang sein. Wir werden in einem der folgenden Kapitel sehen, dass dies u. a. in akuten Zuständen oft

⁴⁵ Beauchamps, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Medical Ethics*. New York-Oxford, Oxford University Press.

⁴⁶ Sensitivität ist das Verhältnis von Patienten, bei denen eine Krankheit *richtig* diagnostiziert wurde, zu allen Patienten, die diese Krankheit haben. Der positive Vorhersagewert ist das Verhältnis von Patienten, bei denen eine Krankheit *richtig* diagnostiziert wurde, zu allen Patienten, bei denen die Krankheit diagnostiziert wurde. Die zwei Kenngrößen haben also den gleichen Zähler aber verschiedene Nenner.

⁴⁷ Spezifität ist das Verhältnis von Patienten, bei denen eine Diagnose *richtig* abgelehnt wurde, zu allen Patienten, die diese Krankheit tatsächlich nicht haben. Der negative Vorhersagewert ist das Verhältnis von Patienten, bei denen eine Diagnose *richtig* abgelehnt wurde, zu allen Patienten, bei denen diese Diagnose abgelehnt wurde. Die zwei Kenngrößen haben also den gleichen Zähler aber verschiedene Nenner.

der Fall ist, da Entscheidungen unter Zeitdruck fallen müssen. Das Unwissen der Patienten und ihrer Angehörigen, welcher Zuverlässigkeitswert einem medizinischen Urteil beigemessen werden soll, kann eine fatale Rolle spielen.

Seltsamerweise denkt man in der experimentellen Medizin viel mehr an die Kompetenz einer Versuchsperson als bei der Frage nach Sterbehilfe. Die Deklaration von Helsinki verlangt, dass die Teilnehmer eines Experiments *vollständig* über alle, auch sehr geringe und unwahrscheinliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt werden müssen. Das Fehlen einer solchen Aufklärung macht die Zustimmung der Versuchsperson nichtig. Vergisst z. B. der Experimentator vor einer routinen kernspintomographischen Untersuchung zu sagen, dass es (in seltenen Fällen) zu Kopfschmerzen kommen kann, so verliert nicht nur die schriftliche Zusage der Versuchsperson ihre Gültigkeit, sondern der Versuchsleiter riskiert auch eine Anklage, falls der Versuchsperson tatsächlich der Kopf weh tut. Das Gleiche gilt natürlich für alle chirurgischen Eingriffe. Kein unerwünschter Nebeneffekt, egal wie gering seine Wahrscheinlichkeit ist, darf im Aufklärungsgespräch unterschlagen werden, sonst bekommt der Chirurg oder der Anästhesist Probleme. Im Vergleich dazu sind die Anforderungen an die Aufklärung eines Patienten, der zusagt, in bestimmten kritischen Situationen nicht gerettet werden zu wollen, überraschend gering. Bevor er seine Patientenverfügung unterschreibt, muss er nach der (im wörtlichsten Sinne lebensnotwendigen!) Information selbst suchen. Hat er eine wichtige Auskunft nicht gefunden, so hat er Pech gehabt, aber niemand ist daran schuld. Kein Experte muss ihn aufklären, sondern der Patient selbst muss Experten finden und sie aktiv befragen. Und im Gegensatz zu einem Versuchsteilnehmer oder einem Chirurgiepatienten kann ein Toter seine Zusage sowieso nicht zurückziehen.

Die fehlende fachliche Kompetenz der meisten Patienten ist bekannt, obwohl ihre Bedeutung in den Sterbehilfediskussionen systematisch heruntergespielt wird. Im Gegensatz dazu wird in allen Diskussionen eine ausreichende oder sogar vollständige *allgemeine Kompetenz* angenommen. Im Allgemeinen ist ein Patient kompetent, wenn seine Urteilsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, wenn er rational, zurechnungsfähig ist, und seine Entscheidungen weder von mächtigeren anderen noch von seinen eigenen Affekten oder seinen psychischen Defiziten beeinflusst werden.

Leider gibt es keine klaren Kriterien dieser Kompetenz. Vor allem führt uns die von der Rechtspraxis herkommende Vorstellung in die Irre, diese allgemeine

Kompetenz sei entweder vorhanden oder nicht. Natürlich muss ein Richter, wenn er ein Gewaltverbrechen betrachtet, in erster Linie entscheiden, ob der Täter überhaupt schuldfähig ist. Deshalb muss er die im Grunde kontinuierliche Eigenschaft in zwei Bereiche («zurechnungsfähig – nicht zurechnungsfähig») unterteilen, um zu bestimmen, ob er oder die Psychiater für die Tat zuständig sind. Aber diese praktische Notwendigkeit soll uns nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Kompetenz nicht ein Ding von Ja oder Nein ist, sondern eines von Mehr oder Weniger. Nur bewusste Patienten sind offensichtlich vollkommenen *inkompetent*. Sogar ein Alzheimer-Patient kann je nach Zustand teilweise kompetent sein. Er ist z. B. nicht in der Lage zu entscheiden, welche Medikamente er nehmen soll; aber er kann in dieser Frage z. B. durchaus noch genug Kompetenz haben, um zu bestimmen, ob er das vom Arzt verschriebene Medikament als Spritze oder lieber als Pille nehmen möchte.⁴⁸ Selbst in einer schweren Psychose ist der Patient nicht vollkommen inkompetent.⁴⁹

Das bedeutet einerseits, dass ein im rechtlichen Sinne inkompetenter Patient je nach der Fragestellung teilweise kompetent sein kann. Andererseits stimmt auch das Umgekehrte: Ein Patient, der juristisch gesehen kompetent (zurechnungsfähig) ist, muss nicht vollkommen kompetent sein. Zwei Klassen von Faktoren können die allgemeine Urteilsfähigkeit eines Patienten einschränken: innere und äußere. Unter den inneren Faktoren müssen in erster Linie die Affekte genannt werden. Es ist nicht schwer nachzuvollziehen, dass sich ein Mensch, der unter der Last einer chronischen und gefährlichen Krankheit leidet, nicht unbedingt in seinem besten emotionalen Zustand befindet. Und sagt nicht der Sterbewunsch selbst, dass dem Patienten jetzt geholfen werden sollte? Nicht umsonst merkte der Gründer der Suizidforschung Ed Shneidman an, dass man ausgerechnet in der Suizidlaune lieber keinen Suizid begehen sollte: »Begehen Sie niemals Suizid, wenn Sie suizidal sind«.

Lebensmüdigkeit, Desinteresse am Leben, suizidale Gedanken sind kardinale Symptome der depressiven Krankheit. Diese Krankheit ist heilbar, und in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde eine ganze Reihe von Medikamenten und nicht-medikamentösen (psychotherapeutischen) Verfahren entwickelt, mit denen sich die Depression erfolgreich behandeln lässt. Ein Arzt, der einen suizidalen depressiven Patienten nicht behandelt, ist zumindest der unterlassenen Hilfeleistung

⁴⁸ Welie, J. V. M., & Welie, S. P. K. (2001). Is incompetence the exception or the rule? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, S. 125-126.

⁴⁹ Howe, E. (2008). Ethical considerations when treating patients with schizophrenia. *Psychiatry*, 5(4), S. 59-64.

schuldig. Wenn er zu dem suizidalen Plan aktiv beiträgt, indem er z. B. einem solchen Patienten ein Gift zur Verfügung stellt, begeht er Mord.

Deswegen müsste jede aktive Sterbehilfe, um der Anklage der vorsätzlichen Tötung eines depressiven Patienten zu entgehen, zuerst beweisen, dass der Patient trotz eines typisch depressiven Symptoms (nämlich des Sterbewunsches) nicht klinisch depressiv war. Das ist zwar möglich (da nicht jeder Sterbewunsch notwendigerweise zur Diagnose der Depression führen muss), praktisch aber sehr schwierig. Deswegen behaupten viele Vertreter der Gerontopsychiatrie (das Gebiet der Medizin, das sich speziell mit den geistigen Krankheiten hohen Alters beschäftigt), dass die meisten älteren Personen, die nach einer aktiven Sterbehilfe oder einem assistierten Suizid suchen, klinisch depressiv sind.⁵⁰ Sie haben die Geschichte älterer suizidaler Patienten untersucht und bei fast allen in den letzten Monaten vor dem Selbstmord eine Episode feststellen können, die auf die Diagnose Depression hinweist. Die überwiegende Mehrheit dieser Patienten hätte bei einer korrekten Depressionsdiagnostik und der entsprechenden Behandlung ihren Tod nicht mehr gewünscht.

Die Befürworter der Sterbehilfe wenden an dieser Stelle oft ein, die Deutung des Sterbewunsches bei Alten und unheilbar Kranken als Zeichen der Depression sei das Ergebnis einer »Medikalisierung« der menschlichen Existenz. Die diagnostischen Kriterien, so das Argument, würden so verschoben, dass Lebenskrisen nun als Krankheiten definiert werden könnten. Das führe sowohl bei körperlich Gesunden als auch bei Alten und Kranken zu einer schweren Hyperdiagnostik der Großen Depression. Damit seien auch die auf diesen diagnostischen Kriterien beruhenden Daten, dass fast alle sterbewilligen chronischen Patienten depressiv sind, inkorrekt.

Das Argument kann zutreffen. Es sind zwar zahlreiche Fälle einer *Hypodiagnostik* bekannt, in denen Ärzte (v. a. Allgemeinmediziner), die wenig Erfahrung in der Psychiatrie haben, die Symptome der Großen Depression nicht richtig erkennen; aber auch das Umgekehrte kann der Fall sein, d. h. die Depression wird *hyperdiagnostiziert*, indem die Lebenskrisen, die eigentlich zum existentiellen Bereich gehören, fälschlicherweise der Medizin zugeordnet werden. Nur beweist das Argument genau das Gegenteil dessen, was die Befürworter der Sterbehilfe beweisen wollen.

⁵⁰ Vgl. Brown, J. H., Henteleff, P., Barakat, S., & Rowe, C. J. (1986). Is it normal for terminally ill patients to desire death? *American Journal of Psychiatry*, 143, S. 208-211; Conwell, Y., & Caine, E. (1991). Rational suicide and the right to die: Reality and myth. *New England Journal of Medicine*, 325, S. 1100-1103.

Wenn diese Patienten an der Großen Depression leiden, dann sollte ihr Sterbewunsch mit antidepressiven Medikamenten behandelt werden. Wenn sie aber »nur« eine depressive Verstimmung als natürliche Reaktion auf ihre Lebenssituation haben, dann sollten wir, wenn wir diesen Menschen helfen wollen, vor allem diese Situation analysieren. Manchmal kann eine solche Analyse auf ziemlich offensichtliche Probleme wie z. B. schlecht organisierte Pflege hinweisen, manchmal liegt die Problematik tiefer, z. B. lange andauernde Konflikte in der familiären Umgebung, die sich mit der Krankheit verschärften. In vielen Fällen reicht einfache Verhaltens- und kognitive Therapie sowie eine Korrektur akuter Probleme, damit der Sterbewunsch verschwindet, und man braucht die schwere psychopharmakologische Keule vielleicht gar nicht.

Mildere Verstimmungen beeinflussen die Entscheidungsfähigkeit natürlich in einem wesentlich geringeren Maß als die depressive Krankheit, aber auch solche dürfen nicht ignoriert werden. In einer Situation, in der aktive Patiententötung z. B. in Form eines ärztlich assistierten Suizides als normal angesehen wird, kann jede, auch mildere Emotionsstörung einen Patienten dazu bewegen, an einen schnelleren Tod zu denken. Daraus kann man ersehen, dass innere Faktoren, die unsere Entscheidungskompetenz beeinträchtigen können, mit äußeren Faktoren (soziales Umfeld einschließlich geltender Gesetzgebung) interagieren. Jeder Patient ist in seine soziale Umgebung eingebettet und kann dem Einfluss seiner Familie, seiner Freunde, der Ärzte und des pflegenden Personals auch beim stärksten Willen nicht vollkommen entgehen. Wie er im Bereich der fachlichen Kompetenz von der Meinung des Arztes abhängt, so ist er im Bereich der allgemeinen Kompetenz prinzipiell (wenn auch zu einem viel geringeren Grad) von der Meinung seiner Mitmenschen abhängig.

Diese Abhängigkeit widerspricht der Willensfreiheit nicht. Der philosophische Fehler, der bei der Beurteilung dieses Umstandes begangen wird, besteht darin, dass die prinzipielle Möglichkeit eines Menschen als die eines rationalen Subjekts, jedem konkreten sozialen Einfluss kritisch zu widerstehen, mit einer vollkommenen Freiheit von allen Einflüssen verwechselt wird. Wie ich an anderer Stelle bereits gezeigt habe, bedeutet die Freiheit des menschlichen Verhaltens nicht dessen Unbeeinflussbarkeit.⁵¹ So kann im Prinzip jeder vernünftige Mensch eine Werbung

⁵¹ Kotchoubey, B. (2012). *Why You Are Free? Psychology and Neurobiology of Voluntary Action*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers. Vgl. auch Hartmann, D. (2005). *Willensfreiheit und die Autonomie der Kulturwissenschaften*. Philosophie der Psychologie, <http://www.jp.philo.at/texte/HartmannD1.pdf>. Aufgerufen August 2015.

ablehnen und auf den Kauf der entsprechenden Ware verzichten, aber daraus folgt nicht, dass die Werbung nicht wirkt. Wenn ich in einer fremden Stadt einen Passanten frage, wie ich meinen Weg in dieser Stadt finden kann, bin ich natürlich nicht verpflichtet, seinem Hinweis zu folgen, denn ich habe einen freien Willen und bin in der Lage, auch völlig anders zu gehen, als er mir vorgeschlagen hat. Auch wenn ich einen Wegweiser sehe mit der Aufschrift »Müllendorf – rechts abbiegen«, muss ich dem nicht folgen. Ich kann entscheiden, ob ich lieber geradeaus fahre und einen anderen, vielleicht landschaftlich schöneren Weg nach Müllendorf finde. Aber es wäre sehr dumm, aus diesen Beispielen zu schlussfolgern, dass Ratsschläge und Straßenschilder überhaupt keine Rolle spielen. Meine Freiheit bedeutet keine absolute Unabhängigkeit von jedem und allem, genauso wenig wie sie eine Freiheit von Naturgesetzen bedeutet.

Verschiedene Menschen sind in einem sehr unterschiedlichen Grad beeinflussbar. Der eine folgt fast immer einem Rat von Menschen aus seiner nächsten Umgebung, der andere ist stur und trotzig und macht lieber das genaue Gegenteil, der dritte reflektiert und versucht eine Kompromisslösung zu finden. Da Menschen keine puren Geister, sondern körperliche Wesen sind, ist es natürlich, dass diejenigen, deren Körper durch natürliche Alterung und chronische (sogar unheilbare) Krankheiten geschwächt ist, auch eine geringere Widerstandsfähigkeit zeigen, wenn die anderen versuchen ihre Entscheidungen zu beeinflussen. Schwere Krankheit ist der natürliche Feind der Autonomie.

Ohne Recht auf Fehler

Nun kann man fragen: Was folgt aus dem oben Gesagten? Legen wir (für einen Moment) den diagnostisch sehr schwierigen aber theoretisch sehr einfachen Fall beiseite, in dem der Sterbewunsch aufgrund einer klinischen Depression entsteht: In diesem Fall muss die Depression behandelt werden, und die entsprechenden Mittel sind Spezialisten bekannt. Sonst aber, würde unser Opponent sagen, folgt daraus nicht viel: Unsere eigenen Beispiele zeigen ja, dass die Entscheidungen unserer Patienten von ihrem Sozium beeinflussbar sind, dass aber auch unsere eigenen Entscheidungen so beschaffen sind; unser freier Wille ist nur teilweise frei; er ist kein purer Geist, der »weht, wo er will«, sondern er wirkt nur im Rahmen des Möglichen. Die Autonomie der Patienten ist in das Gefüge der aktuellen körperlichen Verfassung und sozialen Umwelt eingebettet, was aber auch für einen jeden

von uns gilt. Doch obwohl unsere Wahl nie eine absolut freie Wahl sein kann, haben wir Respekt vor der Wahl eines anderen, auch wenn sie uns nicht gefällt; wir zwingen den anderen nicht zu dem, was wir für ihn für besser halten und lassen ihn lieber eigene Fehler machen als ihn seine (wenn auch eingeschränkte) Freiheit und Unabhängigkeit verlieren zu lassen. Warum, setzt unser Kritiker fort, sollten wir uns gegenüber einem nachvollziehbaren Todeswunsch eines Schwerkranken anders verhalten?

Natürlich gibt es im letzteren Fall vor allem den oben erwähnten quantitativen Unterschied: Ein Schwerkranker ist schon kraft seiner Krankheit weniger autonom, stärker beeinflussbar und von den anderen Menschen wesentlich abhängiger als ein Gesunder, der seinen Lebensablauf noch voll in eigenen Händen hält. Viel wichtiger ist aber ein qualitativer Unterschied, der die Entscheidung über das Lebensende kennzeichnet.

Ein mündiger Mensch wird dadurch charakterisiert, dass er immer wieder Verantwortung für seine Wahl übernimmt. Im privaten Leben stehen wir stets vor einer Berufs-, Partner-, Ortswahl, vor der Wahl zwischen Konsumgegenständen und zwischen den möglichen Lösungen immer wieder auftretender Probleme. Im politischen Leben, besonders in Deutschland, ist sowieso fast jedes Jahr ein Wahljahr, und wenn wir keinen Bundestags- oder Landtagsabgeordneten wählen müssen, dann wählen wir den Gemeinderat oder den Oberbürgermeister. Was all diese Wahl- und Auswahl-situationen kennzeichnet, ist ihre prinzipielle Umkehrbarkeit und Symmetrie. Ich kann einmal z. B. eine konservative Partei wählen und bei der nächsten Wahl enttäuscht zu den Sozialisten wechseln; aber genauso gut könnte es andersrum sein. Der eine fährt auf die Kanarischen Inseln, ist dort mit seinem Urlaub unzufrieden und wählt nächstes Mal lieber die Balearen; bei einem anderen ist es umgekehrt.

Die Symmetrie ist nie vollständig. Sogar im leichteren Fall eines »falschen« Urlaubsortes hat mich mein Fehler wichtige Ressourcen wie Zeit und Geld gekostet, die ich nicht mehr zurückbekomme. Habe ich einen Autokraten zum Staatsoberhaupt gewählt, können gravierende Folgen für die ganze Gesellschaft entstehen, die kaum noch korrigiert werden können. Der mit meiner Hilfe an die Macht gekommene Diktator kann alle Wahlen abschaffen und mich damit der Möglichkeit berauben, ihn abzuwählen. Und wenn ich die Entscheidung getroffen und verwirklicht habe, einen Menschen zu ermorden, dann ist dieser Mensch endgültig tot und

kann mit keinen Mitteln mehr wiederauferstehen. Dennoch ist zumindest eine geistige Umkehrbarkeit jeder Entscheidung immer vorhanden. Ein Mörder kann seine Tat bereuen und privat und öffentlich über seine Irrtümer sprechen. Er kann z. B. anfangen, in einem gewalttätigen Milieu zu arbeiten, damit andere nicht mehr seinen falschen Weg gehen.

Der Grund dieser *prinzipiellen Umkehrbarkeit* jeder verantwortlichen Entscheidung ist der unlösbare Zusammenhang zwischen *Freiheit und Fehlbarkeit*. Der Respekt vor der Meinung eines anderen schließt immer den Respekt vor seinem möglichen Irrtum ein. Wenn ich zu jemandem sage: »Du bist eine mündige Person«, dann bedeutet das auch, dass ich ihn irren lasse und darauf vertraue, dass er aus seinen Fehlern lernen kann. Noch die alten Kirchenväter stellten sich die Frage «Warum lässt Gott die Menschen irren, statt sie geradeaus zur Wahrheit zu führen?» und antworteten: »Weil Gott die Menschen frei erschaffen hat, und weil es *logisch unmöglich* ist, dem Menschen Freiheit zu geben, ohne ihn irren zu lassen.« Wer frei ist, muss auch dazu frei sein, einen Fehler zu begehen.

Nur in einem einzigen Fall ist eine Entscheidung *absolut unumkehrbar*, und das ist die Entscheidung zwischen Leben und Tod. Ein Toter kann nichts mehr korrigieren und nichts bereuen. Auch wenn er im letzten Augenblick vor seinem Tod plötzlich zu dem Schluss kommt, dass seine freie Wahl ein schrecklicher Fehler war, kann er nichts mehr ändern und kann niemanden von der Wiederholung dieses Fehlers abbringen. Allein diese Entscheidung ist nicht nur absolut unumkehrbar, sondern auch, im Gegensatz zu allen von uns erlebten und überhaupt denkbaren Auswahl-situationen absolut asymmetrisch. Ein Patient, der entschieden hat weiterzuleben, kann seine Meinung ändern. Ein Patient, der den Tod gewählt hat, kann es nicht. Der britische Ethiker Tony Hope, ehemaliger Redakteur von *Journal of Medical Ethics*, erwähnt eine Patientin, die im gesunden Zustand eine Patientenverfügung verfasste, dass sie in einem kritischen Zustand nicht mehr gerettet werden wolle. Als sie tatsächlich in diesen Zustand geriet, dachte sie mit Schrecken an ihren katastrophalen Fehler und konnte nur darauf hoffen, dass ihre Patientenverfügung durch einen unwahrscheinlichen Zufall verloren gehen würde. Zu ihrem Glück folgten die Ärzte der Verfügung nicht, obwohl sie sie fanden.

Unser Leben ist eine Kette von freien Entscheidungen. Bei jeder dieser Entscheidungen, ob wir die Gesamtrichtung unseres Lebens wählen oder eine Jacke kaufen, können wir einen Fehler begehen, und zwar aus dem einfachen Grund, dass wir Menschen sind. Aus diesen Fehlern lernen wir und versuchen, es bei der

nächsten Gelegenheit besser zu machen. Warum ausgerechnet bei der Wahl zwischen Leben und Tod, und dazu noch von einer sich in einer Krisensituation befindenden Person, ein fehlerfreier Entscheidungsprozess erwartet wird, ist nicht nachvollziehbar. Denken wir daran, dass eine freie Wahl ohne Recht auf Fehler sogar für den allmächtigen jüdisch-christlichen Gott unmöglich war – von unseren Schwerkranken erwarten wir sie! Der Patient darf völlig autonom wählen, aber so, dass ihm bei dieser Wahl nur eine einzige Option bleibt: In den Tod.

Fassen wir jetzt zusammen. Im letzten Kapitel haben wir festgestellt, dass das Konzept der Patientenautonomie in der Form, in der es in der Diskussion über die Sterbehilfe dargestellt wird, weder eine philosophische noch eine logische Basis hat. In diesem Kapitel kommen wir zu dem Schluss, dass dieses Konzept auch aus praktischer Sicht völlig unhaltbar ist. Zum einen widerspricht es den Autonomievorstellungen der Mehrheit der betroffenen Patienten selbst, die eine »optionale Autonomie« anstelle einer »erzwungenen Autonomie« bevorzugen. Zum anderen ist es mit den realen Autonomievorstellungen, von denen wir in unserem praktischen Leben, in unseren täglichen Entscheidungsvorgängen ausgehen, unvereinbar.

Wenn man nicht mehr wollen kann

Was Mary nicht wusste, aber Marius meinte zu wissen

Bisher haben wir uns mit den Problemen der Patienten beschäftigt, die in der einen oder anderen Form ihre eigene Meinung zur Frage ihres vorzeitigen Sterbens noch abgeben können. Wir haben zwar beim Thema Kompetenz erwähnt, dass es auch völlig inkompetente Patienten gibt, aber wir sprachen hauptsächlich über diejenigen, bei denen eine gewisse Kompetenz vorausgesetzt wird. Dabei tauschten wir Argumente aus, welche Konsequenzen die möglichen Mängel in der fachlichen (medizinischen) oder allgemeinen Kompetenz dieser Patienten haben können. Aber sehr viele Patienten, die sich in einem extrem schweren Zustand befinden und bei denen die Frage nach Sterbehilfe gestellt wird, sind entweder bewusstlos, oder soweit bewusstseinsgestört, dass sie nicht mehr zustimmungsfähig sind. Ähnlich kann auch die Lage von Patienten sein, die zwar bei Bewusstsein sind und ihre Meinung durchaus bilden können, aber in einem solchen Maße gelähmt (bewegungslos und sprachlos) sind, dass sie diese Meinung nicht mitteilen können. Dazu gehören z. B. einige Patienten mit Locked-in-Syndrom nach einem Hirnstamm Schlaganfall,⁵² Patienten im letzten Stadium schwerer neurodegenerativer Erkrankungen,⁵³ Patienten nach einem Schlaganfall mit schwersten Sprachstörungen oder Patienten mit einer immobilisierenden peripheren Nervenentzündung (das sog.

⁵² Vgl. Bauer, G., Gerstenbrand, F., & Rumpl, E. (1979). Variables of the locked-in syndrome. *Journal of Neurology*, 221, S. 77-91; Maurri, S., Lambruschini, P., & Barontini, F. (1989). Total mesencephalic »locked-in« syndrome: A case report and review of the literature. *Rivista di Neurologia*, 59, S. 211-216.

⁵³ Vgl. Hayashi, H., & Oppenheimer, E. A. (2003). ALS patients on TPPV: Totally locked-in state, neurologic findings and ethical implications. *Neurology*, 61, S. 135-137; Kotchoubey, B., et al. (2003). Cognitive processing in completely paralyzed patients with amyotrophic lateral sclerosis. *European Journal of Neurology*, 10, S. 551-558.

Syndrom Guillain-Barré⁵⁴). In solchen Fällen müssen andere für die Patienten Entscheidung treffen.

Fangen wir mit zwei fiktiven Geschichten an, die eine gehört zur Science-Fiction und handelt in der Zukunft, die andere ist ein klassisches Märchen und spielt in der Vergangenheit. Die Science-Fiction-Geschichte wurde vom amerikanischen Philosophen Frank Jackson geschrieben und gehört zu den meistzitierten und meistdiskutierten Geschichten in der gegenwärtigen Philosophie des Geistes.⁵⁵ In der am häufigsten diskutierten Version geht es um eine hervorragende Wissenschaftlerin namens Mary, die *alles* über das Farbsehen weiß: Von der Physik elektromagnetischer Lichtschwankungen über neurophysiologische Mechanismen der Farbwahrnehmung bis zu den sozialen und kulturellen Bedeutungen verschiedener Farben. Kurz, sie weiß alles, was über Farben und Farbwahrnehmung in einer sprachlichen, graphischen, mathematischen und jeder anderen Form je formuliert wurde. Sie selbst ist aber farbenblind. Sie lebt in einer schwarzweißen Welt und unterscheidet Farben nur nach ihrer Helligkeit. Sie weiß: Wenn an einer Ampel die obere, helle Lampe leuchtet, die die Menschen »rot« nennen, dann muss man stehen; wenn aber die untere, schwächere leuchtet, die »grün« heißt, dann soll man fahren. Aber Rot als Rot und Grün als Grün sieht sie nicht.

Eines Tages gelingt der Wissenschaft (vielleicht dank Marys Erkenntnissen, vielleicht auch nicht) ein hervorragender Eingriff: Die Nervenfasern in Marys Gehirn werden korrigiert. Endlich darf sie die Augen öffnen und – Farben sehen! Und sie sagt: »Wow«.

Die Frage ist: Hat Mary jetzt etwas Neues erfahren? Man bedenke, dass sie alle Fakten, Modelle und Theorien übers Farbsehen schon früher gekannt hatte. Fast alle Menschen geben auf diese Frage trotzdem eine positive Antwort: Ja, jetzt weiß Mary über die Farben mehr als früher, als sie noch farbenblind war. Interessant ist auch, dass sogar die meisten Philosophen dieser Antwort zustimmen – und Philosophen sind ja bekanntermaßen dazu da, um unsere Meinungen immer in Frage zu

⁵⁴ Vgl. Hahn, A. F. (1998). Guillain-Barre syndrome. *Lancet*, 352(9128), S. 635-641 ; Kotchoubey, B., et al. (2003). Cortical processing in Guillain-Barre syndrome after years of total immobility. *Journal of Neurology*, 250, S. 1121-1123.

⁵⁵ Jackson, F. (1982). Epiphenomenal qualia. *Philosophical Quarterly*, 32, S. 127-136; Jackson, F. (1986). What Mary did not know. *Journal of Philosophy*, 83, S. 291-295. Jacksons ursprüngliche Version war schwächer als die, die hier sowie in den meisten späteren philosophischen Lehrbüchern erzählt wird; Mary war z. B. nicht farbenblind, sondern lebte und arbeitete aus unbekanntem Gründen in einem schwarzweißen Zimmer. Aber schon bald wurde die Geschichte zu dem auch hier aufgegriffenen Extremfall weiterentwickelt.

stellen! Die positive Antwort bedeutet aber, dass es ein Wissen außerhalb von Fakten und Theorien gibt, ein nicht-physikalisches Wissen.

In einer noch krasseren Version ist Mary keine Farbforscherin mehr, sondern eine Sexualforscherin. Es gibt nichts im gigantischen Gebiet der Sexualwissenschaft, was sie nicht weiß: Von den feinsten elektrochemischen Vorgängen in Geschlechtshormonen über die Psychologie und Neurophysiologie sexualen Verhaltens bis zu den Höhen der Lyrik, in denen die Geschlechterliebe besungen wird. Dabei ist Mary Jungfrau, aber nicht für immer: Eines Tages trifft sie ihren Liebsten und verbringt mit ihm eine glückliche Nacht. Die Frage ist die gleiche: Hat sie dabei etwas Neues über Sex erfahren? Und wenn ja, welcher Natur ist dieses Neue, zumal sie ja *alles* schon vorher gewusst hatte?

Bevor wir uns von diesen schönen zu etwas traurigeren Beispielen wenden, hören wir das zweite Märchen, erzählt vom australischen Psychiater Christopher Ryan:⁵⁶ In einem fernen Land lebte einst ein weiser König. Er hatte keine andere Sorge als nur das Wohl seines Volkes. Er besaß eine ganze Brigade von Ethikberatern, die darauf achteten, dass alle königlichen Gesetze und Erlasse den höchsten Standards der Moral entsprachen. Alle Menschen in seinem Königreich waren glücklich. Eines Tages kam der König auf die Idee einer Wette. Jeder Freiwillige sollte eine offensichtlich simple Frage beantworten. Dabei galten die folgenden Bedingungen: Gibt ein Teilnehmer eine richtige Antwort, so bekommt er einen Sack Gold; ist die Antwort aber falsch, wird er enthauptet. Die Frage ist immer gleich, und jeder Bürger erfährt sie, *bevor* er entscheidet, ob er überhaupt teilnimmt. Mit dieser letzten Regel war alles abgesichert, und selbst die strengsten Ethiker hatten nichts gegen diese Idee; sie stritten miteinander lediglich darüber, wie groß der Sack sein sollte, denn die (rein formelle) Möglichkeit die Wette zu verlieren war *de facto* ausgeschlossen.

Kein Wunder, dass viele Menschen, nachdem sie jene wahrlich einfache Frage gelesen hatten, die Wette annahmen. Wie groß aber war die Enttäuschung und Verzweiflung des Königs und seiner edlen Höflinge, als sie sahen, wie oft die Teilnehmer eine falsche Antwort gaben und – Gesetz ist Gesetz! – ihre armen Köpfe verloren.

⁵⁶ Ryan, C. J. (1996). Betting your life: An argument against certain advance directives. *Journal of Medical Ethics*, 22, S. 95-99.

Die Frage lautete: »Sie sind jetzt wohl und gesund. Stellen Sie sich aber vor, dass Sie unheilbar krank sind. In diesem Zustand stellen die Ärzte Sie vor die Entscheidung: Entweder sie behandeln Sie maximal aktiv, und Ihre Gesundheit wird – aber nur zum Teil und nur auf eine unbestimmte Zeit – wiederhergestellt, oder sie erleichtern lediglich Ihren Zustand, tun aber nichts, um Ihr Leben zu retten. Wissen Sie *jetzt*, welche Option Sie wählen werden, wenn Sie in dieser Lage sind?«

Was haben diese zwei Geschichten gemeinsam? Die Heldin der ersten, Mary, war im Besitz des vollständigen (!) Wissens über die Farben und das Farbsehen. Dennoch nehmen nahezu alle Laien und die meisten Experten an, dass sie, als sie zum ersten Mal Farben *erlebte*, eine ganz neue, nie zuvor gedachte Erfahrung machte. Zum ersten Mal hat sie tatsächlich empfunden, was eine reife Tomate von einem sonnigen Himmel unterscheidet.

Der Held der zweiten Geschichte, nennen wir ihn zur Symmetrie Marius, hat zwar etwas über Krankheiten und Tod gelesen und nachgedacht, aber sein Wissen war keineswegs nah an der Vollkommenheit. Schließlich hat noch kein Mensch seinen eigenen Tod erlebt!⁵⁷ Was ist das wirklich, wie *fühlt es sich an* – unheilbar, tödlich krank zu sein? Das wusste er, wie die meisten von uns, nicht. Trotzdem war er – wiederum wie die meisten von uns! – davon überzeugt, dass er, wenn er sich in dieser Situation befinden wird, nicht viel Neues erfährt; jedenfalls nicht so viel, als dass er sich jetzt schon die Entscheidung nicht vorstellen könnte, die er dann, in dieser künftigen Situation treffen würde.

Es gibt gegenwärtig *drei Verfahren*, wie die Frage nach Sterbehilfe bei nicht-einwilligungsfähigen und nicht-entscheidungsfähigen Patienten beantwortet wird: Patientenverfügung, stellvertretende Entscheidungen und Handeln in den besten Interessen des Patienten. Wir haben schon am Anfang festgestellt, dass wir bei allen Entscheidungen gegenüber Schwerkranken von zwei ethischen Prinzipien geleitet werden: Dem Prinzip des Wohlwollens, nach dem wir für den anderen nach Möglichkeit Gutes (und auf jeden Fall nichts Schlechtes) tun sollen, und dem Prinzip der Selbstbestimmung, nach dem wir für den anderen nichts tun sollen, was er nicht will. Wir haben weiter gesagt, dass letzten Endes das zweite Prinzip vor dem ersten Vorrang hat: Niemand darf in das Leben seines Nächsten eingreifen, mit

⁵⁷ Diese Aussage ist nicht ganz korrekt: Es gibt höchst interessante Berichte von Patienten nach dem Zustand des klinischen Todes, vgl. van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the Netherlands. *Lancet*, 358, S. 2039-2045. Aber wahrscheinlich hatte Marius in seinem Bekanntenkreis solche Patienten nicht.

welch guten Absichten auch immer, wenn dieser Nächste das klar und deutlich ablehnt. Deshalb stehen die drei oben erwähnten Mechanismen in einer bestimmten Reihenfolge. Eine Patientenverfügung, d. h. ein Dokument, in dem der Patient seinen Willen festgehalten hat, beansprucht die oberste Priorität. Fehlt dieses Dokument, steht die stellvertretende Entscheidung einer Person, die die Präferenzen des Patienten kennen soll, an zweiter Stelle, denn auch dieser Mechanismus beruht auf dem (mutmaßlichen) Patientenwillen, d. h. auf dem Prinzip der Selbstbestimmung. Erst wenn auch dies nicht möglich ist, wird eine Entscheidung aufgrund von mutmaßlichen Interessen des Patienten getroffen, d. h. auf Grundlage des Wohlwollensprinzips. In dieser Reihenfolge werden wir jetzt die Lebensend-Entscheidungen bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten im Lichte der Geschichten über die glückliche Mary und den unglücklichen Marius betrachten.

Patientenverfügung

Jeder mündige Patient hat das Recht, bestimmte Behandlungsarten zu akzeptieren oder abzulehnen. Die Patientenverfügung ist die Erweiterung dieses Rechts auf die Zeit, in der der Patient nicht mehr in der Lage sein wird, diese Entscheidung zu treffen. Der jetzt kompetente Patient trifft also eine Entscheidung »im Voraus« für den Fall, wenn er nicht mehr kompetent sein wird. Diese schriftliche Verfügung tritt aber erst dann in Kraft, wenn der Patient inkompetent ist. Solange ich noch entscheiden kann, schlägt mein gegenwärtiger, wenn auch mündlich ausgedrückter Wille meine gestrige unterschriebene und notariell beglaubigte Verfügung.

Das wichtigste Problem beim Mechanismus der Patientenverfügung ist bereits angesprochen. Erstens wird jedem unvoreingenommenen Menschen schon aufgrund seines gesunden Menschenverstandes klar, dass die Einstellungen eines Individuums gegenüber seiner ärztlichen Behandlung, seinen Wünschen zu seinem Lebensende wie alle anderen Einstellungen zu sonstigen Themen oft fehlerbehaftet sind und daher korrekturbedürftig sein können. Zweitens gibt es auch ganz besondere Gründe für diese Korrektur, nämlich die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen noch nie ein Wachkoma oder eine tiefe Bewusstseinsstrübung, eine komplette Lähmung oder ein Endstadium der Alzheimer-Krankheit, geschweige denn den eigenen Tod erlebt hat, und wie kann man fehlerfrei eine Entscheidung für einen künftigen Fall treffen, den man sich lediglich abstrakt vorstellen kann, wie jene jungfräuliche Mary, die die sämtliche Weltliteratur

über Sex, sexuelle Liebe und Fortpflanzung kannte? Drittens (was für einen empirischen Forscher noch bedeutender ist als alle ethisch-philosophischen Überlegungen) sprechen auch die harten Fakten dafür, dass sich diese Einstellungen zum eigenen Lebensende *tatsächlich* ändern (und nicht nur theoretisch ändern sollen), und zwar in der vorhersehbaren Richtung: Menschen, die im Intervall zwischen zwei Abfragen ihr normales Leben weitergeführt haben, wünschen sich beim zweiten Mal weniger aktive Behandlung in einer künftigen kritischen Situation, während Menschen, die in dieser Zeit wirklich eine kritische Situation erlebt haben, sich für eine weitere kritische Situation in der Zukunft mehr Aktivität wünschen, mehr Eingriffe seitens der Mediziner.

Aber gegen diese Argumentation gibt es andere Argumente, die nicht so einfach von der Hand zu weisen sind. Das eine ist das Argument der »moralischen Verslossenheit«. Danach kann nur einer selbst wissen, was für einen gut ist. Zwar können wir, wenn wir gezwungen sind zu entscheiden, was für einen Dritten oder für die Gesellschaft als Ganzes gut ist, einen gemeinsamen Nenner finden, was aber *für mich* persönlich gut ist, kann nur ich selbst wissen, oder jedenfalls weiß ich das besser als jeder andere. Die o. g. Tatsache, dass ich meine Meinung darüber, was für mich gut ist, im Laufe der Zeit ändere, ist dabei nicht mehr vom Belang. Stabil oder veränderbar, ist es mein eigenes Wohl, zu dem nur ich allein einen Zugang habe, den in der Form sonst niemand mehr haben kann.

Das zweite Argument betrifft das Versprechen. Wer nicht bloß ab und zu seine Meinung zum Punkte Lebensende geäußert, sondern diese Meinung aufgrund reifer Überlegungen und ausführlicher Informationen schriftlich verfasst und als ein Dokument beglaubigt hat, der hat nicht nur seine Gedanken mitgeteilt, sondern auch ein Versprechen geleistet. Er hat sozusagen ein Ehrenwort gegeben, dass er in einer kritischen Lage (in der er nicht mehr kompetent sein wird, die Frage nach seinen Präferenzen rational zu beantworten) bestimmte Behandlungsarten und -weisen für sich wünschen und andere nicht wünschen wird. Genauso wie in einer idealen Ehe dem Partner versprochen wird, das ganze Leben mit ihm zu sein, und es dann auch keine Rolle spielt, ob man seine Meinung zwischenzeitlich ändert und seine Entscheidung bereut, ist es auch hier laut dem Versprechen-Argument belanglos, ob der Patient seine Einstellungen im letzten Augenblick ändert: Versprochen ist versprochen! Zwar geht es z. B. im beruflichen Leben nur selten über Leben und Tod, aber auch hier äußern wir ständig unsere Absichten und Zusagen und halten sie unabhängig von den möglichen Veränderungen dieser Absichten in

der Zwischenzeit. Das macht den prinzipiellen Unterschied zwischen unseren Aussagen über Vergangenheit und Zukunft aus. Sage ich z. B., dass ich im vergangenen Semester den Kurs für Medizinische Psychologie gehalten habe, so beschreibe ich bloß die Sachlage. Sage ich dagegen, dass ich im kommenden Semester diesen Kurs halten werde, so spreche ich nicht über Tatsachen, sondern verpflichte mich dies zu tun. Auch ein Patient, der nach ausreichenden Überlegungen in seiner Patientenverfügung schreibt, dass er im Falle einer schweren Lähmung künstlich beatmet werden will, beschreibt nicht bloß die Situation, in der er schwerstgelähmt und künstlich beatmet wird, sondern übernimmt die Verpflichtung, in diesem Zustand zu leben, wenn es dazu käme.

Die beiden Thesen werden kontrovers diskutiert. Die These von der moralischen Verschlossenheit beruht auf einer wichtigen und nicht unbestrittenen anthropologischen Theorie, dass es zwischen Menschen *keine unmittelbare Kommunikation* geben kann. Ich kann wissen, dass es Ihnen schlecht geht, nur, wenn Sie mir unmissverständlich sagen: »Mir geht es schlecht«. Das heißt: Sie als Informationssender müssen in diesem kommunikativen Vorgang Ihren Zustand zuerst kodieren (z. B. in Form der Aussage «Ich habe Schmerzen»), dann muss ich als Empfänger Ihre Nachricht wieder dekodieren (»also hat er Schmerzen«). Nach dieser Theorie kann der Arzt nicht »in den besten Interessen« eines nicht-kommunikationsfähigen Patienten handeln, einfach, weil er nicht erfahren kann, was die besten Interessen dieses Patienten sind. Das ist ein großes philosophisches Problem, das sog. »Problem des fremden Bewusstseins« (»other minds problem«), das lautet: »Woher kann ich überhaupt wissen, dass eine andere Person auch ein Bewusstsein hat, genauso wie ich, und nicht z. B. ein sehr gut programmierter Roboter ist?« Natürlich kann in diesem Text dieses Problem nicht erörtert, geschweige denn eine Lösung dafür angeboten werden. Wir können nur sagen, dass die Ergebnisse der modernen Neurowissenschaft die Idee der prinzipiellen Unmöglichkeit einer direkten Kommunikation zumindest in große Frage stellen.

In der ersten Hälfte der 1990er Jahre untersuchte der italienische Primatenforscher Giacomo Rizzolatti die Aktivität der Nervenzellen im Laufe zielgerichteter Handlungen wie Greifen oder Halten bei Menschenaffen. Einige Zellen verhielten sich seltsam: Sie feuerten sowohl bei bestimmten Handlungen des Tieres als auch dann, wenn ein anderes Tier dieselbe Handlung ausgeführt hatte! Noch merkwürdiger: Die gleiche Nervenzelle, die beim Greifen einer Banane aktiv war, wurde ebenso aktiviert, wenn nicht nur ein anderer Affe, sondern auch ein Mensch eine

Banane griff – aber nicht, wenn ein Roboter es tat. Solche Zellen nannte Rizzolatti »Spiegelneurone«. Areale mit solchen Spiegelfunktionen wurden später auch im menschlichen Gehirn gefunden. Sie kommen sowohl dann zum Zuge, wenn wir eine zielgerichtete Handlung ausführen, als auch, wenn dies ein anderer Mensch tut. Inzwischen gibt es bereits ganze Bibliotheken mit Publikationen über Spiegelneuronen bei Menschen und Affen. Nach Meinung der überwiegenden Mehrheit von Experten gewährleisten sie ein unmittelbares Verständnis fremder Absichten und Handlungen.⁵⁸

Eine in Bezug auf unser Thema noch wichtigere Beobachtung hängt mit Schmerz zusammen. Wir haben oben in der Diskussion über Schmerzen und Schmerzmitteln schon erwähnt, dass Schmerzreize im Gehirn eine Aktivierung eines ganzen Netzwerks hervorrufen, der sogenannten Schmerzmatrix, zu der u. a. der Mandelkern, die sensomotorische Rinde, die Insula und das Kleinhirn gehören. Das Interessante ist, dass dieselbe Schmerzmatrix auch dann erregt wird, wenn man keinen Schmerz empfindet, aber z. B. Schmerzschreie anderer Menschen hört oder Bilder anschaut, auf denen die Haut eines Menschen mit einer Nadel durchstoßen wird, oder Videos, in denen sich jemand mit einem Messer am Finger schneidet. In einigen Experimenten (wenn auch nicht in allen) wurde in solchen Situationen sogar die Aktivierung der Gebiete in der sensorischen Rinde beobachtet, die direkte Impulse von den Schmerzrezeptoren der Haut empfangen! Dies ist umso erstaunlicher, als dass die Schmerzrezeptoren der Haut in diesen Situationen überhaupt keine Impulse schicken, da keine Schmerzreize appliziert werden. Die beiden Befunde deuten darauf hin, dass es zwischen menschlichen Wesen sowohl auf einer sensomotorischen als auch auf einer affektiven Ebene so etwas wie eine Resonanz geben kann, indem der Zustand des einen vom anderen unmittelbar wahrgenommen wird.

Die Versprechen-These klingt zwar plausibel, wird von den Befürwortern der Patientenverfügungen dennoch sehr selten angewendet. Die Erklärung dafür wird verständlich, wenn wir den Fall der Patientenverfügung mit den anderen, angeblich analogen Fällen der Versprechung und Selbstverpflichtung vergleichen. Wenn ich mich zu einer Zukunft verpflichte, egal ob diese Zukunft mein ganzes Leben (z. B.

⁵⁸ Vgl. Hurley, S. (2008). The shared circuits model: How control, mirroring and simulation can enable imitation, deliberation, and mindreading. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, S. 1-22; Cook, R., et al. (2014). Mirror neurons: From origin to function. *Behavioral and Brain Sciences*, 37, S. 177-192.

ein feierliches Gelöbnis) oder nur eine sehr kurze Zeit umfasst (z. B. habe ich versprochen, meine Rede auf zehn Minuten zu begrenzen), gilt mein Wort für die ganze darin enthaltene Zeitspanne. Was würden Sie von einem Ehepartner sagen, der am Anfang schwört, die Ehe sein ganzes Leben lang zu halten, dann aber seine Ansichten alle paar Monate ändert, weil er angeblich neue Informationen über seine Ehepartnerin erhält? Wie würden Sie auf einen Redner reagieren, der zu Beginn seines Vortrages ankündigt, er werde genau zehn Minuten in Anspruch nehmen, nach fünf Minuten aber sagt, er habe es sich inzwischen anders überlegt und finde jetzt, dass eine zweistündige Vorlesung viel besser zu seinem gewählten Thema passe? Wahrscheinlich würden Sie den Hörsaal verlassen.

Aber genau so ist es bei der Frage nach Sterbehilfe. Hätte die niedergeschriebene und unterzeichnete Patientenverfügung die Qualität einer Selbstverpflichtung, sollte sie nicht mehr geändert werden können. Derweil bestehen die meisten Befürworter von Patientenverfügungen darauf, dass man, solange man entscheidungsfähig bleibt, und sobald man eine neue Information bekommt, seine Verfügung immer ändern kann und sogar sollte. Erst beim Verlust der Kompetenz gilt das letztgegebene Versprechen unabhängig von der Möglichkeit, dass die Ansichten wieder geändert werden könnten.

Diese Option, seinen Willen jederzeit abzulegen, solange man dazu in der Lage ist, zeigt, dass die Patientenverfügung in der Tat sehr wenig mit den typischen Fällen der Selbstverpflichtung zu tun hat. Ein Patient, der eine Patientenverfügung unterschreibt, verpflichtet sich eben nicht, weil er jederzeit frei ist, anders zu entscheiden – solange er entscheiden kann.

In anderen Worten, die Vorstellung von der Patientenverfügung als einem Versprechen oder einer Selbstverpflichtung *widerspricht dem Prinzip der Autonomie* – zwar nicht in seinem ursprünglichen (Kant), aber in seinem aktuell diskutierten Sinn, und genau auf diesem Prinzip beruht der Glaube, dass der Patientenverfügung unbedingt zu folgen ist. Wie oben im Kapitel über die Patientenautonomie festgestellt wurde, setzen die Befürworter der Sterbehilfe voraus, dass der Wille eines Patienten das ist, wovon er im Augenblick sagt, dass er das will. Nach der Idee der Patientenverfügung als Versprechen ist aber sein Wille das, wozu er sich selbst verpflichtet hat. Diese zwei Ansätze schließen einander aus.

Vielleicht könnte die Versprechen-These in einer abgeänderten und abgeschwächten Form unter den Begriffen der »Authentizität« oder »Ganzheit« gerettet werden. Wie das Versprechen-Argument zielt auch das Authentizitäts-Argument

darauf, der Patientenverfügung trotz der offensichtlichen Tatsache der Veränderbarkeit des Patientenwillens unbedingte Geltung zu verschaffen. Stellen wir uns z. B. zwei Männer vor. A ist ein aktiver, energischer, dominanter, sportlicher Mann. Seine Männlichkeit, seine rastlose Tatkraft bestimmen sein Bild sowohl in seinen eigenen Augen als auch in den Augen seiner Mitmenschen. Ein völlig anderer Mann ist B: Ein Intellektueller, dessen scharfsinniges Denken jeder bewundert, der ihn kennt oder seine einflussreichen Publikationen liest. Kein Wunder, dass A in seiner Patientenverfügung festlegt, dass er im Falle einer extrem schweren Lähmung, als vollkommen von anderen abhängiger Pflegefall nicht weiterleben will. B wird vielmehr von dem Gedanken bedrängt, dass sich bei ihm eine Demenzkrankheit entwickeln könnte, die aus ihm ein stumpfes, gedanken- und gedächtnisloses, primitives Wesen machen würde. Ein vollständiger Verlust der physischen Kraft würde die Authentizität von A genauso unwiderruflich zerstören, wie eine senile Demenz die Authentizität von B.

Diese Theorie setzt also voraus, dass das menschliche Leben etwas Wesentliches hat, was »den wahren Kern«, »das Selbst«, die Biographie eines Menschen »als Ganzes« ausmacht. Wenn eine Person die Absicht hat, nicht mehr zu leben, falls die Krankheit diesen persönlichen Kern zerstört, so ist diesem Wunsch unbedingt zu folgen, auch wenn damit gerechnet werden kann, dass der Patient seine Meinung jetzt möglicherweise ändern würde. Denn gerade diese Änderung seiner Meinung über sein Lebensende bezeuge jenen Verlust seiner Authentizität, seines Wesens, der nicht stattfinden darf. Letztlich hat A sein ganzes Leben so gelebt, um im Gedächtnis seiner Freunde und seiner Familie als Mann der aktiven Tat zu bleiben, und B hat sein Leben so gelebt, um im Gedächtnis seiner Mitmenschen als Mann des Geistes zu bleiben. Der erste hat es nicht verdient, als hilfloser Pflegefall, und der zweite, als seniler Demenzkranke gedacht zu werden.

Diese Überlegung hat aber mindestens zwei problematische Aspekte. Erstens ist sie im hohen Maße wertbeladen. Stellen wir uns den dritten Mann C vor. Er ist ein Porno-Fan, und sein gesamter Lebenssinn besteht darin, im geilen Zustand harte Porno-Videos anzuschauen. Angenommen, dass er nun infolge einer schweren Krankheit die Lust auf Pornographie verloren hat. Würden wir genauso bedauern, dass »seine einzigartige Authentizität« zerstört wurde? Wahrscheinlich nicht,⁵⁹ und zwar weil wir die Authentizität von A und B positiv beurteilen, die von

⁵⁹ Man könnte zwar meinen, dass es um einen wie C sowieso nicht schade ist, aber das wäre ein ganz anderes Argument.

C aber eher negativ. Dennoch ist es nicht schwierig, sich Umstände vorzustellen, in denen sich die Plus- und Minus-Vorzeichen ändern. Der energische A könnte ein dreister Macho, und der intellektuelle B ein arroganter Menschenfeind sein.

Dies führt uns aber zu einem größeren Problem, nämlich der Frage, aus welchem Grund der Authentizität überhaupt ein so hoher Wert im Vergleich mit anderen Werten zugeschrieben wird. Der oben bereits erwähnte Oxfordder Ethiker und ehemaliger Editor des *Journal of Medical Ethics*, Tony Hope, lieferte dazu ein Beispiel im Zusammenhang mit unserem Fall B.⁶⁰ Der Intellektuelle hat einst vielfach darüber nachgesonnen, dass er nicht mehr am Leben erhalten werden will, falls er seine geistigen Fähigkeiten verliert – z. B. im Falle einer Alzheimer-Krankheit. Jetzt ist er schwer dement, pflegebedürftig, und seine Zeit verbringt er damit, dass er in seinem Garten Blumen anschaut und Tee trinkt. Er scheint aber damit vollkommen zufrieden zu sein. Er ist nicht mehr in der Lage, einen ausführlichen Bericht über seinen Zustand abzugeben, aber nach allen äußeren Merkmalen ist er vollkommen glücklich. Ist dieses gegenwärtige Glück eines lebendigen Menschen wirklich nichts wert im Vergleich zu seiner damaligen Überzeugung, dass sein Leben eine »Ganzheit« besitzt, die nicht durch einen Zufall zerstört werden darf?

Eine zusätzliche – und zwar sehr große – praktische Schwierigkeit besteht darin, dass wir die genauen Umstände unseres Sterbens und der kritischen Bedingungen, in die wir vor dem Sterben geraten, nicht wissen. In der Regel ist eine Patientenverfügung erst dann exakt genug, wenn sie von einem Patienten verfasst wird, bei dem eine chronische, zum Tode führende Erkrankung bereits eingetreten ist, und ihr Weiterverlauf dem Patienten bekannt ist. Der »durchschnittliche« Mensch hat dagegen keine Ahnung, welcher Ziegelstein ihm plötzlich auf den Kopf runterfällt, wie umfangreich die resultierende Hirnschädigung sein wird, wie groß das Hämatom, welche lebenswichtigen Zentren betroffen bzw. nicht betroffen werden, welche kompensatorischen bzw. Plastizitätsvorgänge in seinem Gehirn die ausgefallenen Funktionen ersetzen werden und in welchem Ausmaß, und viele, viele andere Einzelheiten, in denen der Teufel sitzt. Deshalb besteht eine der besten Patientenverfügungen, die man im Internet findet, nämlich die des Bundesjustizministeriums, auf jeder ihrer elf Seiten mehrmals darauf, dass der Patient die Umstände, unter denen er bestimmte Maßnahmen (nicht) wünscht, genauer und noch

⁶⁰ Hope, T. (1996). Advance directives. *Journal of Medical Ethics*, 22, S. 67-68. In diesem kurzen Artikel beschreibt Hope 1996 ein fiktives Beispiel. Er konnte nicht wissen, dass sich zehn Jahre später eine fast identische Geschichte tatsächlich in einer kleinen deutschen Universitätsstadt ereignen wird.

genauer beschreiben soll. Die Patientenverfügung ist in der Bundesrepublik seit 2011 bindend, aber nur dann, wenn der in ihr beschriebene Zustand des Patienten mit dem tatsächlich aufgetretenen Zustand identisch ist. Bedenkt man die gigantische Verschiedenartigkeit kritischer Zustände in der Medizin, wird einem klar, dass diese genaue Übereinstimmung sehr unwahrscheinlich ist.

Stellvertretende Entscheidung

Wenn ein Patient zu einer Zeit, als er entscheidungsfähig war, keine Patientenverfügung für den Fall seiner Nicht-Entscheidungsfähigkeit hinterließ (was eher die Regel als die Ausnahme ist), können bestimmte »Reste« seiner Selbstbestimmung auf eine andere Person übertragen werden. Üblicherweise ist dies eine Person, die während einer langen Zeit dem Patienten sehr nah stand: Ehepartner/in, erwachsenes Kind oder ein Elternteil. Es wird angenommen, dass diese Person die Entscheidung »stellvertretend« rekonstruieren kann, die er (der Patient) in dieser Situation getroffen hätte, wenn er entscheidungsfähig wäre. Der Stellvertreter wird mutmaßlich die sämtlichen (mündlichen und schriftlichen) Aussagen des Patienten zum Thema Lebensende, die nicht den Formalitätsgrad einer Patientenverfügung erreichen, zusammenfassen. Wenn der Arzt nun eine Behandlung (bzw. deren Abbruch) vorschlägt, soll der Stellvertreter darüber urteilen, ob der Patient diesem Vorschlag zustimmen würde. Ein Stellvertreter kann (muss aber nicht) vom Patienten, wenn dieser noch kompetent ist, direkt ernannt werden, theoretisch sogar mit dem Recht, im Namen des Patienten als sein Anwalt zu handeln; er kann auch von Gericht benannt werden; aber daraus entstehen lediglich einige juristische Unterschiede, die für unsere Problematik unerheblich sind.

Leider glauben viele Menschen, dass ein Stellvertreter eines nicht-entscheidungsfähigen Patienten in den Interessen des Patienten handle. Das ist vollkommen falsch. Die stellvertretende Entscheidung und die in den besten Interessen des Patienten können zwar übereinstimmen, müssen aber nicht, denn sie beruhen auf völlig verschiedenen Grundlagen. Ein Stellvertreter kann sogar z. B. sagen: »Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass der vorgeschlagene Behandlungsplan in den besten Interessen meines Mannes (meiner Frau, Mutter usw.) liegt. Es ist mir vollkommen klar, dass diese Behandlung in diesem Moment genau das ist, was er (sie) braucht. Aber ich kenne ihn (sie) seit vielen Jahren, wir haben oft darüber gesprochen, und daher weiß ich, dass er (sie) diese Behandlung jetzt ablehnen würde.« In

anderen Worten ist die Meinung des Stellvertreters darüber, worin die Interessen des Patienten liegen, ohne Belang. Seine Aufgabe ist nicht, den Patientenwillen zu begreifen oder nachzuvollziehen, sondern lediglich, diesen Willen wahrheitsgemäß zu formulieren und weiterzugeben. Der beste Stellvertreter wäre ein Aufnahmegerät, das sämtliche Aussagen des Patienten zum Thema Lebensende registriert hätte und dazu noch zusammenfassen könnte.

Dennoch gibt es tatsächliche Gründe für diese Verwirrung, wie die folgenden Fälle zeigen. Im Fall 1 schreibt ein Patient in seiner Patientenverfügung lediglich, dass seine Ehefrau im Falle seiner Nicht-Entscheidungsfähigkeit seine Stellvertreterin sein soll. Hier ist die Verfügung bloß eine Formalität, denn der Inhalt der Entscheidung wird vom Patienten nicht ausgeschrieben, sondern die Entscheidungspflicht liegt auf der Stellvertreterin, d. h. der Ehefrau. Im Fall 2 legt ein Patient seinen Willen im Voraus genau fest und verfügt darüber, dass sein Stellvertreter diesen Willen durchsetzt. Hier ist im Gegenteil die Stellvertreterschaft bloß eine Formalität, da der »Stellvertreter« (der hier in Einführungszeichen geschrieben werden soll) keinen eigenen Entscheidungsspielraum hat, sondern lediglich die Anordnung ausführen soll. Im Fall 3 schreibt der Patient in seiner Patientenverfügung, dass seine Stellvertreterin eigene Entscheidungen in seinen (des Patienten) Interessen fällen soll. Hier ist sowohl die Verfügung als auch die Vertretung Formalität. Der Patient hat weder seinen Willen erklärt, noch hat er diesen zumindest so ausgedrückt, dass die Stellvertreterin ihn deuten könnte. De facto hat dieser Patient auf seine Selbstbestimmung verzichtet und der Stellvertreterin das volle Recht delegiert, aufgrund ihrer eigener Vernunft und ihren eigenen Vorstellungen von Gut und Böse zu entscheiden.

Ein »richtiger« Stellvertreter sollte also den Willen des Patienten möglichst genau wiedergeben. Kann er das? Die vorhandenen Daten geben auf diese Frage eine klare Antwort: Nein.

Erstens ist die oben schon besprochene Veränderbarkeit des Patientenwillens ein viel stärkeres Argument gegen die Stellvertretung als gegen die Patientenverfügung. Da der Patient, solange er entscheidungsfähig ist, seine Patientenverfügung jederzeit verändern darf, kann man sich vorstellen, dass ein »idealer Patient« dies immer wieder tut, wenn er etwas Neues und Relevantes erfährt oder wenn ihm neue Gedanken oder Gefühle in Bezug auf den möglichen kritischen Zustand kommen. Er zögert keine Sekunde, sondern handelt nach dem Motto »neue Info→neue Entscheidung«. Aber man kann sich kaum vorstellen, dass er seine

neuen Gedanken auch sofort anderen Menschen, auch seinen Nächsten, mitteilt. In anderen Worten ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir es mit einer obsoleten, nicht mehr gültigen Meinung des Patienten zu tun haben, höher, wenn uns diese Meinung der Stellvertreter weitergibt, als wenn wir davon aus der Patientenverfügung erfahren. Diese Wahrscheinlichkeit ist umso höher, weil wir wissen, dass die Patienten, die keine Patientenverfügung schreiben, ihre Meinung auch häufiger ändern, und das sind gerade diejenigen, bei denen nach einer stellvertretenden Entscheidung gefragt wird.

Zweitens gelten die beiden starken Argumente, mit denen man versucht, die Kraft der Patientenverfügung zu untermauern, für die Stellvertretung nicht mehr. Das Versprechen-Argument gilt nicht, weil keine andere Person, nicht mal ein gesetzlicher Vertreter, für jemanden etwas versprechen kann. Wenn ich einen Freund sehr gut – also wirklich *sehr gut!* – kenne, so kann ich *wissen*, dass er, wenn er sein Wort gibt, dieses Wort unbedingt halten wird. Aber ich kann nicht einer dritten Person *versprechen*, dass er sein Wort unbedingt halten wird. Das kann nur er selbst. Das Argument der moralischen Verslossenheit gilt ebenso nicht, weil, wenn jeder von uns einen ganz spezifischen »inneren« Zugang zu seiner eigenen moralischen Welt hat, über den sonst keine andere Person verfügt, dann kann auch der Stellvertreter nur eine äußerliche, oberflächliche Meinung darüber bilden, was der Patient tatsächlich von dem kritischen Thema hielt.

Drittens zeigten zahlreiche Studien, in denen potentielle Stellvertreter alter und kranker Personen gefragt wurden, wie sie sich die Einstellungen ihrer Betreuten vorstellen, dass die Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Meinung des Patienten und dem, wie sich der Stellvertreter diese Patientenmeinung vorstellt, ziemlich gering ist. 2006 fassten Shalowitz und Mitarb.⁶¹ die bis dahin vorgelegten Ergebnisse zusammen und befanden, dass der Stellvertreter – d. h. eine Person, die in der Regel mit dem Patienten sehr lange Zeit (vielleicht das ganze Leben lang) zusammengelebt und sehr oft die Fragen nach dem Lebensende besprochen hat, – in allenfalls 68 % der Punkte die wirklichen Meinungen des Patienten identifizieren kann. Das ist zwar höher als der pure Zufall (50 %) und besser als die Einschätzung völlig fremder Menschen, aber recht gering für jemanden, von dem wir sogar vor Gericht annehmen, dass er die Einstellung des Patienten so genau wiedergibt wie der Patient selbst. Noch trauriger wird diese Tatsache dann, wenn wir den Grund

⁶¹ Shalowitz, D. P., Garrett-Mayer, E., & Wendler, D. (2006). The accuracy of surrogate decision making: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 166 (5), S. 493-497.

dieser Nichtübereinstimmung erfahren: Das, was der Stellvertreter für die Meinung des Patienten hält, ist in der Regel nichts anderes als seine eigene (des Stellvertreters) Meinung!⁶² Das heißt, der Satz des Stellvertreters »Aufgrund meiner Gespräche mit dem Patienten weiß ich, dass *er* in diesem Zustand nicht mehr leben wollen würde« bedeutet schlicht und einfach »Ich glaube, dass *ich* in diesem Zustand nicht mehr leben wollen würde«.

Man könnte vielleicht vermuten, dass die Stellvertreter ihre Angehörigen, die sie im Falle eines Falles vertreten müssen, einfach nicht genug kennen. Vielleicht war das Thema Lebensende ein Tabu, und die Partner haben keine Zeit oder Möglichkeit gefunden, es zu erörtern. Leider ist diese Vermutung zu einfach, um wahr zu sein. Ditto und Mitarbeiter haben die Patienten und ihre künftigen Stellvertreter über die Einstellungen und Präferenzen der Patienten befragt und wie die anderen Autoren eine ungenügende Übereinstimmung vorgefunden. Aber sie begnügten sich mit diesem Befund nicht, sondern veranstalteten spezielle Gesprächsstunden, in denen der Patient und sein Stellvertreter die möglichen kritischen Situationen (schwerer Schlaganfall, Bewusstseinsverlust usw.) und die entsprechenden Entscheidungen zusammen diskutieren sollten. Die Übereinstimmung zwischen den Meinungen des Patienten und des Stellvertreters hat sich nach dieser Diskussion keinesfalls geändert.⁶³ Es liegt nicht an den ungenügenden Kenntnissen der Personen voneinander, sondern an der Natur des Menschen. Tod, Krise, unheilbare Krankheit besitzen im höchsten Maße die Eigenschaft, die der Philosoph Martin Heidegger »Jemeinigkeit« nannte. Das Lebensende ist »je meines«, und wer angesichts dieser letzten Situation eine Entscheidung treffen muss, kann nur eine einzige Person vertreten: sich selbst.

Diese Fakten führen uns zu der letzten und wichtigsten Inkonsistenz der stellvertretenden Entscheidung: Dem Widerspruch zwischen der Idee der Stellvertretung und dem Anspruch auf die unbegrenzte persönliche Autonomie. »Man kann nicht einerseits behaupten, dass der Patient das Recht hat, jede Behandlung zu akzeptieren oder abzulehnen, weil seine Präferenzen, Werte und Interessen so persönlich und privat sind, dass niemand anderer sie adäquat einschätzen kann, und

⁶² Fagerlin, A., et al. (2001). Projection in surrogate decisions about life-sustaining medical treatments. *Health Psychology*, 20 (3), S. 166-175.

⁶³ Ditto, P. H., et al. (2001). Advanced directives as acts of communication. *Archives of Internal Medicine*, 161, S. 421-430.

gleichzeitig argumentieren, dass sich doch ein anderer findet, der dies plötzlich kann, wenn der Patient inkompetent geworden ist.«⁶⁴

Paradoxerweise nimmt die Idee der Stellvertretung an, dass die »Verschlossenheit« (oder, milder ausgedrückt, Privatheit) der inneren Welt eines Patienten plötzlich verschwindet, wenn er nicht mehr entscheidungs- oder mitteilungs-fähig ist. Der gesunde Menschenverstand sagt aber, dass vielmehr das Gegenteil der Fall sein sollte. Wenn ich überhaupt bis zu einem gewissen Grad Zugang zur inneren Welt meines Nächsten bekommen kann, so ist es dann, wenn ich mit ihm kommuniziere, und nicht dann, wenn er die Kommunikationsfähigkeit verloren hat.

Beste Interessen

Sowohl die Patientenverfügung als auch die stellvertretende Entscheidung beziehen ihre Kraft aus ihrer *Urheberschaft*. Der Urheber ist der Patient, obwohl im letzteren Fall seine Urheberschaft mutmaßlich ist. Der Inhalt ist dabei nebensächlich, da die behandelnden Ärzte und das Personal auch dann auf den Patientenwillen Rücksicht nehmen sollten, wenn ihnen der Inhalt dieses Willens unsinnig erscheint – Hauptsache, es ist tatsächlich *sein* Wille. Im starken Gegensatz dazu nimmt die Entscheidung »aufgrund der Patienteninteressen« ihre Kraft ausschließlich aus ihrem *Inhalt*, d. h. aus der sorgfältigen Begründung, dass bestimmte Behandlungsmaßnahmen (oder der Verzicht auf diese) in den objektiven Interessen des Patienten liegen, dass sie für diesen Patienten in diesem Zustand besser sind als alle Alternativen.

Der Beste-Interessen-Ansatz wird oft deshalb kritisiert, weil es sich bei den sog. besten Interessen de facto um die objektiven, messbaren, »medizinischen« Interessen handelt. Denn immer, wenn wir die objektiven Interessen eines Patienten, der sich nicht äußern kann, feststellen wollen, können wir nicht anders, als uns auf rein medizinische, meistens körperliche Merkmale zu orientieren – im idealen Fall auf die Merkmale, die uns die modernen medizinischen Geräte liefern. Die Gefahr ist offensichtlich, dass die wichtigste, nämlich die seelische Dimension des Patienten als einer menschlichen Person unberücksichtigt bleibt.

In der Praxis ist diese Gefahr durchaus realistisch, denn einerseits ist es möglich, dass bei der Beurteilung der Patienteninteressen das Wort der Ärzte zu hoch,

⁶⁴ Welie, J. V. M. (2001). Living wills and substituted judgments: A critical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4, 169-183, S. 179.

die Meinung der Laien, die den Patienten gut kannten, dagegen zu niedrig gewichtet wird. Andererseits sind viele Ärzte so ausgebildet, dass sie den Anzeigen von Geräten mehr Vertrauen schenken als ihrer eigenen Intuition und Expertise. So kann es dazu kommen, dass das Behandlungs- und Pflegeteam nicht für die besten Interessen des Patienten als Person eintritt, sondern dafür, was die Experten aufgrund von objektiven Daten für sein Bestes halten. Doch sind diese negativen Tendenzen zwar moderne Erscheinungen, aber keinesfalls Bestandteile des Konzepts der besten Interessen. Dieses Konzept bedeutet lediglich, dass das ganze Team, das über die Zukunft des Patienten nachzudenken hat, eine solche Strategie zu finden versucht, die in den besten Interessen des Patienten liegt, statt einer solchen, die der Patient angeblich selber gewählt hätte, wenn er kompetent wäre. Dieses Prinzip setzt weder voraus, dass in diesem Team Ärzte eine größere Rolle spielen sollen als Angehörige, noch, dass messbare apparative Angaben (etwa in Mikrovolt, Millisekunden, Pascals und sonstigen physikalischen Maßeinheiten) wichtiger sind als z. B. die persönlichen Eindrücke der Teammitglieder (seien es Ärzte oder Laien) vom Verhalten des Patienten.

Der Ethiker J. V. M. Welie unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen der ontologischen und der epistemologischen⁶⁵ Bedeutung der Wörter »objektiv« und »subjektiv«. Ontologisch bedeutet »objektiv«, dass der Patient als Objekt betrachtet wird, als eine Sache, als physiologischer Mechanismus – »subjektiv« dagegen, dass wir in ihm ein Subjekt, eine menschliche Person sehen. Im epistemologischen Sinne bedeutet »objektiv« aber etwas ganz anderes: Dass wir nach einer Auskunft über den Zustand des Patienten suchen, die mitteilbar und besprechbar ist. Ein Teammitglied (z. B. Angehöriger oder Pfleger) kann ein Zeichen beim Patienten bemerken, z. B. eine Reaktion in bestimmten Situationen; er kann die Aufmerksamkeit anderer Teammitglieder (z. B. Ärzte, Physiotherapeuten) auf dieses Zeichen richten und die Bedeutung dieses Zeichens mit ihnen diskutieren. Die Grundlage ist also eine Verständigung aller, die sich verständigen können. Dabei spielt es überhaupt keine Rolle, ob, sagen wir, ein Zeichen der Schmerzen im »natürlichen« Verhalten des Patienten beobachtet (z. B. eine Schmerzgrimasse) oder mit Hilfe von Hightech gemessen (z. B. die Aktivierung der Schmerzmatrix des Gehirns im Kernspintomographen) wird: beides ist im epistemologischen Sinne

⁶⁵ Ontologie (vom griech. *On* – das Sein) ist die Lehre davon, was *ist*; Epistemologie (vom Episteme – Erkenntnis) ist die Lehre davon, wie wir das Seiende *erkennen* können. Diese zwei Lehren werden als zwei Hauptbestandteile jeder Philosophie betrachtet.

gleich objektiv und prinzipiell auch gleichwertig. »Subjektiv« ist im epistemologischen Sinne dagegen eine Auskunft, die nicht mit einer anderen verglichen und diskutiert werden kann. Wenn z. B. der Patient sagt »Ich empfinde im Moment Schmerzen«, dann ist es so, und niemand kann etwas dagegen einwenden und behaupten »Nein, du empfindest keine«.

In diesem epistemologischen Sinne ist die Entscheidung in den besten Interessen des Patienten tatsächlich »objektiv« (d. h. sie basiert auf Verständigung), während die Entscheidungen aufgrund der Patientenverfügung oder der Stellvertretung »subjektiv« sind (d. h. sie basieren auf einem bloßen »Ich will«). Aber eine gute Entscheidung in den besten Interessen ist niemals »objektiv« im ontologischen Sinne. Im Gegenteil kann gerade eine »ontologisch objektive« Entscheidung, die nur die objektiven, registrierbaren Daten berücksichtigt und sich nur auf die physiologischen Bedürfnisse des Patientenkörpers orientiert, aber psychologische Aspekte und die ganze menschliche Person außer Acht lässt, *nicht* in den besten Interessen des Patienten liegen.

Wenn wir den Begriff »beste Interessen« wörtlich nehmen, so fließen selbstverständlich auch Informationen über die Gespräche zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen, über die bisherigen Äußerungen des Patienten zu seinem Lebensende in die Entscheidung mit ein. Allerdings werden im Gegensatz zur Prozedur der stellvertretenden Entscheidung diese Äußerungen, so wie sie von den nächsten Familienangehörigen und Freunden des Patienten bezeugt werden, als Zeugnisse der nahestehenden Personen und nicht als der durch diese Personen vermittelte Patientenwille betrachtet.

Wenn wir eine Entscheidung in den besten Interessen des Patienten (und nicht in den besten Interessen des behandelnden Arztes, der Einrichtung usw.) treffen, so ist natürlich jede Auskunft, die wir vom Patienten bekommen, von großer Wichtigkeit. Die persönlichen Interessen, Werte, Präferenzen des Patienten sind keinesfalls sekundär im Vergleich mit »harten Fakten« über seinen körperlichen Zustand. Sie sollen als wichtige Ausdrücke seiner *Willigkeit* oder Unwilligkeit angesehen werden – aber nicht, wie im Falle der stellvertretenden Entscheidung, als sein unmittelbarer und direkter *Wille*.

Mit diesem Vorteil hängt aber der unbestrittene Nachteil der Entscheidung in den besten Interessen zusammen, nämlich, dass es kein absolutes und endgültiges Kriterium dieser besten Interessen geben kann. In der Tat kann niemals endgültig bewiesen werden, dass die gefallene Entscheidung absolut die beste ist, und es

keine noch bessere geben könnte. Es gibt zwar in der Literatur Versuche, allgemeine Standards zur Feststellung der Interessen inkompetenter Patienten zu formulieren.⁶⁶ Aber diese Standards können nur als Richtlinien betrachtet werden, die individuelle Fälle nicht vollständig beschreiben. Daher besteht immer die Möglichkeit, die Entscheidung anzuzweifeln und anzufechten. Ich bin davon überzeugt, dass in dieser Unsicherheit der eigentliche Grund liegt, warum der Mechanismus der besten Interessen lange Zeit als drittrangig im Vergleich mit den zwei anderen Entscheidungsmechanismen angesehen wurde, obwohl sich nach 2000 eine Wende zur höheren Beurteilung dieses Prinzips abzeichnet.⁶⁷

Schließlich kann man fragen, wie man das Prinzip der besten Interessen bei einer bestimmten Kategorie von inkompetenten Patienten anwenden kann, die vermutlich vollständig bewusstlos sind. Es handelt sich um Diagnosen wie Koma und Wachkoma. Wenn der Patient über keinerlei bewusste Empfindungen und Erlebnisse verfügt, wie kann er überhaupt Interessen haben, zumal die besten?

Der erste Teil der Antwort auf diese Frage lautet: Differenzierung. Ein gewisser Anteil von Patienten, bei denen überhaupt keine bewussten Erscheinungen angenommen werden, befindet sich in der Tat in einem sogenannten funktionalen Locked-in-Syndrom. Diese Patienten können denken, fühlen, spüren und im Geiste komplexe Aufgaben lösen,⁶⁸ aber sie können nichts mitteilen, und ihre Fähigkeiten können nur mit apparativen Methoden aufgedeckt werden. Schätzungen zu der Anzahl solcher Patienten sind schwierig, aber mit mindestens 5 bis 7 % von allen »Bewusstlosen« ist zu rechnen.⁶⁹ Das bedeutet, dass es gegenwärtig in Deutschland ca. 40-60 Patienten gibt, von denen angenommen wird, dass sie kein Bewusstsein mehr haben, aber alles wahrnehmen und verstehen. Noch viel höher ist die Anzahl von Patienten, deren Bewusstsein tatsächlich schwer gestört ist – aber doch nicht ganz weg. Im Gegensatz zu der vorigen Gruppe sind diese Patienten unfähig, sich auf Reizen zu konzentrieren, Sprache zu verstehen, geschweige denn Anweisungen zu befolgen. Aber sie können zumindest einfache Empfindungen und Gefühle wie Lust, Unlust oder Schmerz erleben; viele von ihnen verstehen

⁶⁶ Vgl. Dressler, B. (2003). Precommitment: A misguided strategy for securing death with dignity. *Texas Law Review*, 81, S. 1823-1847.

⁶⁷ Vgl. Dressler, B. (2003), s.o.; Torke, A. M., Alexander, G. C., & Lantos, J. (2008). Substituted judgment: The limitation of autonomy in surrogate decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23, S. 1514-1517.

⁶⁸ Owen, A. M., et al. (2006). Detecting awareness in the vegetative state. *Science*, 313, S. 1402.

⁶⁹ Kotchoubey, B. et al. (2013). Towards a more precise neurophysiological assessment of cognitive functions in patients with disorders of consciousness. *Restorative Neurology & Neuroscience*, 31, S. 473-485.

den emotionalen Ton der an sie gewendeten Ansprache und unterscheiden möglicherweise positive und negative Affekte ihrer Betreuer.⁷⁰ Das ist ein großes Stück subjektives Leben, und selbstverständlich können bei solchen Patienten auch Interessen vermutet werden, unabhängig davon, wie schwierig es ist, diese Interessen praktisch festzustellen.

Aber wir haben schon gelernt, zwischen praktischen und konzeptuellen Schwierigkeiten zu unterscheiden. Auch wenn in der Praxis die Behauptung, ein Patient XY habe keinerlei bewusste Erlebnisse, oft unbegründet ist, kann man nicht leugnen, dass es eine gewisse (vielleicht deutlich kleinere als angenommen) Anzahl von Patienten gibt, bei denen als Ergebnis extrem schwerer Hirnverletzungen (z. B. infolge eines Herzstillstandes mit darauffolgendem Sauerstoffmangel) diese Behauptung stimmt. Können diese Patienten Interessen haben?

Ich glaube, die Antwort ist ein vorsichtiges Ja. Aufgrund der aufklärerischen Vorstellung, dass ein menschliches Wesen ein autonomes (selbstbestimmtes) Vernunftwesen ist, würde ich behaupten, dass in der Abwesenheit aktuellerer Interessen ein unbedingtes Interesse jedes Menschen darin besteht, seiner Definition zu entsprechen, d. h. Vernunftwesen weiter zu bleiben oder wieder zu werden, falls man es im Augenblick nicht ist.

Natürlich bedeutet der Richtsatz »der Mensch ist ein Vernunftwesen« nicht, dass der Mensch wie ein guter Science-Fiction-Roboter eine vollkommen rationale Maschine sei. Natürlich ist mir gut bekannt, dass in der Unterschätzung der tiefen Irrationalität des menschlichen Verhaltens die Aufklärung einen folgenschweren, tragischen Fehler beging, dessen unmittelbare negative Konsequenz die Zehntausende guillotinierten Köpfe waren – aber das ist ein anderes Thema. Dieser Leitsatz bedeutet trotzdem, dass im Besitz der Vernunft eine so grundlegende Eigenschaft des Menschen liegt, dass ein Mensch, der noch nicht aufgehört hat Mensch zu sein, ein absolutes Interesse an seiner autonomen Vernunft haben muss, und wir empfinden dieses Interesse nur deshalb nicht, weil wir sowieso meinen, diese autonome Vernunft sei einfach immer dabei. Wenn das korrekt ist, dann liegt *das beste Interesse eines bewusstlosen menschlichen Individuums in der Wiederherstellung des Bewusstseins*, und dieses Interesse währt zumindest so lange, wie es auf diese Wiederherstellung noch Hoffnung gibt. In dieser Formulierung läuft die Frage nach den besten Interessen

⁷⁰ Vgl. Markl, A., et al. (2013). Brain processing of pain in patients with unresponsive wakefulness syndrome. *Brain and Behavior*, 2, doi: 10.1002/brb1003.1110; Yu, T., et al. (2013). Patients with unresponsive wakefulness syndrome respond to the pain cries of other people. *Neurology*, 80, S. 345-352.

eines Bewusstlosen auf die Frage nach der Prognose über den Verlauf seiner Krankheit hinaus: Ein Thema, das wir in einem der nächsten Kapitel besprechen werden.

Werte und Kosten

Wirtschaftliche Überlegungen

Diesem Kapitel muss ich zwei Dinge voranstellen. Ich muss erstens sagen, dass ich in Sachen Wirtschaft und speziell Gesundheitswirtschaft kein Fachmann bin, so dass ich in der wirtschaftlichen Diskussion kein Urteil wagen, sondern lediglich ein paar Überlegungen anbieten kann. Zweitens bin ich mein ganzes Leben lang ein überzeugter Anhänger des Kapitalismus und der freien Marktwirtschaft – der uneffektivsten und ungerechtesten Wirtschaftsform mit Ausnahme aller anderen. Als solcher kann ich mich wirtschaftlichen Argumenten keinesfalls verschließen. Den Slogan »Wenn es um Menschen (die Menschenwürde, das Leben, die Gesundheit usw.) geht, spielt das Geld keine Rolle!« halte ich für einen der dümmsten, die die Menschheit je formuliert hat. Es ist in solchen Fällen immer das Geld *anderer* Menschen, nicht das von mir erarbeitete Geld, das keine Rolle spielt.

Ich sage noch mehr: Die wirtschaftlichen Überlegungen sind die einzigen, die uns im Zusammenhang mit der Sterbehilfe vor ein reales und nicht erfundenes Problem stellen. Denn die Notwendigkeit des Sparens im Gesundheitssystem besteht tatsächlich. Der Züricher Ökonom Bernhard Hub kann nicht des fehlenden Realismus beschuldigt werden, wenn er schreibt:

»Ehrlicherweise muss festgehalten werden, dass die Sterbehilfe für das Gesundheitswesen von enormer ökonomischer Bedeutung ist. Es ist undenkbar, dass darauf verzichtet werden kann, die zusätzlichen Kosten wären schlicht nicht zu bezahlen. Dieser Schluss ist unabhängig von ethischen Überlegungen und gewinnt an Aktualität durch die rigorosen Sparanstrengungen im Pflegebereich. Auch Nachkommen können ein finanzielles Interesse haben. Wer einen chronisch kranken Angehörigen zur Pflege geben muss, merkt bald einmal, dass dessen Ersparnis rapide schwindet.«⁷¹

⁷¹ Hub, B. (2000). Sterbehilfe zwischen Freundesdienst und lukrativem Geschäft. Neue Züricher Zeitung vom 15. Januar, S. 97.

Hub begeht zwar in seinem Artikel einen schweren Fehler, indem er im gleichen Atemzug über aktive und passive »Sterbehilfe« spricht, während wir schon im ersten Kapitel festgestellt haben, dass diese zwei Formen des Umgangs mit Schwerstkranken wesensverschieden sind. Dieser Fehler entwertet aber weder den Ernst der von ihm gestellten Frage noch die Genauigkeit seiner Beobachtungen. Er hat m. E. vollkommen recht, wenn er auf den engsten Zusammenhang zwischen der Versicherungsmedizin und der Sterbehilfe hinweist. Wenn die jährlichen Kosten für chronisch Kranke in Zürich 90 000 Sfr erreichen, können sich selbst die wohl-situierten Schweizer diesen Luxus nicht leisten. Nicht dass ich meine, dass die ökonomischen Zwänge für Sterbehilfe unüberwindbar sind und dass wir Menschen töten müssen, um Geld zu sparen; aber ich glaube, dass wirtschaftliche Argumente wie die von Bernhard Hub im Gegensatz zu den oben besprochenen Worthülsen wie »Autonomie« nicht bloß vorgeschoben, sondern sehr ernst zu nehmen sind, weil sie sich auf wirkliche Probleme beziehen.

Für die Gewichtigkeit des wirtschaftlichen Arguments spricht auch die Tatsache, dass es in den öffentlichen Diskussionen in der Regel als letztes ausgesprochen wird. Erst wenn ein Befürworter der Sterbehilfe sieht, dass seine sonstigen Argumente (unerträgliches Leiden, Patientenrechte, Autonomie) geschlagen sind, holt er den Trumpf der Ökonomie aus dem Ärmel: » ... und schließlich können wir das alles einfach nicht bezahlen!«. Insgesamt versuchen die Anhänger der Tötungs-ideologie, die schwere Artillerie der wirtschaftlichen Überlegung in der Reserve zu halten – und dies, obwohl das Argument eine solidere theoretische Basis hat als die Autonomie, mit der so gerne hantiert wird.

Diese Basis ist die utilitaristische Ethik, d. h. die Theorie, nach der diejenige Handlung ethisch ist, die »das größte Glück der größten Zahl« der Menschen bringt. Wie der Begründer dieses Ansatzes, der englische Philosoph und Rechtswissenschaftler Jeremy Bentham (1748 – 1832), behauptete, beruht eine moralisch gute Handlung auf einem »hedonistischen Kalkül«, das die Intensität, Dauer, Auftrittswahrscheinlichkeit, zeitliche Nähe und weitere Parameter der Glückserlebnisse sowie ihre Verbreitung im Kollektiv der Personen berücksichtigt. Gut handelt, wer die Option wählt, bei der das Ergebnis dieser Rechnung am höchsten liegt. In diesem Sinne kann argumentiert werden, dass ein frühzeitiger Tod eines Patienten, der sowieso nicht mehr glücklich sein kann, Mittel für die Behandlung mehrerer erspart, die dank dieser Behandlung vollständig genesen und sich noch lange Jahre über das Leben freuen werden. Ein Problem dabei ist, dass sich der Utilitarismus

überwiegend mit positiven Werten (benefit, utility) beschäftigt hat.⁷² In unserem Fall kommt aber ein großer negativer Wert (Tod eines Menschen) ins Spiel. Es ist nicht so, dass wir das Glück des einen herabsetzen, um das Glück der vielen anderen zu erhöhen – nein, wir sollen diesen einen töten. Obwohl das Problem der negativen Werte im Allgemeinen im Utilitarismus bekannt ist, wird der negative Utilitarismus, der auf dem Prinzip der Minimierung von Leid (statt, wie der klassische Utilitarismus, der Maximierung von Glück) beruht, mit schwerwiegenden Problemen konfrontiert. Noch schwieriger wird es dann, wenn positive und negative Werte, wie der Tod des einen und das Glück des anderen, verglichen werden sollen. Da versagt die Gleichung des Bentham'schen Kalküls.

Der Grund, warum die Sterbehilfebefürworter mit dem wirtschaftlichen Argument so sparsam umgehen, kann auch ein anderer sein. Wenn die utilitaristische Maxime doch anwendbar ist, und wenn, dieser Maxime folgend, der Tod eines Patienten zwecks besserer Behandlung anderer Patienten in Kauf genommen werden *kann* – dann *soll* er auch in Kauf genommen werden. Denn die utilitaristische Ethik ist nicht werteneutral. Wenn also ein Sterbehilfebefürworter diesen Prinzipien folgen will, dann muss er aufhören, von Patienten*rechten* zu sprechen, und stattdessen sagen, dass es die *Pflicht* der Schwerkranken ist, die Betten für die Patienten mit besseren Aussichten möglichst schnell freizumachen.

Diese Position nimmt explizit eine der prominentesten britischen Moralphilosophinnen ein, ehemalige Professorin in Oxford und Cambridge, Vorsitzende mehrerer Ethikkommissionen, Mitglied des Oberhauses im Britischen Parlament, Baroness Mary Warnock.⁷³ Sterbehilfegegner meinen, sagt die Baroness, dass, wenn die aktive Tötung der Willigen erlaubt wird, viele Patienten auf die Idee kommen würden, dass sie nicht nur das Recht hätten, frühzeitig den eigenen Tod anzufordern, sondern auch unter der Pflicht stünden, dies zu tun, um die Ressourcen für die anderen zu sparen. Dieses Argument findet Prof. Warnock zwar logisch korrekt, aber es entkräftet ihrer Meinung nach ihre Position nicht. Sie findet es in der Tat überhaupt nicht schlecht, wenn ältere und schwerkranke Personen zum früheren Tod moralisch verpflichtet würden! Denn sie hätten ihr Leben schon gelebt

⁷² Die meisten Klassiker der utilitaristischen Ethik waren Briten; somit stellt sich bei der Erörterung dieser Philosophie immer ein Übersetzungsproblem ein. Die britischen Utilitaristen sprechen von *benefit* oder *utility*, um das Wort *value* zu vermeiden, weil dieses leicht mit dem Marktpreis einer Ware verwechselt werden kann. Beim deutschen Begriff *Wert* besteht diese Gefahr allerdings nicht.

⁷³ Warnock, M. (2008). A duty to die? OMSORG, 4, S. 3-5; <https://fagbokforlaget.no/filarkiv/Mary%20Warnock.pdf>.

und müssten jetzt an die knappen Finanzen denken, die mit mehr Nutzen für jüngere und gesündere Menschen ausgegeben werden sollten. Als eine besonders wichtige Zielgruppe sieht Frau Warnock Demenzkranke, deren Zahl in Großbritannien zur Zeit der hier zitierten Publikationen (2008) bei ca. 700 000 lag. »Wenn Sie dement sind«, sagt sie im Interview für *Daily Telegraph*, »dann verschwenden Sie die menschlichen Leben, v. a. die Leben Ihrer Familienangehörigen; außerdem verschwenden Sie die Ressourcen des *National Health Service*.«⁷⁴ Es sei eine wirklich *gute Tat*, wenn jemand im Wissen, dass sein Leben nichts mehr wert ist, dieses Leben so schnell wie möglich beendet, um vor allem seine Familie und schließlich die Gesellschaft im Ganzen zu entlasten: »Wer schon gelebt hat, soll im Interesse der anderen sterben.« Ein guter Patient, meint die Baroness, »opfert« sich nicht für die anderen, vielmehr »kann er es selbst nicht ertragen, wenn er sieht, welchen Schaden seine Krankheit seiner Familie verursacht, der Familie, die er früher immer beschützt hat und um die er immer besorgt war. Diesen unnatürlichen Zustand, in dem der gute Patient, der immer eine Stütze für die anderen war, jetzt zur Last für sie geworden ist, will er beenden, und deshalb will er seinen Tod.«⁷⁵ Daraus folgt, dass auch die anderen, die dem Patienten seine Pflicht nahelegen, Gutes tun. Einen Menschen zu einer moralisch guten Tat zu bewegen kann an sich keine moralisch schlechte Tat sein.

Um sich diese Formulierungen zu leisten, muss man eine englische Adlige mit Oxford- und Cambridge-Professur sein. Für die überwiegende Mehrheit der Sterbehilfebefürworter gehen solche Aussagen zu weit. Sie erinnern viel zu stark daran, woran die meisten Anhänger der Tötungsideologie nicht erinnert werden wollen: an die Vorversion dieser Ideologie, an die Lehre, dass es wertvolle und weniger wertvolle Menschenleben gibt, dass die Experten (z. B. Philosophen, Ärzte und von ihnen beratene Politiker) diese Werte bestimmen und vergleichen können, und dass das ultimative Maß, mit dem der Wert eines Menschen gemessen wird, einfach der Nutzen ist, den der Mensch den anderen (vor allem seinen Angehörigen, aber auch der Gesellschaft im Ganzen) bringt. Das ist genau die Version der utilitaristischen Ethik, von der John Stewart Mill, auch ein überzeugter Utilitarist, in seinem Buch über den Utilitarismus gewarnt hat: Auf diese Weise dürfe man den Utilitarismus nicht verstehen.⁷⁶

⁷⁴ Beckford, M. (2008). Baroness Warnock: Dementia sufferers may have a »duty to die«. *Daily Telegraph*, September 18.

⁷⁵ Warnock, M. (2008). A duty to die? *OMSORG*, 4, 3-5; Zit. S.4.

⁷⁶ Mill, J. St. (1861). *Utilitarianism*. Zit. nach Mill, J. St. (1991). *Der Utilitarismus*. Stuttgart: Reclam.

Allerdings erhält das Prinzip des utilitaristischen Kalküls zumindest ein Stück Wahrheit. Beim Versuch, das Gute in ökonomischen Maßen zu messen, nutzen wir den enormen Vorteil, dass Geld zählbar ist. Wir wissen genau, dass eine Million Euro exakt eintausend Mal mehr ist als tausend Euro. Das ist ganz erstaunlich angesichts der Vagheit unseres Wissens auf vielen anderen Gebieten, die wir im Laufe der Sterbehilfediskussion betreten haben und noch betreten werden. Diese Zählbarkeit bedeutet, dass vor dem König Geld alle gleich sind. Wollen wir aber über die Kosten der Behandlung und Pflege Schwerbeschädigter, Schwerkranker und Schwergelähmter reden, so müssen wir notwendigerweise auch über die Kosten aller anderen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen sprechen. Dieser einfache Gedanke fiel der Baroness Mary Warnock offensichtlich nicht ein: Sie spricht so, als ob alle anderen Optionen zum Sparen im privaten und öffentlichen Bereich schon geprüft und vollständig ausgeschöpft worden wären, und die aktive Tötung bzw. Anstiftung zum Suizid von schwerkranken und von einer Demenz bedrohten Patienten wirklich die einzige noch verbliebene Möglichkeit wäre.

Wenn das Gesundheitssystem und die Gesellschaft im Ganzen sparen müssen (was durchaus vernünftig wäre), dann sollten wir alle möglichen Ausgabesparten durchschauen und sorgfältig vergleichen. Alles muss auf den Prüfstand, von A(rthro)rosebehandlung bis Z(ahn)hygiene): Wachkoma-Pflege und Knieoperationen, Kuren und Psychoanalyse, Zahnspangen und Herzkatheter. 2012 wurden in Deutschland 15,7 Millionen operative Eingriffe durchgeführt, wobei die Zahl der OPs jährlich um ca. 3-4 % steigt.⁷⁷ Auf 100 000 Einwohner kommen im OECD-Durchschnitt 177 Herzkatheter-Eingriffe, in Deutschland sind es 3,5 Mal mehr (624). Künstliche Hüftgelenke werden in Deutschland fast doppelt so häufig eingesetzt wie im OECD-Durchschnitt (295 gegen 154 pro 100 000 Einwohner), Kniegelenke 1,75 Mal häufiger (213 gegen 122 pro 100 000 Einwohner).⁷⁸ Interessanterweise variiert die Anzahl der OPs pro Einwohner extrem stark nicht nur zwischen verschiedenen gleich entwickelten europäischen Ländern, sondern auch innerhalb Deutschlands. Es ist schwierig zu erklären, warum z. B. Bayern und Niedersachsen

⁷⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt [<https://www.destatis.de>].

⁷⁸ <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/oecd-studie-deutschland-bei-operationen-internationaler-spitzenreiter-1489/>.

an ihren Gelenken oft operiert werden müssen, während Mecklenburger und Brandenburger bei den gleichen Diagnosen mit einer konservativen Behandlung zu recht kommen.⁷⁹

Wenn wir über die Kosten der Langzeitpflege für Schwerstgelähmte und Hirngeschädigte diskutieren, sollten wir auch auf andere Fragen Antworten suchen: Müssen die Deutschen tatsächlich 3,5 Mal öfter einen Arzt aufsuchen als die Schweden dies tun? Brauchen wir die weltweit dritthöchste Anzahl der Krankenhausbetten pro 10 000 Einwohner, dreimal mehr als in Dänemark und 75 % mehr als in den Niederlanden, oder sollten wir sogar nach dem Weltrekord von Japan streben (Die Japaner haben fast doppelt so viele Betten wie wir, und auf dem Platz zwei steht knapp vor Deutschland Südkorea⁸⁰)?

Verlangen wir Wirtschaftlichkeitsnachweise in einem Teil der medizinischen Fürsorge, so müssen wir in allen anderen Teilen das Gleiche einfordern. Selbstverständlich müssen bei diesem Vergleich für alle Arten von gesundheitsbezogenen Ausgaben identische Standards angelegt werden. Welche Standards genau es sein sollen, das kann ich natürlich nicht sagen, weil für eine begründete Antwort auf diese Frage ein Nobelpreis eine viel zu bescheidene Auszeichnung wäre. Man kann sogar einwenden, dass wir solche universellen Standards gar nicht festsetzen können. Selbst bei der oben erwähnten kurzen Liste medizinischer Leistungen (Zahnbehandlung und -profilaxe, Kuren, analytische Psychotherapie) höre ich schon die kritischen Stimmen, die argumentieren: Man könne nicht alles mit gleichem Maß messen.

Seit einigen Jahrzehnten versucht man, eine Lösung dieses Problems mit Hilfe der sogenannten wissenschaftlichen Evidenz zu finden. Der Begriff geht auf den britischen Arzt Sir Archibald Leman Cochrane (1909-1988) zurück, der behauptete, dass es nur relativ wenige Mittel in der Medizin gebe, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen sei, und dass diese wenigen Mittel allen Menschen unabhängig von ihrem Einkommen zugänglich gemacht werden sollten. Diese Vorstellungen liegen der Idee der fünf Jahre nach seinem Tod gegründeten Cochrane-Gesellschaft zugrunde, die gesamte medizinische Literatur in bestimmten Zeitabständen nach der Evidenz für die Wirkung eines Medikaments oder einer Behandlungsmethode zu durchforsten und diese Evidenz nach bestimmten quantitativen (mathematischen) Kriterien zu evaluieren. Diese Idee ist hervorragend,

⁷⁹ <https://knieoperation.faktencheck-gesundheit.de/>; <https://www1.wdr.de/verbraucher/gesundheits/op-atlas/op-atlas-hueftprothese-100.html>.

⁸⁰ <http://wko.at/statistik/eu/europa-gesundheitswesen.pdf>.

und die Arbeit eines heutigen Mediziners ist ohne die von der Cochrane-Gesellschaft regelmäßig veröffentlichten Evidenzanalysen (mittlerweile sind es über 6000) nicht mehr denkbar. Aber die Sache hat einen Haken: Die Antworten, die diese quantitativen Übersichtsarbeiten geben, können hauptsächlich zweierlei sein: Die Wirksamkeit ist entweder bewiesen, oder aufgrund der vorhandenen Daten noch nicht. Unwirksamkeit zu beweisen ist nach Cochrane-Kriterien fast unmöglich. Wirksamkeit zu beweisen ist durchaus möglich – aber oft sehr aufwendig. Ein Beispiel: Vor wenigen Jahren wurde die Wirksamkeit eines einzigen Medikaments bei einer Untergruppe von Wachkoma-Patienten (man merke, nicht bei allen Wachkoma-Patienten, sondern nur bei einer Kategorie davon) nachgewiesen. Um dies zu erreichen, haben zehn Kliniken in drei verschiedenen Ländern fünf Jahre lang zusammengearbeitet, was über zwei Millionen US-Dollar gekostet hat. Die Geschwindigkeit, mit der neue Behandlungsverfahren vorgeschlagen werden, übersteigt bei weitem die Geschwindigkeit, mit der ihre Wirksamkeit nach den Richtlinien der evidenzbasierten Medizin überprüft werden kann.

Deshalb ist das Argument, dass verschiedene Bereiche der medizinischen Ausgaben (und, noch breiter genommen: verschiedene Bereiche sozialer Ausgaben) nicht alle mit absolut identischen Standards auf den Prüfstand gestellt werden können, möglicherweise sogar unschlagbar. Aber es bedeutet schlicht und einfach, dass wir hier die wirtschaftliche Diskussion verlassen müssen, um statt vom Geld von den Werten zu sprechen. In anderen Worten werden uns unter einer schlecht sitzenden Maske der ökonomischen Diskussion bestimmte Wertvorstellungen dargeboten. Es wird uns z. B. gesagt, das Erhalten von Leben schwerstgelähmter Patienten über Jahre hinweg sei für unsere Gesellschaft zu teuer. Verschwiegen wird, dass das Geld ein prinzipiell relativer Wert ist, und dass deshalb, wer »zu teuer« sagt, immer hinzufügen soll, *im Vergleich zu was* dies zu teuer ist. Eine typische Frage, wie sie in diesem angeblich wirtschaftlichen Diskurs zu hören ist, lautet etwa: »Sollen wir das knappe Geld für den Lebensunterhalt von Patienten ausgeben, deren Existenz keinen Sinn hat, oder es lieber für die Behandlung anderer, nützlicherer Patienten behalten?« Leider fallen viele Menschen auf diesen Haken rein. Sie beißen am Köderwort »knapp« an und argumentieren, dieses Wort stimme nicht, Geld habe unsere Gesellschaft genug. Damit haben sie die Diskussion schon verloren. Es geht in dieser Frage gar nicht um die Knappheit von Geld, sondern um den Sinn des Lebens. Und dieser Sinn ist ein philosophisches, kein ökonomisches Problem.

Ein weiteres, überaus gewichtigeres wirtschaftliches Argument sollten wir nicht vergessen. Nicht nur die Ökonomie der Gesellschaft leidet unter der Last unheilbarer Krankheiten, sondern vor allem die Ökonomie ihrer Familien. Manchmal wird ihr ganzes Vermögen ruiniert, weil alles verkauft werden muss, um die 24/7-Pflege bezahlen zu können. Eine gesundheitsökonomische Diskussion zu diesem Punkt muss nicht nur das bare Geld, sondern auch andere Ressourcen berücksichtigen. Die Angehörigen pflegebedürftiger Patienten müssen oft neben dem Geld sehr viel *Zeit* investieren, sie müssen ihre *Interessen* hintenanstellen, auf bestimmte *Lebensziele* verzichten, wenn deren Verfolgung mit der Pflege unvereinbar ist, usw. Das ist eine ganze Reihe der wirklichen, nicht aufgrund eines vorsätzlichen philosophischen Analphabetentums erfundenen Probleme, die im gesellschaftlichen Diskurs viel mehr Platz bedürfen als ihnen in der Regel eingeräumt wird. Sollen wir von Patientenangehörigen ein freiwilliges Opferverhalten erwarten, und in welchem Ausmaß? Ist es überhaupt möglich, den Wert des Patientenlebens mit den Werten der Angehörigen, die auch menschliche Personen sind und auch nur einmal leben, zu vergleichen und ein Gleichgewicht zwischen den Interessen aller Betroffenen finden? Wenn ja, was kann und soll die Gesellschaft als Ganzes tun, um das Leben eines Schwerkranken und das seiner pflegenden Ehefrau (seines Sohnes, seiner Tochter, seiner Mutter) zu vereinbaren?

Das ist ein großes soziales Dilemma, von dem wir nicht annehmen dürfen, schnell eine Lösung zu finden, ganz zu schweigen davon, dass solche Dilemmata oft nur konkrete aber keine universellen Lösungen haben können. Die einfachste Lösung durch die schlichte Vernichtung einer Seite des Dilemmas (d. h. durch die Tötung des Patienten) sollte uns aber schon wegen ihrer offensichtlich unangemessenen Primitivität abstoßen. Man muss auch sehen, dass diese Überlegung schnell sehr weit über das intendierte Ziel hinausschießen kann. Auch Familien von Alkoholikern und anderen Suchtkranken (nicht zu vergessen die Spielsucht!) werden oft wirtschaftlich ruiniert; auch ihre Familien leiden oft viel mehr als die Patienten selbst und müssen auf viel für sie persönlich Wichtiges verzichten. Wenn wir für schwere Pflegefälle eine Lösung in der Sterbehilfe suchen, weil sie eine zu hohe Last für ihre Familien darstellen, warum soll das gleiche Argument nicht z. B. für Suchtkranke gelten?

Nicht die Diskussion über die wirtschaftlichen Aspekte der Sterbehilfe ist falsch, sondern diejenige, in der unter dem durchsichtigen Regenmantel der Wirtschaft in der Tat philosophisch-ethische Ideen eingepflanzt werden, die eigentlich

in anderen Kapiteln diskutiert werden sollten. Wie der Gast aus der Anekdote, der vom Ober fordert, er möge nächstes Mal bitte das Schnitzel und die tote Fliege separat servieren, sollen wir Wirtschaft und Ethik auseinanderhalten. Wir müssen auf der Lauer sein und dürfen nicht zulassen, dass uns zwischen ökonomisch klingenden Worthülsen ein Welt- und Menschenbild, das wir grundsätzlich ablehnen, aufgezwungen wird.

In schräger Lage: Beispiel Niederlande

Folgen wir nun dem wirtschaftlichen Argument in eine andere Richtung. Wenn ein Produkt plötzlich zum Dumping-Preis angeboten wird, kann das zwar seinen Käufer freuen, ist aber aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nicht unbedingt gut. Ein zu niedriger Preis kann zum Missbrauch und zum Balanceverlust auf dem Markt führen. Die Option, alle Probleme eines Patienten, seiner Familie, seiner Umwelt und des gesamten Gesundheitssystems mit einer einzigen Giftspritze zu lösen, ist im Vergleich mit allen anderen Optionen so preiswert, dass, sobald diese Option verfügbar wird, alle Alternativen ihren wirtschaftlichen Sinn verlieren. Angenommen, Sie werden 100 Mal vor ein schwieriges Problem gestellt, für das Sie zwei Lösungen haben. Die Lösungen sind in fast allen Hinsichten gleich, aber die eine kostet 500 €, die andere nur 50 €. In wie vielen der 100 Fälle würden Sie die teurere Lösungsmöglichkeit wählen, wohl wissend, dass sie Ihnen keine Vorteile im Vergleich mit der billigeren bringt? Wahrscheinlich nicht ein einziges Mal.

Das ist übrigens einer der Gründe, warum Tötungsdelikte in allen menschlichen Kulturen besonders schwer bestraft werden. Stalin wird der Spruch zugeschrieben: »Wo ein Mensch ist, ist ein Problem; wo kein Mensch ist, ist kein Problem«. Die Behebung aller Schwierigkeiten einfach durch die Eliminierung der Personen, die diese Schwierigkeiten verursachen können, ist im Vergleich mit anderen Verfahren zur Lösung derselben Schwierigkeiten so wirtschaftlich, dass sonst die Versuchung, dieses universelle Mittel immer wieder zu gebrauchen, sehr groß wäre. Nur das explizite Tötungsverbot macht diese Option teuer genug. Ist die Tötung »wertloser« Patienten einmal erlaubt, ist es zu befürchten, dass sie schon allein aus ökonomischen Gründen zunehmend oft benutzt werden wird.

Auf diesen Überlegungen beruht teilweise auch das Argument der »schiefen Ebene«. Die meisten Anhänger des beschleunigten Sterbens wollen (oder jedenfalls behaupten sie zu wollen) nicht alle, sondern nur bestimmte Arten der Sterbehilfe

erlauben. In den letzten Jahren befürworten v. a. die britischen und US-amerikanischen Sterbehilfeorganisationen keine direkte und aktive Sterbehilfe (bei der ein Arzt oder ein anderer Sterbehelfer eine Maßnahme durchführt, die zum Tod des Patienten führt), sondern nur die Beihilfe zum Suizid (der Arzt spritzt z. B. das Gift nicht ein, sondern stellt es dem Patienten zur Verfügung, und der Patient entscheidet selbst, wann er das Todesmittel benutzt). Andere gehen einen Schritt weiter und bestehen auf der Straffreiheit auch der direkten Sterbehilfe, aber nur in Form der freiwilligen Euthanasie, d. h. der Sterbehilfe für vollständig kompetente Patienten, die explizit und wiederholt bei ihrem Todeswunsch bleiben. Sie sind aber gegen die unfreiwillige Euthanasie, also gegen die aktive Sterbehilfe für inkompetente oder eingeschränkt kompetente Patienten wie Kinder oder Patienten mit Bewusstseinsstörungen. Noch Dritte meinen, dass unabhängig von der Art der Sterbehilfe wichtig sei, dass sie von Experten (meistens: Ärzten) durchgeführt werden müsse, oder auch von einem Konsilium von Ärzten, und dass dagegen keine Laien zu solchen Handlungen zugelassen werden dürften. Wiederum andere sind der Meinung, dass die prinzipielle Grenze zwischen Erlaubtem und Verbotenem nicht an der formellen ärztlichen Ausbildung festgemacht werden sollte, sondern am Zustand des Menschen. Es müsse gesichert sein, dass die (aktive) Sterbehilfe nur an denjenigen Patienten geleistet wird, die sich wirklich schon in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinden, nicht aber den Lebensmüden oder an existentieller Erschöpfung Leidenden in gutem körperlichen Zustand. In anderen Worten fordern fast alle Befürworter der Sterbehilfe mindestens eine unüberwindbare Schranke, und fast keiner beharrt auf einer unbegrenzten Sterbehilfe in jeder denkbaren Form, für jeden Willigen und evtl. auch Unwilligen, ausgeführt von Jedem unabhängig von dessen Qualifikation, der sich dazu bereiterklären würde.

Es besteht aber ein großer Zweifel, ob all diese Schranken tatsächlich unüberwindbar sind. Die meisten Gegner der aktiven Euthanasie behaupten im Gegenteil, dass alle vorgeschlagenen Barrieren brüchig sind, und dass, wenn nur eine Art der aktiven Tötung von Patienten unter bestimmten Bedingungen legalisiert wird, dies notwendigerweise dazu führt, dass auch weitere Tötungsformen inklusive der unfreiwilligen Euthanasie akzeptiert werden. Dieses Argument ist unter dem Namen »schiefe Ebene«, in der englischsprachigen Literatur »slippery slope«, bekannt.

Der Begriff und die Diskussion darüber sind älter als die aktuelle Sterbehilfediskussion. In ihrer ersten und radikalsten Form wurde die Hypothese der »schiefen Ebene« vom amerikanischen Psychiater Leo Alexander als Ergebnis seiner Arbeit in der besetzten Zone Deutschlands nach dem Zweiten Weltkrieg formuliert: Wenn nur einmal eine Gesellschaft eine aktive Patiententötung akzeptiert, würde dies notwendigerweise zu den Zuständen wie im nationalsozialistischen Staat Ende der 1930er Jahre führen.⁸¹ Einen Halt auf dieser Schräge gäbe es nicht, und wer den ersten Schritt ganz oben gemacht hat, müsse rutschen, bis er nach ganz unten gerät.

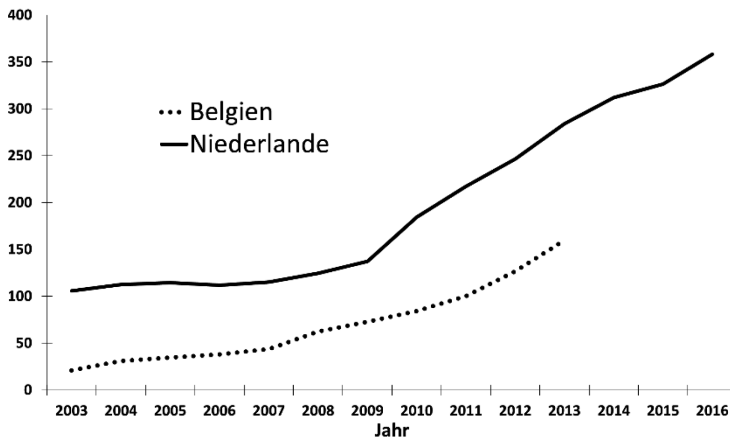


Abbildung 3: Anzahl der aktiven Patiententötungen pro Jahr in Belgien und den Niederlanden nach der Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe (Niederlande: 2001, Belgien: 2002), einschließlich des assistierten Suizids (etwa 10 % aller Fälle). Die Zahlen für Belgien 2014-2016 lagen zum Moment des Schreibens dieses Textes nicht vor.⁸²

Auf der Suche nach der Bestätigung dieser Hypothese richten Sterbehilfegegner ihre Aufmerksamkeit auf Zahlen. Als Musterland und Versuchsfeld der Sterbehilfe werden dabei die Niederlande gesehen. Dies betrifft sowohl die Intensität und Organisation der Sterbehilfebewegung, als auch die relativ lange Geschichte und die

⁸¹ Alexander, L. (1949). Medical science under dictatorship. *New England Journal of Medicine*, 241(2), S. 39-47.

⁸² Quellen: <https://www.euthanasiecommissie.nl/overdetoetsingscommissies/jaarverslag/> (aufgerufen Januar 2018); <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/dossier-10-jaar-euthanasie.pdf> (aufgerufen August 2015); <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/rapport-euthanasie-2012-2013.pdf> (aufgerufen Januar 2018).

Anzahl der Opfer, die, umgerechnet auf 100 000 Einwohner, etwa dreimal höher liegt als im benachbarten Belgien und um Größenordnungen höher als in den anderen Staaten, in denen die aktive Patiententötung erlaubt ist (genauere Angaben s. Abbildungen). Deswegen wird der Streit über die »schiefe Ebene« vorwiegend auf holländischem Boden ausgeführt.⁸³

Mit wachsender Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe nahm in den Niederlanden die Zahl der Sterbehilfefälle zwischen 1980 und 2000 ständig zu. In den 2000er Jahren flachte sich der Trend ab, und sogar eine Tendenz zur Abnahme der Euthanasiefälle zeichnete sich ab.⁸⁴ Leider können sowohl die Zunahme als auch der Stopp sehr unterschiedlich interpretiert werden. Für die Sterbehilfegegner waren die Zahlen in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts ein klarer Beweis, dass das Land die schiefe Ebene hinunterrutscht. Aus der Sicht der Befürworter zeigte aber dieselbe Zunahme, dass die Kranken jetzt ihre Entscheidung »freier« ausdrücken und »verantwortlicher« übernehmen bzw. dass sie sich ihres Todes stärker bewusst sind und daher häufiger Anfragen nach der aktiven Sterbehilfe oder nach einem ärztlich assistierten Suizid stellen. Es ist unklar, wie die eine Seite hier die Meinung der anderen aufgrund der gleichen quantitativen Daten widerlegen könnte. Die Stagnierung der Sterbehilfezahlen zwischen 2000-2005 war für die Befürworter der Sterbehilfe ein Argument, dass es keine schiefe Ebene gibt. Alternativ aber kann diese Stagnierung durch eine schnelle Verbesserung der palliativen Medizin nach 2000, die in den 80er-90er Jahren noch in einem desolaten Zustand war, erklärt werden.

Auch ein großer sozialpolitischer Kontext sollte nicht aus den Augen verloren werden. 2001 endete die Halb-Legalität der holländischen Sterbehilfe. Fünf Monate nach der offiziellen Legalisierung der Sterbehilfe durch das Parlament der Niederlande (Artikel 293-294 des niederländischen StGB), nämlich am 11. September 2001, hat sich ein völlig anderer Vorfall ereignet, der in den Medien wie in den Köpfen von Millionen von Menschen andere Probleme als Bagatelle erscheinen

⁸³ Vgl. Boer, T. A. (2003). After the slippery slope: Dutch experiences on regulating active euthanasia. *Journal of the Society of Christian Ethics*, 23 (2), S. 67-83; und Boer, T. A. (2007). Recurring themes in the debate about euthanasia and assisted suicide. *Journal of Religious Ethics*, 35, S. 529-555.

⁸⁴ Frühere Zahlenangaben findet man bei van der Maas, P. J., et al. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*, 338, S. 669-674, sowie van der Maas, P.J., et al. (1996). Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *New England Journal of Medicine*, 335, S. 1699-1711; spätere bei Dupuis, H. M. (2013). Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience. *Legal Medicine*, 5, Supplement, S. 60-S64.

ließ. Nach weiteren acht Monaten wurde Pim Fortuyn, einer der damals populärsten niederländischen Politiker ermordet, unter anderem ein flammender Kämpfer gegen jede Art von Patiententötung. Diesem Mord folgte 2004 der andere, am Filmregisseur Theo van Gogh. Diese Ereignisse bildeten die soziale Grundlage dessen, dass die Sozialisten, die immer der Motor und der politische Arm der Sterbehilfebewegung waren, die politische Macht und ihren Einfluss einbüßten.

Die Stabilisierung der Sterbezahlen hielt allerdings nicht sehr lange. Schon ab 2007 nahm die Zahl der Patienten, die eine aktive Sterbehilfe erhielten, wieder zu, und diese Zunahme beschleunigte sich in den 10er Jahren. Zur Zeit ist jeder dreißigste Tod in den Niederlanden das Ergebnis einer ärztlichen Patiententötung. Seit 2008 nimmt die Anzahl der Sterbehilfefälle in den Niederlanden im Schnitt um 17 % pro Jahr zu.

Die Gründe für den zweiten Anstieg wurden noch nicht genau untersucht. Eine Hypothese bezieht sich auf Berichte, dass die Hausärzte in den Niederlanden, an die die meisten Anfragen zur aktiven Sterbehilfe gerichtet werden, diese Funktion mit zunehmendem Unwillen wahrnehmen (mehr davon s. im nächsten Kapitel); dies könnte neben den bereits erwähnten makropolitischen Veränderungen eine Ursache der stagnierenden Sterbezahlen in den »Nulljahren« sein. Danach wurden mobile Euthanasieeinheiten (»Tötungsmobile«) eingeführt, die zu jedem Sterbewilligen schnell nach Hause kommen können. Mit dieser Mobilität können relativ wenige Ärzte relativ viele Euthanasieakte ausführen. Allerdings datiert die breite Benutzung der mobilen Euthanasieeinheiten erst von 2012, während der steile Anstieg der Sterbefälle schon 2009 begann.

Einige Jahre nach der Legalisierung der Sterbehilfe erklärten zwei umfangreiche empirische Studien⁸⁵ die Hypothese der schiefen Ebene für »endgültig tot«. Sie kamen zu dem Schluss, dass die rasche Zunahme der aktiven Patiententötung just dann ihr Ende fand, als diese Tötung legal wurde, also kurz nach 2001. Ein Blick auf das Diagramm unten zeigt, dass dieser Schluss zu jenem Moment völlig berechtigt erschien.⁸⁶ Die Anzahl der Sterbehilfefälle hat sich zwischen 2003 und

⁸⁵ Rietjens, J. A. C., et al. (2009). Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Enquiry*, 6, S. 271-283; van der Heide, A., et al. (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *New England Journal of Medicine*, 356, S. 1957-1965.

⁸⁶ Die beiden o. g. Artikel berichten sogar über eine leichte Abnahme der Euthanasiefälle, während unsere Abbildung eine sehr schwache Zunahme zeigt. Dieser scheinbare Widerspruch entsteht deshalb, weil wir nur Fälle der aktiven Sterbehilfe zählen, während die Zahlen in den genannten Papers auch passive und indirekte Sterbehilfe umfassten. Dieser Unterschied ist

2008 stabilisiert. Aber ausgerechnet in dem Jahr der zweiten Publikation schnellte die Kurve wieder in die Höhe. Dennoch setzten die Befürworter der Sterbehilfe die 2009 veröffentlichten Ergebnisse auf ihre Fahne und argumentierten noch lange Jahre mit dieser Publikation,⁸⁷ obwohl die neueren Daten längst den Schlussfolgerungen widersprachen.

Wie oben gesagt hängt die Deutung der quantitativen Daten stark vom Standpunkt ab. Möglicherweise wird in der Auseinandersetzung zum Thema »schiefe Ebene« viel mehr von den Zahlen erwartet, als sie sagen können. Die qualitative Dynamik in den Ländern, in denen aktive Tötung zumindest teilweise erlaubt wird, ist aus meiner Sicht viel interessanter als die quantitativen Veränderungen.

Am Anfang der holländischen Sterbehilfeschichte steht keine spezielle Gesetzgebung, sondern lediglich die Weigerung der Richter, die Patiententötung strafrechtlich zu verfolgen. Die Gerichte sprachen in mehreren Fällen Ärzte frei, die auf die Bitte ihrer sterbenden, schwer leidenden Patienten hin ein tödliches Gift verabreichten. Es gab zu dieser Zeit noch keine breite gesellschaftliche Diskussion zu dieser Frage, sondern nur richterliche Beschlüsse, die in eher als Ausnahmen erscheinenden Situationen eine »Lücke« in der damaligen Gesetzgebung, die eine aktive Sterbehilfe eindeutig verbot, ausnutzten. Diese Beschlüsse wurden auch als Ausnahmen verfasst. So hat ein Gericht in Rotterdam, das einen Arzt freisprach, der einem Schwerkranken ein Gift verabreicht hatte, die folgenden Richtlinien formuliert: Ein Arzt könne dann und nur dann in einem solchen Fall von der Strafe befreit werden, wenn (1) der Patient an unerträglichen Schmerzen litt, (2) der Patient im vollen Bewusstsein aktiv und wiederholt nach der Euthanasie verlangte, (3) der Arzt dem Patienten verschiedene Alternativen zur Sterbehilfe anboten hatte, die aber vom Patienten alle abgelehnt worden waren, (4) es keine weiteren vernünftigen Lösungen dieses Problems gab, (5) die Entscheidung nicht vom Arzt allein, sondern nach Beratung mit anderen Personen gefallen war; (6) der Tod des Patienten kein »unnötiges Leiden« für andere Betroffene verursachte.⁸⁸

An dieser Stelle kommen wir zu einem sehr schwierigen Punkt unserer Diskussion. »Grau ... ist alle Theorie, und grün des Lebens goldner Baum«: Diesem Wort muss man zustimmen, obwohl es vom Teufel gesprochen wurde. Ein Gesetz ist

allerdings ohne Belang, weil weder die Abnahme aller Sterbehilfefälle noch die Zunahme der aktiven Sterbehilfefälle in den 2000er Jahre statistisch bedeutsam waren.

⁸⁷ Vgl. <http://slatestarcodex.com/2013/08/29/fake-euthanasia-statistics/#comment-298367>.

Aufgerufen April 2017.

⁸⁸ Zit. nach: Gomez, C. (1991). *Regulating Death*, New York: Free Press.

immer enger als die Realität. Deshalb ist es notwendig, dass Richter, auch bei Tötungsdelikten, genügend Spielraum in ihren Entscheidungen haben. Man darf nie »nie« sagen, denn die einzige ethische Regel, die ohne Ausnahme gilt, lautet, dass keine ethische Regel ohne Ausnahme gilt. So gibt es auch tragische Fälle, in denen alle Argumente versagen, und sogar eine aktive Sterbehilfe möglicherweise berechtigt und geduldet werden sollte. Im letzten Akt von Shakespeares »Julius Caesar« leistet der Soldat Strato dem entehrten und geschlagenen Marcus Brutus aktive Beihilfe zum Suizid, und wer die Tragödie gelesen (oder noch besser: in einer guten Theateraufführung gesehen) hat, dem fällt es schwer, diese Tat zu verurteilen. Auch dürfen wir über die Vergangenheit nicht aus der Sicht von heute urteilen. Den Reichtum an Schmerzmitteln und anderen palliativmedizinischen Maßnahmen, über den wir jetzt verfügen, gab es noch vor wenigen Jahrzehnten nicht.

Wir wissen nicht, wie viele Sterbehilfeeingriffe im stillen Einvernehmen zwischen Arzt, Patient und dessen Familie in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in anderen europäischen Ländern ausgeführt wurden. Dass dies ab und zu passiert ist, darüber besteht kein Zweifel. Weder Ärzte noch die Angehörigen der Patienten haben je darüber gesprochen. K. Yuill berichtet in seinem Buch »Assisted Suicide«, ⁸⁹ dass zumindest in Großbritannien und in Kanada mehrere Fälle – eher zufällig – ans Licht der Öffentlichkeit gelangt sind, in denen Ärzte den Patienten absichtlich tödliche Mittel bereitgestellt haben, mit denen sich die Patienten dann umbrachten. In diesen seltenen offengelegten Fällen befassten sich Gerichte mit der Sache und – genauso wie in den Niederlanden – ließen sie die Ärzte laufen. Ich sehe keinen Grund zu glauben, dass es in Deutschland keine Ausnahmefälle dergleichen Art gab – man erfährt, wie gesagt, nur zufällig davon. Das *Bewusstsein*, dass eine solche Handlung eigentlich immer ein Unrecht ist, dass aber in diesem einen Fall tragischerweise keine andere Lösung gefunden werden konnte, bleibt dabei unberührt. Die Ärzte, die diese Entscheidung trafen, taten dies im vollen Wissen um ihre eigene Verantwortung, die nicht auf einen Dritten oder eine abstrakte Regel abgeschoben werden konnte.

Dieses Bewusstsein ist in den Niederlanden abhandengekommen. Möglicherweise hat K. Yuill in der Hinsicht Recht, dass sich die faktische und rechtliche Situation der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden eine Zeitlang nicht von der Situation in anderen westlichen Ländern unterschied; was sich unterschied, war die

⁸⁹ Yuill, K. (2015). *Assisted Suicide*. Palgrave McMillan.

sozialpsychologische Situation. Den als Ausnahmen gefassten richterlichen Entscheidungen folgte eine immer stärker politisierte Sterbehilfebewegung, jeder Fall einer Patiententötung wurde an eine große Glocke gehängt, und aus individuellen menschlichen Tragödien, die es immer wieder gibt und – hoffentlich seltener, aber dennoch – immer wieder geben wird, entwickelte sich der Wahn eines *Menschenrechts zu sterben*. Für Journalisten war die Tötung von Alten und Kranken ein begehrter Sensationsstoff, für Juristen die langersehnte Gelegenheit, noch weitere Bereiche des menschlichen Lebens (Sterbens) unter Regelzwang zu setzen, für Politiker eine Profilierungsoption, für Ärzte ... über die Ärzte sprechen wir weiter unten im Detail.

Diese Prozesse haben vor dem Hintergrund der katastrophalen Lage der holländischen Palliativmedizin gewirkt, deren schwarzafrikanischer Zustand einen starken Kontrast mit der in sonstigen Hinsichten sehr modernen Gesellschaft bildete. Die Schwerkranken, die buchstäblich in ihrem Leiden liegengelassen wurden, haben im schnelleren Ableben einen Ausweg gesehen. Verschiedene kulturelle Faktoren wie u. a. der typisch holländische Individualismus und die erfolgreiche Leugnung jeglicher Zusammenhänge mit den Euthanasiebewegungen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben den Rest getan. Alle Versuche, die aktive Tötung nur auf Ausnahmesituationen zu beschränken, in denen man wirklich keine andere Möglichkeit fand, einen unheilbar Kranken im Endstadium der Krankheit von seinem Leiden zu befreien, und in denen dieser Kranke um die Sterbehilfe auch ausdrücklich bittet, schlugen fehl. Tausende Patienten wurden getötet, obwohl die aktive Sterbehilfe nach wie vor unter Strafe stand und die Ärzte, die an diesen Tötungen teilnahmen, juristisch gesehen Mörder waren. Aber ihre Taten wurden »toleriert«, d. h. das Gesetz, nach welchem die Täter in den Knast gehen sollten, wurde nicht angewendet.

Die wichtigste, wenn nicht die einzige Begründung der Patiententötung, die zu jener Zeit durch das Volk ging und mit der die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden salonfähig gemacht wurde, war die Notwendigkeit, Patienten von ihrem unerträglichen Leiden zu erlösen. Eine tiefe Ironie der Geschichte bestand darin, dass ausgerechnet Holland das Land war, dessen Ärzte sich während der Besatzung durch Nazi-Deutschland explizit geweigert haben, Befehle deutscher Ärzte zur Eliminierung von »unwertem Leben« auszuführen. Dass auch die Geschichte der deutschen Euthanasieaktionen (wie übrigens die Geschichte aller Euthanasiebewegungen vor dem 2. WK) sehr stark mit denselben Argumenten der »notwendigen

Erlösung« und des »Rechts auf Sterben« gearbeitet hat, wurde 40 Jahre danach völlig vergessen.

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts verbesserte sich die palliativmedizinische Hilfe in ganz Europa und sehr deutlich auch in den Niederlanden. Damit verdrängte das Thema Patientenautonomie im Diskurs über die aktive Sterbehilfe langsam aber sicher das Thema Schmerz und Leid. Es wurde erklärt, keiner zwingt ja einen Patienten zu sterben, sondern es gehe lediglich darum, dass er selbst über sein Leben und seinen Tod entscheiden dürfe. Dabei sind die Niederlande ein zivilisiertes Land mit einer guten Statistik. Es war kein Geheimnis, dass jährlich mindestens eine hohe dreistellige Zahl Patienten *unfreiwillig* umgebracht wurden. So sind 1990 in den Niederlanden 128 824 Menschen gestorben.⁹⁰ Eine großangelegte und schnell bekannt gewordene soziologische Studie kam zu dem Schluss, dass mindestens 0,8 % der Todesfälle durch aktive ärztliche Handlungen »ohne explizite und aufdringliche Bitte« von Patienten erfolgten.⁹¹ Das macht mehr als 1030 Tötungen im Jahr 1990. Der Rimmelink-Bericht, deren eine Autorin die Autorin der zitierten Arbeit war, behauptet zu dieser Zahl, dass in 59 % der Fälle die Ärzte sich auf frühere Äußerungen der Patienten oder auf indirekte Hinweise, dass der Patient in einem solchen Zustand nicht leben wolle, stützten; in den restlichen 41 % habe es einfach keine Zeit gegeben, den Patienten nach seiner erforderlichen »klaren und wiederholten Bitte« zu fragen. Ich würde den Leser entscheiden lassen, ob er deshalb getötet werden will, weil er einmal ausgerufen hat »Ich will in diesem Zustand nicht leben!« und dieser Ausruf Jahrzehnte später zur Begründung für seine Tötung herangezogen wird, oder lieber deshalb, weil man keine Zeit findet, mit ihm zu reden. Als weitere Berechtigung der unfreiwilligen Euthanasie wird an dieser Stelle auch der bewusstlose Zustand des Patienten angeführt, z. B. Koma. Ein bewusstloser Patient *leidet* aber *per Definition nicht* und kann daher nicht zwecks »Erlösung vom unerträglichen Leiden« euthanasiert werden.

Dabei war 1990 ein Jahr wie alle anderen. Eine Schätzung aus dem Jahr 2010, d. h. 20 Jahre später, spricht von 310 unfreiwillig umgebrachten Patienten.⁹² All diese und andere Daten sind zugänglich, aber in der gesellschaftlichen Diskussion wurden sie ignoriert. Das Vorhandensein von veröffentlichten Fakten bedeutet

⁹⁰ https://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_the_Netherlands#Births_and_deaths. Aufgerufen Januar 2018

⁹¹ Pijnenborg, L. (1995). End-of-life decisions in Dutch medical practice. Doctoral Diss. at the Erasmus University of Rotterdam, Zit. S. 30.

⁹² <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/bevolking/nieuws/default.htm>. Aufgerufen Januar 2018

noch keine Bereitschaft der Öffentlichkeit, diese Fakten zu kennen. Der offensichtliche Widerspruch zwischen dem »Mitleid mit Patienten mit unerträglichen Schmerzen« und der Abschachtung von Bewusstlosen, die keine Schmerzen empfinden können, hat die Gesellschaft genauso wenig gestört wie der andere, zwischen der gebetsmühlenartigen Wiederholung des Arguments über Freiwilligkeit und Liberalität einerseits und der alltäglichen Tötung von Patienten gegen ihren Willen andererseits.

Das vom holländischen Parlament 2001 verabschiedete Gesetz über die aktive Sterbehilfe war keine »Liberalisierung«, wie auch immer man dieses Wort missdeuten will, sondern im Gegenteil der Versuch, die bereits laufende Welle der Tötungen zu dämpfen, indem man diesem Prozess einen rechtlichen Rahmen gab. So baut man für einen wilden Strom ein breites Bett, nicht um den Strom noch breiter zu machen, sondern um dessen Bewegung zumindest eine Ordnung zu geben.

Schon während der Arbeit an diesem Buch nahm ich an einer kleinen Bürgerinitiative teil, die für den Bau einer Schulmensa kämpfte. Nachdem der Kampf erfolgreich beendet war (die Mensa wird gebaut, und zwar an dem Ort, an dem wir sie sehen wollten), hat sich unsere Gruppe aufgelöst, denn unser Ziel wurde erreicht. Was soll aber mit den zahlreichen Initiativen und Organisationen passieren, die zwei Jahrzehnte lang für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gekämpft haben, nachdem sie legalisiert worden ist? Jeder, der den Prozess naiv beobachtet hätte, sollte natürlich erwarten, dass der Kampf beendet wird und dass sich diese Strukturen ebenfalls auflösen, da ihr Ziel ja erreicht ist! Ich kenne aber keinen solchen Fall.⁹³ Das niederländische Gesetz von 2001, das zum ersten Mal eine vorsätzliche Tötung unter bestimmten Umständen offiziell straffrei gemacht hat, löste bei den Befürwortern der Sterbehilfe keinen Ausbruch der Begeisterung aus. Im Gegenteil wurde sofort behauptet, dass das Gesetz »nicht weit genug« gehe. Es sind aus der Sicht der Tötungsideologen immer noch zu viele Patientengruppen geblieben, deren Tötung als Mord qualifiziert wurde. Ein Vampir wird eben nie satt.

Das Gesetz wiederholte im Wesentlichen die Richtlinien, die das Rotterdamer Gericht 1981 vorgegeben hatte, und stellte fest, dass, obwohl die aktive Sterbehilfe inklusive Beihilfe zum Suizid der Gegenstand des Strafgesetzbuches bleibt, ein Arzt von der Strafe befreit wird, falls er (a) vollkommen sicher ist, dass der Patient

⁹³ Auch der Historiker K. Yuill (»Assisted Suicide«, 2015) findet keinen Fall in der Geschichte, in der eine Organisation, deren explizites Ziel die Durchsetzung der legalen Sterbehilfe war, ihre Aktivität eingestellt hätte, nachdem das Ziel erreicht wurde.

selbst um die Sterbehilfe bittet und dass diese Bitte freiwillig und wohlüberlegt ist, (b) vollkommen sicher ist, dass der Patient unerträglich leidet und dass es keine Besserungsmöglichkeit gibt, (c) den Patienten über dessen Lage und Prognose vollständig informiert, (d) die Lage nochmals mit dem Patienten bespricht, um sich zu vergewissern, dass es wirklich keine andere Lösung des Problems gibt, (e) noch mindestens einen zweiten Arzt hinzuholt, der den Patienten unabhängig vom ersten Arzt untersucht und schriftlich bestätigt, dass der erste Arzt alle obigen Punkte (a) bis (d) erfüllt hat, (f) die Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid mit maximaler Sorgfalt und Aufmerksamkeit ausführt.

Das also war für die Tötungsideologen viel zu wenig. Bald folgte das *Groningen Protocol*, das eine straffreie Euthanasie für Kinder einschließlich Neugeborener verlangte, sowie der *Dijkhuis Report*, der vorschlug, allen Sterbewilligen unabhängig von ihrem Gesundheitsstatus Beihilfe zum Sterben zu gewährleisten. Dass diese Gesetzesvorschläge abgelehnt wurden, was vielen tausenden Niederländern das Leben gerettet hat, verdankt sich wahrscheinlich den großen politischen Ereignissen, über die wir oben bereits gesprochen haben. Nach dem Machtverlust der Sozialisten, die der politische Arm und Kopf der Sterbehilfebewegung waren, nahmen die Nachfolgeregierungen zwar das frühere Sterbehilfegesetz nicht zurück, lehnten aber alle Vorschläge zu dessen Erweiterung ab.

Längst bevor das Gesetz in Kraft getreten ist, wurde es schon hundertmal übertreten. Weder vor noch nach 2001 wurden die Ärzte bestraft, die sich nicht vergewissert hatten, dass sich der Patient seine Bitte sorgfältig überlegt hatte, oder die keinen zweiten Arzt hinzugeholt hatten, oder wohl einen zweiten Arzt hinzuholten, dieser aber den Patienten nicht selbständig untersuchte, sondern die Ergebnisse der Untersuchung des ersten Arztes bedenkenlos akzeptierte; usw. Es gibt keinen Punkt von (a) bis (f) oben, gegen den nicht straffrei verstoßen wurde. Wenn es um die Tötung von Kranken geht, finden sich mildernde Umstände immer.

Im Fall Chabot wurde eine 50-jährige Patientin mit diagnostizierter Depression getötet, einfach, weil sie sich weigerte, antidepressive Medikamente einzunehmen. Das Gericht beschloss, dass ein assistierter Suizid auch in dem Fall erlaubt werden kann, wenn ein Patient an keiner körperlichen Krankheit leidet und sich nicht in einem terminalen Zustand befindet, und dass der Sterbewunsch einer geistig kranken Person, wenn auch kausal mit ihrer geistigen Krankheit verbunden, dennoch Ausdruck ihres freien und autonomen Willens sein kann. Es beschloss, dass der Arzt das Gesetz insoweit verletzt hat, als dass die Weigerung der Patientin, sich

behandeln zu lassen, nicht bedeutete, dass es zur Euthanasie »keine Alternative« gegeben hat. Nur aus diesem letzteren Grund wurde der Arzt vom Gericht schuldig gesprochen – aber nicht bestraft.⁹⁴

Im Fall Brongersma hat ein Arzt Beihilfe zum Selbstmord für einen 86-jährigen Mann geleistet, einen ehemaligen Politiker und bekennenden Pädophilen, der keine schwere körperliche Krankheit hatte. Er litt darunter, dass ihm Wirkungskreis und Freundeskreis fehlten; er empfand sein Leben als langweilig.⁹⁵ Es wird außerdem berichtet, dass er ab und zu von Menschen angegriffen wurde, die ihn wegen seiner übermäßigen Neigung zu jungen Knaben hassten und z. B. Steine in die Fenster seines Hauses warfen.⁹⁶ Man kann mit dem alten Pädophilen Mitleid haben oder nicht, wenn aber die Berichte stimmen, dass er angegriffen wurde, dann musste die Polizei ihm Schutz gewähren; dennoch hatten seine Probleme mit dem »unerträglichen Leiden« im medizinischen Sinne offensichtlich nichts zu tun. Auch hier wurde der Arzt schuldig gesprochen und nicht bestraft. Das Gericht beschloss, dass der Angeklagte zwar an einer vorsätzlichen Tötung schuldig gewesen sei, aber »aus großer Sorge um den Patienten« gehandelt habe – ein Argument, das wahrscheinlich viel breiter angewendet werden könnte, denn z. B. ein Mord aus religiösem Fanatismus wird auch in der Regel aus »großer Sorge um die öffentliche Morak« begangen.

Vor allem sind die Punkte (a) und (b) des Gesetzes, nämlich die Forderung, dass ein Patient aktiv, wiederholt und wohlüberlegt die Bitte um Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid äußert, und dass er dabei unerträglich leidet, längst obsolet. Im Fall Van Oyen (1998) hat der Arzt weder einen zweiten geholt, noch die Lage mit dem Patienten besprochen und nach Alternativen gesucht (Verstoße gegen (b), (d) und (e)). Er wurde schuldig gesprochen aber sehr milde bestraft (keine Freiheitsstrafe). In den Niederlanden reicht es vollkommen aus, dass ein Arzt *glaubt*, dass Ihre Lebensqualität zu niedrig sei – und schon sind Sie tot. Mindestens Hunderte solcher Toten hat es bereits gegeben. Es gibt einfach keine Möglichkeit, das Gesetz

⁹⁴ Griffiths, J. (1995). Assisted suicide in the Netherlands: The Chabot case. *The Modern Law Review*, 58, 2, 232-248.

⁹⁵ Sheldon, T. (2003). Being »tired of life« is not grounds for euthanasia. *British Medical Journal*, 326, S. 71; de Vries, U. (2004). A Dutch perspective: The limits of lawful euthanasia. *Annals of Health Law*, 13(2), S. 365-392.

⁹⁶ Vgl. Cohen-Almagor, R. (2004). *Euthanasia in the Netherlands: The Policy and Practice of Mercy Killing*. Dordrecht, Kluwer.

vom 2001 auf eine solche Art und Weise zu brechen, dass die Richter keine Ausrede würden finden können und den Täter würden bestrafen müssen.⁹⁷

In schräger Lage: Weitere Beispiele

Zu den anderen Ländern mit legaler Patiententötung gibt es weniger gesicherte Information als zu den Niederlanden, aber es lässt sich vermuten, dass zumindest in Europa die Tendenzen ähnlich sind. *Belgien* führte legale aktive Sterbehilfe ein Jahr nach den Niederlanden ein, ohne dass es davor eine vergleichbare Tötungswelle gegeben hätte wie im benachbarten Land. In der Abbildung auf S. 107 kann man sehen, dass die Zunahme der Sterbehilferate in Belgien steiler ist als bei den nördlichen Nachbarn. Während es 2003 in Belgien sechsmal weniger Fälle der aktiven Sterbehilfe pro 100 000 Bevölkerung gab als in den Niederlanden, waren es 2013 nur zweimal weniger. Die belgische Gesellschaft macht sich also die Mühe, das Nachbarland so schnell wie möglich einzuholen.

Wie in den Niederlanden schrieb das belgische Euthanasiegesetz vor, dass, da die Patientenautonomie den höchsten Wert habe, eine Tötung auf Verlangen nur dann straffrei sei, wenn dieses Verlangen das Ergebnis einer rationalen und autonomen Entscheidung eines mündigen, aufgeklärten und völlig kompetenten Patienten ist. Zwölf Jahre später wurde dieses Prinzip der Autonomie und Rationalität über den Haufen geworfen: Kranke Kinder dürfen jetzt getötet werden, obwohl sie nach Definition nicht autonom und rational entscheiden können. Wenn jetzt ein belgisches Kind eine Flasche Wodka kaufen will, dann kann man ihm dies verbieten, weil sein Wunsch unvernünftig sei und seine Unreife offenbare, denn das Kind habe keine Einsicht darin, wie schädlich Alkohol für es selbst sein kann. Wenn dasselbe Kind aber sterben will, dann ist sein Wunsch als Ausdruck seiner Selbstbestimmung vollkommen ernst zu nehmen; offensichtlich ist der Tod weniger schädlich als der Alkohol. Ein Kleinkind kann in Belgien getötet werden, weil die anderen (Eltern und Ärzte) meinen, dass es unerträglich leide bzw. dass seine

⁹⁷ Obwohl ich die niederländische Rechtsprechung im Allgemeinen nicht beurteilen kann, darf ich Hinweise dortiger Politiker/innen erwähnen, dass die Gerichte insgesamt viel empfindlicher gegenüber den Gefühlen der Täter eingestellt sind als jenen der Opfer. »In den Niederlanden ist die Wahrscheinlichkeit für eine Frau vergewaltigt oder belästigt zu werden tatsächlich höher als die Wahrscheinlichkeit, dass der jeweilige Täter verurteilt wird«, meint z. B. Dilan Yesilgöz, eine Gemeinderätin der Stadt Amsterdam (Zit. nach <http://www.welt.de/vermishtes/article150677643/Verdammt-Leute-Wo-ist-die-Wut.html>; aufgerufen Januar 2018). Allerdings haben Frauen immerhin mehr Möglichkeiten sich zu wehren als viele der Patienten, von denen dieses Buch handelt.

Lebensqualität zu niedrig sei. Auch abgesehen von den Kindern ist die Anzahl von jungen, körperlich gesunden, wahrscheinlich schwer depressiven Erwachsenen, die Beihilfe zum Suizid statt angemessener Therapie bekommen, in Belgien besonders hoch.⁹⁸ In der letzten Zeit wird das Parlament von Vorschlägen, dessen Ziel die weitere Zunahme der aktiven Sterbehilfe ist, bombardiert: Patienten, die unfähig sind, ihren Wunsch zu äußern, sollten ohne weiteres euthanasiert werden (Gesetzesvorschlag von 2013⁹⁹); die Patientenverfügung, die bisher fünf Jahre lang gilt, sollte uneingeschränkt gültig sein¹⁰⁰; ein Arzt, der seinen Patienten nicht töten will, soll verpflichtet werden, einen anderen, willigen Arzt zur Verfügung zu stellen.¹⁰¹ Bisher sind diese Gesetzesvorschläge nicht angenommen worden, und man kann gespannt sein, wie lange der belgische Gesetzgeber den Druck des tötungsbesessenen Teils der Öffentlichkeit aushalten kann.

Eine rätselhafte Besonderheit der aktiven Sterbehilfe in Belgien ist ihre starke ethnische Asymmetrie. Während der Anteil der Flamen in der belgischen Bevölkerung etwa 60 % beträgt,¹⁰² sind mehr als 80 % aller Euthanasiefälle Flamen, und die Wallonen sind in der Sterbehilfestatistik deutlich unterrepräsentiert.¹⁰³ Die genauen Gründe hierfür sind bisher unbekannt. Jedenfalls kann die besondere Verbreitung der aktiven Sterbehilfe unter der flämischen Bevölkerung nicht einfach konfessionell erklärt werden, da die meisten Flamen, wie auch die Wallonen, sich – zumindest formal – zur katholischen Kirche bekennen.

⁹⁸ http://www.focus.de/politik/ausland/sterbehilfe-wegen-selbstmordwunsch-sie-ist-24-jahre-gesund-und-will-sterben-und-die-aerzte-helfen-ihr-dabei_id_4781156.html. Aufgerufen April 2018.

⁹⁹ <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1013/54K1013001.pdf>.

¹⁰⁰ <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1014/54K1014001.pdf>.

¹⁰¹ <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1015/54K1015001.pdf>.

¹⁰² https://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Belgium#Ethnic_groups. Aufgerufen Dezember 2016

¹⁰³ <http://www.ieb-eib.org/fr/document/belgian-euthanasia-increases-by-89-in-four-years-382.html>. Aufgerufen Dezember 2016

In der *Schweiz* kann die Vorgeschichte der Sterbehilfe bis ans Ende des 19. Jahrhunderts verfolgt werden, als Carl Stooß, der in den juristischen Kreisen als einer der Gründerväter des Schweizer Rechts betrachtet wird, in seinem im Auftrag des Bundesrates verfassten Entwurf zwei Beispiele einer Tötung vorbrachte, die seiner Meinung nach aus »achtenswerten Beweggründen« verübt wird. Das eine uns bereits gut bekannte Beispiel ist ein Arzt, der einem unerträglich leidenden Patienten eine Überdosis Morphium gibt. Das zweite Beispiel ist für den gegenwärtigen Leser etwas befremdlicher: Ein Vater, der seine »geschändete Tochter« auf ihre Bitte hin ermordet. In diesen beiden Fällen, so Stooß, soll die Freiheitsstrafe zwar nicht ausgesetzt, aber wesentlich herabgesetzt werden. Wir müssen uns gut überlegen, ob unsere heutigen Vorstellungen über die »achtenswerten Gründe« für die Tötung eines Menschen nicht in 100 Jahren genauso entsetzlich aussehen werden, wie heute die Vorstellungen eines hochgebildeten Juristen aus dem Jahr 1893.

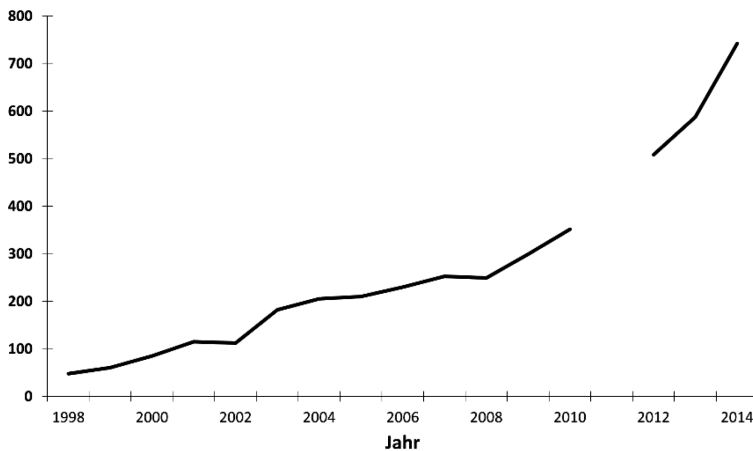


Abbildung 4. Anzahl von Beihilfen zum Suizid in der Schweiz pro Jahr. Die Zahlen für 2010 und 2011 konnte ich nicht finden; mutmaßlich sollen sie zwischen 299 (2009) und 508 (2012) liegen.

Es gibt entgegen der weitverbreiteten Meinung keine Straffreiheit für die aktive Sterbehilfe in der Schweiz, sondern nur eine Gesetzeslücke, indem das Strafrecht von 1942 jegliche Beihilfe zur Selbsttötung »aus selbstsüchtigen Beweggründen« mit Zuchthaus oder Gefängnis bestraft, wobei in den Begriff »selbstsüchtig« nicht nur der materielle Profit, sondern sehr weit genommen auch Hass, Eifersucht oder

einfach »Bosheit« mit eingeschlossen werden. Dennoch bleibt in diesem Gesetzestext unklar, was mit demjenigen zu tun ist, der Beihilfe zum Suizid oder sogar Anstiftung zum Suizid begeht und bei dem aus dem breiten Spektrum der Definitionen von »Selbstsucht« keine einzige festgestellt werden kann. Nach dem allgemeinen rechtlichen Grundsatz »was nicht explizit verboten ist, ist erlaubt« sollen diese Personen straffrei bleiben. Später wurde die Sterbehilfediskussion vom jungen Jurist Fritz Hauser angestoßen, der in seiner Promotionsarbeit 1952 explizit auf die Literatur verwies, die auch für die nationalsozialistische Euthanasiepolitik eine Grundlage bildete. Im Gegensatz zu Deutschland war dies in der Schweiz unproblematisch. Aufgrund solcher Aufrufe und mit ihnen verbundenen, aber vom Bundesrat oder Nationalrat immer wieder abgelehnten Sterbehilfeinitiativen wurde 1982 die Initiative EXIT gegründet, die die oben genannte Gesetzeslücke ausbeutet. Zusammen mit der kleineren Schwesterorganisation ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) im frankophonen Teil des Landes stiftet EXIT jährlich Hunderte Menschen zum Suizid an und stellt ihnen dann die Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung.

Abbildung 4 berücksichtigt allerdings nur die Schweizer Bürger. Hinzu kommen noch ca. 100-120 »Sterbetouristen« pro Jahr,¹⁰⁴ ungefähr die Hälfte davon aus Deutschland. Diese Menschen, die von EXIT und ADMD in ihre Tötungsvereine verführt werden, müssen übrigens auch einen Beitrag zahlen, der von den Eidesgenossen besteuert wird; d. h. jeder Ausländer, der in die Schweiz mit der Absicht kommt, dort zu sterben, bringt Geld in die Staatskasse.¹⁰⁵

Im Gegensatz zu Belgien und den Niederlanden wird die Beihilfe zum Suizid (aktive Sterbehilfe im engeren Sinne wird strafrechtlich verfolgt) in der Schweiz ausschließlich von medizinischen Laien, u. a. auch von evangelischen Pfarrern betrieben, während die Ärzteschaft diese Maßnahmen nach wie vor ablehnt. Ähnlich wie in den anderen Ländern beruhen hier die Erfolge der Sterbehilfebewegung auf der totalen Leugnung jeglicher Zusammenhänge mit der früheren europäischen Euthanasieideologie. Die Tatsache, dass die schlimmsten Verbrechen dieser Art in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von Deutschen organisiert und durchgeführt wurden, gibt den Sterbehilfeanhängern der benachbarten Länder den will-

¹⁰⁴ <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/321031/umfrage/anzahl-der-sterbehilfe-touristen-in-der-schweiz-nach-herkunftslandern/>. Aufgerufen Januar 2018.

¹⁰⁵ <http://www.blick.ch/news/politik/statistik-zur-sterbehilfe-in-der-schweiz-gibts-jedes-jahr-300-begleitete-suicide-id1825144.html>. Aufgerufen April 2018.

kommenen Grund zum Glauben, dass das ideologische Gebilde, das diesen Verbrechen zugrunde lag, eine begrenzt deutsche Erscheinung sei. Es wird dabei verdrängt, dass die Euthanasieideologie jener Zeit ein gesamteuropäisches Phänomen war, das weder an den damaligen Reichsgrenzen noch an den heutigen Grenzen der Bundesrepublik Halt machte. Die Ideen von »unwertem Leben«, von der »reinen Rasse«, von der Notwendigkeit, die Volksgesundheit wenn nötig mit drastischen Maßnahmen zu verteidigen, wurden von britischen oder französischen Wissenschaftlern genauso unkritisch empfunden und weiterentwickelt wie von den Deutschen. Diese Erinnerungen werden aber in einigen Nachbarländern verdrängt. Das sei ja ein völlig anderes Volk »da drüben im Norden« (in Holland: »da drüben im Osten«), das, haben sie mal gehört, irgendwelche Untaten beging; sie seien es natürlich nicht gewesen; ihre Westen seien schneeweiß; ihre Beweggründe seien modern und fortschrittlich und hätten mit jenem Gedankengut von vorgestern nichts gemeinsam.

Eine andere Ähnlichkeit besteht darin, dass auch in der Schweiz immer wieder versucht wird, immer neue Gründe und Begründungen für die Tötung zu finden und damit den Kreis der Getöteten stets zu erweitern. Am Anfang nur die Patienten, die sich vermutlich schon in einem Sterbeprozess befinden und von unerträglichen körperlichen Leiden (v. a. Schmerzen) erlöst werden sollen; dann alle Schwerkranken, auch wenn ihr Leiden noch behandelbar ist; dann Lebensmüde; dann alle Personen, die anscheinend autonom nach dem Tod verlangen; schließlich alle und jeder, von dem wir, die Gesunden, meinen, es gehe ihm nach unserem Verständnis nicht gut genug.

In *den USA* wird der ärztlich assistierte Suizid (aber keine aktive Sterbehilfe im engeren Sinne) seit 1998 in Oregon, seit 2009 in Washington und seit 2013 in Vermont unter strengen Bedingungen erlaubt. Wie man auf den Abbildungen 14-16 sehen kann, nimmt die Zahl der Personen, die mit ärztlicher Hilfe Selbstmord begehen, in Oregon und Washington, wie auch in den oben angesprochenen europäischen Ländern, ständig zu. In Oregon ist die Anzahl der Patienten, deren Antrag auf ein Todesmittel bewilligt wurde, in 17 Jahren um das 6,5fache gewachsen, in Washington in sechs Jahren um das 2,2fache. Obwohl nicht alle Patienten, die nach ihrer Anfrage ein Todesmittel bekommen, dieses auch einsetzen und daran sterben, sind die Wachstumsraten auch für diejenigen, die das Todesmittel tatsächlich verwendet haben, fast identisch.

Es gibt im Gegensatz zu den europäischen Ländern wenig Information über die möglichen *qualitativen* Veränderungen im Sterbehilfeprofil von Oregon und Washington. Auch war ich nicht in der Lage, aus diesen Staaten Berichte über Ärzte zu finden, die gegen das Sterbehilfegesetz verstoßen haben und dennoch von der Strafe verschont wurden. Es entsteht zumindest der Eindruck, dass die Auflagen, die das Gesetz macht (egal wie sinnvoll diese Auflagen sind) in den USA deutlich strenger beachtet werden als in Belgien und den Niederlanden.

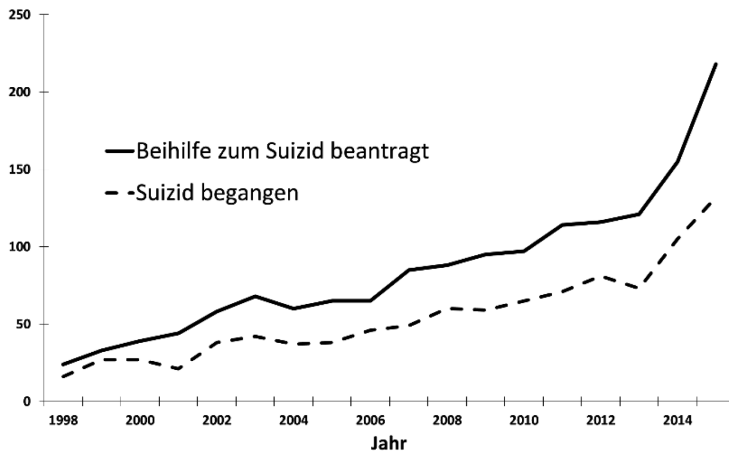


Abbildung 5: Anzahl der Patienten pro Jahr, die im US-Bundestaat Oregon seit Inkrafttreten des Gesetzes »Death with Dignity« Beihilfe zum Suizid beantragt (durchgezogene Linie) und dann den Suizid tatsächlich begangen haben (gestrichelte Linie). Die Differenz zwischen den zwei Linien bilden erstens Patienten, die aufgrund der Krankheit gestorben sind, ohne das ihnen zur Verfügung gestellte Todesmittel zu benutzen, zweitens solche, deren Schicksal unbekannt bleibt.¹⁰⁶

Merkwürdig ist, dass Oregon, das als erster US-Bundestaat Beihilfe zum Suizid liberalisiert hat, sich insgesamt durch eine hohe (und steigende) Suizidrate innerhalb der USA auszeichnet.¹⁰⁷ Diese Tatsache wirft die Frage auf, inwieweit der legale Status der aktiven Sterbehilfe die Akzeptabilität des Todes insgesamt beeinflusst. Man merke, dass diese Suizidstatistik die Patienten, die Selbstmord mit der

¹⁰⁶ Quelle: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>. Aufgerufen Januar 2018.

¹⁰⁷Vgl.:

http://www.oregonlive.com/living/index.ssf/2013/05/why_oregons_suicide_rate_is_am.html. Aufgerufen Januar 2018.

ärztlichen Beihilfe begehen, nicht einschließt, da laut der Definition, die die Gesetze der amerikanischen Staaten geben, ihre Handlungen nicht als Suizid gelten. Einige Sterbehilfegegner haben v. a. aufgrund der Zahlen aus Oregon über einen kausalen Zusammenhang zwischen Straffreiheit des assistierten Suizids und der insgesamt hohen Suizidrate spekuliert: Mit der Legalisierung sei ein Selbstmord zur sozialen Norm erhoben worden.¹⁰⁸ Unter den Sterbehilfebefürwortern kursiert eine noch merkwürdigere Hypothese: Gerade das Bewusstsein dessen, dass man zu jedem Augenblick sein Leben mit freundlicher Hilfe der anderen beenden kann, sollte einen Menschen von der tatsächlichen Beendigung seines Lebens eher abbringen. Diese Idee wird besonders aktiv von der Schweizer Tötungsorganisation EXIT propagiert.

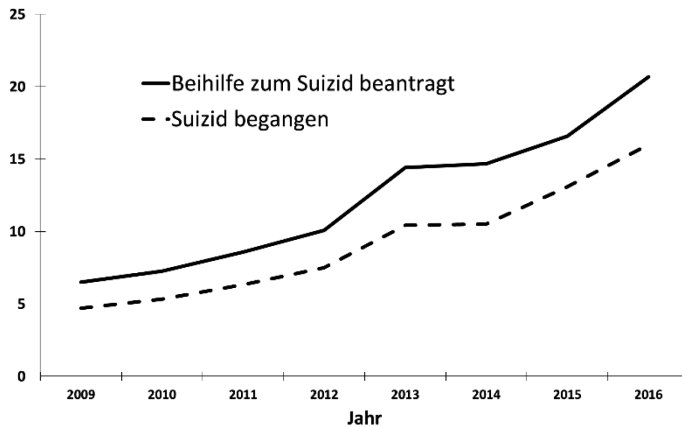


Abbildung 6: Anzahl der Patienten pro Monat, die im US-Bundestaat Washington seit Inkrafttreten des Gesetzes »Death with Dignity« Beihilfe zum Suizid beantragt (durchgezogene Linie) und dann den Suizid tatsächlich begangen haben (gestrichelte Linie). Die **monatliche** (statt jährlicher) Rate wird dargestellt, da 2009 das Gesetz nicht vom Anfang des Jahres galt.¹⁰⁹

Für die letzte Hypothese gibt es natürlich nicht den geringsten empirischen Beleg. Wenn das Bewusstsein, dass ich mein Lebensende jederzeit einfordern kann, mich

¹⁰⁸ Vgl.: <http://www.lifenews.com/2015/06/08/thanks-to-assisted-suicide-oregons-suicide-rates-are-some-of-the-highest-in-the-nation/>. Aufgerufen Dezember 2016.

¹⁰⁹ Quellen: <http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct>; <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2016.PDF>.

beruhigt und von den Gedanken an dieses Lebensende ablenkt, dann sollte natürlich nicht nur die Suizidrate mit der Legalisierung der Sterbehilfe sinken, sondern vor allem die Häufigkeit der Anfragen auf die Sterbehilfe. Wie wir gesehen haben, ist genau das Gegenteil der Fall, die Nachfrage steigt überall. An dieser Stelle argumentieren die Sterbehilfeanhänger, dass dieser anfängliche Anstieg in der ersten Zeit nach der Legalisierung durch das gestiegene Bewusstsein der neuen Möglichkeiten erklärbar ist, während sich die mutmaßliche »beruhigende« Wirkung später zeigen soll. In Anbetracht dessen, dass in den Niederlanden aktive Sterbehilfe bereits seit fast 40 Jahren straffrei praktiziert wird, muss dieses »später« offensichtlich sehr spät sein.

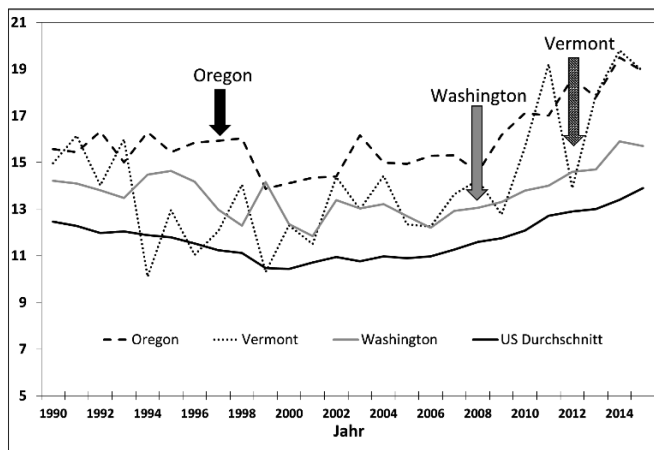


Abbildung 7: Die Selbstmordrate (pro 100 000 Einwohner) in den drei US-Bundestaaten, in denen die Sterbehilfe in Form des ärztlich-assistierten Suizids erlaubt ist. Der Moment des Inkrafttretens des »Death with Dignity Act« in jedem Staat wird durch Pfeile angezeigt.¹¹⁰

Aber auch für die entgegengesetzte Hypothese der Sterbehilfegegner, dass eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids den Suizid im Allgemeinen gutheißt und

¹¹⁰ Daten kombiniert aus Orlando, J. (2013) Suicide rates. OLR Research Report 2013-R-0450, und <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2016/2016datapgs1b.pdf?ver=2018-01-15-211057-387> (aufgerufen Dezember 2016). Man merke, dass die Fälle der Beihilfe zum Suizid aus diesen Daten ausgeschlossen sind, da sie laut den entsprechenden Gesetzen nicht als Suizide gelten und ihre Statistik separat geführt wird (s. Abbildungen 13 und 14).

damit provoziert, fehlen klare Hinweise. Jahr für Jahr berechnet ist der Zusammenhang zwischen der allgemeinen Suizidrate und der Häufigkeit des assistierten Suizids weder in den amerikanischen Staaten noch in der Schweiz statistisch bedeutsam. Die Schwäche dieser Korrelation könnte in erster Linie dadurch erklärt werden, dass die Patienten, die eine Beihilfe zum Suizid bekommen, weniger als 10 % aller Selbstmörder (in Oregon) betragen. Die allgemeine Suizidrate hängt offensichtlich von sehr verschiedenen Faktoren ab, deren Analyse über unser Thema hinausgehen würde.

Fazit: Tektonische Veränderungen

Fassen wir jetzt zusammen. Die Antwort auf die Gretchenfrage, ob es eine schiefe Ebene in der Sterbehilfe gibt, hängt natürlich davon ab, was wir darunter verstehen. Befürworter der Sterbehilfe, die das Vorhandensein der schiefen Ebene vehement verneinen, argumentieren, dass die furchtbarsten Prognosen, wie die von Leo Alexander im Jahre 1949, nicht erfüllt wurden. Die Vermutungen, dass jede Art Legalisierung der aktiven (oder, noch radikaler, sogar der passiven) Sterbehilfe notwendigerweise zu ähnlichen Zuständen wie in Nazi-Deutschland führen wird, erwiesen sich als falsch. Das ist aber m. E. kein Wunder, weil die Entstehung des Nationalsozialismus in Deutschland in der Mitte des 20. Jahrhunderts vielschichtige historische, ideologische, sozialpsychologische Wurzeln hatte, und es wäre naiv zu glauben, dass sich die gleichen Gräueltaten wiederholen, nur, weil eine einzige Komponente in diesem hochkomplexen Wechselspiel wieder auftritt. Letztlich war die Massenvernichtung vom »unwerten Leben« nur eines in der langen Reihe der Verbrechen des Nationalsozialismus, das nicht getrennt von dessen anderen Missetaten betrachtet werden kann.

Das Ausbleiben des neuen Nationalsozialismus ist zweifellos eine gute Nachricht. Die anderen Nachrichten sind allerdings etwas weniger gut. Was die Quantität betrifft, nehmen die Zahlen der aktiven Sterbehilfe bzw. der Beihilfe zum Suizid in allen Ländern, in denen diese Aktionen erlaubt sind oder geduldet werden, stets zu. In den zehn Jahren vor 2013 wuchsen sie in den Niederlanden um das 2,6fache, in Belgien um das Siebenfache, in der Schweiz um das Dreifache, in Oregon um 70 %, in Washington verdoppelte sie sich in nur fünf Jahren. Eine gegenläufige Tendenz gab es nirgends und nie. Die Zeiten wie 2001-2005, als die Sterbehilfenzahlen in den Niederlanden stabil blieben, oder 2006-2009, als sie nur um wenige

Prozente im Jahr stiegen, waren Ausnahmen, die wahrscheinlich auf makrosoziale und politische Faktoren in diesem Land zurückzuführen sind, obwohl sie damals als »endgültiges Aus« für die Hypothese der schiefen Ebene gefeiert wurden.¹¹¹

Aber wie gesagt ist die Interpretation der quantitativen Daten immer zweideutig. Wichtiger sind qualitative Verschiebungen. Diese sind in Europa stärker ausgeprägt als in den USA und in den Niederlanden stärker als sonst wo. *Erstens* weichen die medizinisch-konkreten Begründungen der aktiven Sterbehilfe den abstrakt-philosophischen Begründungen aus. Die Zeiten, als man angeblich die Leidenden von ihrem Leid »erlösen« wollte, sind aus und vorbei. Heute heißt das Hauptargument die Autonomie im primitivsten und ungebildetsten Sinne dieses Wortes: Jeder, der mal sagt, dass er sterben will, soll auch zum Sterben Hilfe bekommen, egal ob er krank oder gesund ist, jung oder alt, geistig fit oder geistig krank, und ob er an starken Schmerzen oder an schierer Langeweile leidet oder gar nicht leidet. Wie oben bereits festgestellt, widersprechen diese zwei Begründungen einander, aber der Widerspruch wird von Sterbehilfeanhängern nicht notiert. Dieselben Menschen und Organisationen, die einst Patienten aus Mitleid mit deren Schmerzen umbringen wollten, wollen sie jetzt aus Respekt vor ihrer Autonomie umbringen. Noch 1974 benannte sich die US-amerikanische Euthanasiegesellschaft in die »Gesellschaft für das Recht auf Sterben« um; früher kämpfte sie für die Tötung von Schwerkranken, um die Gesellschaft im Ganzen gesünder zu machen; später kämpfte sie für die Tötung von Schwerkranken, um deren Recht auf Tod zu beschützen. Eine andere Sterbehilfeorganisation, vormals »Compassion in Dying«, nennt sich jetzt »Compassion and Choices«.

Diese Dynamik zeigt *zweitens*, dass die Argumente der Tötungsideologen meistens vorgeschoben sind. Wenn die aktive Patiententötung in den Niederlanden aus dem Grund erfolgen würde, der von Anfang an als der wichtigste Grund für Sterbehilfe in die gesellschaftliche Diskussion eingeführt wurde, dann gäbe es die aktive Sterbehilfe entweder gar nicht oder vielleicht nur in seltenen Einzelfällen. Denn dieser Grund (die fehlende Möglichkeit, schwerkranke und sterbende Patienten ausreichend symptomatisch zu behandeln) existiert in den letzten Jahrzehnten (in den Niederlanden spätestens seit Anfang 2000er) nicht mehr. Aber das macht nichts, weil, wenn die aktive Tötung einmal – aus welchem Grund auch immer – erlaubt wird, man immer neue Gründe dafür findet. Ganz einfach gesagt:

¹¹¹Rietjens, J. A. C., et al. (2009). Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Enquiry*, 6, S. 271-283.

Wenn ich Sie umbringen will, aber der Grund, warum ich Sie umbringen will, verschwunden ist, dann bringe ich Sie aus einem anderen Grund um.

Man kann sich kaum des Eindrucks erwehren, dass die vorgegebene Begründung für Sterbehilfe eine bloße Modeerscheinung ist; wie man in einem Jahrzehnt enge Hosen und kurze Röcke trägt, im einem anderen breite Hosen und lange Röcke, so wird der Kampf um die legale Patiententötung mal aus Mitleid, mal aus Respekt, mal zum Zweck der Volkshygiene geführt, je nachdem, welcher Slogan gerade »in« ist. Wie Hannah Arendt scharfsinnig anmerkt, wird in solchen Fällen die Moral auf ihre Etymologie reduziert und bedeutet nichts weiter als das lateinische »mores«: Manieren, Bräuche, Gepflogenheiten, die jeden Tag durch andere (passende, »zeitgemäße«) ausgetauscht werden können.¹¹² So wie wir im Westen Fleisch mit einer Gabel in der linken Hand und einem Messer in der rechten Hand essen, während das gleiche Fleisch in Mittelasien mit bloßen Fingern gegessen wird, so wird auch die Begründung für die aktive Sterbehilfe bloß eine Sache der kulturellen Vereinbarung, gestern so, heute anders, morgen wieder was anderes.

Drittens kommt (im scheinbaren Widerspruch zu dem steten Beharren der Tötungsideologen auf der Patientenautonomie und den Patientenrechten) die unfreiwillige Patiententötung immer häufiger ins Gespräch und wahrscheinlich auch zur Anwendung. Die Tötungen von Kindern, Bewusstlosen und anderen Patienten mit eingeschränkter Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit werden immer öfter berichtet. In den Niederlanden werden sie von der Judikative geduldet und von der Politik und vom breiten Publikum ohne Besorgnis betrachtet, in Belgien sind sie sogar teilweise legalisiert. Die Zahlen werden gerne als Prozentangaben berichtet: Unfreiwillige Euthanasie macht deutlich weniger als 1 % aller Sterbefälle aus. Erst wenn man dieses kleine Prozent in die absoluten Zahlen übersetzt, erfährt man, dass jeden Tag mindestens ein Mensch straflos umgebracht wird, ohne dass er je um die Sterbehilfe gebeten hat. Jede dieser Tötungen ist (jedenfalls in den Niederlanden) strafbar, aber keine wird bestraft. Nicht nur wird eine Demenzkrankheit als ausreichender Grund betrachtet, um einen Menschen zu eliminieren, sondern auch seine Angst, an einer Demenz zu erkranken. Das britische *Daily Telegraph* erwähnt eine an Altersdemenz leidende niederländische Patientin, die auch an Wahnvorstellungen litt; in einem angeblich »hellen« Augenblick äußerte sie sich: »Ja, ich will Sterbehilfe«, und diese einmalige Aussage war der hinreichende Grund, um sie

¹¹² Arendt, H. (2003). Some questions of moral philosophy. In: Responsibility and Judgment. New York: Schocken Books, S. 49-147 (geschrieben 1965/1966).

zu töten.¹¹³ In Belgien besteht der gleiche Trend, s. o. In der Schweiz hat die Sterbehilfeorganisation EXIT jahrzehntelang behauptet, es gehe ihr einzig und allein um die Selbstbestimmung autonomer Patienten; neulich beschloss der Vorstand dieser Organisation, dass auch bewusstlose und sonstige einwilligungsunfähige Patienten umgebracht werden sollen.¹¹⁴ Es muss an dieser Stelle mit voller Klarheit festgestellt werden, dass bei der Tötung eines dementen oder eines bewusstlosen Patienten *die beiden* Hauptthesen der Tötungsideologie außer Kraft sind: Weder leiden solche Patienten unerträglich an ihrer Krankheit, noch besitzen sie eine Autonomie, über ihren Todeszeitpunkt zu entscheiden. Bei solchen Patienten macht man sich nicht mal die Mühe, einen vorgeschobenen Grund zu finden; man tötet sie einfach wie wilde Tiere.

Der *vierte* Trend ist wahrscheinlich der interessanteste. Die Ideologen der Sterbehilfebewegungen haben immer behauptet, sie stünden auf dem Standpunkt der Freiheit und Toleranz. Kein Mensch, der um Sterbehilfe oder um einen assistierten Suizid bittet, werde dazu gezwungen, genauso wie keiner, der diesen Service leistet, dies tun müsse; auf beiden Seiten laufe es auf einer absolut freiwilligen Basis, und die beiden Optionen (sterben oder am Leben bleiben; Sterbehilfe leisten oder absagen) stehen gleichwertig zur freien individuellen Wahl. Diese Behauptung erwies sich als Irrtum. Indem die aktive Patiententötung zur sozialen Norm wird, wird die Patientenrettung zur sozialen Anomalie. Auch dies ist am deutlichsten in den Niederlanden, in denen die Befürworter der aktiven Patiententötung längst in allen Gremien sitzen, sich frei zu Wort melden und vollkommen salonfähig sind, wogegen sich ihre Gegner jetzt verteidigen müssen. Sie sollten sich sogar freuen, wenn die Sieger überhaupt noch auf ein Gespräch mit ihnen herabsteigen und sie nicht einfach barsch abweisen, wie es die Gesundheitsministerin 2001 mit der Delegation der Sterbehilfegegner getan hat. Sich außerhalb eines geschützten Raums (z. B. katholische Medien) als Sterbehilfegegner zu bekennen, braucht in den Niederlanden fast so viel Zivilcourage wie die Bekennung zur Homosexualität in einer konservativ-homophoben Gesellschaft. Die Holländer, die noch wagen sich zu »outen«, werden als Ewiggestrige, Dogmatiker, Sektierer gebrandmarkt. Ein junger Absol-

¹¹³ <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/netherlands/10330823/Number-of-Dutch-killed-by-euthanasia-rises-by-13-per-cent.html>. Aufgerufen Dezember 2016.

¹¹⁴ http://www.nzz.ch/zuerich/aktuell/sterbehilfeorganisation-exit-gegen-suizidhilfe-fuer-urteils-unfaehige-ld.85429?extcid=Newsletter_30052016_Top-News_am-Morgen. Aufgerufen Dezember 2016

vent einer medizinischen Fakultät, der öffentlich sagt, dass er die Alten und Kranken niemals töten würde, darf gleich Sozialhilfe beantragen: Einen Job findet er nicht. Insgesamt versuchen die Krankenhäuser, die Personal suchen, keine »unverbesserlichen Dogmatiker« zum Vorstellungsgespräch einzuladen. Eine Allgemeinärztin, die sich geweigert hatte, einer schwer depressiven 19-jährigen Frau nach ihrem Wunsch ein Gift zu geben, wurde angeklagt, nachdem sich die Patientin das Leben genommen hatte.¹¹⁵ Sogar in nicht-medizinischen Berufen gab es Vorfälle, bei denen Menschen, die sich im Kreis der Kollegen laut gegen die Tötung von Schwerkranken äußerten, Probleme mit Vorgesetzten bekamen. Liberalisierung der Sterbehilfe ist keine Toleranz; da, wo die Täter toleriert werden, toleriert man keine Opfer und schon gar nicht diejenigen, die auf der Seite der Opfer stehen. Auch die belgische Gesellschaft bewegt sich in die gleiche Richtung. Die oben zitierte jüngste Gesetzesvorlage¹¹⁶ sieht vor, dass eine aktive Patiententötung nicht bloß straffrei sein soll, sondern zu den Pflichten eines Arztes gehört; ein Arzt, der nicht in der Lage ist, diese Pflicht zu erfüllen, wird zwar nicht bestraft, muss aber einen anderen, besseren Arzt als Ersatz finden.

Dies ist möglicherweise einzigartig. Die Geschichte kennt verschiedene schreckliche Despoten, die Menschen in großen Zahlen umgebracht haben. Aber auch solche Despoten fanden es nötig, die Massentötungen bestimmter Kategorien von Menschen (»Verräter«, »Volksfeinde«, »Schädlinge«, »Klassenfeinde« etc.) zu rechtfertigen, z. B. durch die Notwendigkeit, das Volk bzw. die Revolution zu verteidigen. Die aktuelle Gesellschaft in den zwei europäischen Ländern ist vielleicht die erste in der Geschichte der Menschheit, in der die Beweislast umgekehrt wird, und nicht die Tötung eines Menschen, sondern der Verzicht auf diese und die Absage, an den Tötungen teilzunehmen, Rechtfertigung brauchen. Die sog. tolerante Gesellschaft hat versprochen, man könne zwei entgegengesetzte Verhaltensweisen gleich normal finden, aber dieses Versprechen hat sie nicht gehalten.

¹¹⁵ <http://www.bioedge.org/bioethics/dutch-doctor-in-hot-water-for-refusing-to-approve-euthanasia/11584>. (Aufgerufen Mail 2018.) Besonders brisant ist an diesem Fall, dass nach dem Selbstmord der jungen Frau ihr behandelnder Psychiater, zu dessen direkten Pflichten die Suizidprävention bei depressiven Patienten gehört, nicht bestraft wurde; man hat ihm lediglich auf seinen Fehler verwiesen; die Hausärztin aber wurde förmlich angeklagt, weil sie die Patientin nicht töten wollte. Daraus folgt, dass nicht der Tod der Patientin als Tragödie betrachtet wird, sondern die Tatsache, dass sie nicht rechtzeitig und auf eine »falsche« Art und Weise ihr Leben beendet hat.

¹¹⁶ <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1015/54K1015001.pdf>.

Dies sind nicht die einzigen Lehren aus der Geschichte. Im Einklang damit, was in Deutschland erwartet bzw. befürchtet wird, war z. B. in Belgien die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe 2002 *der* wichtigste Schritt, der den Tötungen von körperlich und geistig Kranken Tür und Tor geöffnet hat. Aber in den anderen Ländern war es nicht der Fall. In den Niederlanden hatte die unheilige Allianz der v. a. sozialistischen Politiker, der willigen Medien und der sich der Lächerlichkeit aussetzenden Gerichte längst vor der formellen Liberalisierung die Tötungsideo-logie salonfähig gemacht und die Menschen, die sich für das Leben und die Lebensqualität von Patienten einsetzten, an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Das Gesetz von 2001 hat keine Tür aufgemacht, sondern eher versucht, eine Tür, durch die schon Hunderte chaotisch drängten, mindestens in einem halboffenen Zustand zu stabilisieren. De facto reguliert das Gesetz vom 2001 die Sterbehilfe sowieso nicht, weil Patienten in mindestens Hunderten wenn nicht Tausenden Fällen jährlich straffrei durch aktive Sterbehilfe ihr Leben verlieren, obwohl diese Fälle klar gegen das Gesetz verstoßen. In der Schweiz leistet die politische Klasse, unterstützt von den Ärzten, immer noch allen Versuchen, das 1942 so unglücklich geöffnete Schlupfloch zu erweitern und damit weitere Patientenkategorien in den Sog der Sterbehilfe hineinzuziehen, einen erbitterten Widerstand. Auch die Kirchen haben in diesem Prozess in verschiedenen Ländern ganz unterschiedliche Rollen gespielt. Dass die christlichen Kirchen die Sterbehilfebewegung bekämpfen, ist im besten Fall eine Halbwahrheit. Sowohl in den Niederlanden als auch in der Schweiz haben sich mehrere Pfarrer und Theologen auf die Seite der Tötungsideo-logie gestellt. Insgesamt sind verschiedene soziale Dynamiken möglich, und die formelle Legalisierung der aktiven Sterbehilfe kennzeichnet nicht unbedingt den entscheidenden Schritt von einem festen Boden auf eine schiefe und rutschige Ebene. Eine Gesellschaft, die ihre Alten und Kranken gewissenlos beseitigen will, findet den Weg zu diesem Ziel auch ohne rechtliche Formalitäten. Zur Zeit des Nationalsozialismus gab es in Deutschland kein Euthanasiegesetz!

Es scheint auch eine soziale Gruppe zu geben, die in den Ländern mit legaler Sterbehilfe (bzw. Beihilfe zum Suizid) zu diesen Maßnahmen überwiegend negativ eingestellt sind. Das sind die Ärzte, an die immer mehr Anträge auf eine aktive Sterbehilfe oder einen assistierten Suizid gestellt werden. Sie befinden sich v. a. in den Niederlanden und Belgien unter einem noch weichen aber immer wachsenden Druck der ungeduldigen Gesellschaft, die erwartet, dass die Mediziner den ihnen

erteilten Tötungsauftrag erfüllen sollen. Zwischen diesem Druck und dem Selbstverständnis der Mehrheit von Ärzten bildet sich eine Spannung. Inwieweit die Ärzteschaft in den genannten wie auch in den anderen Ländern diese Spannung aushalten kann, bleibt abzuwarten.

Schließlich kann man auch fragen, ob diese tektonischen Verschiebungen – ich meine die qualitativen Veränderungen und nicht bloß die steigenden Kurven – einfach faktische Eventualitäten sind oder ob sie einer gewissen logischen Notwendigkeit folgen. Stellen wir zuerst diese Frage andersrum: Was wäre ein notwendiger Grund, dass es *keine* schiefe Ebene gibt? Wahrscheinlich wäre es eine klare und allgemein verständliche logische und moralische Grenze, die die Personen, an denen eine aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid geleistet werden darf, von den anderen trennt, bei denen diese Aktionen niemals anwendbar sein können. Weil Oregon und Washington im Gegensatz zu Belgien und den Niederlanden sehr strikt auf solchen Grenzen bestehen, sollte uns die US-amerikanische Erfahrung möglicherweise helfen, diese Grenzen zu finden. Im Allgemeinen darf der Arzt nur einem zum Suizid helfen, der sowieso »todkrank« ist. Was bedeutet aber dieser Ausdruck? Wer von uns ist nicht »todkrank« in einem breiteren Sinne? Zum Eingrenzen sieht das Gesetz in Oregon vor, dass dem Betroffenen nicht mehr als sechs Monate Leben geblieben sind, das Gesetz in Washington spricht von zwölf verbleibenden Monaten. Aber selbst, wenn wir absurderweise annehmen, dass ärztliche Prognosen dieser Art immer genau wären (darum geht es im nächsten Kapitel), springt uns die Willkürlichkeit der Kriterien ins Auge. Warum sechs und zwölf Monate, warum nicht acht oder zehn? Warum darf sich ein Schwerkranker in Oregon, dem die Ärzte noch 40 Tage zum Leben zusichern, sein Leben nicht nehmen, während er in Washington längst tot wäre?

Alle solchen Kriterien beruhen auf der höchst fraglichen Annahme, dass Menschenleben ungleichen Wert haben. Es wird z. B. in Oregon stillschweigend vorausgesetzt, dass jemand, der weiß, dass seine chronische Krankheit ihn in sechs Monaten ins Grab bringt, *weniger wert* ist als der andere, der keine Ahnung davon hat, dass er morgen von einem LKW überfahren wird. Aber unter dieser Annahme steckt eine noch tiefere, nämlich, dass die Gesellschaft und die Gesetzgebung überhaupt entscheiden können und dürfen, wessen Leben welchen Wert hat. Die Willkür der konkreten Kriterien illustriert nur die Vagheit des generellen Prinzips, das allen diesen Kriterien zugrunde liegt. Alle mir bekannten Sterbehilfegesetze beinhalten das Kriterium des unerträglichen Leidens, aber wer außer der betroffenen

Person selbst kann wissen, dass ihr Leiden wirklich unerträglich ist? Wer und aus welchem Grund entscheidet, dass ein Arzt einer Person ein tödliches Gift verschreiben darf – oder sogar soll –, die meint, an ihren Schmerzen unerträglich zu leiden, aber auf keinen Fall einer anderen Person, die sagt, dass sie bloß an Langleweile »unerträglich leidet«? Welche dritte Person ist imstande, diese zwei Leiden zu vergleichen und das Leiden der ersten Person als »echt« und das der zweiten als »Bagatelle« zu qualifizieren?

Das Gleiche gilt auch für jedes andere Kriterium, z. B. das Kriterium des Alters. Sagt man z. B., dass jüngere depressive Patienten mit Hilfe der modernen Psychopharmakologie und Psychotherapie vom Suizid abgebracht werden sollen, während den Patienten mit der gleichen Diagnose ab 70 Jahren beim Selbstmord geholfen werden kann, so setzt man voraus, dass der Wert eines menschlichen Lebens mit zunehmendem Alter abnimmt.

Wenn wir also versuchen, die aktive Tötung bestimmter menschlicher Personen (Schwerkranker, Schwergelähmten usw.) zu erlauben, die Tötung anderer Personen jedoch als Mord zu beurteilen, so müssen wir offensichtlich akzeptieren, dass das Leben der Ersteren im Vergleich mit dem Leben der Letzteren einen anderen, niederen Wert hat. Jede Grenze, die das Abrutschen auf der schiefen Ebene verhindern sollte, würde gegen das wichtigste humanistische Prinzip verstoßen, nämlich, dass jedes menschliche Wesen unabhängig von seinen biologischen Eigenschaften (Geschlecht, Hautfarbe, Alter, Gesundheitsstatus usw.) grundsätzlich *als Person* einen einzigartigen Wert hat. Es muss uns klar sein, dass eine generelle Absage an dieses Prinzip zwar in der Theorie möglich ist, aber die Natur unserer Zivilisation total verändern würde. Wie aber das Prinzip der Gleichwertigkeit menschlicher Personen mit der Möglichkeit einer aktiven Patiententötung vereinbar sein könnte, ohne dass jeder von uns getötet werden darf, bleibt unklar.

Töten als Beruf und Berufung

Selbstsüchtige Motive

Wie wir oben festgestellt haben, verdankt sich die gegenwärtige Lage der Sterbehilfe in der Schweiz einer ungenauen Formulierung eines alten Gesetzes, das jegliche Hilfeleistung beim Selbstmord »aus selbstsüchtigen Beweggründen« unter Strafe stellt. Die Verfasser dieses Gesetzes scheinen sich zwar Mühe gegeben zu haben, »selbstsüchtige Beweggründe« in einem breiteren Sinne zu verstehen, aber seit 30 Jahren wissen wir, dass es ihnen nicht gelungen ist, diesen Begriff so zu definieren, dass kein Schlupfloch entsteht. Es reicht nicht zu sagen, dass »Bosheit« auch zu den selbstsüchtigen Motiven gehört, wenn man keine Mittel hat, mit denen diese Eigenschaft bewiesen werden kann. Die Beispiele, die im Gesetzestext stehen, etwa Rache oder Eifersucht, sind viel zu einfach und offensichtlich, um das Licht auf die Vielfalt von möglichen und realen Situationen zu werfen. Die Schwierigkeit, in diesen Situationen Selbstsucht zu beweisen, führte schließlich dazu, dass letztlich nur die professionelle, gewerbliche Sterbehilfe unmissverständlich verboten blieb.

Diese Situation, die in der Schweiz wahrscheinlich ohne direkte Absicht der Legislativen entstand, wird in Deutschland bewusst und vorsätzlich erschaffen. Im November 2015, mitten im Verfassen dieses Kapitels, verabschiedete der Bundestag mit einer parteiübergreifenden Mehrheit das Gesetz, das aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid auf gewerblicher Basis ausdrücklich verbietet, was im Umkehrschluss bedeutet, dass die gleichen Handlungen ohne gewerbliche Basis straffrei sind.

Die Überlegung, dass niemand aus dem Tod eines Menschen Profit ziehen darf, erscheint vollkommen natürlich. Jedoch ist eine juristische Unterscheidung, die auf der Annahme beruht, die Bedeutung der Sterbehilfeleistung hänge von den Motiven ab, durchaus fragwürdig. Im Falle von Leben und Tod ist die Vermutung schwer nachvollziehbar, dass Motive von Gewerbetreibenden und von Personen,

die die gleiche Tätigkeit ehrenamtlich ausüben, grundsätzlich verschieden sind. Ist ein Honorar oder ein Arbeitslohn in Gestalt der raschelnden Geldscheine die einzig mögliche Form der Entlohnung für eine menschliche Tat? Ist uns nicht bekannt, dass für Millionen Menschen Ruhm, Berühmtheit, Ehrungen, Macht, Popularität, soziale Beziehungen und andere »symbolische« Verstärker viel mehr bedeuten als Euros, Dollars oder Schweizer Franken? Als der möglicherweise wirksamste Verstärker unserer Zeit gilt die Medienpräsenz; ich kannte Journalisten (insbesondere in den Funkmedien), die es einfach nicht fassen konnten, dass für jemanden etwas anderes im Leben eine höhere Priorität haben kann als die Hoffnung auf ein Fernsehinterview.

Auch sind diese »symbolischen« Güter gar nicht so symbolisch wie sie scheinen, denn sie lassen sich letztendlich in Geld konvertieren. Wer über einen bekannten Namen verfügt, wird oft zu Tagungen eingeladen, ihm werden Reise- und Hotelkosten großzügig erstattet und satte Honorare angeboten. Er bekommt zahlreiche Kontakte mit anderen prominenten Personen, was bei vielen Gelegenheiten wichtiger als Geld sein kann. Alles nach dem bekannten »Matthäus-Gesetz«: Wer viel hat, dem wird auch noch mehr gegeben.¹¹⁷

In den meisten Kommunen arbeiten Stadträte und -rätinnen ehrenamtlich und bekommen nur geringfügige Entschädigungen für die in diese Arbeit investierte Zeit. Dennoch genießt diese Position ein hohes Ansehen, und um diese Posten wird hart gekämpft. Diese Menschen haben die Befugnis, über sieben- bis neunstellige Eurobeträge zu entscheiden, und selbst wenn dabei kein einziger Cent an den eigenen Händen kleben bleibt (lassen wir die Fälle der Korruption beiseite), ist ihr Einfluss allein eine enorme Belohnung. Die Menschen begrüßen sie auf der Straße, nehmen den Hut ab, fragen nach ihrer Gesundheit. Wie eine deutsche Ex-Politikerin sagte, »die Vorstellung, dass mich in der Stadt nicht jeder Passant sofort erkennt, ist für mich erschreckend«.

Da aber der Vergleich zwischen einem Politiker und einem Sterbehelfer ziemlich weit hergeholt erscheint, nennen wir ein paar passendere Beispiele. Am 21. Juli 356 v. Chr. zündete ein bis dahin völlig unbedeutender Mann namens Herostratos oder Erostratos den berühmten Tempel der Artemis in Ephesus an. Nach seiner eigenen Aussage hatte er das getan, um unsterblichen Ruhm zu erlangen. Um genau

¹¹⁷ Matthäusevangelium, 25, 25; als eine Regel der wissenschaftlichen Soziologie wahrscheinlich von R. K. Merton vorgeschlagen, vgl. Merton, R. K. (1968). The Matthew Effect in science. *Science*, 159 (3810), S. 56-63.

dies zu verhindern, beschloss die Stadtverwaltung von Ephesus, nicht nur den Verbrecher hinzurichten, sondern auch allen Stadtbürgern unter Androhung schwerer Strafe jegliche Erwähnung seines Namens und seiner Tat zu verbieten. Sogar über den verbrannten Tempel durften die Menschen kein Wort verlieren, um nicht eventuell auf dessen Brand zu kommen. Das Ergebnis dieser drakonischen Maßnahmen ist bekannt. Heute ist der Name Herostrat aller Welt bekannt. Jahrtausende später haben berühmte Schriftsteller wie Jean-Paul Sartre, Fernando Pessoa oder Marcel Schwob ihre Werke Herostrat gewidmet. Noch zahlreichere Autoren verweisen in ihren Texten auf seine Tat, unter anderen Chaucer und Puschkin, Cervantes und Melville, Tschechow und Hugo.

2336 Jahre, 4 Monate und 17 Tage nach dem Feuer im Epheser Tempel schoss der Beatles-Fan Mark David Chapman fünf Kugeln in den Rücken von John Lennon. Auch sein Motiv war es, den gleichen unsterblichen Ruhm zu erreichen wie Lennon. Auch Chapman hat, wie er Jahre später aus dem Gefängnis berichtete,¹¹⁸ sein Ziel erreicht: Über ihn sind Bücher geschrieben und Filme gedreht worden. Chapman ist übrigens ein verbreiteter anglo-amerikanischer Name, und mindestens zwei Personen dieses Namens sind berühmt: Der britische Schauspieler Graham Chapman, den die ganze Welt u. a. durch die Hauptrollen in »Das Leben des Brian« und »Die Ritter der Kokosnuss« kennt, und die amerikanische Dichterin und Sängerin Tracy Chapman. Diese zwei erhalten von Google *zusammen* ca. 45 Millionen Einträge; der Mörder Mark David Chapman kommt *allein* auf über 50 Millionen.¹¹⁹

Schließlich flog ausgerechnet an dem Tag, an dem ich den ersten Absatz dieses Abschnitts geschrieben habe, nämlich am 21. 03. 2015, der (wie später bekannt wurde, an Depression leidende) Copilot des Fluges 4U 9525 absichtlich sein Flugzeug gegen die Felsen der französischen Alpen. Alle 150 Insassen einschließlich 14 Kinder kamen ums Leben.

Weder Herostrat noch M. Chapman noch Andreas L., der Copilot des Germanwings-Fluges, haben für ihre Taten irgendeine Entlohnung in Geldform erwartet.

Eine Gesetzgebung, die die Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe in Abhängigkeit von deren gewerblichen Charakter stellt, weicht auf eine feige Art und Weise vor der Antwort auf die ethische Frage aus: Soll die Gesellschaft eine aktive Patienten-

¹¹⁸ <http://news.bbc.co.uk/2/hi/entertainment/3745492.stm>. Aufgerufen August 2016.

¹¹⁹ Angaben vom 30. 06. 2015.

tötung akzeptieren oder nicht? Wenn eine solche Handlung grundsätzlich akzeptabel ist, bleibt das Verbot der gewerblichen Sterbehilfe zumindest fragwürdig. Bei allen sozial akzeptablen Dienstleistungen ist es prinzipiell besser für die Allgemeinheit, wenn diese Leistungen auf gewerblicher Grundlage und mit einer angemessenen Entlohnung erfolgen. Glaubt der Gesetzgeber tatsächlich, dass Tötung eines Menschen weniger Kenntnisse und Kompetenzen braucht, und daher weniger streng kontrolliert werden sollte, als die Arbeit eines Tischlers? Wenn aber die Gesellschaft diese Tötung prinzipiell ablehnt, warum hängt diese Ablehnung von der gewerblichen Form ab? Ein Ehrenmord wird z. B. nie gewerblich durchgeführt, und die Täter werden nie dafür bezahlt, dennoch gilt er moralisch wie strafrechtlich für inakzeptabel. Natürlich gibt es noch eine dritte Möglichkeit: Die Gesellschaft lehnt Beihilfe zum Suizid zwar grundsätzlich ab, denkt aber an einige Ausnahmefälle, in denen sie straffrei bleiben soll. Aber auch bei dieser Option bleibt die Frage, wer solche Ausnahmefälle besser erkennen und differenzieren kann – Professionelle oder Laien? Bei wem kann das Gesetz strengere Richtlinien anlegen, von wem kann es ausführlichere Berichterstattung verlangen?

Nehmen wir aber als Paradigma einen entgegengesetzten Fall: Herr Mayer hat keinem Menschen beim Sterben »geholfen«, sondern im Gegenteil das Leben eines anderen gerettet, vielleicht sogar unter Risiko für sein eigenes Leben. Herr Mayer ist kein professioneller Mitarbeiter der Deutschen Lebensrettungs-Gesellschaft (DLRG), der für seinen Dienst einen Arbeitslohn bekommt. Wissen wir aber, welche Motive ihn bewegt haben? Hat er tatsächlich aus reiner Nächstenliebe und Selbstopferung gehandelt, oder vielleicht vielmehr aus Ruhmsucht, Ehrgeiz, Hoffnung auf Dankbarkeit, aus dem Wunsch, seinen Namen in den Zeitungen zu sehen? Hat er unbedacht eine Wette geschlossen, sein Leben aufs Spiel zu setzen? Hatte er Angst, dass seine Freundin ihn verlässt, und sah in diesem Augenblick die beste Chance, ihr wieder zu beweisen, was für ein toller Mann er ist? Hat er vielleicht irrtümlicherweise vermutet, dass der zu Rettende ein sehr reicher Mensch sei, der ihn großzügig entlohnen würde? Oder hat er sich einmal eingebildet, er müsse unbedingt ein Held sein, und in dieser Situation blieb ihm keine Wahl als dieses Selbstbild zu bestärken? Nicht nur sind sehr unterschiedliche Beweggründe vorstellbar, sondern in konkreten Lagen können sie auch unterschiedlich kombiniert werden. Seit Schopenhauer können wir wissen (und seit Freud ist es sogar allgemein bekannt), dass Herr Mayer selber der Letzte ist, der uns einen vollständigen Bericht über seine Motive abgeben könnte. Bedeutet das, dass wir ihn zuerst

einer genauen, vielleicht langjährigen Psychoanalyse unterwerfen sollten, am besten durch zwei unabhängige Experten aus verschiedenen Schulen der Tiefenpsychologie, und erst dann, wenn die Experten zum Schluss kommen, dass er seine mutige Tat ausschließlich aus erhabenen Motiven beging, dann kann der Gerettete ihn loben und ihm danken, sonst nicht?

Natürlich ist diese Idee albern. Sie widerspricht jedem gesunden Menschenverstand. Der Gerettete freut sich, dankt seinem Helfer und fragt gar nicht nach der präzisen Zusammensetzung von dessen Motiven. In einigen seltenen Situationen können solche Fragen im besten Fall von untergeordneter Bedeutung sein; meistens sind sie von gar keiner. Gerade weil niemand die genauen Motive eines Menschen oder einer Handlung in allen einigermaßen komplexen Situationen kennen kann, können sie keine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung dieser Handlung bilden.

An dieser Stelle könnte man entgegnen, dass auch bei der indirekten Sterbehilfe die Motive des handelnden Arztes, der einem Schmerzpatienten eine tödliche Dosis Morphium gegeben hat, streng genommen unbekannt sind. Aber diese zwei Situationen scheinen nur auf den allerersten Blick ähnlich zu sein, und zwar deshalb, weil das Wort »unbekannt«, wie die meisten Wörter in unserer Sprache, mehrere Bedeutungen hat. Unklarheit der Motive soll nicht mit der Unklarheit der Absichten verwechselt werden. Bei der Überdosis Morphium handelt es sich um zwei Optionen: Entweder wollte der Arzt den Patienten töten (aktive Sterbehilfe, in den meisten Ländern strafbar), oder er wollte Schmerzen lindern und nahm die Möglichkeit des Todes in Kauf (indirekte Sterbehilfe, in den meisten Ländern straffrei). Für einen Außenstehenden (auch für einen Richter) kann die Entscheidung, welche Absicht der Arzt im konkreten Falle hatte, schwierig sein. *An sich* genommen gibt es aber in dieser Situation nicht die geringste Unklarheit. Die Absicht war entweder die Tötung oder die Palliativbehandlung: *Tertium non datur*. Wenn die Absicht die Tötung war, hat der Arzt eine aktive Sterbehilfe begangen – und es ist fast ohne Belang, *warum genau* der Arzt den Tod des Patienten wollte. Ob er z. B. meinte, damit den Patienten von seinem Leiden zu erlösen, oder auf ein reiches Erbe oder ein üppiges Honorar von der Familie hoffte, ob seine Beweggründe überhaupt »erhaben« oder »niedrig« waren, und in welcher Proporz die ersteren mit den letzteren gemischt wurden – all das spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Beim assistierten Suizid (und erst recht bei der aktiven Sterbehilfe) ist dagegen vollkommen klar, dass die Person, die dem Patienten ein tödliches Mittel zur Verfügung stellt, seinen Tod *beabsichtigt*. Sie will also, dass der Patient stirbt, oder zumindest bewilligt sie diesen Tod explizit. Der Vorschlag, die Strafbarkeit von dem gewerblichen Charakter der Tätigkeit abhängig zu machen, bedeutet, dass es beim Urteil darauf ankommt, *warum* diese Person diese (bereits bekannte) Absicht hatte. Bekommt der Sterbehelfer z. B. für seinen Dienst Bargeld, so ist er eines schweren Verbrechens schuldig. Bei Banküberweisung wird seine Schuld möglicherweise leicht gemindert. Bekommt er überhaupt kein Geld, sondern nur eine Einladung zu einem Vortrag nach Neuseeland mit Kostenerstattung für den Flug in der Business-Klasse, 5-Sterne-Hotel mit Vollpension und ein vierstelliges Honorar dazu, dann ist er vollkommen straffrei, solange der Vortrag *über* die Sterbehilfe, und nicht die Sterbehilfe selbst, honoriert wird. Wer jener Gott ist, der die Seele des Täters vollkommen durchschaut, seine genauen Tötungsmotive und Gründe untersucht, und vor allem wie er das Ergebnis seiner Untersuchung einem normalen weltlichen diesseitigen Richter mitteilt, darüber schweigt die Politik.

Medizinisch

Das Beispiel Schweiz zeigt, dass eine Präzisierung des Verbots der aktiven Sterbehilfe die Möglichkeiten deren Anwendung de facto erweitert. In Belgien und den Niederlanden wird die Sterbehilfepflicht auf die Schultern einer Berufsgruppe gelegt – nämlich der Ärzte. In den US-Bundestaaten Oregon und Washington darf sie auch nur in Form eines ärztlich assistierten Suizids vollzogen werden, d. h. wieder mit der aktiven Teilnahme eines Mediziners. Die meisten Vorschläge zur Legalisierung unterschiedlicher Formen von Patiententötungen in den anderen amerikanischen Staaten, europäischen Ländern (außer der Schweiz) oder Provinzen und Territorien Australiens – Vorschläge, die bisher erfolgreich zurückgewiesen wurden – sahen auch vor, dass der Tötungsvorgang von einem Arzt und nicht z. B. von einem Laien oder Gerichtsvollzieher ausgeführt wird.

Diese Bedingung, auf den ersten Blick begründbar, beruht allerdings auf Annahmen, die beim näheren Hinschauen nicht haltbar erscheinen. Zwei dieser Annahmen beziehen sich auf die soziale Position des Arztes. Zum einen genießen die Ärzte oft ein besonderes Vertrauen der Patienten. Ein Arzt ist eine Person, der oft einige Aspekte des privaten Lebens mitgeteilt werden, die selbst vor dem nächsten

Lebenspartner geheim gehalten werden. In der pruden Viktorianischen Epoche galt z. B. die Regel »eine Frau soll sich niemals einer anderen Person nackt zeigen, außer einem Arzt«. Dieses Vertrauen basiert (zum anderen) teilweise auf der zweiten Annahme, dass der Arzt grundsätzlich objektiv ist und im Gegensatz zu Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder Kollegen des Patienten, die von ihren eigenen Interessen nicht absehen können, die Lage »von oben«, emotionslos und rein rational betrachtet und keine eigennützigen Interessen an dieser Lage hat.

Die beiden Annahmen sind fragwürdig. Zwar tun die meisten Ärzte tatsächlich ihr Bestes, um die Lage ihrer Patienten so objektiv wie möglich zu beurteilen, aber das bedeutet nicht, dass sie auch in der Tat eine hohe Objektivität erreichen können. Ärzte sind keine Halbgötter im Weiß, sondern Menschen, nicht schlechter als alle anderen, aber auch nicht besser. Wie die anderen haben sie ihre eigene Agenda, ihre Leidenschaften und Interessen (auch finanzielle Interessen als soziale Gruppe), eigene Vorurteile und weltanschauliche Prinzipien, die ihre Entscheidungen beeinflussen, die aber in einer konkreten Situation anwendbar oder vielleicht nicht anwendbar sein können. Die Angehörigen (die mutmaßlich nicht objektiv sind) sind oft ebenso Patienten desselben Arztes oder zumindest mit ihm im steten Kontakt; er kennt ihre Bedürfnisse und Motive und wird davon fast zwangsweise beeinflusst. Es ist wiederum aus der Geschichte der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden bekannt, dass in einigen Fällen die Ärzte ihre Entscheidung über den Tod eines Patienten vorwiegend oder sogar ausschließlich auf der Auskunft der nächsten Angehörigen gegründet haben.

Noch komplizierter ist die Vertrauensfrage. Das Vertrauen, das die überwiegende Mehrheit der Ärzte tatsächlich genießt, ist gerade die Folge der festen Überzeugung, dass ein Arzt zwar irren, aber niemals absichtlich etwas zu einem direkten Harm eines Patienten – geschweige denn, zu seiner Tötung – unternehmen kann. Sobald ein Arzt, wie einst James Bond, ganz offiziell eine Lizenz zur Tötung erhält, wird diese Tötung immer eine aktuelle Option für jeden Schwerverkranken sein. Jeder, der durch seine chronische Krankheit oder Invalidität seiner Familie, seiner Umgebung und (oder) der Gesellschaft als Ganzer Probleme bereitet, wird daran denken müssen, dass diese Probleme mit einem Schlag alle gelöst werden können, indem der Arzt den Entschluss fasst, ihn zu euthanasieren. Notwendigerweise muss nun das Vertrauen der Angst Platz machen. Wie kann ich als schwer leidender Patient meinem Arzt vertrauen, wenn ich weiß, dass er möglicherweise bereits überlegt,

wann meine Zeit reif ist, und nur auf einen Wutanfall oder eine depressive Reaktion von meiner Seite wartet, um von mir eine formelle Zustimmung zum letzten Akt zu bekommen? Alles, was ich ihm über meine Krankheit mitteile, kann ihm eventuell Anstoß geben, dass dieser Zeitpunkt erreicht ist. »Jede Ihrer Aussagen kann gegen Sie verwendet werden!« – soll dies jetzt die Basis für die Arzt-Patient-Beziehung sein?

Ein indirekter Hinweis auf diese vertrauenszerstörende Wirkung der legalen Sterbehilfe kommt aus Australien. Dort wurde Euthanasie 1995 in den Nördlichen Territorien (Northern Territory) legalisiert. Ein Jahr später stellte das australische Parlament fest, dass einige Patienten, v. a. Ureinwohner Australiens, anfangen, Opiate zu vermeiden, obwohl sie als Mittel zur Linderung ihrer Schmerzen notwendig waren. Als Grund wurde die Angst angegeben, an einer Überdosis zu sterben, da bekannt wurde, dass dieselben Opiate in erhöhter Dosis nun zum Zweck der aktiven Tötung schwerkranker Patienten verwendet werden. Dieser Fakt war einer unter den Gründen, warum das Parlament das Euthanasiegesetz der Nördlichen Territorien 1997 kippte und die aktive Sterbehilfe wieder unter Strafe stellte.¹²⁰

Das Argument einer besonderen Nähe zwischen Arzt und Patient gilt auch nicht. Gerade die Tatsache, dass ein Arzt den Patienten bzw. bestimmte Aspekte seines Lebens viel besser kennen kann als sogar die nächsten Verwandten es kennen, ist eher ein Grund für die *Beschränkung* der Arzt-Patient-Beziehung als für ihre Erweiterung. Genau weil dem Arzt in Kraft seines Berufes intimste Aspekte des Patientenlebens bekannt werden, muss man immer an den Erhalt einer ausreichenden Distanz zwischen den beiden denken. Das klassische Beispiel dieser Distanzhaltung ist das in allen modernen Verhaltenskodexen für Ärzte geltende Verbot auf intime Beziehungen mit Patienten. Wenn die Natur des Arzt-Patient-Verhältnisses eine Liebe zwischen den zwei ausschließt, kann ich nicht einsehen, warum die Tötung eingeschlossen werden soll.

Es wird weiterhin angenommen, dass die Ärzte außer ihrer besonderen sozialen Position auch über spezielle *Kenntnisse* und *Kompetenzen* verfügen, die ihnen erlauben, die Situation eines unheilbar Kranken genau zu durchschauen und zu entscheiden, ob die Sterbehilfe unternommen werden oder z. B. dem Patientenwunsch nach einem assistierten Suizid gefolgt werden soll.

¹²⁰ Senate Legal and Constitutional Legislation Committee (March 1997). Consideration of Legislation Referred to the Committee Euthanasia Laws Bill 1996. Canberra: Senate Printing Unit, Department of the Senate, Parliament House, S. 39-55.

Bei der Beurteilung des medizinischen Zustandes eines Patienten ist zwar der Arzt anderen Experten klar überlegen, aber auch hier sollte diese Überlegenheit nicht überschätzt werden. Wie erwartet stellen die meisten Ärzte in den meisten Fällen, die zu ihrem unmittelbaren Kompetenzbereich gehören, eine richtige Diagnose – aber nicht immer. Wie oben schon gesagt sind Ärzte Menschen, die sich wie alle Menschen irren können. Die *National Patient Safety Foundation* (NPSF) in den USA führte eine breite Umfrage durch und kam zu dem Ergebnis, dass im Schnitt etwa 8 % der medizinischen Diagnosen falsch sind. Das ist vielleicht nicht viel. Aber die Zahl variiert sehr stark von einer Diagnose zur anderen und ist leider besonders hoch in einigen Fällen, die unmittelbar mit unserem Thema zu tun haben. So kann die Rate von Fehldiagnosen auf der Intensivstation, z. B. beim Herzinfarkt, Lungenembolie, Hirnhautentzündung oder Schlaganfall, 20-25 % erreichen.¹²¹ Diese Tatsache soll uns nicht überraschen angesichts dessen, dass aus der Notwendigkeit zum raschen Handeln Ärzte in diesen Situationen schnell entscheiden müssen und daher nicht immer die Möglichkeit haben, alle mitwirkenden Faktoren zu berücksichtigen. Aber gerade in diesen Fällen stellt sich die Frage nach (aktiver oder auch passiver) Sterbehilfe besonders akut. Es muss entschieden werden, ob sich der Patient im Sterbeprozess befindet oder bloß in einem kritischen aber behandelbaren Zustand. In anderen Worten ist die diagnostische Fehlerrate ausgerechnet dann hoch, wenn die Entscheidung über Sterbehilfe von dieser Diagnose abhängen kann.

Dieses Problem tritt nicht nur bei akuten Fällen auf, wenn die Entscheidung unter Zeitdruck gefällt werden muss. Auch Wachkoma gehört zu den Diagnosen, bei denen die Frage nach der aktiven oder passiven Sterbehilfe (sterben lassen) immer häufiger gestellt wird. Es ist ein chronischer Zustand, dessen Diagnose in keiner Eile erfolgt. Dennoch haben Anfang der 1990er Jahre zwei Forschergruppen (in den USA und in England) unabhängig voneinander herausgefunden, dass zwischen 30 und 40 % der Wachkomadiagnosen falsch sind.¹²² Danach wurde viel gemacht, um die Diagnosequalität zu verbessern. Es wurden neue, standardisierte Diagnoseverfahren entwickelt und neue diagnostische Einheiten eingeführt. Ende

¹²¹ www.rightdiagnosis.com/intro. Aufgerufen August 2015.

¹²² Andrews, K., Murphy, L., Munday, R., & Littlewood, C. (1996). Misdiagnosis of the vegetative state: Retrospective study in a rehabilitation unit. *British Medical Journal*, 313, S. 13-16; Childs, N. L., Mercer, W. N., & Childs, H. W. (1993). Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state. *Neurology*, 43, S. 1465-1467.

der 2000er hat eine Gruppe von belgischen und britischen Neurologen das Ergebnis dieser Bemühungen überprüft und die Fehldiagnoserate nochmal eingeschätzt. Das Ergebnis war ... wieder zwischen 30 und 40 %.¹²³

Anhänger der Sterbehilfe sehen die Lösung des Problems diagnostischer Fehler darin, dass das Urteil eines Arztes durch einen zweiten bestätigt werden muss. Sowohl in den Ländern, in denen aktive Sterbehilfe bereits erlaubt ist (wie in den Niederlanden oder Oregon) als auch in den in Deutschland immer wieder auftretenden Projekten wird die Übereinstimmung zweier Ärzte vorgesehen. In den Texten von Patientenverfügungen, die Google jedem Patienten (und jeder Mensch ist potentiell ein Patient!) freundlicherweise zugänglich macht, steht in der Regel auch: »Wenn zwei unabhängige Ärzte erkennen, dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...« usw.

Leider ist diese Lösung unbefriedigend. Rein formell betrachtet ist die Wahrscheinlichkeit, dass zwei unabhängige Ärzte in ein und demselben Fall ein und denselben Fehler machen, gleich der Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt diesen Fehler macht, in der zweiten Potenz. Wenn also die Häufigkeit der Fehldiagnose beim Wachkoma bei ca. 35 % liegt (was eher eine optimistische Einschätzung ist), liegt die entsprechende Wahrscheinlichkeit für zwei unabhängige Ärzte immer noch bei ca. 12 % ($0,35^2 \approx 0,12$), was bedeutet, dass jeder achte »Wachkoma«-Patient auch nach zwei ärztlichen Diagnosen *kein* Wachkoma-Patient ist.

Aber dieses Zahlenspiel hätte nur dann einen Sinn, wenn man zum Krankbett jedes Patienten, bei dem eine Wachkoma-Diagnose gestellt werden soll, einerseits einen Absolventen einer guten deutschen Universität einlädt, andererseits einen Medizinmann aus Papua-Neuguinea. Denn in einem solchen Fall könnte man wirklich davon ausgehen, dass die zwei Mediziner (hoffentlich ist niemand dagegen, dass ich einen Schamanen auch »Mediziner« nenne?) und entsprechend ihre Fehler mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit voneinander *unabhängig* sind. Die meisten Ärzte, die uns tatsächlich diagnostizieren und behandeln, sind keineswegs unabhängig. Oft haben zwei Ärzte die gleiche Fakultät absolviert, beim gleichen Professor Vorlesungen gehört und Prüfungen bestanden, und erst recht haben sie im Laufe ihrer ärztlichen Ausbildung die gleichen oder zumindest sehr ähnliche Bücher und andere Lehrmaterialien benutzt. Nehmen wir wieder die eher optimistische Ausgangshäufigkeit der Fehldiagnose für Wachkoma von 35 %. Wenn die

¹²³ Schnakers, C., Vanhauzenhuysse, A., Giacino, J., et al. (2009). Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: Clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC Neurology*, 9 (Article 35).

bedingte Wahrscheinlichkeit eines Fehlers beim zweiten Arzt unter der Bedingung, dass der erste Arzt diesen Fehler schon gemacht hat, bei 0,1 liegt, was auf eine relativ geringe Abhängigkeit hinweist, kommt die Häufigkeit einer gemeinsamen Fehldiagnose auf ca. 15 % (statt 12 % bei voller Unabhängigkeit), d. h. jeder siebte Patient wird falsch diagnostiziert. Bei einer etwas stärkeren gegenseitigen Abhängigkeit, etwa bei der bedingten Wahrscheinlichkeit von 0,2, beträgt die Häufigkeit der gemeinsamen Fehldiagnose schon 17,6 % (jeder sechste Patient wird falsch diagnostiziert). Wenn aber ein holländischer Arzt, an den ein Antrag auf Sterbehilfe gestellt wurde, gesetzeskonform einen zweiten Arzt aufsucht, dann ist es mehr als natürlich, dass er einen ihm gut bekannten Arzt einlädt, mit dem er zusammen studiert, lange Jahre zusammengearbeitet und gemeinsame Erfahrung gesammelt hat. In solchen Fällen einer starken gegenseitigen Abhängigkeit kann die bedingte Wahrscheinlichkeit auch höher steigen. Erreicht sie z. B. 0,4 (bei befreundeten Ärzten kein unrealistischer Wert), dann wird schon fast jeder vierte Patient von den beiden Ärzten falsch diagnostiziert – und das Traurigste ist, dass wir nicht wissen, welcher.

Ich habe Wachkoma als Beispiel angeführt, nur, weil ich die Zahlen auf diesem Gebiet am besten kenne. Selbstverständlich gibt es Fehldiagnosen bei jeder anderen Krankheit, bei der die Frage nach Sterbehilfe gestellt wird, nur die Häufigkeiten der Fehler sind niedriger. Eine der schlimmsten Erkrankungen, die in der Regel (es gibt seltene Ausnahmen) im Laufe von etwa drei bis vier Jahren nach der Diagnosestellung unvermeidbar zum Tode führt, und gegen die noch keine Mittel gefunden werden konnten, ist die amyotrophe Lateralsklerose (ALS): Ein stetes Absterben der Motorneuronen in der Hirnrinde und im Rückenmark, was den Ausfall der gesamten Muskulatur – und schließlich der Atemmuskulatur – zur Folge hat. Laut einem Bericht sind ca. 8 % der ALS-Diagnosen falschpositiv, d. h. die Patienten haben eine andere Erkrankung, die im Gegensatz zur ALS behandelbar ist.¹²⁴ Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland gegenwärtig ca. 6000 Patienten an dieser Krankheit leiden. Unter den Annahmen, dass die Zahlen aus dem obigen Bericht auch für Deutschland stimmen, und dass jeder Patient nur von einem einzigen Neurologen diagnostiziert wurde, haben 480 dieser Patienten in der Tat eine andere, behandelbare Erkrankung. Eine Diagnostik durch zwei vollkommen von-

¹²⁴ Davenport, R. J., Swingler, R. J., Chancellor, A. M., & Warlow, C. P. (1996). Avoiding false positive diagnoses of motor neuron disease: Lessons from the Scottish Motor Neuron Disease Register. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 60, S. 147-151.

einander unabhängige Ärzte würde diese Zahl auf weniger als 40 Patienten herabsetzen; eine starke Abhängigkeit zwischen den Ärzten würde sie aber wieder auf 320-330 erhöhen. In den Niederlanden oder in der Schweiz würden zumindest einige Dutzende davon schon tot sein, weil sie wegen der (falschen) Diagnose einer unheilbaren, mit schwersten Leiden verbundenen Krankheit einen Antrag auf Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid erfolgreich gestellt hätten.

Nun stellen wir uns ein Gericht mit zwei Richtern vor, die Todesurteile fällen. Ein Urteil ist erst dann rechtskräftig, wenn beide Richter damit einverstanden sind. Sehen wir mal davon ab, dass viele von uns die Todesstrafe grundsätzlich ablehnen, und reden wir nur über *falsche* Urteile. Nun erfahren wir, dass die Fehler jedes zehnte Urteil betreffen. Von zehn Verdächtigen, die zum Galgen geführt werden, ist einer unschuldig! Allein die Vorstellung einer solchen Situation ist absolut erschreckend. Jeder von uns würde sofort sagen, dass die Existenz eines solchen Gerichts in einer modernen, humanen Gesellschaft nicht haltbar ist. Selbstverständlich würde unser Protest noch lauter, wenn diese zum Himmel schreiende Ungerechtigkeit nicht jeden Zehnten, sondern jeden Siebten, Sechsten, Fünften, usw. beträfe.

Warum ist es so? Warum sind wir bereit, in der Medizin eine Situation hinzunehmen, die wir in jedem anderen Bereich unseres Lebens sofort mit Empörung abgeschafft hätten? Was sind wir für Menschen, die akzeptieren würden, dass ein Kranker ohne Hilfe verlassen oder sogar aktiv getötet wird, weil zwei Ärzte eine entsprechende Diagnose gestellt haben, wengleich wir wissen müssen, dass diese Diagnose bei 5 bis 20 % der Patienten falsch ist, obwohl wir von einem Gericht nicht mal 1 % Fehler dieser Schwere akzeptieren würden? Die wahrscheinlichste Erklärung ist, dass wir bei Dieben und Mördern trotz ihrer Untaten immer noch Menschsein und Menschenwürde anerkennen, während Kranke, Alte und Gebrechliche für uns keine Menschen sind.

Aber zu den moralischen Aspekten kommen wir erst später. Bleiben wir jetzt bei den Ärzten und ihren menschlichen, allzu menschlichen Fehlern. Es wäre ein Irrtum zu denken, dass diese Fehler immer eine Folge der Inkompetenz oder Unerfahrenheit sind. Ausgerechnet bei den (akuten und chronischen) Zuständen, bei denen die Frage nach Sterbehilfe gestellt wird, sind sehr viele Fehler *objektiv* in dem Sinne, dass es einfach keine Methode gibt, die auch in den Händen der bestkompetenten Ärzte eine 100 % richtige Diagnose garantieren würde. Auch hier ist Wachkoma vielleicht das beste Beispiel, da hier die Diagnose erst dann stimmt,

wenn ein Patient alle Bewusstseinsfunktionen verloren hat, wenn er also nichts mehr fühlen, spüren, empfinden kann. Aber wir können diese Bewusstseinsfunktionen eines anderen Menschen gar nicht direkt messen. Wir können nur die äußeren Ausdrücke von Denken, Fühlen und Empfinden erfassen, aber nicht das Denken, Fühlen und Empfinden selbst, und diese prinzipielle diagnostische Einschränkung gilt auch für den allerbesten Arzt.

Für die Entscheidung über die vorzeitige Tötung eines Patienten ist aber nicht nur eine richtige Diagnose, d. h. die Feststellung einer Erkrankung und eines Syndroms von Bedeutung. Noch wichtiger ist die richtige Vorhersage des Weiterverlaufs dieser Erkrankung. Wie wir oben gesehen haben, ist die Prognose sogar ein gesetzliches Kriterium der Akzeptabilität des assistierten Suizids in Oregon, Washington und Vermont. Die Lage mit der Prognose ist aber noch schwieriger als mit der Diagnose, und die Wahrscheinlichkeit sich zu irren noch höher. Prognosen sind ihrer Natur nach probabilistisch, d. h. sie beruhen auf Wahrscheinlichkeitsrechnung. Aber Wahrscheinlichkeiten gelten für große Zahlen und nicht für Einzelfälle. Die Wahrscheinlichkeit, aus einem vollen Kartenstapel (ohne Joker) nacheinander zwei Asse zu ziehen, liegt lediglich bei 0,0059, aber versuchen Sie das ein paar Mal, und sie werden sehen, dass es ab und zu gelingt. Auch die sichersten medizinischen Prognosen gelten für größere Patientenstichproben, aber nicht für einzelne Patienten. Ein Arzt teilte einmal einem Patienten mit, dass er ihm von einer Behandlungsmethode abräte, da sie laut zuverlässigen wissenschaftlichen Studien nur in einem Fall von Hundert hilft. »Vielleicht bin ich etwas egoistisch«, antwortete der Patient, »aber das Schicksal der anderen 99 Patienten interessiert mich wenig.«

Der Patient hatte vollkommen recht. Noch Albert Einstein sagte einmal, dass ein unwahrscheinliches Ereignis genauso gut eintreten könne wie ein hochwahrscheinliches, der Unterschied sei nur der, dass man auf das unwahrscheinliche viel länger warten müsse. Was sagt es, wenn ich weiß, dass ein Patient in diesem Zustand nur 0,1 % Chancen hat? Vielleicht ist gerade dieser Patient, der konkrete, mit dem ich jetzt spreche, ausgerechnet dieser eine von Tausend? Damit diese Überlegung nicht zu willkürlich erscheint, kann sie mit einem genauen Rechenbeispiel untermauert werden. 0,1 % Überlebenschancen sind wirklich nicht viel; die meisten Menschen würden vielleicht sogar sagen, der Patient habe so gut wie keine Chancen. Nehmen wir aber an, dass ein erfahrener Arzt in seinem langen Berufs-

leben bereits eintausend Patienten in ebendiesem Zustand gesehen hat. Die Wahrscheinlichkeit, dass *mindestens einer* von diesem Tausend überlebt, ist sage und schreibe $[1-(1-0,001)^{1000}] \times 100 = 63\%$ – ein hochwahrscheinliches Ereignis!

Da wir schon nebenbei Einstein erwähnt haben, sollen wir an dieser Stelle auch an einen anderen genialen Physiker denken: Stephen William Hawking (1942-2018) trug maßgebend zu der Entwicklung der Astrophysik, zum Fortschritt der Relativitätstheorie und der Quantenfeldtheorie bei. In den 1970er Jahren entwickelte er eine Theorie, nach welcher schwarze Löcher eine Art Vakuum-Strahlung erzeugen. In den 1980ern arbeitete er an der exakten mathematischen Darstellung eines grenzenlosen Kosmos.

Ab 1988 publizierte er eine Serie populärwissenschaftlicher Bücher, von denen die meisten Bestseller wurden; dem deutschen Leser sind wahrscheinlich u. a. »Eine kurze Geschichte der Zeit« (rororo, 1991), »Einsteins Traum« (rororo, 1996) und »Das Universum in der Nussschale« (dtv, 2003) bekannt. Obwohl schwerkrank, trat er in mehreren berühmten Filmserien auf, u. a. *Die Simpsons* und *Raumschiff Enterprise*. Wenn die Menschheit einst eine ganzheitliche Theorie des Kosmos aufbaut, dann dank der bahnbrechenden Arbeiten von Stephen Hawking. Noch in den 2000er Jahren setzte er seine theoretische Arbeit aktiv fort.



Abbildung 8: Astrophysiker Prof. Stephen Hawking (Mitte) genießt Null-Schwerkraft während eines Fluges in einer speziell dafür ausgebauten Boeing 727. Peter Diamandis (rechts, der Eigentümer der *Zero Gravity Corporation*) und Byron Lichtenberg (links) drehen Hawking im schwerelosen Raum.

Stephen Hawking litt an einer schweren neuromuskulären Erkrankung (vermutlich ALS mit einem höchst atypischen Verlauf, aber die Diagnose wurde nicht gesichert) und sollte laut den Prognosen seiner Ärzte schon Ende der 1960er oder spätestens Anfang der 1970er Jahre gestorben sein. Soweit zum Thema Prognose.

Aber wir haben nur über die allgemeine Kompetenz der Ärzte bei der Diagnosestellung und der Beurteilung der Prognose gesprochen. Die Entscheidung über eine aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid braucht auch sehr spezielle Kenntnisse, über die nur eine Minderheit der Ärzte verfügt. Während die Gesetze über die ärztliche Beihilfe zum Suizid in Oregon und Washington eine obligate psychiatrische Untersuchung zwecks Ausschlusses einer Depression erfordern, sehen die entsprechenden Gesetze in den europäischen Ländern (den Niederlanden, Belgien und der Schweiz) die Notwendigkeit einer psychiatrischen Expertise nicht. Wie wir oben gesagt haben, äußern zahlreiche Psychiater die Meinung, dass die meisten, wenn nicht alle Patienten, die nach Sterbehilfe verlangen, klinisch depressiv sind.¹²⁵ Wir haben auch erwähnt, dass diese Meinung möglicherweise übertrieben ist. Dennoch besteht kein Zweifel, dass depressive Verstimmungen (nicht unbedingt auf dem Niveau einer Großen Depression) bei einer sehr hohen Anzahl von Patienten eintreten, die Sterbewünsche äußern. Schließlich ist eine schwere Krankheit an sich ein extremer Stress, der gerade bei empfindlichen Menschen natürlich zu emotionalen Reaktionen führen kann.

Die enorme Schwierigkeit dieses Problems hängt damit zusammen, dass alle klassischen Symptome einer Depression mit den Symptomen Ähnlichkeiten haben, die im höheren Alter und insbesondere bei chronischen Erkrankungen ohnehin auftreten. Laut dem gegenwärtigen Standard müssen für die Diagnose einer Großen Depression von den folgenden neun Symptomen mindestens fünf vorhanden sein: Depressive Stimmung an fast allen Tagen; deutlich vermindertes Interesse und Freude an fast allen Tagen; Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf; entweder verminderter oder gesteigerter Appetit mit den entsprechenden Gewichtsveränderungen; Veränderung des Aktivitätsniveaus, entweder psychomotorische Hemmung oder Unruhe; Energieverlust, starke Müdigkeit; Verminderung der Konzentrations-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit; starke Gefühle der Schuld und

¹²⁵ Vgl. Brown, J. H., Henteleff, P., Barakat, S., & Rowe, C. J. (1986). Is it normal for terminally ill patients to desire death? *American Journal of Psychiatry*, 143, S. 208-211; Conwell, Y., & Caine, E. (1991). Rational suicide and the right to die: Reality and myth. *New England Journal of Medicine*, 325, S. 1100-1103.

Wertlosigkeit; schließlich wiederkehrende Gedanken an den Tod und an Selbstmord – wobei unter diesen fünf mindestens eines der ersten zwei Symptome auftreten muss (depressive Verstimmung oder vermindertes Interesse und Freude). Diese Symptome müssen mindestens zwei Wochen andauern und nicht als einfache Trauer oder als Resultat einer anderen psychischen (z. B. Schizophrenie) oder somatischen Erkrankung erklärt werden können.

Wie häufig treten diese Symptome bei Patienten auf, die nach einer Sterbehilfe verlangen? »Deutlich vermindertes Interesse und Freude am Leben« kann durchaus eine Folge einer schweren, chronischen körperlichen Erkrankung sein, besonders wenn diese Erkrankung im höheren Alter eintritt. »Verminderter Appetit« mit dem entsprechenden Gewichtsverlust ist z. B. bei schweren Erkrankungen des Magen-Darm-Systems eine Selbstverständlichkeit. »Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf« charakterisieren oft nicht nur die altersbezogenen Krankheiten, sondern sogar das normale Alter, und bei welchem Menschen über 75 gibt es keine »Veränderung des Aktivitätsniveaus«, keinen »Energieverlust« (im Vergleich mit seinen jungen Jahren), keine »Verminderung der Konzentrationsfähigkeit«? Ist es schließlich verwunderlich, wenn solche Symptome, von z. B. einer Krebskrankheit oder dem hohen Alter oder beidem verursacht, länger als zwei Wochen andauern?

In anderen Worten ist die Depression genau dann am schwierigsten zu diagnostizieren, nämlich bei schweren chronischen Leiden und im höheren Alter, wenn ihre Diagnostik *am wichtigsten* ist und im wahrsten Sinne über Leben und Tod entscheidet. Der Sterbewunsch allein kann schon auf Depression hinweisen, aber nicht unbedingt. Versuchen wir nachzuweisen, dass im konkreten Fall trotz dieses wichtigsten Symptoms keine Depression vorliegt, müssen wir anderen Symptomen ein höheres Gewicht einräumen. Aber diese anderen Symptome können ihrerseits als Ausdruck der zugrundeliegenden Erkrankung oder des Alters missdeutet werden. Sogar bei körperlich gesunden Patienten mittleren Alters wird eine depressive Krankheit von den Ärzten ohne ausreichende Erfahrung sehr oft übersehen, da sie häufig in sogenannten maskierten Formen (*depressia larvata*) abläuft; bei älteren Patienten mit somatischen Erkrankungen sind massive diagnostische Fehler – womöglich in beide Richtungen, Hypo- wie Hyperdiagnostik – vorprogrammiert. Allgemeinärzte, die in den Niederlanden und in Belgien in der Regel die Entscheidung über die aktive Sterbehilfe treffen, haben bei dieser Diagnostik keine ausreichende Kompetenz.

Schließlich sind mediko-biologische Aspekte des Leidens bei Schwerkranken mit dessen existentiellen und spirituellen Aspekten verbunden und verflochten. Wir haben dieses Thema oben im Kapitel über Schmerz und Schmerzmittel bereits angesprochen. Es ist nicht bloß eine Krankheit, die den Schmerz verursacht, sondern es ist ein kranker Mensch als Person, dem es weh tut. Die Unterscheidung zwischen einem körperlichen Leiden und einem existentiellen Leiden ist eine grobe Vereinfachung, die vielleicht mal bei einer theoretischen Analyse behilflich sein kann, die aber das Verstehen realer Patienten eher hindert. Wie Lev Tolstoi in seiner berühmten Erzählung über den Sterbeprozess des an Nierenkrebs erkrankten Iwan Iljitsch zeigte,¹²⁶ ist das Subjekt des Leidens kein kranker Körper, sondern immer eine menschliche Person im gesamten System ihrer sozialen Beziehungen. Ob diese Person z. B. religiös ist oder nicht, und wie sie ihre Religiosität versteht, wie sie ihr gesamtes Leben zusammenfassend betrachtet, welche Antwort diese Person auf die Frage nach dem Lebenssinn hat, wie warm und echt ihre Kontakte mit ihren Mitmenschen sind – das alles bestimmt nicht nur das Ausmaß des Leidens, sondern auch die Entscheidungen, die diese Person angesichts des nahenden Todes, einer schweren Krankheit oder bloß eines weit fortgeschrittenen Alters trifft.

Während sich Medizinmänner vergangener Zeiten, die die Rollen des Arztes und des Priesters in sich vereinten und beanspruchten, den einzelnen Menschen sowohl mit sozialen als auch mit kosmischen Genesungskräften zu verbinden, sich an eine solche Problematik heranwagten, ist diese Rollenvorstellung einem modernen Mediziner fremd. Der Arzt ist ein Experte auf einem in der Regel engen und auf jeden Fall gut umschriebenen Gebiet der Gesundheitsbiologie, aber kein Berater in den Fragen nach Werten, Moral oder Sinnsuche. Solche Fragen sind kein Gegenstand seines Studiums und gehören nicht zu seinem beruflichen Selbstverständnis.

Die klassische Beschreibung der sozialen Erwartungen an einen modernen Arzt schließt fünf Kriterien ein: Uneingeschränkte Hilfsbereitschaft, affektive Neutralität, fachliche Kompetenz, funktionale Spezifität und Altruismus.¹²⁷ Die funktionale Spezifität, mit der diese Liste der Anforderungen oft beginnt, bedeutet,

¹²⁶ Tolstoi, L. (2004). Der Tod des Iwan Iljitsch [Smert Ivana Illica]. Ditzingen: Reclam, Übers. K. Fuhrmann.

¹²⁷ http://flexikon.doccheck.com/de/Arztrolle_nach_Parsons. Aufgerufen Mai 2018.

dass der Arzt »nur zum Zweck des Erkennens und der Beseitigung von Krankheiten zu handeln [hat]«. ¹²⁸ Die Aufgaben des Arztes beschränken sich auf Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen; »andere Probleme der Patienten (z. B. sozialrechtliche Fragen) gehören nicht zu seinem Aufgabengebiet«. ¹²⁹

Schüler und Dietz unterstreichen in diesem Zusammenhang speziell, dass Arzt keinen Patienten *in weltanschaulichen Fragen* beraten darf. ¹³⁰ Ein Arzt, der wagt, ab und zu dem einem oder anderen jüngeren Patienten einen Ratschlag bezüglich der Ausgestaltung seiner Beziehungen zu seinen Kollegen oder Vorgesetzten zu geben, begibt sich schon an die Grenze seiner Berufsrolle. Einer, der versucht, Entscheidungen über das familiäre Leben eines Patienten zu beeinflussen, handelt nicht mehr als Arzt, sondern im besten Fall als Freund des Patienten, wobei es auch noch eine große Diskussionsfrage ist, inwieweit man zugleich ein Arzt und ein Freund sein kann. Über den Wert des Lebens eines Patienten zu entscheiden wäre für einen Arzt eine Anmaßung, und ich kenne keinen, der glücklich wäre, wenn man an ihn diese Erwartung stellen würde.

Die Übertragung der Sterbehilfeleistung auf die Schultern der Ärzte kann genauso wenig gegen schwere Fehlentscheidungen absichern wie der Versuch, das persönliche Interesse der Sterbehilfe Leistenden in Form einer Entlohnung auszuschließen. Die Ärzte sind weder kraft ihrer sozialen Position noch durch ihre medizinische Ausbildung darauf vorbereitet, diese ungewöhnlichen Funktionen zu übernehmen. Die medizinischen Kenntnisse befähigen nicht zur Einschätzung des fremden Leidens, noch weniger zur Beantwortung der Fragen nach Leben und Tod.

Es häufen sich aber Berichte, dass die meisten Ärzte nicht nur keine Kompetenzen und keine soziale Kraft dafür haben, über den Todeszeitpunkt ihrer Patienten zu entscheiden, sondern auch keine Lust dazu. In der Schweiz halten sie sich völlig außerhalb dieses Prozesses, aber auch in Belgien und in den Niederlanden, in denen die Sterbehilfe nur von den Medizinern durchgeführt werden darf, erfüllen sie diese für ihren Beruf so ungewöhnlichen Aufgaben mit zunehmendem Unwillen. Obwohl die Berichte vom europäischen Kontinent noch zum Teil anekdotisch sind, stimmen sie bestens mit den gut gesicherten empirischen Daten aus den angelsächsischen Ländern überein, die zeigen, dass die Experten im Vergleich zum breiten Publikum eher eine ablehnende Position gegenüber der aktiven Sterbehilfe

¹²⁸ http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/body_arztrolle.html. Aufgerufen Mai 2018.

¹²⁹ Berth, H., Balck, F., & Brähler, E. (Hsgeb., 2008). *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z*, Hogrefe, S. 56.

¹³⁰ Schüler, J., & Dietz, F. (2004). *Medizinische Psychologie*, Thieme.

einnehmen. Je größer die Fachkenntnisse eines Arztes sind, je umfangreicher seine Erfahrung genau mit denjenigen Patienten, bei denen die Frage nach Sterbehilfe gestellt wird, umso weniger will dieser Arzt an einer aktiven Sterbehilfe teilnehmen oder Beihilfe zum Suizid leisten.¹³¹

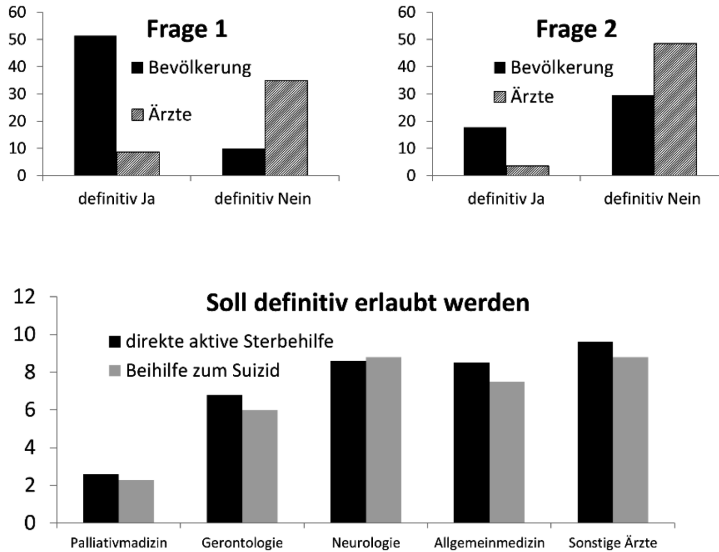


Abbildung 9: Die Prozentzahl von Personen, die definitiv Ja oder Nein zur aktiven Sterbehilfe sagen. Frage 1 handelt von tödlichen Krankheiten, Frage 2 von schweren und quälenden Krankheiten, die aber nicht direkt zum Tode führen. Die Summe der zwei Antworten ist <100 %, weil es auch die Antworten »vielleicht« und »ich weiß nicht« gab. Unten: Prozentzahl der Ärzte, die aktive Sterbehilfe (schwarz) oder Beihilfe zum Suizid (grau) unterstützen, getrennt nach Fach.

Abbildung 9 zeigt am Beispiel britischer Daten eine tiefe Diskrepanz zwischen den Einstellungen von Experten und Laien. Auf die Frage, ob eine aktive Sterbehilfe für todkranke Patienten eingeführt werden soll, antworten nur 8 % der Ärzte mit

¹³¹ Vgl. Editorial (1993). Survey : Wisconsin physicians oppose assisted suicide bill. American Medical News, Sept 13, 50; Cohen, J. S. et al. (1994). Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. New England Journal of Medicine, 331, S. 89-94; Emanuel, E. J. et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. Lancet, 347, S. 1805-1810; McCough, P. M. Medical concerns about physician-assisted suicide. Seattle University Law Review, 18, S. 520-529; <http://www.christian.org.uk/news/doctors-oppose-assisted-suicide-says-new-poll/> (aufgerufen Mai 2018).

einem definitiven Ja, aber 50 % der zufällig angesprochenen Menschen auf der Straße. Aber auch unter den Ärzten bestehen wesentliche Unterschiede. Obwohl in keinem ärztlichen Fach die Anzahl der Sterbehilfebefürworter über 10 % liegt, ist diese Zahl bei Gerontologen signifikant niedriger als bei Neurologen und sonstigen Ärzten und bei Palliativmedizinerinnen noch signifikant niedriger als bei Gerontologen.¹³² Analog stellen Bachmann und Mitarbeiter aufgrund von US-amerikanischen Daten kurz und knapp fest: »Die Ärzte, die am wenigsten Kontakt mit sterbenden Patienten haben, unterstützen die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid am häufigsten.«¹³³

Wie wir noch sehen werden, ist die Sterbehilfediskussion im Wesentlichen durch das Bedürfnis angetrieben, den Tod des Patienten zu genehmigen und die mit einem solchen Tod immer verbundenen negativen Affekte zu unterdrücken. Ein Mittel dafür ist die Übertragung der Hauptverantwortung auf die Figur des Arztes, der entgegen der aufklärerischen Vorstellung nahezu priesterliche Eigenschaften zugeschrieben werden. Im mystischen Denken, das uns Menschen des 21. Jahrhunderts genauso gut befallen kann wie die Zeitgenossen des Mittelalters, sollte eine Tötungshandlung, die von einem Arzt durchgeführt wird, ihre »bösen« Eigenschaften verlieren und quasi von der oberen Stelle gutgeheißen werden. Dem Arzt wird also nicht nur Unfehlbarkeit, sondern auch moralische Hoheit zugeschrieben. Das Bedürfnis nach einer hohen Autorität angesichts eines so existenziellen Themas wie der Tod kann man nachvollziehen; aber der heutige Arzt ist weder willig noch kann er verpflichtet werden, dieses Bedürfnis zu befriedigen.

¹³² Angaben zur Allgemeinbevölkerung nach Market Research Services, Public Opinion on the legalisation of euthanasia/PAS, in: House of Lords, Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, 2005. Angaben zu den Ärzten nach Seale, S. Legalisation of euthanasia or physician assisted suicide: Survey of doctors' attitudes. Palliative Medicine, 2009, S.1-8.

¹³³ Bachman, J. G. et al. (1996). Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. New England Journal of Medicine, 334(5), S. 303-309 (Zit. S. 308).

Blick in den Abgrund

»Ich wäre Ihnen verbunden, Euer Gnaden, wenn Sie mir einen Check für sechs tausend Pfund ausstellten. Sie können die Summe auch überweisen. Mein Konto ist bei der Capital and Counties Bank in der Oxford Street.«

Der Herzog saß starr und aufgerichtet im Sessel und sah meinen Freund mit steinernem Blick an: »Ist es ein Witz, Mr. Holmes? Die Gelegenheit scheint kaum geeignet Scherze zu machen.«

»Nicht im Geringsten, Euer Gnaden. Nie im Leben war ich ernsthafter.«

.....

»Und wen beschuldigen Sie dann?«

Die Antwort Holmes' war verblüffend. Er trat rasch an den Herzog heran und legte ihm die Hand auf die Schulter.

»Ich beschuldige SIE«, sagte er. »Und jetzt, Euer Gnaden, darf ich Sie wegen des Checks bemühen.«

(Arthur Conan Doyle, *Die Internatsschule*)

Der Gegenstand dieses Buches ist die aktive Sterbehilfe, also eine Handlung, bei der ein Patient getötet wird. Wir kennen sehr viele Bücher, die sich mit einem Tötungsdelikt beschäftigen. Charakteristisch ist für sie, dass an ihrem Ende die Fragen beantwortet werden, wer der Täter ist und wie er seine Tat ausgeführt hat. Auch wir wollen keine Ausnahme machen und werden uns deshalb im letzten Kapitel genau mit diesen Fragen beschäftigen müssen. Aber nicht jeder besitzt den Mut Sherlock Holmes', einem mächtigen Lord und Minister Ihrer Majestät die ganze Wahrheit gleich in die Augen zu sagen: »Der Verbrecher, Euer Gnaden, den ich in Ihrem Auftrag gesucht habe, sind Sie.« Ich fange dieses Kapitel schweren Herzens an. Ich zögerte damit aus allen Kräften. Ich weiß, wie schwer es dem Leser sein wird, einige Abschnitte in diesem Kapitel zu lesen. Sein einziger Trost könnte das Wissen sein, dass es für mich noch viel schwieriger war, diese Abschnitte zu schreiben. Aber wir müssen durch: Wir haben keine andere Wahl.

Ein schwieriges Unterfangen sucht nach einem leichten Einstieg. Es ist immer leichter von den anderen zu reden als von sich selbst. Wir werden uns der Antwort auf die Frage nach den Tätern nähern, indem wir am Anfang keine Personen ansprechen, sondern Gegenstände und Werkzeuge, mit denen die Tat vollstreckt wird.

Die Tatwerkzeuge

Ein Logikprofessor erklärte einst in einer seiner Vorlesungen, dass man, wenn man in eine logische Beweisführung nur eine einzige falsche Aussage einführt, alles beweisen kann. »Das kann nicht sein!« unterbrach ihn ein Student, »Nehmen wir z. B. an: $3 \times 3 = 10$. Können Sie auf dieser Grundlage beweisen, dass Sie Präsident Trump sind?« »Selbstverständlich,« antwortete der Professor, »Drei mal drei bedeutet, wir sollen eine 3 dreimal nehmen. Nehmen wir zuerst eine 3 zweimal: Das ist 6. Dann bleibt noch eine 3 bis zu unserem Ziel, d. h. 10. Andererseits, wenn wir 6 aus 10 abziehen, bekommen wir $10 - 6 = 4$. Somit sind wir zu einem wichtigen Zwischenschluss gekommen, und zwar

$$3 = 4.$$

Aber eine richtige Gleichung bleibt immer richtig, wenn wir über ihren rechten und linken Teil die gleiche Operation durchführen. In diesem Fall müssen wir von links und von rechts jeweils eine 2 abziehen, und wir bekommen

$$(3 - 2) = (4 - 2) \text{ oder } 1 = 2.$$

Jetzt kann jeder sehen, dass ich und Mr. Trump zwei verschiedene Personen sind. Aber wir haben gerade bewiesen, dass $2=1$ ist! Also bin ich und Trump eine und dieselbe Person.«

Die Tötung von Menschen wurde im Laufe der Geschichte mit verschiedenen Werkzeugen betrieben: Keulen und Äxten, Pistolen und Säbeln, Kanonen und Bomben. Aber eine besonders furchtbare Waffe wird leider in der Liste todbringender Instrumente oft ausgelassen, obwohl sie wahrscheinlich viel mehr Menschenleben vernichtet hat als alle Kanonen und Bomben zusammen – besser gesagt, diese Waffe ermöglicht erst die Anwendung von Kanonen und Bomben. Sie

heißt Sprache. So wie die herrschende Elite eines Landes erst dann Hunderttausende junge Menschen in einen mörderischen Krieg werfen kann, wenn diese Elite sich selbst als »Vaterland«, das Morden anderer Menschen als »Patriotismus«, und die Bereitschaft sein Leben zu opfern, damit die Superreichen noch reicher werden, als »Heldentum« bezeichnet, so muss man auch in diesem Fall die Schlüsselbegriffe umdrehen und ihren Inhalt »entwirklichen«, d. h. der Realität des Lebens und des Todes entreißen. Wir haben schon oben an mehreren Stellen die unfairen Techniken erwähnt, mit denen die Tötungsideologie ihr Brainwashing betreibt. Diese Methoden werden im Folgenden nochmals zusammengefasst. Aus unserem Gehirn eine Marionette zu machen, eine Puppe, die so springt, wie der Strippenzieher es will, ist einfacher als es scheinen mag.

Umbestimmung der Wörter. Wir haben schon ganz am Anfang gesagt, dass die deutschsprachige Diskussion die Begriffe »aktive«, »passive« und »indirekte« Sterbehilfe in einem Atemzug benutzt, obwohl zwischen ihnen eigentlich Welten liegen, denn nur bei der aktiven Sterbehilfe liegt die *Absicht* eines Menschen vor, einen anderen Menschen zu töten – ein Vorsatz, der zur Definition von »Mord« gehört. Weder die passive noch die indirekte Sterbehilfe kennen diesen Vorsatz. Noch erfinderischer ist aber die englische Sprache, in der die Sterbehilfebegriffe ständig umdefiniert werden. Ein schönes Beispiel ist die Gesetzgebung der US-amerikanischen Staaten Oregon, Washington und Vermont, die verbietet, den assistierten Suizid »Suizid« zu nennen. Das heißt, ein Mensch nimmt ein Gift in einer Dosis, die mit Sicherheit zu seinem Tode führt, und zwar mit einer expliziten und mehrmals (so verlangt es das Gesetz) geäußerten Absicht, infolge der Vergiftung zu sterben. Wenn diese Handlung kein Suizid ist, was ist dann einer?

Durch die Veränderung der Wortbedeutung kann genauso *alles* bewiesen werden, wie auf der Grundlage von $3 \times 3 = 10$, nur noch einfacher. Wissen Sie, dass Schnee und Ruß die gleiche Farbe haben? Wir müssen bloß verabreden, dass wasserhaltige Stoffe dann »weiß« heißen, wenn sie uns schwarz erscheinen, und umgekehrt. Weil Schnee aus Wasser besteht und weiß erscheint, ist er schwarz, und Ruß ebenso, *quod erat demonstrandum*.

Wenn ein Arzt einen Todkranken richtig palliativ behandelt, aber der Patient infolge der Nebenwirkungen dieser Behandlung stirbt, noch bevor er an der Krankheit gestorben wäre, so nennen wir das »indirekte Sterbehilfe«. Wenn der Arzt diesen Patienten vorsätzlich tötet, nennen wir das »direkte Sterbehilfe«. Aber

»Direktheit« kann als solche nicht zwischen akzeptablen und inakzeptablen Handlungen unterscheiden, sonst müsste man z. B. den Obersturmbannführer Eichmann, der keinem einzigen Juden direkt Schaden zufügte, sondern nur einen steten und störungsfreien Transport von Juden nach Auschwitz gewährleistete, freisprechen. Nun ist der Fall der indirekten Sterbehilfe offensichtlich akzeptabel, da der Arzt korrekt gehandelt hat. Also müssen wir auch die direkte Patiententötung akzeptieren.

Es gibt keinen Unterschied zwischen diesem Beweis und dem Beweis der gleichen Farbe von Schnee und Ruß oder dem Beweis der Identität zwischen dem Logikprofessor und dem Präsidenten Trump. In den beiden Fällen drehen wir an der Bedeutung der Wörter so lange, bis uns diese Wörter das sagen, was wir wollen. Als »Begründer« dieser Wortauffassung gilt der bekannte Humpty Dumpty (in den deutschen Übersetzungen auch Goggelmoggel oder Humpelpumpel genannt) aus dem sechsten Kapitel von »Alice hinter den Spiegeln«, warum sie auch manchmal als Humpty-Dumpty-Semantik bezeichnet wird. Die Passage ist so bedeutsam, dass es sich lohnt, sie unten vollständig zu zitieren:¹³⁴

»... Da hast du Glorie!«

»Ich weiß nicht, was Sie mit ›Glorie‹ meinen,« sagte Alice.

Humpty Dumpty lächelte verächtlich.

»Natürlich weißt du es nicht – ehe ich es dir erkläre. Ich meinte, ›da hast du ein schönes schlagendes Argument!«

»Aber ›Glorie‹ heißt nicht ›ein schönes schlagendes Argument,‹« widersprach Alice.

»Wenn **ich** ein Wort gebrauche,« sagte Humpty Dumpty in ziemlich höhnischem Ton, »heißt es genau das, was ich als Bedeutung wähle – nicht mehr und nicht weniger.«

»Die Frage ist,« sagte Alice, »ob Sie Wörter so viel anderes bedeuten lassen **können**.«

Und jetzt hören wir die Antwort des Humpty Dumpty:

¹³⁴ Zit. nach der Übersetzung [http://www.joergkarau-texte.de/PDF/Alices %20Abenteuer %20im %20Wunderland.pdf](http://www.joergkarau-texte.de/PDF/Alices%20Abenteuer%20im%20Wunderland.pdf).

»Die Frage ist,« sagte Humpty Dumpty, »wer der Herr ist. Das entscheidet alles.«¹³⁵

Wer der Herr der Lage ist, wer die Macht hat, der bestimmt, was Leben und was Tod heißt – das wusste also Lewis Carroll noch im 19. Jahrhundert. Und als 80 Jahre später ein anderer Brite eine andere, schreckliche Fiktion beschrieben hat, in der das Friedensministerium Kriege führt, im Liebesministerium Menschen zu Tode gefoltert werden und das Wahrheitsministerium darauf aufpasst, dass alle Informationen von der Lüge durchdrungen sind,¹³⁶ so hat das komische eiförmige Männlein in Carrolls Kinderbuch dies alles schon vorausgesagt. Wer der Herr ist, der entscheidet, dass z. B. »Stärkung der Patientenrechte« die Tötung von Schwachen, Kranken und Unnützen bedeutet – »nicht mehr und nicht weniger«.

Umkehr emotionaler Konnotationen. Als die Nationalsozialisten ihr Euthanasieprogramm (die sog. Aktion T4) entwickelten, hatten sie mit einer Gesellschaft zu tun, in der das Christentum – jedenfalls formell – eine bedeutende Rolle spielte. Ein wichtiger Begriff in der damaligen Auslegung der christlichen Lehre war der Begriff der Liebe. Fast jeder Deutsche in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hatte mindestens einmal eine Predigt zum Thema »Liebe deinen Nächsten« gehört, und die meisten kannten diese Formel, auch wenn nur wenige bereit waren, sie praktisch anzuwenden. Deshalb war die Aufgabe der Propaganda vollkommen klar: Euthanasie sollte als *Liebe* bezeichnet werden, dann würde sie vom Volk akzeptiert! In den Büchern, Theaterstücken und Filmen jener Zeit setzte man konsequent die Idee durch, dass die Massentötung Alter, Schwerkranker und Schwachsinniger der Ausdruck der höchsten Liebe zu diesen Personen ist. Die Propagandisten schreckten nicht davor zurück, in diesem Zusammenhang den »Opus Chirurgicum« des großen spätmittelalterlichen Arztes Paracelsus zu zitieren: »Das grundlegende Prinzip der Medizin ist die Liebe« und »Der höchste Grad der Arznei ist die Liebe. – Was ist die Hilfe der Arznei anderes als Liebe?«¹³⁷ Diese Zitate wurden mit der Tätigkeit der Ärzte wie Horst Schumann, Irmfried Eberl oder Karl Brandt, die die aktive Tötung psychisch Kranker (v. a. kranker Kinder) betrieben haben, in Verbindung gebracht.¹³⁸ Für den Tod selbst wurde ein anderes Wort herangezogen,

¹³⁵ Im Original: »The question is, which is to be master. That's all.«

¹³⁶ George Orwell, »1984«. Deutsche Ausgabe 2000 von Ullstein List.

¹³⁷ http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb11200035_00001.html.

¹³⁸ Karl Brandt war als Hitlers Leibarzt der Leiter der Aktion; Schumann und Eberl leiteten die größten Anstalten, in denen die meisten Tötungen stattfanden.

das ebenso aus der Liste der höchsten christlichen Werte stammt: Erlösung. In der christlichen Theologie kommt Jesus Christus in die Welt, um die Menschen durch den eigenen Tod zu erlösen. In der nationalsozialistischen Auslegung waren es die Nazi-Ärzte, die die Kranken von deren Leiden durch ihren (der Kranken) Tod »erlöst« haben.

Am Ende des 20. Jahrhunderts und am Anfang des 21. hat die christliche Begrifflichkeit ihren Einfluss auf das Denken und Fühlen der westlichen Menschen teilweise stark eingebüßt, besonders in Europa, aber in einem etwas geringeren Grad auch in Amerika. Der moderne Mensch orientiert sich an Wertbegriffen, die nicht so sehr aus dem christlichen wie aus dem humanistischen Wortschatz stammen, der wichtigste davon ist Menschenwürde. In Deutschland genießt dieses Konzept dank seiner besonderen Stellung im Artikel 1 des GG eine spezielle Achtung, aber auch in den franko- und anglophonen Kulturen ist der Respekt vor dem Wert der Menschenwürde ausgesprochen hoch.

Die Euthanasie-Befürworter erwiesen sich als anpassungsfähig. Aktive Tötung als Liebe und den gewaltsamen Tod eines Kranken als Erlösung zu bezeichnen hätte in heutiger Zeit die Propagandawirkung verfehlt. Das letztere Paradigma (Erlösung) findet in der gegenwärtigen Tötungsideologie immer seltener Anwendung, und das erstere (Liebe) ist fast verschwunden. Heute sollen Menschen nicht mehr aus Liebe, sondern vor allem aus Respekt vor ihrer Würde ermordet werden. Das Ziel ist »in Würde sterben« (in Würde leben will offensichtlich niemand mehr). Fast jede zweite Euthanasie-Organisation hat in ihrem Namen das Wort »Würde«, am liebsten in seiner latinisierten Form (Dignitas, engl. dignity, franz. Dignité), was einen noch stärkeren Eindruck machen soll. An zweiter Stelle in der Häufigkeit steht der Begriff »Humanismus« und seine Derivate (»Humanistische Union«, »Gesellschaft für humanes Sterben« usw.). Übrigens trug eine geschlossene totalitäre Gemeinschaft in Chile, in der zwischen 1961 und 2004 zahlreiche Verbrechen gegen die Menschlichkeit begangen wurden – bis hin zur Anwendung des Elektroschocks bei Kindern, – den Namen »Colonia Dignidad«.

Aber mit einzelnen Wörtern, sei es »Liebe« oder »Würde«, ist es noch nicht getan. Auch das haben die klassischen Diktaturen sehr wohl erkannt. Der Philologe Victor Klemperer zeigte in seinem Buch über die Nazi-Sprache, dass eine perfekte Propagandamaschinerie ein ganzes Begriffssystem entwickelt, das die Gefühle und Vorstellungen der Menschen, die in dieser Sprache denken, in die erforderliche Richtung lenkt. Im Kommunismus war es zum Beispiel das System von Wörtern,

die jede Entscheidung der herrschenden Gruppe als eine aktuelle Entwicklung der Marx'schen Theorie darstellten (da Karl Marx zu dieser Zeit schon längst tot war, konnte man ihn nicht nach der Verifizierung dieser These fragen). Ein anderes Beispiel war die Rassenideologie in Nordamerika, die aus der Gegenüberstellung der Begriffe »weiß/schwarz« bzw. »hell/dunkel« ihr Kapital geschlagen hat, indem die Ausdrücke »ich sehe schwarz« oder »er hat dunkle Motive« auf eine »niedere« Qualität der dunklen Hautfarbe hinweisen sollen.

Die Anhänger der Tötungsideologie können natürlich nicht nachgeben. Eine ihrer großen Erfindungen ist das Begriffspaar »das Recht zum Sterben – die Pflicht zum Leben«. Wer diese Gegenüberstellung eine Zeit lang auf sich wirken lässt, kommt unfreiwillig wie der Tod selbst zum Schluss, dass die meisten Menschen, oder jedenfalls die meisten Kranken nur davon träumen, möglichst bald zu sterben und das Gesundheitssystem auf Pflegekosten zu entlasten. Allein unsere böse Gesellschaft zwingt diese Menschen mit roher Gewalt dazu, wozu sie überhaupt keine Lust haben, nämlich zum Leben. Daher besteht die Aufgabe jedes ehrlichen Bürgers darin, diese Massen von Menschen von dem unerträglichen sozialen Druck zu befreien und sie endlich das tun zu lassen, was sie schon längst tun wollen, nämlich sterben.

Ehrlich gesagt ist auch diese Erfindung nicht ganz neu. Als Dr. Lang am Anfang des Propagandafilms »Ich klage an« von Wolfgang Liebeneiner (1941) das kleine Mädchen rettet, erzählt er darüber seinen Freunden: »Ich habe ihr Herz mit Adrenalin *gezwungen*, wieder zu schlagen.« Erst nach 1,5 Stunden Filmhandlung wird dem Zuschauer klar, dass die Rettung des kranken Kindes ein Irrtum war, und dass es stattdessen Dr. Langs Pflicht gewesen wäre, das Kind zu töten – aber schon zu Beginn wird dieser Irrtum durch die Wahl des negativ assoziierten Wortes »zwingen« angedeutet.

Falsche Assoziationen. Sowohl die Verdrehung der Wortbedeutung als auch die Umkehr der emotionalen Konnotationen dienen dazu, bei den Lesern (Zuhörern, Diskussionsteilnehmern) falsche Verbindungen herzustellen (z. B. der Tod sei etwas Gutes). Aber es gibt auch spezielle Formen sprachlicher Ausdrücke, deren Hauptzweck es ist, falsche Assoziationen zu erwecken. Begriffe werden dann in eine assoziative Reihe eingesetzt, in der sie entweder gar nichts zu suchen haben, oder die ihren Inhalt nur teilweise und deshalb verzerrt wiedergibt.

Das typische Beispiel eines solchen manipulativen Verfahrens in der Sterbehilfediskussion ist die Besprechung der Patiententötung in rein medizinischen Termini. Mit dieser Klappe werden gleich zwei Fliegen geschlagen. Zum einen wird die ungeheure moralische Bedeutung der Tötungshandlung mit ihren Auswirkungen nicht nur auf das Opfer, sondern (vielleicht noch wichtiger) auf den Täter und die Hinterbliebenen ausgeklammert: Es handle sich angeblich um eine bloß fachliche Diskussion darüber, welche medizinische Maßnahme bei einer speziellen Patienten­kategorie geeigneter ist. Die Wahl zwischen Leben und Tod wird etwa wie die Wahl zwischen einer konservativen und einer operativen Behandlung dargestellt. Zum anderen wird das Vertrauen in die Medizin ausgebeutet: Natürlich kann man nichts gegen den Tod haben, weil er nur eine Medizin ist!

Eine andere Art der falschen Assoziation bezieht sich auf den Aufbau von »Fronten«, die, so wird implizit vorausgesetzt, unversöhnlich einander gegenüberstehen. Die Propagandisten der Tötungs­ideologie bemühen sich darum, uns das folgende Bild zu präsentieren: Auf der einen Seite stehen »Liberale«, modern denkende Menschen, die sich an Wissenschaft und Fortschritt orientieren, die sich für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, der Schwangerschaftsabbrüche und für die Freiheit der Forschung engagieren; auf der anderen Seite konservative, rückwärtsgewandte Kirchengänger, Fortschritthasser, überzeugte Gegner von Abtreibung, Sterbehilfe und Stammzellforschung. Alles wird in einen Topf geschmissen. Rein statistisch gesehen ist es nicht falsch, dass die Sterbehilfegegner oft religiöse Menschen und Gegner von Abtreibungen sind, aber es gibt überhaupt keinen notwendigen Zusammenhang zwischen diesen einzelnen Facetten. Ich kenne überzeugte Atheisten, die vehement gegen die Legalisierung der Sterbehilfe eintreten, und Pastoren, die eine aktive Sterbehilfe betreiben. In der päpstlichen Akademie der Wissenschaften sind alle Ansichten gegenüber Sterbehilfe vertreten, die es in der Gesellschaft im Ganzen gibt.

Wie Kevin Yuill zeigte,¹³⁹ sind (mit der Ausnahme der eher abstrakten These »das Leben ist heilig«) alle wichtigen Argumente für/gegen Abtreibungen und für/gegen die aktive Sterbehilfe unterschiedlich, weshalb man ohne jeglichen Widerspruch für das eine und gegen das andere sein kann. Dass die Sterbehilfe-Ideologie mit der Ideologie des klassischen Liberalismus nicht nur nichts zu tun hat, sondern diesem in wichtigsten Punkten genau widerspricht, haben wir oben im Kapitel »Patientenautonomie« schon gezeigt. Genauso wissen wir, dass die meisten

¹³⁹ Yuill, K. (2015). Assisted Suicide. Palgrave MacMillan.

Mediziner der aktiven Sterbehilfe ablehnend gegenüberstehen, und dass die Mediziner Vertreter der Naturwissenschaft sind und nicht der Kirche. Es ist nicht die Logik, sondern es sind allein die sozialen Umstände, die Sterbehilfegegner mit dem Großteil der Geistlichen vereinigen. Leider muss in einigen europäischen Ländern schon heute ein Gegner der aktiven Patiententötung, selbst wenn er so atheistisch ist wie Wladimir Lenin und Bertrand Russel zusammen, seine Argumente in der katholischen Presse veröffentlichen – sonst findet er keinen Publikationsort!

Der Witz der Assoziationsbildung besteht darin, Argumentationen über die wirklichen und lediglich vorgestellten Zusammenhänge zu vermeiden. Würden die Sterbehilfebefürworter *beweisen* wollen, dass sie immer liberal und atheistisch und dass die Sterbehilfegegner immer konservativ und strenggläubig sind, so gäbe es kein Problem, man müsste lediglich schauen, ob der Beweis stimmt. Der Trick ist aber, nichts zu beweisen, sondern durch das bloße Wiederholen der Wörter »Sterbehilfe« und »Liberalisierung« in nächster Nachbarschaft zueinander, und in anderen Sätzen »Gegner von Sterbehilfe und Abtreibungen«, den Eindruck zu schaffen, dass Dinge zusammenwachsen, die überhaupt nicht zusammengehören. Die falschen Assoziationen müssen unbewusst bleiben, sonst werden sie hinterfragt und verlieren ihre Wirkung.

Künstliche Alternativen. Auch diese Methode ist aus der politischen Propaganda gut bekannt, in der sie v. a. im Repertoire der Extremisten jeder Art eine wichtige Rolle spielt. Eines der Argumente der extremen Linken in der Mitte des 20. Jahrhunderts war: Wenn du kein Kommunist bist, dann bist du für Faschismus und Reaktion! Heutzutage wird die Politik der deutschen Regierung heftig aus rechtspopulistischen Kreisen kritisiert, was der Regierung eine willkommene Gelegenheit gibt, jeden, der mit dieser Politik unzufrieden ist, in die rechtspopulistische Ecke zu stecken. Das Ziel ist die Erschaffung einer Illusion, dass es nur ein Entweder-Oder gibt, und dass zwischen der einen und der anderen Sichtweise keine dritte (vierte, fünfte usw.) existieren kann. »Wer nicht für uns ist, ist gegen uns.«

In der Sterbehilfediskussion werden uns Alternativfallen auf jedem Schritt und Tritt gestellt. In den 1980er Jahren war ein Lieblingsparadigma der Tötungsideologen das sog. Polizistendilemma: Ein Polizist beobachtet einen Autounfall, in dem der Fahrer eines LKW in der Kabine seines brennenden Fahrzeugs eingeklemmt worden ist. Es gibt keine technische Möglichkeit, den Fahrer zu befreien, ehe ihn die Flammen einnehmen. Er bittet den Polizisten um einen Todesschuss, um nicht lebendig verbrennen zu müssen. Darf der Polizist schießen oder nicht? Und wenn

der Polizist es darf, warum darf ein Arzt in einer ähnlichen Situation nicht die tödliche Spritze verabreichen o. ä.? Die Alternative »entweder töten, oder leiden lassen« ist aber falsch: Der Polizist in diesem Beispiel hat keine andere Möglichkeit, das unerträgliche Leiden des Fahrers zu beenden, Ärzte haben aber solche Möglichkeiten, nur verwenden können sie sie manchmal nicht.

Als die palliative Medizin, die anders als die erfundenen Alternativen eine *wirkliche* darstellt, eine solche Größe erreichte, dass es beschämend wurde, sie nicht zu sehen, musste die Gegenüberstellung »entweder Leiden oder Tod« aus dem Arsenal genommen und durch andere ersetzt werden. Wir sollten fortan den Patienten Sterbehilfe leisten, um »nicht den Schwerkranken und Sterbenden den Rücken zu zeigen und wegzulaufen«, sagte ein bekannter australischer Sterbehilfeaktivist.¹⁴⁰ Offensichtlich kann ich meinen Gesprächspartner entweder umbringen oder von ihm weglaufen, andere Formen des Dialogs sind mir nicht bekannt. Eine ähnliche Formulierung findet man auf der Seite der Schweizer Sterbehilfeorganisation EXIT: Wir müssen Beihilfe zum Selbstmord leisten, sonst werden die Patienten, von allen verlassen, in der Einsamkeit ihren Selbstmord begehen müssen. Dass es außer einem assistierten Selbstmord und einem nicht assistierten Selbstmord auch andere Optionen geben könnte (z. B. kein Selbstmord), darüber wird kein Wort verloren.

Andere Alternativen betreffen wirtschaftliche Aspekte: Wir seien ökonomisch zur aktiven Sterbehilfe gezwungen, weil sonst die Betten nicht ausreichen und das Gesundheitssystem zusammenbreche. Dieses Dilemma ist viel seriöser als die vorigen, weil die Ressourcen in der Tat endlich sind.¹⁴¹ Aber selbst in diesem Fall muss man nicht einfach stillschweigend annehmen, dass die Tötung von Alten und Gelähmten die einzige, allerletzte Möglichkeit ist, die unser Gesundheitssystem noch vorm Zerfall retten kann.

Irrelevante Fakten. Wie einfach die oben beschriebenen Methoden auch sind, ist die Methode irrelevanter Fakten noch viel einfacher und dennoch sehr wirksam. Dabei werden Tatsachen oder Überlegungen dargestellt, die angeblich für die aktive Sterbehilfe sprechen, obwohl sie gar nichts mit dem Thema zu tun haben. So

¹⁴⁰ Zit. nach Sommerville, M. (1997). Euthanasia by confusion. *New South Wales Law Journal*, 20(3), S. 550-575.

¹⁴¹ In jedem konkreten Augenblick. Ich will an dieser Stelle die Theorie, nach welcher die Ressourcen der Erde und ihrer Umgebung *prinzipiell* unendlich sind (weil wir heute nicht wissen können, was morgen zu Ressourcen wird, wie man im Mittelalter nicht wusste, was Erdöl ist), nicht angehen. Auch wenn sie stimmt, löst diese prinzipielle Unendlichkeit nicht sofort die Probleme von heute, dem 27.08.2018.

argumentierte ein Blogger 2008, dass die Niederlande die höchste Lebenserwartung in Europa hätten; also macht die aktive Sterbehilfe das Leben nicht schlechter, sondern vielleicht sogar besser.¹⁴² Aber erstens sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den westlichen Ländern insgesamt minimal: Der Unterschied zwischen dem »besten« und dem »schlechtesten« Land betrug nur 4,6 Jahre, und fünf Jahre später waren die Niederlande schon im europäischen Mittelfeld hinter Zypern, Malta, Italien, Portugal, Frankreich und Finnland; wie mickrig diese innereuropäischen Unterschiede von plus-minus zwei Jahren sind, zeigt z. B. der Vergleich mit Russland, in dem die Lebenserwartung immerhin 12 Jahre kürzer ist als im westeuropäischen Schlusslicht Dänemark. Zweitens ist die Lebenserwartung hauptsächlich von der Kindersterblichkeit und allgemeinhygienischen Bedingungen abhängig; sind diese Bedingungen in etwa gleich, spielen zusätzlich genetische Faktoren eine Rolle. Man mag also aufgrund der hohen Lebenserwartung die niederländische Kindermedizin und Hygiene loben, mit der Sterbehilfe steht sie in keinem Zusammenhang.

Eine andere irrelevante Analogie ist die zwischen der aktiven und passiven Sterbehilfe einerseits und einem Mord und der vorsätzlich unterlassenen Hilfeleistung andererseits. Diese Parallele ist deshalb sinnlos, weil es sich bei Mord und bei der unterlassenen Hilfe um Opfer handelt, die nicht sterben wollten, während die zentrale Frage in der Sterbehilfediskussion ist, wie man mit Personen umgeht, die einen Sterbewunsch äußern.

Aber das dreisteste und absurdeste Beispiel der Irrelevanz ist die Behauptung, die aktive Sterbehilfe sei zu akzeptieren, weil »die meisten Bürger« bereit seien sie zu akzeptieren.¹⁴³ Sehen wir davon ab, dass diese Behauptung empirisch nicht gesichert wird: Wir wissen nichts über die Verfahren, mit deren Hilfe diese angebliche Mehrheit erreicht wurde. Wird z. B. die Frage formuliert »Wollen Sie, (a) dass Todkranke in ihrem Leiden liegen gelassen werden, oder (b) dass sie von ihrem Leiden erlöst werden?«, so überrascht es nicht, wenn 100 % der Befragten für die aktive Sterbehilfe auftreten. Auch sehen wir dann davon ab, dass die *Experten* die aktive Sterbehilfe mehrheitlich ablehnen.

Tatsächlich wichtig ist aber die Frage, wie man überhaupt Fragen über das Leben und den Tod nach Mehrheitsregeln entscheiden kann. Wie fortgeschritten

¹⁴² <http://slatestarcodex.com/2013/08/29/fake-euthanasia-statistics/#comment-298367>. Aufgerufen Juli 2016.

¹⁴³ Vgl. <http://www.ardmediathek.de/tv/Hart-aber-fair/Sterbehilfe-von-den-B%C3%BCrgern-gewollt-v/Das-Erste/Video?bcastId=561146&documentId=31426732>. Aufgerufen Dezember 2016.

muss unsere moralische Demenz sein, um eine Umfrage durchzuführen, ob eine Mehrheit der Bürger eine Minderheit umbringen will – ganz zu schweigen davon, um mit den Daten dieser Umfrage in der Öffentlichkeit aufzutreten? Warum fragt niemand die deutsche Bevölkerung, ob der Vorschlag, die Gastarbeiter zu vernichten, eine Mehrheit findet? Warum keine Abfrage über die Wiedereinführung der Todesstrafe? Warum nicht die Katholiken, in den Bundesländern, in denen sie in der Mehrzahl sind, fragen, ob sie die evangelische Minderheit eliminieren würden – oder umgekehrt? Allein die Tatsache, dass nach der Meinung der »Mehrheit der Bürger« zur Patiententötung gefragt wird, demonstriert die ganze Tiefe der Entmenschlichung, mit der die Diskussion geführt wird.

Missbrauch eindrucksvoller Einzelfälle. Jonglieren mit Einzelfällen gehört zum Alpha und Omega jeglicher Medienpropaganda sowohl im Punkt Sterbehilfe wie in jedem anderen. Die Methode ist deshalb so wichtig, weil man immer irgendeinen Fall zugunsten einer bestimmten Sichtweise finden kann. Jetzt im Moment wird Deutschland von heißen Diskussionen über muslimische Zuwanderer erschüttert. An diesen Diskussionen sieht man, wie einfach ist es, einen Fall darzustellen, der jeden beliebigen Standpunkt »beweist«. Für einen Vertreter der »Willkommenskultur« ist es ein hochgebildeter syrischer Arzt mit Kenntnis von fünf europäischen Sprachen; für seinen Opponenten ist es ein bärtiger Islamist mit speienden Hasstiraden gegen die gesamte westliche Zivilisation. Hauptsache, keiner stellt die Frage, wie repräsentativ der Arzt bzw. der Bärtige für die Population von immerhin Hunderttausenden muslimischer Einwanderer sind, und wie lange jeder von den beiden gesucht werden musste, bis der richtige Fall dem Publikum demonstriert werden konnte. Das ist die wichtige Bedingung: Die Anzahl der durchschnittlichen Muslime zu verschweigen, mit denen man gesprochen hat, die aber weder hochgebildete Ärzte noch fanatische Hassprediger waren und daher uninteressant, da sie keinen ideologischen Standpunkt untermauern.

Obwohl so gut wie alle Fernsehjournalisten in diesem Verfahren bewandert sind, weil sie uns täglich mit spektakulären Einzelfällen füttern, ohne an die Repräsentativität dieser Fälle zu denken, könnte man als *primi inter pares* die Journalisten der »Wochenshow« erwähnen. Sie gehen z. B. auf die Tagung einer politischen Partei, die sie nicht mögen bzw. die zu diskreditieren sie den Auftrag von einer konkurrierenden Partei bekommen haben, und stellen den Menschen dort so viele närrische Fragen, dass sogar in der Versammlung, die Rafael in seiner berühmten »Schule von Athen« abgebildet hat, irgendeine Antwort schließlich dumm geraten

wäre. Aber die meisten Parteitagungen sind ja zugestandenermaßen ohnehin keine Schulen der Weisheit; und selbst im allerschlimmsten Fall, wenn die Journalisten keine blöde Antwort finden, dann schneiden sie eben eine Antwort mit stumpfen Scheren so lange zu, bis sie blöd erscheint – und schon ist der Beweis da: Alle an dieser Tagung Anwesenden sind Idioten. Das hirngewaschene Publikum lacht sich tot.

Einzelfälle sind überall. »Wie kannst du behaupten, dass Homöopathie keine Wirkung hat, wenn ich persönlich eine Frau kenne, die mit homöopathischen Tropfen ihren Krebs ausgeheilt hat, nachdem die ganze Schulmedizin sie als unheilbar Kranke abgeschrieben hatte?« Welcher Arzt hat noch nie eine solche oder ähnlich formulierte Frage gestellt bekommen und wusste nicht, wie er darauf reagieren sollte?

Dabei sind solche Fälle nicht bloß aus einem Grund, sondern doppelt problematisch. Zum einen sind uns in Einzelfällen nicht alle Details bekannt, und oft verhält sich die Sachlage gerade umgekehrt zu dem, was erzählt wird. Die meisten Wunderheilungen unheilbarer Krankheiten sind einfach Diagnosefehler. Wenn ein Patient mit amyotropher Lateralsklerose wieder gesund wird, dann war es wahrscheinlich keine amyotrophe Lateralsklerose (über Fehldiagnosen bei der ALS s. o. in der Sektion »Medizynisch«). »Ich habe einen solchen Fall mit meinen eigenen Augen gesehen!« Wir haben alle mit eigenen Augen sehen können, dass eine Feder langsamer zu Boden fällt als ein Stein, und dennoch hat der trotzigste Galileo nicht nur insoweit Recht, als dass sich die Erde »doch dreht«, sondern auch in der Hinsicht, dass alle physikalischen Körper die gleiche Fallbeschleunigung haben, allerdings im Vakuum. Genau deshalb, weil wir nicht alle Umstände eines Einzelfalls kennen können, brauchen wir systematische, wissenschaftlich organisierte Studien, in denen die Fehler bzw. die besonderen Aspekte einzelner Ereignisse einander ausgleichen. Nur diese können eine sichere Grundlage für allgemeine Gesetze sein.

Aber das ist nicht alles. Es kann innerhalb eines Einzelfalls auch alles richtig liegen, aber trotzdem wäre es falsch, daraus eine Verallgemeinerung abzuleiten. Dies ist insbesondere bei den ethischen Fragestellungen zu beachten, und unsere Fragestellung gehört dazu. Denn ethische Regeln sind keine physikalischen Gesetze. Es gibt immer Ausnahmen, in denen es leider notwendig ist, gegen eine Regel zu verstoßen. In besonders schweren Fällen von Notwehr darf ein Angreifer eventuell auch totgeschlagen werden. Das bedeutet aber nicht, dass die Tötung im Allgemeinen freigegeben werden kann.

Ich denke an einen solchen Fall an einer der landesweit renommiertesten Pflegestationen, die u. a. auf die Langzeitpflege von schwerstgelähmten, künstlich beatmeten Patienten spezialisiert ist. Ein seit anderthalb Jahren künstlich beatmeter ALS-Patient äußerte den Wunsch zu sterben, nachdem seine Familie beschlossen hatte, alle Beziehungen zu ihm abubrechen. Durch Außerstehende (Pfleger, Ärzte, Psychologen) konnte der familiäre Konflikt nicht gelöst werden. Das passiert aber mit familiären Konflikten nicht nur bei Schwerkranken! Alle Gespräche mit dem Patienten, alle vorgeschlagenen Lösungsansätze wurden abgelehnt: Der Patient bestand auf Abschaltung der Beatmungsgeräte. Nachdem zahlreiche Versuche, ihm die Irrationalität des Sterbewunsches zu zeigen und den Wert seines Lebens trotz allem zu beweisen, gescheitert waren, musste man seinem Wunsch nachgehen. Es ist eine tragische Geschichte, und nur ein hoffnungsloser Optimist könnte glauben, dass ein Leben irgendwann von solchen Tragödien völlig frei werden kann. Aber dieser und andere tragische Fälle berechtigen uns zu keinem allgemeinen Schluss. Eine Legalisierung bedeutet aber Verallgemeinerung, denn Gesetze werden nicht für Einzelfälle verabschiedet. Menschliche Tragödien dürfen kein Gegenstand politischer Kampagnen sein.

Mit Einzelfällen kann man alles – nicht fast alles, sondern einfach alles – unterstellen. Man kann tatsächlich einen Notarzt finden, der terminale Patienten mit dem einzigen Ziel aggressiv behandelt, möglichst viele teure Medikamente auszugeben und daran zu verdienen; auch kann man ein Pflegeheim oder eine Pflegestation finden, die aus merkantilen Gründen Patienten am Leben hält, die man lieber sterben lassen würde – möglicherweise sogar entgegen einer klaren Patientenverfügung. Aber solche Fälle werden in der Sterbehilfediskussion nur allzu oft als typische dargestellt, damit der Leser bzw. Zuschauer den Eindruck gewinnt, dass *alle* Ärzte bzw. Krankenpfleger, indem sie angeblich Patienten helfen, in der Tat nur an den eigenen Profit denken.

Brandgefährlich wird es, wenn die Einzelfallmethode mit der Methode der Begriffskonfusion verknüpft wird. Hanna, die Hauptfigur in dem oben schon erwähnten Propagandameisterwerk »Ich klage an« (1941) wird unheilbar krank und bittet schließlich ihren Arzt und ihren Mann darum, ihr ein tödliches Gift zu verabreichen. Der Zuschauer ist von der emotionalen Wirkung der Geschichte über eine unerträglich leidende Frau bewegt und merkt nicht, dass dieser Fall unwahrscheinliche und wenig repräsentative Details für die benannte Krankheit (Multiple Skle-

rose) beinhaltet. Aber damit ist es noch nicht getan, denn parallel zu dieser Geschichte wird im Film eine andere erzählt, und zwar von einem an Hirnentzündung erkrankten Kind, das, so die eingeflöbte Idee, ebenfalls von seinem Leiden »erlöst« werden sollte. Der Fall der Hanna (*freiwillige* Euthanasie, denn sie bat ausdrücklich um die Sterbehilfe) wird also ausgenutzt, um auf die Notwendigkeit der *unfreiwilligen* Euthanasie (das Kind wird gar nicht gefragt, ob es leben will) hinzudeuten.

Ähnlich funktionieren die gegenwärtigen Filme wie »Sterbehilfe – ein Ende in Würde« (Quarks & Co, 2011) oder »Sterbehilfe – die ganze Sendung« (Planet Wissen, 2014). In den beiden Filmen wird uns – eine halbe bis dreiviertel Stunde lang – jeweils eine einzige Geschichte über ein und dieselbe Patientin geschildert, die mehrere Jahre im Wachkoma lag. Die Geschichte wird in den beiden Filmen nur aus der eindimensionalen Perspektive der Tochter der Patientin erzählt; dem Zuschauer wird keine Möglichkeit geboten, eine alternative Sichtweise kennenzulernen – obwohl die Tatsache, dass der Jurist, der den Fall zu verantworten hatte, zunächst des Totschlags schuldig gesprochen, in der nächsten Instanz aber wieder freigesprochen wurde, zeigt, dass der Fall auch aus rechtlicher Sicht offensichtlich nicht eindeutig war. Keinem Sterbehilfegegner wird in diesen Streifen erlaubt zu Wort zu kommen. Allein der Fakt, dass ein und derselbe Einzelfall in zwei verschiedenen Sendungen ausgebeutet wird, zeigt, wie gezielt die Befürworter der Tötungsideologie arbeiten, wie lange sie nach einer einzigen Ausnahme suchen, um sie dann vor unseren Augen als »allgemeine Regel« theatralisch auszuspielen. Und dennoch: Wenn man auch der uns dargestellten, völlig einseitigen Beschreibung Glauben schenkt, folgt aus der Geschichte strenggenommen nur, dass eine *passive* Sterbehilfe in einigen Fällen notwendig ist – was kaum jemand bestreitet. Dabei wird aber so viel über das »Sterben in Würde« geredet, dass der Zuschauer an den Gedanken herangeführt wird, auch der *aktiven* Sterbehilfe sollten wir offen gegenüberstehen.

Tabubruch. Tabubruch ist eine Sportdisziplin, in der die Deutschen unbestrittene Weltmeister sind. Personen wie z. B. Günther Grass oder Thilo Sarrazin haben in der Kunst des Tabubrechens wahre Virtuosität erreicht. Endlich spricht man darüber, worüber man nicht sprechen darf. So repressiv ist die gesellschaftliche Zensur, dass man darüber, was man nicht sagen darf, in Guinness-verdächtigen Auflagen schreibt, auf allen Kongressen, invited speeches und Talkshows spricht. Man macht Millionen, wenn man nur sagt, was man nicht sagen darf. Wer beruflich

viel Auto fährt, kann alle 30 Minuten Nachrichten hören, in denen immer wieder darüber gesprochen wird, worüber man nicht sprechen darf: Tabu!

In Deutschland wurde die Frage nach der Legalisierung der Sterbehilfe zumindest in den zwei letzten Jahrzehnten in den größten öffentlich-rechtlichen Fernsehprogrammen systematisch und zur besten Sendezeit diskutiert. Allein die ARD-Mediathek beinhaltet 110 Einträge zum Thema »Sterbehilfe« aus den Jahren 2011-2016. Zugegeben, die reale Zahl ist viel niedriger (weil einige Einträge doppelt gerechnet werden), und über die Hälfte der aufgelisteten Sendungen sind ziemlich kurz (zwei bis fünf Min). Aber auch an umfangreichen Sendungen mangelt es nicht: zweimal »Quarks & Co« (je ca. 45 Min), zweimal »Hart aber fair« (je ca. 75 Min), »Planet Wissen« (59 Min), »Presseclub« (98 Min), »Mittagsmagazin« (48 Min), »Stationen« (44 Min), »eins zu eins« (24 Min), »Odysso« (42 Min), usw., usf. Allein die Titel zeigen, dass die meisten Sendungen im äußerst positiven Ton gegenüber der Sterbehilfe gehalten sind, wenn nicht als direkte Werbung für die Sterbehilfe begriffen werden können: »Von der Freiheit zu sterben«, »Selbstbestimmt sterben«, »Ein Anwalt kämpft« (für die Sterbehilfe, versteht sich), »Von den Bürgern gewollt, vom Staat verboten«, »Wenn das Leben unerträglich wird«. Das Gleiche gilt für alle anderen führenden Medien im Land, mit dem Unterschied allerdings, dass die privaten Medien und vor allem die großen Zeitungen eine viel ausgewogenere Stellung beziehen im Vergleich mit dem öffentlich-rechtlichen Rundfunk, der praktisch eine pro-Sterbehilfe-Kampagne betreibt. Vor diesem Hintergrund kann nur ein Heuchler von einem expliziten oder impliziten Verbot von Diskussionen über die Legalisierung der Sterbehilfe sprechen.

Um welches Tabu handelt es sich dann in dieser Diskussion? Wie immer deklarieren die Sterbehilfefeinde das eine, wenn sie das andere meinen. Sie sagen, unsere Gesellschaft habe verlernt, an den Tod zu denken und ihn als eine Komponente unserer Existenz zu betrachten. Wir verdrängen ihn an den Rand des Lebens, ignorieren ihn, als ob es ihn nicht gäbe oder zumindest soweit, als ob er vielleicht jemand anderen beträfe, aber uns persönlich nicht. Sie, die Sterbehilfefeinde, seien die einzigen, die den Mut hätten, offen über unsere Endlichkeit zu sprechen. Die Mauer des Schweigens um das Thema Tod müsse eingerissen werden! Die Menschen sollten die alte Wahrheit »momento mori« wieder lernen.

Diese Aussagen sind möglicherweise nicht falsch. Allerdings scheint das unentwegte Denken an den Tod kaum zu den weitverbreiteten menschlichen Tugenden

zu gehören. Noch im 17. Jahrhundert beschrieb Blaise Pascal verschiedene Methoden, mit denen sich Menschen von den Gedanken an den Tod erfolgreich ablenken würden. Anfang des 18. Jahrhunderts erließ der russische Zar Peter I. das Erbfolgesetz, wonach jeder Herrscher zu seinen Lebzeiten einen Thronerben aus seiner Familie ernennen sollte; aber schon Peter selbst vergaß, dies rechtzeitig zu tun, weil er an seinen eigenen Tod offensichtlich nicht dachte. Das Gleiche passierte auch mit vielen seinen Nachfolgern in den folgenden 75 Jahren, was zu einer Reihe von Umstürzen und Militärputschen führte, bis der Kaiser Pavel dieses Gesetz 1797 abschaffte. Religionen versuchen aus allen Kräften das Bewusstsein des Todes im Zusammenhang mit dem Bild eines weiteren Lebens aufrecht zu erhalten, wobei sich das Christentum durch seine Idee der Auferstehung hervortut. Es liegt zwar die Vermutung nahe, dass mit der Säkularisierung Europas die Gedanken an Tod und Sterben verdrängt werden, doch die Fakten zeigen eine etwas differenziertere Lage. Inwieweit das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit im Spätmittelalter oder in der frühen Neuzeit verbreitet war, können wir nicht umfassend beurteilen; zu den Zeiten gab es noch keine wissenschaftliche Soziologie oder Sozialpsychologie. Aber zumindest in den letzten Jahrzehnten spricht nichts für die mutmaßliche Verdrängung, eher umgekehrt. Sowohl die todkranken Patienten selbst als auch ihre Angehörigen werden heute rechtzeitig, vertieft und vollständig über ihre Lage aufgeklärt. In vielen (leider noch bei Weitem nicht in allen) medizinischen Fakultäten werden Ärzte extra ausgebildet, ein offenes Gespräch mit einem Schwerkranken über seinen Tod zu führen, während noch in den 1960er Jahren (in einigen osteuropäischen Ländern bis zur Wende 1989-91) solche Gespräche tatsächlich tabuisiert waren. Auch der zunehmende Wohlstand korreliert positiv mit dem Grad der Offenheit, mit dem man die Fragen von Tod und Sterben diskutiert.¹⁴⁴

Aber Tendenzen hin oder her – es besteht kein Zweifel, dass Verdrängung nicht weiterführt, und dass wir vom Tod sprechen sollen. Nur sprechen unsere Sterbehilfleanhänger gar nicht vom *Tod*, sondern von der vorsätzlichen *Tötung*, und das ist nicht dasselbe. Sie haben wieder versucht, wie ein unbegabter Magier im Zirkus, den Gegenstand des Gesprächs vor unseren Augen auszutauschen.

¹⁴⁴ Die empirischen Studien zeigen die *abnehmende* Tabuisierung des Todes in den letzten Jahrzehnten: Vgl. Seale, C., Addington-Hall, J., & McCarthy, M. (1997). Awareness of dying: Prevalence, causes and consequences. *Social Science & Medicine*, 45, S. 477-484; Thulesius, H. O., Scott, H., Helgesson, G., & Lynöe, N. (2013). De-tabooing dying control – a grounded theory study. *BMC Palliative Care*, 12:13.

Das eigentliche Tabu, um das es sich bei diesen angeblich kühnen Tabubrüchen handelt, ist die Verbindung zwischen der gegenwärtigen Sterbehilfebewegung und ihren Vorgängern: Eugenik und Euthanasiebewegung¹⁴⁵ aus dem 19. bzw. frühen 20. Jahrhundert. Das nationalsozialistische Euthanasieprogramm entstammte nicht bloß dem irren Gehirn eines Führers, sondern war ein extremer Ausdruck und die barbarische Realisierung von gewissen Grundannahmen, die weit über den Nationalsozialismus und über die Grenzen Deutschlands hinaus große Popularität genossen. Diese Annahmen wurzelten in den langen bäuerlichen Traditionen, die trotz der Aufklärungsarbeit seitens der Kirche und Ärzteschaft niemals vollständig erloschen, und die in der Haltung bestanden, Alte und chronisch Kranke als soziale und wirtschaftliche Last zu betrachten, die es abzuwerfen galt. Mit der Entstehung des Sozial-Darwinismus in Großbritannien in der Mitte des 19. Jahrhunderts bekamen diese Annahmen eine wissenschaftliche Grundlage und wurden dadurch in den höheren Gesellschaftsschichten salonfähig. Zu diesen Annahmen gehört z. B., dass es wertvollere und weniger wertvolle (im äußersten Fall – wertlose) Menschen gibt, dass der Wert eines Menschenlebens an seiner Nützlichkeit für ein größeres Ganzes (Sippe, Nation, Rasse, Staat, Klasse, Partei) gemessen werden kann, und dass die Frage nach Leben und Tod eines Einzelnen die Gesellschaft als Ganze angeht und daher rechtlich reguliert werden muss.

Die Erinnerung an jene vergangenen Theorien und an das viele menschliche Leid, das ihre praktische Umsetzung hervorgebracht hat, hindere uns heute – so die Ansicht der Sterbehilfeanhänger – die gegenwärtigen Probleme frei zu diskutieren und vor allem über die Lösungen dieser Probleme offen zu sprechen, die ihrer Meinung nach in der Legalisierung und in der Verbreitung der Praxis von Tötung und Beihilfe zum Selbstmord liegen. Das ist es, was die Sterbehilfeanhänger meinen, wenn sie vom Tabubruch reden. Wir sollten endlich aufhören, an die Vergangenheit zu denken. Diese Gedanken lähmten uns bloß und hielten die notwendigen politischen Handlungen auf.

Aber genau umgekehrt wird ein Schuh draus. Es wäre natürlich absurd zu behaupten, die gegenwärtige Diskussion sei nichts als eine direkte Fortsetzung der

¹⁴⁵ Eugenik und Euthanasie sind natürlich keine Synonyme. Eugenetische Methoden schließen ein sehr breites Spektrum von Maßnahmen ein, viele davon weitgehend harmlos, z. B. selektive Familienförderung. Charles Darwin (dessen Gedankengut zweifellos eugenetische Züge hatte, obwohl sein Cousin erst nach seinem Tod dieses Wort erfand), sprach sich zwar für den Verzicht auf Heirat für die Träger »minderwertiger Genen« aus, hätte sich aber bestimmt empört, wenn er erfahren hätte, dass seine Theorien zur Rechtfertigung für die Tötung von körperlich und geistig Behinderten herangezogen wurden.

vor 100 Jahren. Aber eine Analyse der auffälligen Ähnlichkeiten *und* der bedeutsamen Unterschiede zwischen den Argumenten, die im Laufe der Jahrzehnte oder sogar Jahrhunderte pro und kontra Euthanasie angeführt wurden, kann viel Licht auf die aktuelle Situation werfen. Indem die »Tabubrecher« der Tötungsideologie jegliche Analogien mit der Vergangenheit als politisch inkorrekt abtun, zwingen sie uns ein reales Tabu auf: Das Tabu, der modernen Sterbehilfebewegung an ihre historischen Wurzeln zu gehen.

Die unvollständige Liste der unsauberen Manipulationstechniken der Sterbehilfeanhänger soll nicht den Eindruck erwecken, dass auf der anderen Seite immer streng und fair argumentiert wird. Einige Beispiele inkorrekt argumentierter Sterbehilfegegner sind auch schon oben erwähnt. So wird die hohe Suizidrate in Oregon mit der legalen Beihilfe zum Suizid in diesem US-Staat in kausalen Zusammenhang gestellt, den es offensichtlich nicht gibt; auch die falschen Alternativen nach der Art »entweder jeden Patienten mit allen Mitteln behandeln – oder man muss auch die unfreiwillige Euthanasie zulassen« werden gestellt.

Aber lassen wir die Kirche im Dorf. Selbst wenn die Sterbehilfegegner auch unfaire Diskussionsmethoden anwenden, so tun sie das nicht nur in einem tausendfach geringeren Ausmaß als ihre Kontrahenten, sondern haben auch eine tausendfache Berechtigung dies zu tun. Denn sie kämpfen für das Leben der Menschen, nicht für ihre Tötung. Sie sind vielmehr in einer Notwehrsituation, sie verteidigen sich und wollen niemanden angreifen. Es ist weitaus gerechtfertigter für ein Opfer der Gewalt, unfair zu kämpfen, als für den Gewalttäter. Wer dabei an den Täter und sein Opfer den gleichen Maßstab anlegt, hat sich schon auf die Seite des Täters geschlagen.

Die Täter

Wir sind wieder beim Film »Ich klage an«. Hanna, die Hauptfigur des Films, wird krank. Nach dem Auftreten erster Symptome lässt sie sich vom Dr. Lang, ihrem besten Freund, untersuchen. Zu diesem Moment ist sie noch vollkommen überzeugt, dass sie irgendeine Bagatellerkrankung hat oder vielleicht einfach schwanger ist. Der Doktor untersucht unter anderem ihre Augen und findet die ersten Anzeichen der unheilbaren Krankheit. Nebenbei bemerkt verwendet der Doktor bei dieser Untersuchung, wie bei Augenärzten üblich, einen Spiegel – das Instrument, das auch uns bald zur Hilfe kommt. Hanna, die die ganze Untersuchung nicht ernst

nimmt, sagt voller Ironie: »Das war der Blick in den Abgrund.« Dr. Lang, der nach der Untersuchung schon einen an Sicherheit grenzenden Verdacht hat, hört in diesen Worten einen Hinweis auf die schreckliche Zukunft der Patientin.

Oben sind die Methoden zusammengefasst, die die Tötungsideologie in ihrer Propaganda verwendet. Und dennoch erklären diese Methoden ihre Wirksamkeit nicht aus sich selbst heraus. Im Gegenteil: Die Argumente der Sterbehilfepfeiler bestehen aus lauten Schwachstellen, weshalb sie anscheinend von alleine auseinanderfallen sollten. So beruht ihre Argumentation auf zwei Hauptstützpunkten – Mitleid mit den Schwerkranken und Respekt vor der Patientenautonomie –, aber diese zwei Stützpunkte schließen einander logisch aus: Ein Widerspruch bereits im Fundament der Tötungsideologie. Das Autonomieargument, das in den letzten 10 Jahren am meisten hervorgehoben wird, basiert auf einem logisch, philosophisch und empirisch unhaltbaren Autonomiebegriff. Doch die Diskussion bricht nicht auseinander, sondern beginnt immer wieder vom Neuen. Die bereits mehrmals vom deutschen und schweizerischen Bundestag, vom britischen, australischen, kanadischen Parlament abgelehnten Anträge werden wiederholt gestellt.

Wie paradox es auch klingt, die Tötungsideologie erweist sich als höchst lebensfähig. Und weil man diese Beharrlichkeit nicht rational erklären kann, bleibt einem nichts übrig als nach tieferen, irrationalen Erklärungen zu suchen. Wenn eine Idee trotz offensichtlicher logischer und fachlicher Unbegründbarkeit lebt und sogar an Popularität gewinnt, dann nur, weil sie bestimmte Bedürfnisse der Menschen bedient. Aber eine solche Untersuchung irrationaler Bedürfnisse zwingt uns, mit Hannas Worten, einen Blick in den Abgrund zu werfen. Um diese Untersuchung vorzubereiten, brauchen wir noch eine kurze Zusammenfassung der Befunde, die oben schon zerstreut im Text beschrieben sind:

Veränderbarkeit. Viele Menschen ändern ihre Einstellung gegenüber Sterbehilfe im Laufe relativ kurzer Zeitabschnitte (Monate bis 2-3 Jahre). Diese Änderungen müssen nicht als Überzeugungswechsel subjektiv erlebt werden, d. h. ein Mensch nimmt oft an, dass »ich immer so gedacht habe«, obwohl er in der Tat noch vor einem Jahr genau das Gegenteil geäußert hatte. Die Änderungen folgen einem Muster: Falls nichts passiert, bleibt meine Einstellung gegenüber der Sterbehilfe entweder wie davor, oder sie ändert sich in die positive Richtung. Wenn ich aber inzwischen eine lebensgefährliche Krankheit, einen Unfall, den Tod einer nahestehenden Person oder eine ähnliche schwere Krise erlebe, ändert sich meine Meinung ins Negative: Ich will weiterleben und intensiver behandelt werden.

Relativierung der eigenen Autonomie. Die Mehrheit der Patienten, die eine bestimmte Meinung über das Ende ihres Lebens formulieren (z. B. welche Behandlung sie in welchen kritischen Zuständen bekommen wollen und welche nicht), will trotzdem, dass, wenn ein solcher kritischer Zustand eintritt, ihre Ärzte zusammen mit ihren Angehörigen ausgehend von der konkreten Situation Entscheidungen treffen; ihre eigene (der Patienten) Meinung sollte dabei zwar mitberücksichtigt, aber nicht automatisch als Befehl genommen werden.

Erfahrung. Menschen, die beruflich mit den kritischen Situationen am Lebensende arbeiten müssen, haben eine negativere Einstellung gegenüber der aktiven Sterbehilfe einschließlich der Beihilfe zum Suizid als Laien. Ärzte sehen die aktive Sterbehilfe viel skeptischer als das »Publikum«, d. h. die Menschen, die sich einfach wenige bis gar keine Gedanken darüber gemacht hatten, bevor sie von einem Soziologen befragt wurden. Innerhalb der Ärzteschaft sind diejenigen Experten, die unmittelbar mit Tod und Sterben arbeiten (Intensivärzte, Onkologen, Palliativmediziner), typischerweise Gegner der Sterbehilfe.

Angehörige bzw. gesetzliche Vertreter. Die Übereinstimmung zwischen Patienten und ihren gesetzlichen Vertretern bezüglich der konkreten Fragen des Lebendenden ist nachweislich schlecht. Die Stellvertreter, die ihre die Patienten betreffenden Entscheidungen aufgrund der Präferenzen der Patienten treffen sollten, treffen sie stattdessen aufgrund der eigenen Präferenzen. Die kritische Lage, die ich mir als Stellvertreter in Bezug auf den Patienten, den ich vertrete, vorstellen sollte, stelle ich mir stattdessen – vorwiegend unbewusst – in Bezug auf mich vor. Dieser Dissens lässt sich nicht durch gezielten Meinungsaustausch zwischen Patient und Vertreter beseitigen. Eine Aussage wie »Ich bin davon überzeugt, dass der Patient in diesem Zustand nicht leben wollte« bedeutet schlicht und einfach »Ich würde in diesem Zustand nicht leben wollen«.

Dazu gehört weiterhin, dass die Angehörigen der schwerkranken und unheilbaren Patienten ihre eigene Lage entweder genauso schlecht bewerten wie die Patienten die ihrige, oder sogar noch schlechter. Auf diese folgenschwere Tatsache werden wir noch in Einzelheiten eingehen müssen. Im Moment ist uns noch wichtiger, dass die Angehörigen die Probleme der Patienten aus der Perspektive ihrer eigenen Probleme beurteilen, und für die Patienten scheint dasselbe zu stimmen.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Sands, L. P., Ferreira, P., Stewart, A. L., Brod, M., Yaffe, K. (2004). What explains differences between dementia patients' and their caregivers' ratings of patients' Quality of Life? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), S. 272-280; Lule, D., Ehlich, B., Lang, D., et al. (2013). Quality of

Was hat das alles zu bedeuten?

Im September 2015 diskutierte das britische Parlament das Projekt der Legalisierung der Sterbehilfe (und lehnte es ab). Zeitungen und Fernsehen zeigten eine Massendemonstration britischer Sterbehilfeanhänger – überwiegend Menschen zwischen 20 und 40, schlank, gesund, sportlich, geladen von Kraft und Energie, in sommerlichen Uniformen, die einerseits die Schönheit der jungen Körper zusätzlich betonten, andererseits auf eine gute, fast militärische Organisation des Protests hinwiesen. Sie trugen das Bild eines mageren, alten und blassen, offensichtlich sehr kranken Mannes und Plakate mit der Forderung nach dem Recht, selbst über ihren Tod zu entscheiden: »Give me choice over my death!« Der Mann auf dem Bild, grauhaarig, ermüdet und ermattet, erschien in einem starken Kontrast zu den frischen, gesunden, energischen Demonstranten, von denen keiner so aussah, als ob er oder sie sofort zu sterben beabsichtigen würden. Der Kontrast wurde zusätzlich dadurch verstärkt, dass das ganze Portrait in grauen Tönen gehalten war, während die Kleidung der Demonstranten schön farbig war. Wenn es ihre Absicht gewesen war, einen Menschen abzubilden, der mit ihnen die geringstmögliche Ähnlichkeit aufwies, ja der das genaue Gegenteil von ihnen war, dann hatten die Demonstranten ihr Ziel erreicht.

In welchem Verhältnis stand der abgebildete Kranke zu den Demonstrierenden? Wessen Recht zu sterben wollten sie verteidigen? Das ist ein Rätsel, das unbedingt zu lösen ist. Die Menschen gehen auf die Straße mit der Forderung nach einem Recht auf den eigenen Tod. Allein das ist ein Irrsinn. Dieses Recht ist schon längst gegeben. Jede/r der Demonstrierenden könnte (nur, wenn er/sie es wollte) sich gleich nach der Demo aufhängen oder z. B. vergiften. Weder verbietet ihm/ihr ein Gesetz, Selbstmord zu begehen, noch würde er/sie – vorausgesetzt, dass der Sterbewunsch definitiv vorhanden ist! – dieses verbietende Gesetz beachten, falls es ein solches gäbe. Selbstverständlich gilt dasselbe auch für jeden späteren Zeitpunkt im Leben der Demonstrierenden, falls sie mal lebensbedrohlich krank oder schwerbehindert würden. Die einzige Voraussetzung für einen gelungenen Selbstmord ist die Ernsthaftigkeit des Willens dazu.

Stellen wir uns vor, dass vor unseren Augen ein mächtiger Demonstrationszug von Frauenrechtlern zieht – eine große Menge mit Plakaten, Bildern und Spruchbändern. Sie fordern mehr Rechte für Frauen. Tausende energische Männer. Nur

Männer. Weit und breit ist keine einzige Frau in Sicht. Welchen Eindruck wird diese Demonstration auf uns machen? Würden wir nicht etwa den Verdacht hegen, dass etwas nicht stimmt? Würde uns nicht die Frage einfallen, ob von der Gesetzesänderung, die man heuchlerischerweise als »Frauenrecht« darstellt, vielleicht gar keine Frauen, sondern vor allem Männer profitieren würden? Natürlich können komplett Gelähmte oder agonisierende Patienten nicht zum Parlament demonstrieren gehen – aber viele Schwerkranke könnten es, aber sie tun es nicht.

Im letzten Jahrhundert haben zahlreiche soziale Gruppen – u. a. Farbige, ethnische, religiöse, sexuelle Minderheiten – mehr oder weniger erfolgreich um ihre Rechte gekämpft. Aber Selbstmörder haben dies nie getan. Wenn sie ihr Recht auf Suizid wahrnehmen wollten, nahmen sie es einfach ohne jeglichen Kampf wahr, indem sie sich umbrachten. Ein Suizid – wir sprechen von einem wirklichen Suizid und nicht von einem Suizidversuch, bei dem die Hoffnung auf Rettung bereits einkalkuliert wurde – ist ein absolutes »Nein« zu allem Menschlichen, allem Sozialen, ein vollständiger Abbruch aller und jeder Verbindung und Verbindlichkeit. Für wen es keine Welt und kein menschliches Zusammensein mehr gibt, für den gibt es auch kein Recht. Daher ist es auch absurd, Selbstmord gesetzlich zu regeln. Wer nur einmal versuchen würde, sich den geistigen Zustand eines entschiedenen Selbstmörders vorzustellen, muss verstehen, dass die Meinung irgendwelcher bescheuerten Parlamentsabgeordneten wirklich das Aller-allerletzte ist, was die Person in einer solchen Lage kümmern kann.

Wenn also die Behauptung, dass diese Menschen das Recht auf den *eigenen* Tod fordern, logisch unsinnig ist, dann ist die nächste und natürlichste Hypothese wahrscheinlich, dass sie in der Tat das Recht auf den Tod *eines anderen* Menschen fordern. Und siehe da – das Bild dieses anderen haben sie tatsächlich mitgebracht. Man muss kein Anhänger psychoanalytischer Deutungen sein, man muss sich weder mit Ödipus noch mit Elektra vergleichen. Die Vermutung liegt trotzdem nahe, dass der abgebildete Kranke, dessen Recht oder Pflicht zu sterben de facto gefordert wird, ein Vater, Großvater oder sonstiger Vertreter der älteren Generation in Bezug auf die Demonstranten sein sollte.

Aber warum soll ein Mensch, der das Recht seines Vaters oder Großvaters auf einen selbstbestimmten Tod verlangt, sich so viel Mühe geben, um eine absolute Unähnlichkeit zwischen sich selbst und jenem Vater oder Großvater zu betonen? Warum ist dieser Kontrast so krass? Schließlich versuchen sie zu zeigen, sie würden diese unheilbar Kranken, Schwerstbehinderten, Sterbenden vor dem Gesetzgeber

vertreten. Aber ein Vertreter ist dann überzeugend, wenn er dem Vertretenen ähnelt. Ein Anwalt der Armen und Entrechteten, der mit einem Rolls-Royce zur Gerichtssitzung kommt und in einem Brioni-Anzug auftritt, überzeugt wenig. In diesem Fall gaben die britischen Demonstranten an, Personen zu vertreten, mit denen sie paradoxerweise keinerlei Ähnlichkeit aufwiesen. Vielleicht wollten sie jemanden (möglicherweise sich selbst) überzeugen: Wir haben mit dieser Person nichts gemeinsam.

Hier brauchen wir noch eine – kurze und wirklich letzte – Abschweifung in die Grundlagen der Sozialpsychologie.

Jede menschliche Person identifiziert sich mit einer oder mehreren Gruppen, die sie als »wir« bezeichnet. Die anderen, die zu der Identifikationsgruppe nicht gehören, sind »sie«. Diese Wir-sie-Unterscheidung ist ein unentbehrlicher Teil der menschlichen Natur. Kriterien, nach denen die Grenze zwischen dem Wir und dem Sie verläuft, können vollkommen beliebig sein; oft sind es eine Volkszugehörigkeit, der soziale Stand, Sprache oder Beruf, aber jedes andere Kriterium ist ebenso möglich. Es reicht bereits, wenn eine Studentengruppe regelmäßig in einem Raum arbeitet, die andere Gruppe in einem anderen; dann bezeichnen sich alle, die sich im gleichen Zimmer einfinden, als »wir« und ihre Kommilitonen in dem Raum nebenan als »sie«; eine Gipsplattenwand zwischen den zwei Räumen eignet sich für die Wir-sie-Unterscheidung genauso gut wie ein Ozean oder ein Bergkamm.

Mit der Entstehung der Wir-sie-Unterscheidung werden alle, selbst die minimalen Differenzen zwischen »uns hier« und »denen da drüben« immer stärker betont. Solange Jugoslawien eine föderale Republik war, merkte man die Differenzen zwischen Serbisch und Kroatisch nicht, sie galten als die eine serbokroatische Sprache mit zwei unterschiedlichen Schreibweisen: Lateinische Schrift für Kroaten, kyrillische für Serben. Mit dem Zerfall der Föderation 1992 drangen die bisher ignorierten kleinen Unterschiede zwischen Serbisch und Kroatisch sofort ins Bewusstsein der Träger dieser Sprache (oder Sprachen?) mit ganzer Wucht ein. Es ist nicht die Größe der beobachtbaren Unterschiede zwischen zwei Gruppen, die die psychologische Wir-sie-Unterscheidung fördert, sondern genau umgekehrt, es ist die Stärke des Wir-sie-Gefühls, die den beobachtbaren Unterschied groß macht. Diese Beeinflussung der tatsächlichen Differenzen durch die psychologische Gruppenzugehörigkeit ist eine wichtige Komponente der sogenannten Wir-Verzerrung. Eine andere, nicht weniger wichtige Komponente dieser Verzerrung ist eine positivere Beschreibung der eigenen Gruppe im Vergleich mit den anderen.

»Wir« sind immer besser als »sie«. Der Grund, warum wir besser sind, ist nicht von Belang. Man kann auch per Münzenwurf eine größere Gruppe in zwei kleinere teilen: Wir, die Kopf geworfen haben, gehen rechts, und sie, die Zahl geworfen haben, links. In wenigen Minuten sind für mich diejenigen, bei denen die Münze auf dem Kopf lag, bessere Menschen. Sie sind im Allgemeinen klüger, gütiger, herzlicher als jene Unglücklichen, bei denen die Münze auf die Zahl fiel.

Die Wir-sie-Unterscheidung und die damit verbundene Wir-Verzerrung sind das Fundament der menschlichen Sozialpsychologie. Nationalismus, Rassismus, Sexismus, Fremdenhass, aller Art Ressentiments wachsen aus diesem Keimgut. Diese böartigen Gewächse der menschlichen Psyche müssen natürlich bekämpft werden. Der Mensch sollte so erzogen werden, dass er keinem Fremdenhass oder Rassismus verfällt. Aber der Mensch kann nicht so erzogen werden, dass er die Welt nicht in »wir« und »sie« unterscheidet oder keine Wir-Verzerrung hat. Je mehr verschiedene Identifizierungsgruppen eine Person hat (nach Sprache, Beruf, Hobby, Sport-, Politik- oder Kunstpräferenzen usw.), umso weniger ausgeprägt können die Wir-Verzerrungen sein, aber zum Verschwinden gebracht werden können sie nicht. Eine ideale menschliche Psyche ist genauso eine Utopie wie ein idealer Körper. Alle Menschen werden mit einem Appendix am Blinddarm geboren. Bei manchen Menschen entzündet sich der Appendix, und diese Erkrankung kann, wenn nicht rechtzeitig behandelt, weiter zur Bauchfellentzündung und schließlich zum Tod führen. Viele Menschen haben jedoch ihr ganzes Leben lang keine solche Entzündung. Einen Appendix haben sie trotzdem.

Sogar in den abtrünnigsten Gesellschaften (z. B. in der deutschen Gesellschaft zur Zeit des Nationalsozialismus) gab es immer Menschen, die gegen jene bösen Produkte der Wir-Verzerrung aktiven oder passiven Widerstand leisteten. Sie ließen ihr Herz nicht von Gefühlen wie Fremdenhass und Ressentiment einnehmen. Solche Menschen verdienen großen Respekt. Aber das bedeutet nicht, dass diese Personen frei von der Wir-sie-Unterscheidung und der Wir-Verzerrung waren. Auch Mahatma Gandhi mit seinem kosmischen Bewusstsein fühlte sich eher als ein Hindu denn als ein Engländer, zumal es die Befreiung der ersteren Gemeinschaft war, für die er sich zeit seines Lebens einsetzte. Auch für Martin Luther King waren schwarze Amerikaner, allein deshalb, weil es ihre Rechte waren, für die er kämpfte, näher als die weißen und gewiss näher als die schwarze Bevölkerung an einem entlegenen Ort irgendwo in Afrika. Anders wäre es wider die menschliche Natur. Aber

solche Personen waren sich ihrer Gruppenzugehörigkeit bewusst und verstanden es, diese Identität gutartig und nicht böse einzusetzen.

Die Frage nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe stellte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend parallel und in einer Wechselverbindung mit der sogenannten Generationsfrage. Die Bevölkerung altert. Was machen wir mit diesen Alten? Allein diese Frage ist schon die Antwort. Denn sie zeigt, dass die Alten nicht »wir« sind. Wir sind »die Gesellschaft«, die vor dem Problem steht, wie sie die wachsende Anzahl von in die Jahre gekommenen Menschen behandeln soll. Die Alten sind »sie«, sie stehen auf der anderen Seite der Frage. Die Demenzerkrankten, die Schwerstgelähmten, die Menschen im fortgeschrittenen Krebsstadium sind diejenigen, für die »wir« etwas entscheiden sollen. Und das bedeutet: Sie sind nicht wir. Sie sind die anderen.

Jetzt sollte klar werden, warum ich so viel Sorge um dieses Kapitel habe. Ich habe die klare Antwort auf die Täterfrage nicht aus eitler Anmaßung auf unnötige Spannung verzögert, sondern aus purer Angst. **Der Urheber des besprochenen Tötungsdeliktes, dessen Namen wir nun endlich nennen sollen, ist nicht weniger mächtig und einflussreich als der Lord und Minister Ihrer Majestät, den Sherlock Holmes in der eingangs zitierten Erzählung angeklagt hat. Wir kennen den Täter sehr gut, wir können ihn täglich sehen – Männer z. B. beim Rasieren. Dieser Täter sind wir.**

Was bedeutet es, wenn jemand nach dem Tod ruft? Fast jeder von uns hat mindestens einmal von einem Bekannten oder Verwandten einen Ausruf gehört wie »Lieber sterbe ich, als diese Situation weiter zu ertragen!«; einige können sich sogar daran erinnern, selbst einen solchen Satz ausgerufen zu haben. Kein normaler Mensch kann diese Aussage missverstehen. Sie ist ein verzweifelter Hilferuf. Können Sie sich vorstellen, dass Ihr Freund oder Ihre Freundin Sie anruft, über eine schwere Krise, die er oder sie gerade erlebt, erzählt, und mit den Worten schließt: »Ich kann nicht mehr, lieber den Tod!« – und Sie antworten ruhig und sachlich: »Ach du willst den Tod? Kein Problem, ich bringe dir gleich ein Päckchen Zyanalkä? Ein ziemlich schlechter Witz, nicht wahr?

Der Grund, warum wir den angeblichen Todeswunsch einer mehr oder weniger gesunden Person zweifelsfrei als Hilferuf erkennen, ist, dass wir uns mit dieser Person identifizieren. Sie gehört zu unserem »Wir«, ist ein Mensch wie wir selbst, und deshalb können wir sie menschlich verstehen. Vom grundsätzlichen Unterschied zwischen der menschlichen und der maschinellen Rationalität hat oft

Norbert Wiener, der Begründer der Kybernetik, gesprochen und u. a. die folgende Geschichte erzählt. Ein Wissenschaftler erfindet eine Maschine, die jedem drei beliebige Wünsche momentan erfüllen kann. Als er die Erfindung seinem Freund zeigt, verfügt dieser geradewegs: »Ich will Millionär werden!« Sofort klingelt es an der Tür, und ein Versicherungsangestellter tritt ein. Er berichtet dem Mann, dass seine geliebte Tochter in einem Unfall umgekommen sei, dass sie kurz davor eine Lebensversicherung abgeschlossen habe, und dass der Mann jetzt eine Million Dollar bekommen könne. Verzweifelt schreit der unglückliche Vater: »Nein! Ich will jetzt meine Tochter wiedersehen!« Wieder klingelt es an der Tür, und die Mitarbeiter einer Beerdigungsfirma tragen den offenen Sarg mit der toten Tochter herein. Dem Mann bleibt nun der dritte Wunsch, und der lautet: »Ich will, dass meine zwei vorigen Wünsche ungültig sind.«

Jedem Menschen, der anstelle der Maschine in der Lage wäre, drei Wünsche zu erfüllen, würde ohne jegliches Bedenken und Erklärung offenbar, dass »Ich will eine Million« bedeutet »Ich will eine Million ohne große Opfer«. Der Wünschende müsste den zweiten Teil des Satzes nicht aussprechen, er ist absolut selbstverständlich. Genauso selbstverständlich ist jedem Menschen, dass derjenige, der ausruft »Ich will meine Tochter sehen!«, meint, dass er die lebendige Tochter sehen will und nicht ihre im Autounfall entstellte Leiche. Wenn ein Mensch einen anderen Menschen darum bittet, ihm aus der Küche ein Glas Wasser zu bringen, und wenn in der Küche zwei Gläser mit je 200 ml stehen, das eine halb gefüllt mit Wasser, das andere voll mit Schnaps, dann bringt ihm der andere, ob Verwandter, Pfleger oder Diener, selbstverständlich nicht den Schnaps. Aber genau das würde ein Roboter machen, denn 200 ml Schnaps beinhalten ca. 125 ml Wasser, und $125 > 100$.

Wenn wir aber die Schwerstgelähmten, die Alten, die Wachkoma-Patienten, die Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, und vor allem diejenigen, die vor den Toren des Todes stehen, nicht mehr mit uns identifizieren; wenn wir in diesen Menschen »die Anderen« sehen, dann versagt bei uns dieses Kommunikationsvermögen, auf dem das menschliche Miteinandersein beruht. Wenn der um Hilfe Schreiende querschnittsgelähmt ist und im Rollstuhl sitzt, so ändert sich unsere Wahrnehmung, und wir werden zu Robotern, die die Worte des anderen mechanisch nehmen, und wundern uns, wenn uns ein Missverständnis vorgeworfen wird. Was gibt es falsch zu verstehen? Wenn einer sagt, er wolle den Tod, dann geben wir ihm, was er will. Das ist so einfach wie $125 > 100$.

Aus Angst vor schweren Krankheiten und Tod hören wir auf, Patienten als Mitmenschen wahrzunehmen und mit ihnen menschlich zu kommunizieren und schalten stattdessen auf formell-mechanische Informationsverarbeitung um. Trotz des rationalen Scheins ist dies ein völlig irrationaler Abwehrprozess, denn die Annahme, dass derselbe Satz aus dem Mund eines körperlich gesunden Menschen »ich will leben!« bedeuten kann, aus dem Mund eines Schwerkranken oder Gelähmten aber »ich will sterben!« besagt, beruht auf keinem vernünftigen Grund.

Wir fordern das Recht auf Sterben angeblich für uns; das ist eine Lebenslüge, da wir – gesunde, mitten im Leben (auch im politischen Leben) stehende Menschen – nicht gedenken zu sterben, sondern wir meinen dabei andere Personen, von denen wir mutmaßen, dass *sie* dieses Recht brauchen, weil sie *unserer* Meinung nach sterben wollen sollen. Ob sie das wollen, darüber reden wir ein paar Seiten später; aber wir wollen ihren Tod insgeheim und überzeugen uns daher selber, dass *wir* in *ihrem* Zustand unbedingt sterben wollen würden. Diese Überzeugung gelingt uns umso besser, weil wir eben nicht in diesem Zustand sind und daher die Lage nicht in ihrem vollen Ernst nehmen.

Allerdings gibt es ein anscheinend starkes Argument gegen diese Auslegung. Es sind die wenigen Personen, die öffentlich für die Legalisierung der Euthanasie aufgetreten sind, während sie wirklich mit einer tödlichen Krankheit kämpften. Indem diese Personen kurz nach ihren öffentlichen Auftritten tatsächlich Selbstmord begingen, stellten sie unter Beweis, dass das Recht auf Sterben für sie kein leeres Wort war. Wenn auch die Zahl solcher Menschen nicht hoch ist, steht jeder von ihnen einzeln für die Seriosität ihrer Einstellung.

Der Widerspruch ist aber nur scheinbar. Es geht auch nicht um das Paradox, dass die Menschen, die eine Gesetzesänderung forderten, um sich das eigene Leben nehmen zu dürfen, sich das Leben genommen haben, ohne dass die Gesetze dafür geändert wurden. Wir haben bereits gesehen, dass die Tötungsideologie aus lauter solchen Paradoxien besteht, und dieses ist nur eines von den vielen. Wichtiger ist zu begreifen, was diese Menschen bewegt haben konnte.

Die empirischen Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass es zwei bedeutendste Beweggründe gibt, weshalb schwerkranke Menschen Selbstmord begehen oder nach dem assistierten Suizid suchen: Die Erwartung einer dramatischen Verschlechterung und die Angst, anderen zur Last zu fallen. Es muss noch und noch betont werden, dass man sich nicht deshalb das Leben nimmt, weil man unerträg-

liche Schmerzen oder eine sehr geringe Lebensqualität *erlebt*, sondern weil man unerträgliches Leiden oder eine starke Abnahme der Lebensqualität in einem späteren Krankheitsstadium *erwartet*.¹⁴⁷

Was ist aber diesen zwei Ängsten – der Angst, in der Zukunft einen unerträglichen Zustand zu erreichen und der, den anderen zur Last zu fallen – gemeinsam? Beide werden von den anderen erzeugt. Schmerzen sind eine zutiefst persönliche Angelegenheit; aber die Erwartung künftiger Schmerzen entsteht immer in der Kommunikation mit denjenigen, die über diese Schmerzen erzählen. Über meine Lebensqualität in diesem Augenblick entscheide ich allein; sie ist subjektiv und kann von keinem anderen genauer beurteilt werden als von mir selbst; aber das, was ich über meine Lebensqualität in der Zukunft denke, ist das Ergebnis äußerer Einflüsse. Ein Krebspatient kann ja nicht aus eigener Erfahrung wissen, dass seine Schmerzen mit dem Fortschritt der Erkrankung unerträglich werden. Er hat diese Schmerzen noch nicht erlebt. Jemand muss ihm das gesagt haben.

Und schon gar nicht kann man dem zur Last fallen, für den man keine Last ist. Wenn man aber Tag für Tag hört »Ich hätte das und das tun können, muss aber stattdessen dich betreuen«, »Die Kinder können sich leider das und das nicht leisten, weil deine Pflege so teuer ist«, »Seit du krank bist, muss ich viel mehr arbeiten als bisher« und andere, vielleicht feinere aber dennoch ganz eindeutige Aussagen, dann kommt man früher oder später zu dem Schluss, dass seine Umgebung nur auf das eigene Ableben wartet.

Schwerkranke wollen sterben, wenn die Gesunden ihnen sagen, dass sie sterben wollen sollen. Sie wünschen sich den Tod nicht, weil ihr Zustand unerträglich ist, sondern weil sie von uns das Narrativ übertragen bekommen haben, dass ihr Zustand unerträglich sein werde und dass ihr Leben, *indem es seine Nützlichkeit verloren habe, seinen Wert auch für die anderen verliere*. In diesem Sinne gibt es zwischen einem unheilbar Kranken und einem vollkommen Gesunden keinen Unterschied, denn auch jeder von uns wird genauso sterben wollen, wenn alle anderen ihn überzeugen, dass sein Leben keinen Wert hat. Der Unterschied besteht aber an einer anderen Stelle: Einen Alten oder Schwerkranken von seiner Wertlosigkeit zu überzeugen ist viel einfacher als einen Gesunden. Eine schwere Krankheit kommt nicht allein, sondern zieht ein

¹⁴⁷ Vgl. zu Krebskrankheit Ganzini, L., Goy, E., & Dobscha, S. K. (2007). Why Oregon patients request assisted death: Family members' views. *Journal of General Internal Medicine*, 23, S. 154-157; zur amyotrophen Lateralsklerose: Matuz, T., Birbaumer, N., Hautzinger, M. & Kübler, A. (2010). Coping with amyotrophic lateral sclerosis: An integrative view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81(8), S. 893-898.

ganzes Bündel sozialer und psychischer Belastungen mit sich. Ein Schwer- (oder gar Tod-) kranker verliert seine soziale Stellung, seinen Job, seine Beziehungen, oft wird er vom Geldbringer zum Schmarotzer, vom Stolz seiner Mitmenschen zum Objekt ihrer Sorge. Ziehen wir jetzt von diesem Krisenkomplex die Krankheit ab – es bleibt immer noch genug, um sein Leben und seinen menschlichen Wert infrage zu stellen. Es ist dieser Stress, und nicht das körperliche Leiden, der den Kranken gegenüber dem schleichenden Wertlosigkeitsgefühl empfindlich macht. In anderen Worten hat der Sterbewunsch körperlich Kranker mit ihrer Krankheit nichts zu tun. Er hat mit unserer fehlenden Unterstützung zu tun. Er hat mit unserem Glauben zu tun, dass, wer nicht mehr nützlich ist, nicht leben darf. Matuz und Mitarbeiter fanden zwischen extrem schwergelähmten und nur moderat paretischen ALS-Patienten überhaupt keinen Unterschied bezüglich der Lebensqualität; aber die verheirateten Patienten hatten eine wesentlich höhere Lebensqualität als Singles.¹⁴⁸ Für die Lebensqualität ist es wichtiger, einen zuverlässigen Partner zu haben als gesund zu sein.

Gibt es sie überhaupt, jene Patienten, die völlig vernünftig, ohne Druck seitens der anderen, *sine ira et studio*, alle Dafür und Dagegen abgewogen und auf einer vollkommen rationalen Basis die Entscheidung getroffen haben: Ich soll mein Leben jetzt beenden? Die allgemeine Suizidologie lässt daran zweifeln, denn sie zeigt, dass Menschen, die nach einem Selbstmordversuch gerettet werden, in der Regel den Versuch nicht sofort wiederholen, was sie tun müssten, falls sie ihrem Leben definitiv ein Ende setzen wollten.¹⁴⁹ Aber gibt es vielleicht solche Menschen unter Alten und Schwerkranken? Ich kann es nicht kategorisch ausschließen. Aber weder ich selbst, noch meine zahlreichen Kollegen, die sehr viel mit Schwerkranken gearbeitet haben, haben je einen solchen Patienten gesehen. In jedem Fall ohne Ausnahme, in dem ein Patient, in welchem körperlichen Zustand auch immer, den Sterbewunsch äußert, lässt eine Analyse seiner Lage immer ein *konkretes Problem*, einen Konflikt im sozialen Umfeld finden, der diesem Wunsch zugrunde liegt, in

¹⁴⁸ Matuz, T., Birbaumer, N., Hautzinger, M. & Kübler, A. (2010). Coping with amyotrophic lateral sclerosis: An integrative view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81(8), S. 893-898.

¹⁴⁹ Vgl. Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, S. 70-75; Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, S. 257-265.

der Regel eine Krise im Bereich der Familie, der Pflegesituation oder des beruflichen Lebens. Wird dieser Konflikt behoben, verschwindet der Sterbewunsch, was der endgültige Beweis dafür ist, dass dieses konkrete Problem (und nicht die Krankheit!) die Ursache des Sterbewunsches war, denn dies ist der Prüfstein jeder Ursache-Wirkung-Kette: A ist die Ursache von B dann, wenn in jedem Fall, in dem A beseitigt wird, auch B beseitigt wird. Es ist einfach kein einziger Fall bekannt, in dem nachgewiesen worden wäre, dass die körperliche Erkrankung bzw. Behinderung als solche die Ursache des Verlangens nach Sterbehilfe sein kann.

Der Sterbewunsch eines Schwerkranken ist oft unser Wunsch, den wir ihm zuschreiben. Der große russische Dichter Lev Tolstoi, der schonungslose Kenner aller dunklen Ecken der menschlichen Seele, beschrieb dieses Phänomen in seinem weltberühmten Roman »Die Auferstehung«:

»In dem Zimmer, das er jetzt betreten hatte, war seine Mutter drei Monate vorher gestorben. Es war von zwei Lampen mit Reflektoren erhellt, von denen die eine vor dem Porträt seines Vaters, die andere vor dem seiner Mutter brannte. Er erinnerte sich des Verhältnisses, in dem er zuletzt zu seiner Mutter gestanden hatte, und dieses Verhältnis erschien ihm jetzt unnatürlich und hässlich. Er fühlte Scham und Ekel. Er erinnerte sich, dass er in der letzten Zeit ihrer Krankheit geradezu ihren Tod gewünscht hatte. Er hatte sich gesagt, dass er dabei lediglich ihre Erlösung von dem schweren Leiden, das sie quälte, im Auge habe, in Wirklichkeit jedoch war es ihm darauf angekommen, sich selbst von dem Anblick ihrer Leiden zu erlösen.«¹⁵⁰

Der junge russische Adlige – der Romanheld – fühlt Scham und Ekel, und diese Gefühle richten ihn unter vielen anderen Erlebnissen auf den Weg aus, der schließlich zu seiner seelischen Auferstehung führen wird. Aber wir wollen diese Gefühle nicht akzeptieren! Im Gegensatz zu den Pionieren der Tötungsideologie aus dem vorigen Jahrhundert, die ihr Ziel – die »Befreiung« der Gesellschaft von dem »Ballast« der Unnützen – offen deklariert haben, versuchen wir heuchlerisch, die Verantwortung dem Opfer selbst zuzuschreiben, indem wir ihm zuerst konsequent andeuten, dass sein Weiterleben unerwünscht ist, um dann, wenn er diese Einstellung verinnerlicht hat und um Sterbehilfe bittet, zu erklären: Wir sind gar nicht

¹⁵⁰ Tolstoi, L. »Auferstehung«, 1. Buch, Kap. 28.

beteiligt gewesen, der Patient hat allein die Entscheidung getroffen und professionelle Assistenz bekommen. Wir müssen seine freie Entscheidung respektieren – so sagen wir, nachdem wir erfolgreich verdrängt haben, dass wir ihm jene »freie Entscheidung« eingeredet haben. Das gute Gewissen ist ein wunderbares Produkt des schlechten Gedächtnisses.

Natürlich ist es nicht nur die unmittelbare Umgebung, die den Schwerkranken darüber »informiert«, dass seine Schmerzen mit dem Fortschreiten der Krankheit unerträglich würden, dass es – entgegen den medizinischen Tatsachen – keine Mittel dagegen gebe, dass seine Lebensqualität unabweislich sinken werde, und dass sein Zustand für die Gesellschaft eine unvertretbare Last sei, sondern all diejenigen Quellen, die er, der Patient, als Autorität betrachtet. Für die meisten Patienten – wie auch für die meisten Gesunden – ist eine solche Autorität natürlich das geltende Gesetz und, allgemeiner, die geltende Norm des sozialen Verhaltens, auch wenn sie (noch) nicht im Gesetz kodiert wurde. Deswegen gehört zu unseren besten Argumenten, mit denen wir unsere Einstellung gegenüber seinem Lebensende zu seiner eigenen Einstellung machen, der Hinweis darauf, dass es üblich ist, in diesem Zustand den eigenen Tod zu wünschen, dass die Gesellschaft es für *normal* hält, dass die Menschen, die keine Leistung mehr erbringen können, freiwillig aufgeben. »Schau mal: Herrn Meyer. Erst im Januar wurde ihm die Diagnose Leukämie gestellt – und schon nach drei Monaten hat er vom Arzt die Todespille erhalten und starb, ohne unnötige Schwierigkeiten für sich selbst und für seine Familie zu machen. Vielleicht solltest du auch darüber nachdenken.«

Dies erklärt, warum uns einerseits die Legalisierung so viel wert ist, andererseits die Verbreitung der Sterbehilfepraxis auch ohne entsprechende Gesetzgebung fortschreiten kann (die Niederlande zwischen 1980 und 2001, die Schweiz heute). Die Legalisierung ist zwar kein notwendiges, aber ein effizientes Mittel zur *Normalisierung*, zur Schaffung einer Atmosphäre, in der die Tötung zum ordentlichen Verfahren für die Lösung patientenbezogener Probleme wird. Dies erklärt weiterhin, warum eine solche Normalisierung, wenn sie auf welchem Wege auch immer in einer Gesellschaft eingeführt wird, immer mehr Personen in ihren Bann zieht. Dies erklärt schließlich, warum das Autonomieargument, philosophisch absurd, logisch inkonsistent, allen empirischen Daten über das Befinden der Patienten widersprechend, dennoch eine immer größere Bedeutung in der Tötungsideologie einnimmt. Denn mit allen anderen Argumenten, mit denen wir die aktive Patiententötung begründen könnten, bleibt von dieser Tötung etwas an uns selbst kleben; wir waren

dabei, wir haben diese Argumente in Betracht gezogen und können nicht so tun, als ob wir mit dem vorzeitigen Tod des Patienten gar nichts zu tun hätten. Nur das Autonomieargument liefert uns die einzigartige Möglichkeit, falls der Patient den Todeswunsch geäußert hat, im Gefolge eines biblischen Protagonisten die Hände in Unschuld zu waschen und in Nachfolge eines anderen zu fragen: »Warum soll ich meines Nächsten Hüter sein?«

Die Umstände

Wir haben genug über den Ablauf der Tat gesprochen; es bleiben aber wichtige Umstände, die die Motivation der Täter in ein anderes Licht setzen.

Und wieder wenden wir uns dem klassischen Pro-Sterbehilfe-Film »Ich klage an« zu. Wie wir schon wissen, rettet Dr. Lang, der zu jenem Zeitpunkt noch zutiefst davon überzeugt ist, dass er als Arzt dem Leben verpflichtet sei, ein schwerkrankes Mädchen – aber das Gehirn des Mädchens ist irreversibel gestört. Einige Monate (oder Jahre; der Zeitverlauf im Film ist nicht ganz eindeutig) später besucht Dr. Lang die kleine Gertrude (so heißt das Mädchen) in der Anstalt, in der sie ihr »völlig idiotisches« Dasein führt. Wir sehen, wie die Krankenschwester ihm die Tür in die Station aufmacht, wie er hineingeht und wie die Tür sich wieder schließt. Dann sehen wir einige Sekunden nur die geschlossene Tür, auf die der Schatten des Fensters fällt, der merkwürdigerweise die Form eines Kreuzes hat. Endlich geht die Tür auf, und Dr. Lang kommt wieder raus. Unbeschreibliche Schrecken stehen auf seinem Gesicht. Was er hinter dieser Tür gesehen hat, sehen wir nicht, aber wir errahnen, dass es ein unfassbarer Horror sein muss. Nach kurzem Schweigen fragt er den Anstaltsleiter: »Wie können die Schwestern das aushalten?«, bekommt aber keine Antwort.

Die Krankenschwester war in dieser Szene der Vergil, der Dr. Lang in die Hölle begleitet hat. Es gibt allerdings einen Unterschied: Während Dante das in der Hölle Erlebte in etwa 1300 Versen recht anschaulich und detailliert beschreibt, verliert der Doktor kein einziges Wort über seine Erfahrung. Wir sehen, wie erschreckend *sein* Leid war, das er empfunden haben muss, als er das von ihm einst gerettete »idiotische« Mädchen beobachtete. Ob das Mädchen selbst leidet, erfahren wir nicht. Vielleicht ist es mit seinem Leben ganz zufrieden. Aber der Zuschauer be-

kommt die notwendige negative Impression, weil er sich mit dem gesunden Beobachter, und nicht mit dem Kranken identifiziert – was im Übrigen auch kein Wunder ist, denn der Zuschauer selbst ist ein Beobachter und kein Schwerkranker.

Die Episode im Film illustriert eine der wichtigsten und folgenschwersten Irrungen in der Sterbehilfediskussion: Die Verwechslung zwischen dem »unerträglichen Leid« der Patienten einerseits und dem Leidempfinden sonstiger Betroffener andererseits. Ist es ein furchtbarer Zustand, ein komplett gelähmter, hilfloser, auf Geräte angewiesener Patient zu sein? Oder ist es vielmehr ein furchtbarer Zustand, einen solchen Patienten anzusehen – noch schlimmer, für ihn in der einen oder anderen Weise verantwortlich zu sein, ihn pflegen und versorgen zu müssen?

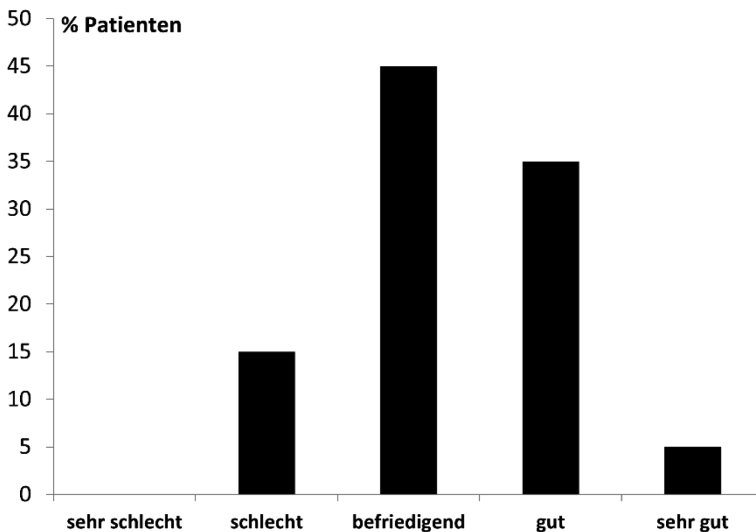


Abbildung 10: Subjektive Lebensqualität todkranker, schwerstgelähmter Patienten. 85 % von ihnen finden ihr Leben mindestens befriedigend, 40 % sogar gut bis sehr gut: Die Daten aus Kübler, A., Winter, S., Ludolph, A., Hautzinger, M. & Birbaumer, N. (2005). Severity of depressive symptoms and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 19, S. 1-12.

Wie erleben terminale Patienten ihren Zustand selbst? Zumindest zwei Fakten sind sicher. Erstens ist die Lebensqualität in einem solchen »unerträglichen Zustand« viel höher als sie uns erscheint. Patienten, die fast vollständig gelähmt, künstlich beatmet und ernährt, auf Geräte angewiesen sind, haben typischerweise eine etwas niedrigere Lebensqualität als vollkommen gesunde Personen – aber eine wesentlich

höhere als körperlich gesunde, depressive Patienten. Die meisten von ihnen haben keine Depression und antworten positiv auf die Frage, ob sie weiterleben wollen. In einer Skala, in der die bestmögliche Lebensqualität der Zahl 100 entspricht, verweilen solche Patienten in der Regel im unteren Mittelbereich – etwa zwischen 40 und 50.

Obgleich die Faktoren, von denen die Lebensqualität und das emotionale Wohlbefinden dieser Patienten abhängen, immer noch nicht vollständig geklärt sind, ist es zweitens aber unbestritten, dass die Unterstützung des Patienten seitens seiner unmittelbaren Umgebung von großer Bedeutung ist.¹⁵¹ Mit Sicherheit kennen wir nur einen Faktor, der für die Lebensqualität und die Stimmung der Patienten keine Rolle spielt. Das ist die Krankheit selbst. Zwischen dem Grad des körperlichen Leidens bzw. der körperlichen Behinderung und der subjektiven Lebensqualität besteht kein Zusammenhang. Zwei unabhängige Gruppen von Neuropsychologen in zwei verschiedenen Ländern (Deutschland und den USA) verfolgten ALS-Patienten im Laufe von etwa anderthalb Jahren. In dieser Zeit veränderte sich der körperliche Zustand der Patienten wesentlich zum Schlechteren. Gegen Ende der Studie waren viele von ihnen nahezu vollständig gelähmt und wurden über eine Magensonde ernährt. Wie ändert sich aber der emotionale Zustand und die Lebensqualität der Patienten während dieses dramatischen Verfalls ihres Körpers? Die beiden Studien gaben auf diese Frage dieselbe Antwort: Gar nicht. Als Durchschnitt in der Patientenstichprobe waren die Emotionalität und die Lebensqualität an allen Zeitpunkten der Erkrankung gleich. Bei individuellen Patienten glichen sich die beiden möglichen Tendenzen aus: Einige wurden mit dem Fortschreiten der Krankheit depressiver, andere dagegen ausgeglichener und optimistischer als am Anfang.

Wir haben festgestellt, dass die Lebensqualität der Schwerst- und Todkranken immerhin etwas niedriger ist als die vollkommen gesunder Individuen. Ist sie auch niedriger als bei anderen Patienten, denen kein Tod droht? Obwohl es sehr viele Studien über die Lebensqualität bei verschiedenen Erkrankungen gibt, machen nur sehr wenige davon einen Vergleich zwischen zwei unterschiedlichen Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen. Will man wissen, wie gut oder schlecht es den Patienten geht, bei denen die Frage nach der Sterbehilfe gestellt wird, so muss

¹⁵¹ Lulé, D., Ehlich, B., Lang, D., Sorg, S., et al. (2013). Quality of Life in fatal disease: The flawed judgment of the social environment. *Journal of Neurology* 260, S. 2836–2284.

man sich meistens mit indirekten Vergleichen begnügen, die selbstverständlich unvollkommen sind, weil die Daten aus verschiedenen Studien kommen und möglicherweise unter unterschiedlichen Bedingungen erfasst wurden. Dennoch lässt sich sagen, dass die Lebensqualitätswerte bei sehr unterschiedlichen chronischen somatischen Krankheiten gemessen an einer Skala von Null bis 100 etwa ähnlich sind. Alle befinden sich im unteren Mittelfeld.

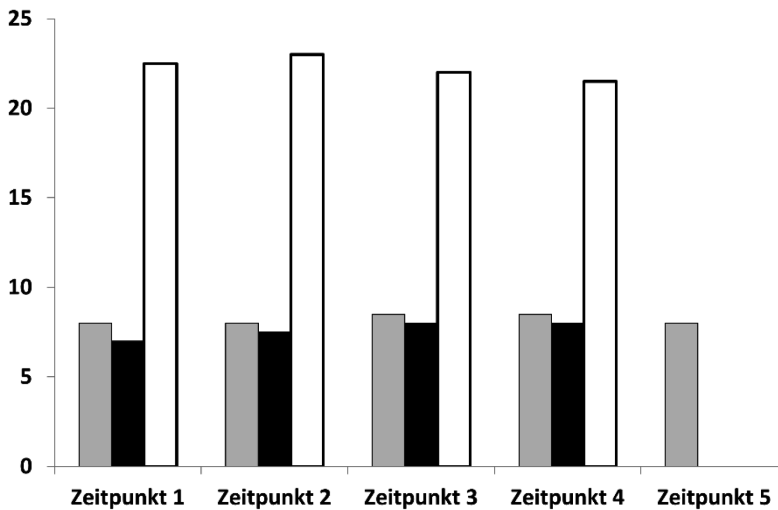


Abbildung 11: Mit dem Fortschreiten der körperlichen Krankheit und dem nahenden Tod ändern sich die Lebensqualität und die Stimmung von ALS-Patienten nicht. Graue Balken: Lebensqualitätsdaten der US-amerikanischen Studie 2003.¹⁵² Schwarze Balken: Lebensqualitätsdaten der deutschen Studie 2015.¹⁵³ Weiße Balken: Depressionswerte aus der o. g. deutschen Studie. Die amerikanische Studie schloß fünf Zeitpunkte ein, die deutsche vier Zeitpunkte. Die Intervalle zwischen den Zeitpunkten betragen im Durchschnitt etwa fünf Monate.

Da ich gerade beim Schreiben dieses Kapitels einen Anfall von Rückenschmerzen hatte, habe ich mich für die Lebensqualität bei solchen Patienten interessiert. Die

¹⁵² Walsh, S. M., Bremer, B. A., Felgoise, S. H., & Simmons, Z. (2003). Religiousness is related to quality of life in patients with ALS. *Neurology*, 60, S. 1527–1529.

¹⁵³ Matuz, T., Birbaumer, N., Hautzinger, M., & Kübler, A. (2015). Psychosocial adjustment to ALS: a longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 6, Art. 1197. Die Lebensqualitätsdaten mussten umgerechnet werden, damit sie in den beiden Studien in ein und derselben Skala abgebildet werden konnten.

Rückenschmerzen machen zwar keinen Spaß und können einen wochenlang quälen, aber sie sind heilbar und nicht lebensgefährlich. Die Gefahr einer Lähmung besteht nur in den seltenen Fällen eines schweren Bandscheibenvorfalls. Es ist deshalb schwierig zu glauben, dass Patienten mit Rückenschmerzen keine höhere Lebensqualität und keinen besseren emotionalen Zustand haben als todgeweihte Krebs- oder ALS-Patienten. Aber es ist so.¹⁵⁴

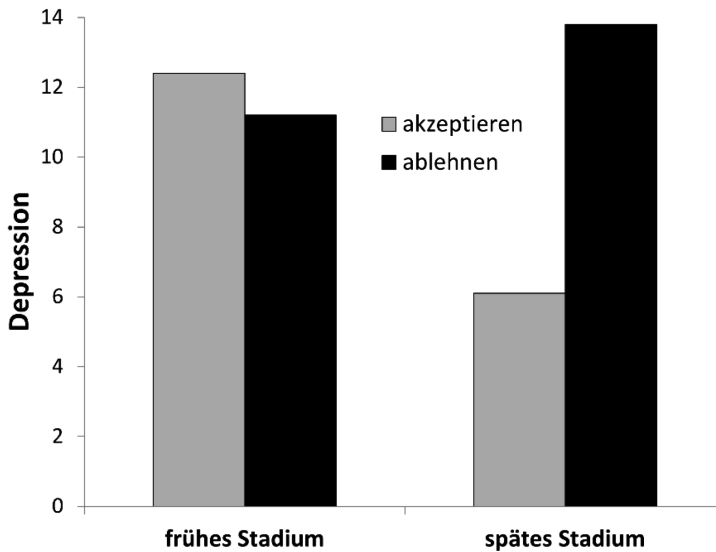


Abbildung 12: Akzeptanz der lebensverlängernden Maßnahmen (nicht-invasive Beatmung und parenterale Ernährung) bei ALS-Patienten. Patienten, die diese Maßnahmen ablehnen, wollen nicht weiter am Leben erhalten werden. Im frühen Stadium besteht kein Zusammenhang zwischen dem Sterbewunsch) und der Depression. Später dagegen, wenn sich die Frage nach dem Lebensende konkret stellt, wollen v. a. Patienten mit hohen Depressionswerten sterben.¹⁵⁵

Wenn wir jetzt wissen, dass es den Patienten in den (von uns aus gesehen) furchterregenden Zuständen gar nicht so schlecht geht – im Sinne ihres subjektiven Wohlbefindens – können wir ihre Lage mit derjenigen ihrer unmittelbaren Betreuer vergleichen. Diese Betreuer sind in der Regel die nächsten Angehörigen: Ehemann

¹⁵⁴ Vgl. Becker, N., Thomse, A. B., Olsen, A. K. et al. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73, S. 393-400.

¹⁵⁵ Nach Matuz, T., Birbaumer, N., Hautzinger, M., & Kübler, A. (2015). Psychosocial adjustment to ALS: a longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 6, Art. 1197.

oder Ehefrau, Kinder, Eltern oder Geschwister des Patienten. Wir wissen zwar, dass die Betreuer alle Hände voll zu tun haben; aber im Gegensatz zu den Patienten leiden sie nicht an Krebs, haben keine opiatverlangenden Schmerzen, ihnen droht kein Tod, keine Atemlähmung, keine Erstickung. Sie sind nicht vollständig immobilisiert, hängen nicht an Geräten. Uns erscheint es daher fast selbstverständlich, dass es ihnen bei allen Schwierigkeiten auf jeden Fall besser gehen sollte als den Patienten selbst.

In der Tat haben viele Studien die Lebensqualität von unheilbar kranken, todbedrohten oder gar todgeweihten Menschen (die meisten mit Diagnosen schwere Demenz, Krebs, ALS oder Multiple Sklerose im weit fortgeschrittenen Stadium) mit der Lebensqualität ihrer Betreuer verglichen. Mir ist keine solche Studie bekannt, die das erwartete Ergebnis erbracht hätte. Die subjektiv empfundene Lebensqualität der – gesunden! – Angehörigen ist entweder genauso schlecht wie die der Patienten, oder *schlechter*. Mor und Mitarbeiter fanden Anzeichen der klinischen Depression bei jedem dritten unter den unmittelbaren Betreuern von Krebspatienten;¹⁵⁶ das ist viel mehr als bei den Patienten selbst. Mit dem Fortschreiten der unheilbaren Krankheit (in dieser konkreten Studie handelte es sich um Brustkrebs) nehmen Depression und Angst bei den nächsten Angehörigen (aber nicht bei Patienten) stets zu.¹⁵⁷ Mellon und Mitarbeiter untersuchten Krebspatienten, die ihren ersten Behandlungskurs erfolgreich absolviert hatten, der Weiterverlauf blieb jedoch zum Untersuchungszeitpunkt noch ungewiss. Ihre Lebensqualität war mittelmäßig, aber wesentlich höher als bei ihren Angehörigen.¹⁵⁸ Die Patienten von Northouse und Mitarbeiter¹⁵⁹ erlebten dagegen schon einen Rückfall ihrer Krebskrankheit. Enttäuschung und Verzweiflung würden, so könnte man glauben, zu ihrer niedrigen subjektiven Lebensqualität beitragen – aber nein, sie war immer

¹⁵⁶ Mor, V., Allen, S., & Malin, M. (1994). The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*, 74 (7 Suppl.), S. 2118–2127.

¹⁵⁷ Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170, S. 1795–1801.

¹⁵⁸ Mellon, S., Northouse, L. L., & Weiss, L. K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing* 29, S. 120–131.

¹⁵⁹ Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14, S. 478–491.

noch ein bisschen (allerdings nicht mehr signifikant) höher als bei ihren vollkommen gesunden Angehörigen. Auch bei apparativ beatmeten Patienten ist die Lebensqualität noch immer höher als bei ihren Betreuern.¹⁶⁰

Die Umgebung eines Schwerkranken leidet oft viel ärger, als der Kranke selbst. Ein vielzitiertes Artikel im *Journal of American Medical Association*¹⁶¹ benennt fünf Arten der Belastung für Familienangehörige und direkte Betreuer von Schwerkranken und Sterbenden:

(1) Finanzielle Kosten. Arno und Mitarbeiter unternahmen Ende der 1990er Jahre den Versuch, die Gesamtausgaben aller privaten US-amerikanischen Haushalte für die Pflege chronisch Kranker einzuschätzen, und kamen auf eine gigantische Summe von fast 200 Milliarden US\$ pro Jahr.¹⁶² Inzwischen dürfte diese Summe wahrscheinlich noch angewachsen zu sein. In Deutschland sind diese Kosten nicht geringer, sie sind durch eine höhere Beteiligung des Steuerzahlers nur gleichmäßiger verteilt.

(2) Logistische Belastung. Hinter diesem trockenen Wort, das im ersten Augenblick an Transportunternehmen denken lässt, steckt eine – manchmal totale – Veränderung des Lebensstils, der gesamten Organisation des Lebens, Verschiebung oder gänzlicher Verzicht auf bestimmte Lebensziele, enormer Zeitverlust und – natürlich – die eigentlichen logistischen Probleme im engen Sinne: Wann und wie koordiniere ich die vielen immer wieder auftretenden Aufgaben?

(3) Chronischer emotionaler Stress durch Mitleiden mit dem Patienten und dem Hin- und Hergerissensein zwischen den patientenbezogenen und anderweitigen Zielen und Tätigkeiten. Dieser chronische Stress erhöht das Risiko einer psychischen Krankheit, meistens in Form einer Angststörung oder Depression.

(4) Physische, körperliche Belastung, deren eine häufige und ausgesprochen wichtige Komponente ein chronischer Schlafmangel ist.

(5) Als Ergebnis aller oben aufgelisteten Faktoren erhöht sich auch das Risiko körperlicher Erkrankungen, u. a. Infektionserkrankungen unter den Betreuern

¹⁶⁰ Vgl. Kaub-Wittemer, D., von Steinbüchel, N., Wasner, M., Laier-Groeneveld, G., & Borasio, G. D. (2003). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2003, 26, S. 890-896; Gelinas, D. F., O'Connor, P., & Miller, R. G. (1998). Quality of life for ventilator-dependent ALS patients and their caregivers. *Journal of the Neurological Sciences*, 1998, 160, Suppl.1, S134-S136.

¹⁶¹ Rabow, M. W., Hauser, J. M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: »They don't know what they don't know«. *JAMA*, 291, S. 483-491.

¹⁶² Arno, P. S., Levine, C., & Memmott, M. M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 18, S. 182-188.

schwerkranker Patienten. Die Erkrankungen der betreuenden Personen bleiben oft nicht bzw. unterbehandelt, denn sie erscheinen als Bagatellkrankheiten im Vergleich zu der schweren Krankheit des Betreuten.¹⁶³

Es kann aber sein, dass die renommierte Zeitschrift vergaß, noch eine weitere, sechste Belastung zu erwähnen, ohne die die anderen fünf ungleich leichter zu ertragen wären: Die fehlende Möglichkeit, über die Schwere der eigenen Lage zu sprechen. Im Mittelpunkt der Krankheit und des krankheitsbezogenen Geschehens steht natürlich der Kranke. Es handelt sich um sein Leid und womöglich auch seinen bevorstehenden Tod. Von seinen Nächsten (Ehepartner, Kinder, Eltern) wird daher erwartet, dass sie sich selbstverständlich um den geliebten Menschen in dieser tragischen Situation kümmern, und zwar so viel und so lange wie nötig. Wer erwartet das eigentlich von ihnen? Vor allem sie selbst. Ein Betreuer, der sagt (oder bloß denkt), dass er seine Last nicht mehr tragen kann, erntet kein Verständnis, auch und zuvorderst seitens des eigenen Gewissens. Er wird den Vorwürfen und Selbstvorwürfen ausgesetzt, er sei egoistisch, kaltblütig, gefühllos und denke nur an seine geringfügigen Unannehmlichkeiten statt an seinen todkranken Verwandten. Die eigenen Gefühle und eigenen Probleme sollen zugunsten der Leidenden in den Hintergrund treten. Wenn eine Frau in den späten 30ern, um ihre pflegebedürftige Mutter stets betreuen zu können, ihre einzige männliche Freundschaft bricht und damit möglicherweise die letzte Möglichkeit verpasst, ein Kind zu bekommen, so wird das als Normalität angesehen. Wenn Berufssoldaten, Polizisten, Feuerwehrleute ihr eigenes Leben auf die Karte stellen, um anderen Menschen zu helfen, so tun sie lediglich ihre Pflicht, nichts Besonderes. Aber diese Menschen haben ihren Beruf selbst gewählt und ihre Pflicht selbst auf sich gelegt. Wir erwarten jedoch Ähnliches von den Angehörigen der Schwerkranken; sie müssen zwar nicht ihr ganzes Leben opfern, aber zumindest ein Stück davon.

Die chronische Unzufriedenheit der Betreuer mit ihrem Leben schlägt ihrerseits wieder auf die Patienten zurück. Je niedriger die Lebensqualität des Betreuers ist, umso schlechter die Qualität der Betreuung.¹⁶⁴ Die überlastenden Angehörigen, die ihre eigenen Bedürfnisse wegstecken müssen, sind nicht in der Lage, ihre Patienten zu unterstützen.¹⁶⁵ Die von solchen Personen betreuten Patienten können

¹⁶³ Dyck, G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, S. 411–419.

¹⁶⁴ Vgl. Tringali, C. A. (1986). The needs of family members of cancer patients. *Oncology Nurses Forum*, 13, S. 65–70.

¹⁶⁵ Vgl. Hileman, J. W., Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nurses Forum*, 19, S. 771–777.

auch ihre eigenen Bedürfnisse nicht aussprechen, sie werden in ihrer Aktivität begrenzt und oft ohne medizinische Notwendigkeit hospitalisiert.¹⁶⁶

Aber selbst diese traurigen Tatsachen, dass die Lebensqualität der Betreuer systematisch niedriger ist als die der Patienten, und dass diese niedrige Lebensqualität der Betreuer ihre Rückwirkung auf die Patienten hat, beinhalten leider nur die halbe Wahrheit. Die zweite Hälfte ist, dass ich als Betreuer, dessen eigenes Leben kaputtgeht, der angesichts der hoffnungslosen Lage des Patienten selbst an Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung leidet, noch zusätzlich den Konflikt zwischen meiner eigenen Unzufriedenheit und der verhältnismäßig akzeptablen Lebensqualität meines Patienten lösen muss. Wie miserabel darf ich mich fühlen, während er stirbt? Zu all der finanziellen, logistischen, sozialen, emotionalen und körperlichen Belastung kommt noch das glühende Gefühl der Schuld dafür, dass ich mir noch erlaube, an meinen »kleinen« Unannehmlichkeiten zu leiden, während mein sterbender Partner mit seinem Zustand einigermaßen zurechtkommt.

Die Lösung dieses Konflikts besteht darin, dass ich als Betreuer die relativ hohe Lebensqualität des Patienten leugne und ihm meine eigene niedrige Lebensqualität zuschreibe. Es gibt empirische Nachweise dafür, dass die Betreuer nicht nur eine niedrigere Lebensqualität haben als die Patienten, sondern dass sie die eigene Unzufriedenheit mit ihrem Leben auf die Patienten projizieren und damit die Lebensqualität der Patienten konsequent *unterschätzen*.¹⁶⁷ Interessanterweise machen auch die Patienten einen analogen Fehler und *überschätzen* die Lebenszufriedenheit ihrer Betreuer.¹⁶⁸ Kein Wunder: Wenn ich als Sterbender mit meinen Schmerzen und

¹⁶⁶ Vgl. Siegel, K., Raveis, V. H., Houts, P., et al. (1991). Caregiver burdens and unmet patient needs. *Cancer*, 68, S. 1131–1140; McMillan, S. C. & Mahon, M. (1993). The impact of hospice services on the quality of life of primary caregivers. *Oncology Nurses Forum*, 21, S. 1189–1195.

¹⁶⁷ Vgl. für Demenz: Zucchella, C., Bartolo, M., Bernini, S., Picascia, M., & Sinforiani, E. (2015). Quality of life in Alzheimer disease: a comparison of patients' and caregivers' points of view. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2015, 29, S. 50-54; für Krebs: Lam, T. C., Balboni, T. A., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2014). Differences between patient and caregiver ratings of advanced cancer patients' quality of life and correlates of their disagreement. *Journal of Clinical Oncology*, 2014 ASCO Annual Meeting Abstracts, 32, No 15_suppl., S. 9560; für ALS: Lo Coco, G., Lo Coco, D., Cicero, V., et al. (2005). Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Journal of the Neurological Sciences*, 238, S. 11-17.

¹⁶⁸ Sands, L. P., Ferreira, P., Stewart, A. L., Brod, M., & Yaffe, K. (2004). What explains differences between dementia patients' and their caregivers' ratings of patients' Quality of Life? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, S. 272-280; Trail, M., Nelson, N. D., Van, J. N., Appel, S. H., & Lai, E. C. (2003). A study comparing patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers on measures of quality of life, depression, and their attitudes toward treatment options. *Journal of the Neurological Sciences*, 2003, S. 209, 79-85.

Ersticken Gefahr noch zurechtkomme, wie kann ich vermuten, dass mein gesunder Betreuer im tiefen Loch sitzt?

Erst bei den Schwerkranken, die an einer Depression leiden, verschwindet die Dissonanz: Solche Patienten werden von ihren Betreuern richtig bewertet. Es legt die Vermutung nahe, dass wir, die Gesunden, immer annehmen, dass die terminal Kranken depressiv seien, deshalb verstehen wir diese Patienten nur dann korrekt, wenn sie tatsächlich depressiv sind; aber es sind in der Tat nur eine kleine Minderheit solcher Patienten.

Die Korrelationsanalyse spricht eine noch deutlichere Sprache. Je höher die Angehörigen ihre eigene Belastung in der Pflegesituation einschätzen, je niedriger ihre eigene Lebensqualität ist, je schlechter ihre eigene Stimmungslage, desto niedriger bewerten sie die Stimmung und die Lebensqualität des Patienten. Die Einschätzung der Lage des Patienten durch den Betreuer hängt weniger mit der Meinung des Patienten über seine eigene Lage zusammen als vielmehr mit der Lage des Betreuers selbst.¹⁶⁹ Angesichts einer existenziellen Krise bleibt jeder von seinem eigenen Schicksal überwältigt. Ich denke nur, dass ich an den Patienten denke; in der Tat denke ich an mich.

Das ist die Lage, die die Gesellschaft, will sie ihren Schwerkranken helfen, unbedingt ändern soll. Der geschlossene Kessel negativer Emotionen der Pflegenden muss ein Ventil bekommen. Die entsprechende Literatur ist voll von verschiedensten Hilfeprogrammen für Betreuer der Schwerkranken, die zumindest in experimentellen Studien eine gewisse Effektivität zu haben scheinen.¹⁷⁰ Praktisch erfassen aber diese Programme immer noch eine kleine Minderheit der Betroffenen. Nach Angaben von McCullagh und Mitarb. fühlten sich etwa 2/3 der Angehörigen von schweren Schlaganfallpatienten allein gelassen und isoliert.¹⁷¹ Die Lage in den

¹⁶⁹ McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36, S. 2181-2186; McMillan, S. C., Mahon, M. (1994). The impact of hospice services on the quality of life of primary caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 21, S. 1189-1195; Sands, L. P., Ferreira, P., Stewart, A. L., Brod, M., & Yaffe, K. (2004). What explains differences between dementia patients' and their caregivers' ratings of patients' Quality of Life? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, S. 272-280;

¹⁷⁰ Vgl. Belle, S. H., Burgio, L., Burns, R. et al. (2007). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145, S. 727-738; Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A., (2004). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14, S. 478-491.

¹⁷¹ McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36, S. 2181-2186.

anderen Ländern und bei anderen pflegebedürftigen Patienten ist wahrscheinlich ähnlich.

Unterstützungsgruppen, in denen die Angehörigen der Schwerkranken über eigene – nicht der Kranken – Probleme sprechen könnten, würden keine erheblichen Kosten verursachen, den Pflegeprozess aber wesentlich entlasten. Vor allem aber muss die gesellschaftliche Einstellung gegenüber dem Betreuer geändert werden. Nur derjenige Angehörige kann den Patienten zuverlässig unterstützen, der von seiner breiteren Umgebung und v. a. vom behandelnden Arzt als Person mit *eigenen Bedürfnissen*, eigenen Lebensplänen und eigenen Lebensschwierigkeiten wahrgenommen wird und nicht als derjenige, dessen einzige Pflicht in der Sorge für den Patienten besteht. Es muss als natürlich angesehen werden, wenn ein Betreuer unter Last seiner Pflichten auch negative Gefühle gegenüber dem von ihm betreuten Patienten entwickelt; unnatürlich ist dagegen, wenn er diese Gefühle leugnen, von der ganzen Welt und von dem eigenen Ego unterdrücken muss. Der Pflegende sollte einen Freiraum bekommen, in dem er ungehemmt und ohne »egoistisch« zu erscheinen über seine schwere Belastung reden kann. Auch wenn er sagt, dass er die Situation nicht mehr ertragen kann und manchmal seinem Vater oder seiner Mutter den Tod wünscht, so ist es allein vom ethischen Gesichtspunkt her doch weitaus erstrebenswerter, als wenn er diesen selben Todeswunsch dem Patienten zuschreibt. Die Schaffung solcher Freiräume wäre eine wichtige Aufgabe der Gesellschaft, die uns von der erfundenen und haltlosen Idee, dass die Lage der Patienten »schlimmer als Tod« sei und dass die Patienten nur an das Sterben dachten, befreien würde.

Aber die Gesellschaft hat anscheinend andere Sorgen.

Die enorme Last der Pflege und der Stress durch den sich nähernden Tod eines Nächsten ist nicht der einzige Faktor unserer Entfremdung von den Patienten. Andere Faktoren wie die Angst vor dem eigenen Tod kommen hinzu. Die postmoderne Gesellschaft redet uns ein, die Medizin könne unser körperliches Wohlbefinden unendlich verlängern, aber wir wissen natürlich, dass dies nicht stimmt und dass jeder von uns sterben wird. Deshalb verwandeln wir das Wissen um unsere Sterblichkeit, die eigentlich die Angst vor der unvorstellbaren aber unvermeidbaren Tatsache unserer Nicht-Existenz ist, in die Angst vor dem Sterbeprozess selbst. Wir belügen uns, sagen, dass uns nicht die Tatsache stört, dass wir sehr bald verschwinden und höchstwahrscheinlich nicht mal erinnert werden, und dass diese ganze Welt so weiterleben wird, als ob es uns nicht gegeben hätte, sondern dass uns allein

der Übergang ängstigt. Diese Übertragung der existentiellen Angst vor Nichtsein auf den Übergangsprozess zwischen Sein und Nichtsein erlaubt uns so zu tun, als ob wir dagegen handeln könnten. Denn der Tod ist unabdingbar, aber gegen das Sterben gäbe es Mittel zur Verkürzung. Indem wir uns einbilden, dass wir, wenn unser Tod sich nähern wird, eine Kontrolle über den Sterbeprozess erhalten, schaffen wir die Illusion, dass wir zumindest teilweise auch den Tod beherrschen können. Die ganze Lächerlichkeit dieser Illusion zeigt sich natürlich sofort in der Tatsache, dass unsere Kontrolle im »besten« Fall ausreicht, den Tod zu beschleunigen, aber nicht, ihn hinauszuzögern; wir »beherrschen« unseren Sterbeprozess, indem wir früher sterben als nötig, aber unsere imaginäre »Selbstbestimmung« reicht nicht aus, nur eine Sekunde Lebenszeit hinzuzufügen.

Jeder Verhaltenspsychologe hat bereits dieses Gedankenmuster erkannt. Das ist dasselbe Vermeidungsverhalten, das sehr vielen Formen des krankhaften Verhaltens, vor allem Phobien und Zwangsstörungen zugrunde liegt. Dieses Verhalten fängt typischerweise mit der Vermeidung angstauslösender Objekte (z. B. Spinnen oder Hunde) an, geht aber in die Vermeidung der Angst selbst über. Letztlich hat ein typischer Angstpatient eine panische Angst nicht mehr vor den Spinnen, sondern vor den Angstanfällen, die bei ihm auftreten würden, wenn er eine Spinne sehen oder bloß an sie denken würde. Nicht anders passiert es mit unserem Verhältnis zum Tod. Wir glauben, dass wir die Todesangst vermeiden können, indem wir früher und schneller sterben. Lieber Tod, als eine Konfrontation mit ihm, als ein Gedanke an ihn: Alles nach dem alten Soldatenspruch »Der Mutige stirbt nur einmal, der Feigling mehrmals«. Dabei ist diese angebliche Todesbereitschaft aus der Todesangst doppelt illusorisch, weil sie sich auf jenen künftigen Zustand projiziert, der erst irgendwann eintritt und den wir uns nicht vorstellen können und wollen. Es ist wie die Bereitschaft, unter Lebensgefahr in einen Krieg zu ziehen, von dem wir erstens keine konkrete Vorstellung haben und zweitens wissen oder glauben zu wissen, dass er in der absehbaren Zukunft sowieso nicht beginnt.

Das Vermeidungsverhalten neigt aber zum Perfektionieren. Nicht derjenige ist ein richtiger Arachnophobiker, der vor jeder Spinne in Panik flieht, sondern derjenige, der von vorn herein alle Möglichkeiten vorausgesehen und vermieden hat, bei denen er eine Spinne überhaupt antreffen könnte. Der am schwierigsten zu behandelnde Angstpatient ist nicht der, der täglich schwere Panikanfälle hat, sondern paradoxerweise der, der gar keine Angst erlebt, weil er aufgrund seiner vorherigen

Angsterfahrung sein gesamtes Leben so arrangiert hat, dass sich ihm nicht die geringste Möglichkeit mehr bietet, sich mit einer potentiell angstausslösenden Situation zu konfrontieren.

In diesem Perfektionieren der Todesvermeidung verlieren alle sterbebezogenen Begriffe (Tod, Sterbehilfe, schwere Behinderung, terminaler Zustand) ihre »Jemeinigkeit«¹⁷² und werden zu Abstrakta, zu bloßen Bezeichnungen bar jeder unmittelbaren, emotionalen Bedeutung. Die Sterbenden sind nicht »wir«, sondern »sie«, die Anderen. »Wir« sind diejenigen, die entscheiden sollen, was wir mit »ihnen« tun. Der Tod ist nicht »je meiner«, sondern der einer anderen Person. Jene Sterbehilfe, der angeblich »die meisten Bürger« zustimmen, ist eine Sterbehilfe für jemanden, mich betrifft sie nicht und soll mich nicht betreffen. Diese Sterbehilfe wird irgendein Leben beenden, nicht mein persönliches, einzigartiges Leben.

Diese grobe Abstufung – von der Last und Verzweiflung der unmittelbar Betroffenen durch die verdrängte und verschobene Angst der Umgebung zur Abschottung und Leugnung der Realität des Todes seitens der berüchtigten »Mehrheit« – entspricht im Großen und Ganzen dem zunehmenden Abstand von der konkreten kritischen Situation. Selbstverständlich sprechen wir nur von einem Schema, da bei einzelnen Personen dasselbe Phänomen der *Entfremdung der Patienten* aus verschiedenen, sogar entgegengesetzten psychologischen Beweggründen entstehen kann, die auch unterschiedlich vermischt werden können. Allen Fällen ist aber gemeinsam, dass das Problem der Sterbehilfe nicht das Problem der Sterbepatienten ist. Es ist das Problem der Gesunden, das Problem der Umgebung, das Problem der Gesellschaft. Diese Entfremdung stört uns natürlich selbst, und wir maskieren sie als »Mitleid« mit dem Kranken (welches in der Tat bloß ein Selbstmitleid ist), oder als »Respekt« vor seinem Willen (obwohl er unseren Respekt überhaupt nicht braucht). Was die sehr unterschiedlichen Fälle vereint, ist die Unfähigkeit, der aktive Unwille und die Angst, sich mit dem Patienten zu identifizieren und ihn so zu verstehen, wie er sich selbst versteht.

Ein weiterer in der Psychologie gut untersuchter Schutzmechanismus hilft den Nicht-Betroffenen bei ihrer Einstellung. Das ist der Glaube an die gerechte Welt, d. h. die Überzeugung, dass jeder am Ende das bekommt, was er verdient hat.¹⁷³ Dieser Glaube spielt im Allgemeinen eine sehr große Rolle in den psychologischen Prozessen, die uns erlauben, die Schuld den Opfern selbst zuzuschreiben, da diese

¹⁷² Heidegger, M. (1963). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.

¹⁷³ Lerner, M. J. (1980). *The Belief in the Just World: A Fundamental Delusion*. New York: Springer.

angeblich ihr Unglück letztendlich durch ihr eigenes Verhalten verursacht haben. Speziell in der Medizin wurde z. B. nachgewiesen, dass die Menschen, die davon überzeugt sind, dass die Welt gerecht aufgebaut ist, und dass »jeder schließlich das bekommt, was er verdient«, den HIV-Patienten Schuld an ihrer Krankheit zuweisen.¹⁷⁴ Der Glaube an die gerechte Welt sagt uns, dass der da, bei dem sich die Frage nach Sterbehilfe stellt, letztlich selber schuld sei, er habe geraucht, zu viel gearbeitet, zu wenig Sport getrieben. Wir sind natürlich nicht wie er, wir haben keinerlei Risikofaktoren und gute Erbanlagen, deshalb werden wir immer jung und gesund bleiben wie die britischen Demonstrierenden am 11. 09. 2015, und irgendwann schalten wir uns einfach aus wie wir das Licht im Zimmer ausschalten, ohne Schmerz, Leiden und existentielle Angst.

Das ist grundsätzlich falsch. Diese Falschheit hat noch der Bischof von Münster, Clemens August Graf von Galen, in seinen berühmten Predigten gegen das nationalsozialistische Euthanasieprogramm im August 1941 erkannt.

»Wenn man den Grundsatz aufstellt und anwendet, daß man den »unproduktiven« Mitmenschen töten darf, dann wehe uns allen, wenn wir alt und altersschwach werden! ... Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, »unproduktive« Mitmenschen zu töten, ... dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben. Dann ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher.«¹⁷⁵

Der Patient, der da auf dieser Intensivstation nach einer Hirnschädigung liegt und um sein Leben bangt, ist nicht irgendein Patient, auch nicht dein naher oder entfernter Verwandter. Dieser Patient bist du – ja, genau du. Die ganze perfide Manipulationsstrategie, die wir in der ersten Sektion dieses Kapitels beschrieben haben, zielte darauf ab, nicht bloß von abstrakten »Leuten«, sondern ausgerechnet von *dir* persönlich eine unbedachte Zusage herauszuziehen, mit deren Hilfe man dich später vollkommen legal umbringen kann. Du bist möglicherweise in einem Zustand, in dem du alles verstehen, aber nicht – oder jedenfalls nicht schnell genug – reagieren kannst. Doch da hält man dir schon ein Stück Papier vor die Augen, dessen Existenz du vielleicht längst vergessen hast, das aber unverkennbar deine Unterschrift trägt. »Sehen Sie,« wird man dir sagen, mit dem Zettel winkend, »da haben

¹⁷⁴ Furnham, A. & Procter, E. (1992). Sphere-specific just world beliefs and attitudes to AIDS. *Human Relations*, 45, S. 265–280.

¹⁷⁵ http://kirchensite.de/downloads/Aktuelles/Predigt_Galen_Deutsch.pdf.

Sie mal unterschrieben, dass Sie in einer bestimmten Situation nicht mehr leben wollen würden. Finden Sie nicht, dass Ihre gegenwärtige Situation mit der hier beschriebenen nur allzu viele Gemeinsamkeiten hat?» «Nein!» wirst du schreien wollen, »Ich habe DAS nicht gemeint! Ich habe mir alles falsch vorgestellt! Außerdem steht ein Wort, auf diesem Zettel – ich habe es damals nicht verstanden, und keiner hat mir diesen Begriff erklärt. Das war ein Missverständnis! Überhaupt habe ich nicht DEN Zustand gemeint, von dem ich damals, vor so vielen Jahren, schrieb, dass ich in ihm nicht leben möchte; ich dachte an den Zustand der kompletten Bewusstlosigkeit, aber jetzt kann ich sehen, hören, spüren.« Aber kraft deiner Erkrankung kannst du deine Erklärung nicht aussprechen, jedenfalls nicht so laut und artikuliert, dass auch derjenige dich versteht, der dich gar nicht verstehen will. »Wir befolgen nur Ihren eigenen Willen,« sagt dein Gegenüber, und mit Schrecken erkennst du in seiner Hand die Spritze und verstehst, dass die darin enthaltene Flüssigkeit keineswegs ein Heilmittel ist, »Respekt vor Ihrer Selbstbestimmung ist unser höchstes Gebot.« sagt dein Gegenüber mit erhobenen Zeigefinger, »Was Sie selber wollen, das werden wir für Sie tun.« »Ich habe aber meine Meinung geändert! Ich will leben!« schreist du so laut, dass dein Gesprächspartner dich diesmal offensichtlich verstanden hat. »Zu spät«, antwortet er kühl, und du spürst einen leichten Stich in der Ellbogengrube. The rest is silence.

Schlusswort

Krankwerden und Misstrauenhaben gilt ihnen sündhaft: man geht achtsam einher. Ein Thor, der noch über Steine oder Menschen stolpert! Ein wenig Gift ab und zu: das macht angenehme Träume. Und viel Gift zuletzt, zu einem angenehmen Sterben. ... »Wir haben das Glück erfunden« – sagen die letzten Menschen und blinzeln –

Friedrich Nietzsche, *Also sprach Zarathustra*, Kap. 6

Jeder menschliche Tod ist eine Tragödie. Ein Mensch, sagten die alten Denker, sei ein Mikrokosmos, d. h. eine ganze Welt im kleinen Format. Das bedeutet, dass mit jedem Tod eine ganze Welt untergeht. Auch ein schöner Tod, etwa ein Heldentod, bei dem man sein Leben opfert, um andere Leben zu erhalten, ist zwar eine schöne, aber nichtsdestoweniger eine Tragödie. Man kann angesichts eines Todes verschiedene Gefühle empfinden – Mitleid und Trauer, Bewunderung oder Stolz, Wut oder Schwermut oder Mischungen aus diesen und anderen. Es gibt Menschen, die einen Heldentod bewundern, und es gibt andere, die ihn für töricht und sinnlos halten. Alles ist möglich außer dem einen: gegenüber dem Tod keine Gefühle zu haben, Neutralität zu bewahren, ihn bloß als irgendein Naturereignis unter anderen Naturereignissen zu betrachten, gleichgültig zu bleiben.

Die Erfahrung der letzten Jahrzehnte in den Ländern mit legaler oder halblegalster Sterbehilfe zeigt, dass es genau das ist, worauf die moderne Sterbehilfebewegung abzielt: Den Tod als existentielles Moment auszuschalten, ihn auf eine medizinische Maßnahme oder einen juristischen Beschluss zu reduzieren. Die ganze psychologische Gewalt des logisch und faktisch absolut irrsinnigen Autonomiearguments beruht auf seiner Fähigkeit, das seelische Gleichgewicht der Hinterbliebenen zu schützen. Denn unter welchen Umständen auch immer unser Nächster stirbt, im Krankenbett oder auf dem Schlachtfeld, nach langem Leiden an Krebs oder durch einen plötzlichen Autounfall, so bleibt für gewöhnlich immer zumindest ein Rest der brennenden Frage: Wo habe *ich* vielleicht nicht aufgepasst? Habe ich wirklich *alles*, was in meinen Kräften stand, für ihn getan? Wo ist möglicherweise meine *Schuld* daran? Was aber oft subjektiv als Schuldfrage erlebt wird, ist in der

Tat nur ein Teilaspekt einer viel größeren Sinnfrage: Warum musste gerade dieses Leben so enden? Was ist der Sinn gerade dieses konkreten Todes? Was bedeutet dieser Tod für mich, für mein eigenes Leben und für meinen künftigen Tod? Und wozu lebt der Mensch überhaupt?

Von all diesem Warum und Wozu sollen wir nun befreit werden. Der Sterbende hat einen rechtskräftigen Antrag gestellt und selbsthändig unterschrieben, der Arzt hat überprüft, dass alle medizinischen Bedingungen erfüllt sind, der Anwalt hat die Wirksamkeit aller notwendigen Unterlagen bestätigt. Alles, was der Buchstabe des Gesetzes verlangt, wurde punktgenau ausgeführt. Damit ist der Fall abgehakt und kann ad acta gelegt werden. Für irgendwelche persönliche Verantwortung, geschweige denn Schuld, gibt es einfach keinen Platz.

Zwei verschiedene geistige Strömungen, zwei klar unterscheidbare Beweggründe konvergieren auf diesem einen Ziel. Seitens der Betroffenen ist es die oft verzweifelte und fast immer verkannte und anonyme Last der (manchmal jahrelang andauernden) Betreuung terminaler Patienten. Seitens der Nicht-Betroffenen ist es vor allem die Berührungsangst mit allem, was mit dem Lebensende zusammenhängt. Beide Gruppen, die Betroffenen wie die Nicht-Betroffenen, suchen nach einer »Erlösung«, aber nicht nach der Erlösung für Patienten, sondern für sich selbst: Die einen, weil sie die entsprechenden Umstände nicht kennen, nicht kennen wollen und lieber ganz von sich abweisen; die anderen dagegen, weil sie diese Situationen sehr gut kennen, aber von einer spezifischen Seite, von außen.

Zum Schluss wird von mir wahrscheinlich die Antwort auf die Frage erwartet, wie wir denn nun mit terminalen Patienten umgehen sollen. Diese Antwort sollte vor allem von der allgemeinen Kompetenz der Patienten abhängen. Bei inkompetenten Patienten wie z. B. solchen im Koma oder Wachkoma gehen wir davon aus, dass ihre besten Interessen als autonome Subjekte in der Wiederherstellung ihrer menschlichen Autonomie, d. h. im Wiedererlangen des Bewusstseins und der Kompetenz liegen. Das bedeutet, dass die Frage nach einer (passiven) Sterbehilfe bei diesen Patienten erst dann gestellt werden kann, wenn nach all unserem besten Wissen keine Hoffnung mehr auf die Rückkehr ihres Bewusstseins besteht. Zur Einschätzung dieser Hoffnung sollten alle vorhandenen Mittel angewendet werden, einschließlich mehrmaliger (im chronischen Zustand – wöchentlicher) klinischer Bewertungen und all der apparativen Untersuchungsverfahren, die es im Arsenal der modernen Neurowissenschaft gibt.

Bei voll kompetenten Patienten müssen selbstverständlich alle Entscheidungen zusammen mit dem Patienten getroffen werden. Ein gewaltsames Vorgehen gegen den ausgesprochenen Sterbewunsch ist nur in jenen seltenen Fällen möglich, in denen eine absolute Sicherheit besteht, dass der Wunsch vorübergehend ist. Ein Beispiel wäre die plötzliche Sterbeentscheidung einer Patientin, deren Krankheit an sich (noch) keine Lebensgefahr mit sich bringt, nachdem ihr Ehemann unerwartet an einer ähnlichen Krankheit gestorben ist. In der Praxis der Lebensentscheidungen sind solche Situationen Ausnahmen. Aber obgleich eine kategorische Ablehnung des Sterbewunsches und die Rettung eines Patienten gegen seinen Willen nur in Ausnahmefällen ethisch gerechtfertigt werden kann, bedeutet das nicht, dass dieser Wunsch in sonstigen Fällen mit Freude hingenommen werden soll. Vielmehr besteht unsere Aufgabe darin, dem Sterbewunsch im konkreten Fall an die Wurzeln zu gehen, den diesem Wunsch zugrundeliegenden Konflikt zu verstehen und, soweit es in unseren Möglichkeiten liegt, zu versuchen ihn zu lösen. Dass dies nicht immer gelingen kann – dass wir nicht immer alle Probleme unserer Nächsten lösen können – ist natürlich eine bittere Wahrheit, die im Übrigen die körperlich Gesunden genauso betrifft wie die Schwerkranken. Es muss uns klar sein, dass die meisten von den Patienten geäußerten Sterbewünsche versteckte und verzweifelte Hilferufe sind. Aber oft kann ein solcher Hilferuf nicht artikuliert werden; der Patient selbst versteht nicht, was ihm fehlt und welche Hilfe er braucht, und wir sollen den Weg zur Ausformulierung seiner Nöte mit ihm zusammen gehen.

Eine extrem schwierige Situation stellen *teilweise* kompetente Patienten dar, z. B. Demenzkranke. Ich finde es im höchsten Maße gefährlich, eine längst vor dem Eintreffen der Krankheit verfasste Patientenverfügung fraglos zu akzeptieren. Es ist schon aus rein logischer Sicht äußerst zweifelhaft, ob ein vernünftiger Mensch so etwas wie »ich will im Zustand einer schweren Demenz nicht leben« schreiben kann, denn solange man ein vernünftiger Mensch ist, kann man sich den Zustand der schweren Demenz gar nicht vorstellen und daher auch nicht entscheiden, ob man in diesem unvorstellbaren Zustand leben wollen oder nicht. Andererseits können wir uns auch nicht auf die gegenwärtigen Angaben der Patienten zu ihrer Lebensqualität und Lebenszufriedenheit orientieren, da wir uns nicht sicher sein können, ob die Patienten die entsprechenden Begriffe überhaupt verstehen. Was bleibt, ist die unmittelbare Resonanz mit ihrem nicht-verbalen Verhalten, die uns darauf Hinweis geben könnte, wie sich der Patient in diesem Zustand emotional fühlt.

In allen drei Fällen aber gilt: Welche Entscheidung Sie auch zusammen mit einem vollständig oder teilweise kompetenten Patienten oder für einen bewusstlosen Patienten getroffen haben, es gibt keine Instanz, die Ihnen einen Siegel setzt, dass die Entscheidung die bestmögliche war. Dieses Buch kann genauso wenig fertige Rezepte für die Lösung in konkreten Situationen anbieten, wie ein Beschluss des Bundestages – mit dem Unterschied allerdings, dass wir auch nicht beabsichtigen, einen solchen Lösungsvorschlag zu unterbreiten. Von den Experten (Ärzten, Ethikern, Juristen) können Sie zwar eine für Ihre Entscheidung äußerst wertvolle Information erhalten, doch kein Experte ist im Besitz von klaren, auf alle Fälle gültigen Regeln. Das Treffen einer Entscheidung über Leben oder Sterbenlassen ist immer eine individuelle Verantwortung. Gemeinsame Entscheidungen lassen diese Verantwortung teilen, aber nicht vermeiden. Eine Garantie der Richtigkeit gibt es nicht.

Diese Aussage bedarf jedoch weiterer Differenzierung. Die Verantwortung für einen kompetenten Patienten, den wir sterben lassen (»passive Sterbehilfe«), kann nur eine teilweise sein. Ich bin z. B. davon überzeugt, dass ein bestimmter Eingriff sein Leben verlängern oder gar retten könnte. Ich kann mir Vorwürfe machen, dass ich nicht die besten Argumente gefunden habe, die ihn überzeugt hätten, dass er diesem rettenden Eingriff zustimmen sollte. Aber letztendlich kann er auch auf die besten Argumente antworten: »Deine Argumente sind gut und schön, aber ich will diesen Eingriff einfach nicht«. Meiner Verantwortung für seine Entscheidung werden immer enge Grenzen gesetzt.

Aber auch bei der passiven Sterbehilfe für inkompetente Patienten ist unsere Verantwortung begrenzt. Auch wenn ein bewusstloser Patient keine Entscheidung treffen kann, wenn er keine Patientenverfügung hinterlassen hat oder, wenn wir alle im entsprechenden Kapitel oben analysierten Gründe haben, diese Verfügung nicht befolgen zu müssen – auch dann gibt es objektive Sachzwänge. Wenn die Schwere eines Eingriffs in den Körper eines chronisch Kranken, dem er wegen seiner Inkompetenz nicht zustimmen kann, in keinem Verhältnis zu der Wahrscheinlichkeit steht, dass dieser Eingriff seinen Zustand auf lange Sicht verbessert, lässt sich bezweifeln, ob dieser Eingriff tatsächlich »im besten Interesse« des Patienten durchzuführen wäre.

Ganz anders ist die Lage bei der aktiven Sterbehilfe. Hier handelt es sich nicht um einen Eingriff, der mit gewissen – großen oder kleinen – Chancen dem Patienten helfen könnte, sondern um einen, der mit Sicherheit seinen Tod verursachen

würde. Hier muss ich nicht bloß besser argumentieren, sondern entscheiden, ob ich persönlich den Eingriff durchführe oder nicht. Auch wenn der Patient mich darum direkt oder indirekt gebeten hat, liegt die *ganze* Verantwortung für die Durchführung des Eingriffs auf mir.

Seit Beginn der Geschichte haben alle Tyrannen die Menschen dadurch verführt, dass sie versprochen haben, die Person von der Verantwortungslast zu befreien. Auch die Sterbehilfebefürworter mit ihrem verlogenen Autonomieargument tun nichts anders. Sie wollen uns überzeugen, dass, sobald unser Nächster in einer extremen Lage den Sterbewunsch geäußert hat, er uns die Verantwortung abgenommen und sich in die Hände der Spezialisten begeben hat, die dann schon wissen, was sie mit ihm tun. Für uns sollte dann die als »Respekt vor seiner Entscheidung« verklärte Regel »aus den Augen – aus dem Sinn« gelten. Aus Angst vor dem Strohmann des Paternalismus sollen wir unseren Kranken, dem während seiner gesamten Patientenkarriere von einem durchaus paternalistischen Gesundheitssystem zahlreiche Freiheiten genommen wurden, ausgerechnet im schwierigsten Augenblick seines Lebens allein für sich entscheiden lassen. In diesem letzten Moment angesichts des Todes tun wir so, als ob sein Tod sein eigenes Problem wäre, das uns nicht betrifft.

Aber wie alle Versuche die Verantwortung abzuwerfen ist auch dieser Versuch zum Scheitern verurteilt. Natürlich entlastet uns auf den ersten Blick die Illusion enorm, »er wollte das selber«, »er hat dies vollkommen autonom entschieden«, »das war sein eigener Wunsch«. Aber langfristig machen Illusionen nicht glücklich, sondern nur die Wahrheit, auch wenn sie unbequem ist. Nur indem wir unsere eigenen in Bezug auf den unheilbar Kranken entstandenen Probleme anerkennen, können wir nach konstruktiven Lösungen dieser Probleme suchen – und wenn wir diese Lösungen finden, wird es auch unseren Patienten nutzen, und wir werden sie nicht mehr »erlösen« müssen.

Der Schwerpunkt der Sterbehilfediskussion ist nicht die Frage »Was sollen wir mit Sterbekranken tun?«, sondern »Was sollen wir mit den Hinterbliebenen, den Gesunden, mit der Gesellschaft im Ganzen tun?« Ein bisschen übertrieben kann man sogar sagen, dass nicht der Patient dabei der Hauptleidende ist. Seine Lebenszeit wird vielleicht um wenige Tage verkürzt. Aber derjenige, der diese Verkürzung auf sich nimmt, verurteilt sich dazu, über lange Jahre täglich bei jedem Blick in einen Spiegel das Gesicht eines Mörders zu sehen. »Es ist nicht auszudenken, welche Verwilderung der Sitten, welches allgemeines gegenseitiges Mißtrauen bis in die

Familien hineingetragen wird, wenn diese furchtbare Lehre geduldet, angenommen und befolgt wird.«¹⁷⁶ Diese Verwilderung und Verstumpfung mögen wir uns ersparen. Es kann nicht sein, dass wir, angeblich zivilisierte Menschen in unserer vollendeten Orientierungslosigkeit sogar darauf nicht mehr seelisch reagieren können, worauf selbst die niederen Tiere deutlich reagieren: auf den Tod. Indem wir in der unheilbaren Krankheit eines anderen unsere eigene Lebenssituation erkennen, können wir den anderen verstehen und bis zuletzt mit ihm sein – und das bedeutet, auch mit uns selbst.

¹⁷⁶ Aus der Predigt des Clemens August Grafen von Galen am 3.08.1941: http://kirchen-site.de/downloads/Aktuelles/Predigt_Galen_Deutsch.pdf.

Irrsinn der Sterbehilfe

Eine kritische Analyse der aktuellen Diskussion über Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zeigt, dass diese Diskussion vorwiegend auf irrationalen, meistens vorgeschobenen Argumenten beruht, welche die wahre Problematik der Sterbenden und ihrer Umgebung lediglich vernebelt.

»Der Autor analysiert die gängigen Argumente für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aus rationaler und nicht weltanschaulicher oder religiöser Sicht und zeigt, dass keines von ihnen einer kritischen Prüfung standhält, denn sie widersprechen entweder den Fakten oder der Logik, oftmals beiden.

Wer das Buch gelesen hat, dem wird verständlich, dass die Unfähigkeit der Gesellschaft, die zunehmende Last der Schwerkranken zu bewältigen, der zentrale Grund aller Legalisierungsversuche ist. Häufig wünschen nicht die Schwerkranken selbst, sondern wir ihren beschleunigten Tod.

Sterbehilfe geht daher uns alle an, und wir tun gut daran, unsere eigenen Vorstellungen aus gesunder Perspektive nicht auf Menschen zu übertragen, die an schweren Krankheiten leiden. Ein Aufruf zur mitfühlenden Begleitung todkranker Menschen auf ihrem schweren Weg, so dass dessen Beschleunigung durch Sterbehilfe überflüssig werden kann.«

*Prof. Dr. Andrea Kübler
Institut für Psychologie, Universität Würzburg*

