

Wer darf sterben

Entscheidungen am Lebensende aus ethischer Sicht*

Frank Mathwig

Einleitung

Die Titelfrage meines Vortrags klingt etwas merkwürdig. Normalerweise wird in der Medizin eher gefragt: Wer *muss* sterben? – etwa in der Katastrophenmedizin, wenn die Ressourcen nicht ausreichen, um alle Verletzten zu behandeln. Daneben wird mit dem «Wer» offenbar nach Kriterien gefragt, die eine Person erfüllen muss, um sterben zu dürfen. Auch das erscheint unpassend, denn mit den Worten des österreichischen Schriftstellers Thomas Bernhard gilt: «Schliesslich wird den wenigsten ein Tod ohne Sterben zuteil [...] Wir sterben von dem Augenblick an, in welchem wir geboren werden, aber wir sagen erst, wir sterben, wenn wir am Ende dieses Prozesses angekommen sind, und manchmal zieht sich dieses Ende noch eine fürchterlich lange Zeit hinaus.»¹

Hinter dieser zweifellos richtigen Beobachtung steckt ein Problem, dass in der Medizin und Bioethik seit langem heftig und kontrovers diskutiert wird: «Woran darf der Mensch noch sterben?»² Offenbar stirbt es sich nicht so einfach und vor allem nicht von selbst. Das Sterben markiert nicht mehr nur den Übergang vom Leben zum Tod, sondern wird selbst zu einem – mehr oder weniger eigenständigen – Lebensabschnitt. Wenn das Sterben in diesem Sinne also *gelebt* werden muss, dann kommt man nicht – wie in jeder anderen Lebensphase auch – darum herum, zu überlegen, zu urteilen, zu entscheiden und zu handeln. Der erste Punkt meiner Ausführungen betrifft deshalb die Frage: Was sind eigentlich Entscheidungen am Lebensende und auf welche Handlungen sind sie bezogen?

I. Entscheidungen am Lebensende

Thomas Bernhard hat in der eben zitierten Bemerkung bereits auf die Zeitspanne des Sterbens hingewiesen. Eine echte Herausforderung beim Sterben ist die Zeit. Der Soziologe Norbert Elias hat einmal bemerkt: «Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Tote Menschen haben keine Probleme.»³ Und weil das Sterben immer mehr Lebenszeit in Anspruch nimmt, wachsen auch unsere Probleme mit dem Sterben. Wie ist das zu verstehen?

- *längere Lebenserwartung auch bei chronischen und multimorbidien Erkrankungen:* Wir können heute mit Gesundheitszuständen nicht nur überleben, sondern auch relativ gut leben, die noch vor nicht allzu langer Zeit das sichere Todesurteil bedeutet hätten;
- *längere Sterbeprozesse, die bewusster erlebt werden:* Das Sterben ist selten noch ein kurzer Augenblick, sondern wird zu einem ausgedehnten Prozess.

* Vortrag anlässlich der 9. Tagung der Arbeitsgruppe «Therapeutische Jurisprudenz» «Das verwaltete Leben – der organisierte Tod», Psychiatrische Klinik Königsfelden, 26. September 2013 in Brugg.

¹ Thomas Bernhard, *Der Atem. Eine Entscheidung*, München 1981, 64.

² Theres Lüthi, *Woran darf der Mensch noch sterben*, in: NZZ v. 30.10.1996, 65.

³ Norbert Elias, *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt/M. 1982, 10.

- *Sterben als selbst zu verantwortender Entscheidungsraum* (vgl. *Patientenverfügungen*): Sterben ist – entgegen dem ersten Anschein – kein passiver Vorgang, sondern ein aktiv zu gestaltender und deshalb auch zu verantwortender Lebensabschnitt. Kurz und knapp: Sterben passiert nicht einfach so, sondern Sterben wird gemacht.
- *die meisten Menschen sterben heute in medizinischer Begleitung*: Diese Tatsache hat die Wahrnehmung des Sterbens selbst verändert. Sterben rückt im medizinischen Umfeld fast automatisch in den Fokus von Krankheit und Krankheitsbehandlung. Der «Medikalisierung» des Lebens (Georges Canguilhem, Michel Foucault, Ivan Illich) entspricht eine *Medikalisierung des Sterbens*. Die Äusserung einer Sterbenden «Ich bin nicht krank, ich sterbe nur!»⁴ gibt diese Realität auf geradezu komische Weise wieder.
- *gesellschaftliche Individualisierung und Flexibilisierung betreffen auch die letzte Lebensphase*: Unabhängig davon, ob das Sterben gesellschaftlich wahrgenommen und integriert wird, sterben Menschen in und nicht jenseits der Gesellschaft. Deshalb bedingen die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse die Art und Weise, wie gestorben werden kann. Die viel beklagte Einsamkeit im Sterben ist nur die Kehrseite der sozialen Realität eines – besonders in höherem Alter – einsamen Lebens.
- *Finanzierungsprobleme für Sozial- und Gesundheitswesen in Folge des demographischen Wandels*: Dass der Tod nicht nur das Leben kostet, sondern vorher auch die Haushalte des Gesundheits- und Sozialwesens belastet, ist seit langem bekannt. So makabер es klingen mag, das professionell betreute Sterben ist längst zum ökonomischen Problem geworden und wird es in Zukunft immer mehr werden.

Die Debatten um Sterbegleitung, Sterbehilfe und Suizidhilfe sind inzwischen nicht mehr zu überschauen. Regelmässig tauchen sie auch in den öffentlichen Medien auf, zumeist im Zusammenhang spektakulärer, schlagzeilträchtiger Einzelfälle. Für Konfusionen sorgt auch eine wenig geklärte Begrifflichkeit. Deshalb im Folgenden wenigstens einige grundlegende begriffliche Unterscheidungen:

Um wen geht es eigentlich bei Entscheidungen am Lebensende? Hilfreich ist die Unterscheidung zwischen sterbenden und sterbewilligen Personen. Der Ausdruck «sterbend» benennt den körperlichen Zustand einer Person in ihrer letzten Lebensphase, also wenn wir etwa von einem Menschen umgangssprachlich sagen, er sei «sterbenskrank». Der Ausdruck «sterbewillig» bezieht sich dagegen weder auf einen körperlichen Zustand noch das nahe Lebensende. Vielmehr wird damit die Haltung, Lebenseinstellung oder der Wunsch einer Person bezeichnet. Natürlich kann eine sterbende Person auch den Wunsch haben zu sterben und ist dann auch eine sterbewillige Person. Aber umgekehrt macht der Sterbewunsch aus einer sterbewilligen Person keinen sterbenden Menschen.

Ist dieser Unterschied klar, wird es einfacher, Sterbegleitung und Sterbehilfe auf der einen Seite von Suizidhilfe auf der anderen Seite zu unterscheiden. Sterbegleitung und Sterbehilfe richten sich an sterbende Menschen. Alles was in diesem Zusammenhang getan wird, ist Hilfe *beim* Sterben. Das Klientel von Suizidhilfe sind dagegen sterbewillige Menschen. Suizidhilfe bietet für sich betrachtet eine Hilfe *zum* Sterben. Häufig macht erst die Einnahme des tödlichen Medikaments Natrium Pentobarbital die sterbewillige zu einer sterbenden Per-

⁴ Tolmein, Oliver, Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, Gütersloh 2006, 7.

son. Auch Sterbende können – wie gesagt – Suizidhilfe in Anspruch nehmen. Entscheidend ist, dass die Inanspruchnahme von Suizidhilfe prinzipiell den Sterbeprozess nicht voraussetzt, sondern häufig erst in Gang setzt.

Damit sind bereits wichtige Weichenstellungen für eine Antwort auf die Frage gelegt, welche Entscheidungen ‹um das Sterben herum› auf dem Spiel stehen. Die Sterbebegleitung boomt unter dem Titel ‹Palliative Care› seit einigen Jahren auch in der Schweiz. Sie geht zurück auf die, in den 1960er Jahren von Cicely Saunders in England angestossene Hospizbewegung, die sich dezidiert medizinkritisch um eine schmerztherapeutische, den ganzen Menschen umfassende und sozial integrierte Begleitung von Sterbenden bemühte. Entgegen einem – auch in der Schweiz – verbreitetem Irrtum, ist Palliative Care keine medizinische Disziplin, sondern zuerst ein medizinkritischer, multiperspektivischer und interdisziplinärer Ansatz. Deshalb macht es Sinn, Palliative Care resp. Sterbebegleitung von medizinischer Sterbehilfe zu unterscheiden, ohne zu übersehen, dass es vielfältige Übergänge gibt.

Obwohl hochumstritten, hilft es für eine erste Orientierung, zwischen verschiedenen Handlungsebenen bei der Sterbehilfe zu unterscheiden. Ein einfaches Unterscheidungsinstrument bildet die Frage: Was wird mit einer Handlung beabsichtigt? Am eindeutigsten ist die Antwort bei der *aktiven Sterbehilfe*, umgangssprachlich auch als ‹Tötung auf Verlangen› bezeichnet. Sie zielt einzlig und allein darauf, den Tod der Patientin oder des Patienten herbeizuführen. Sie erfüllt alle Bedingungen eines Tötungsdelikts und ist deshalb verboten.

Indirekte Sterbehilfe beabsichtigt dagegen nicht den Tod der Person, nimmt diesen aber als Handlungsfolge in Kauf. Wenn eine lebenserhaltende Massnahme abgebrochen oder nicht mehr begonnen wird, weil sie nicht aussichtsreich, unzumutbar belastend erscheint oder schlicht die betroffene Person ihre Zustimmung dazu verweigert (etwa zur Fortsetzung einer Hämodialyse), dann führt dieser Entscheid mittelbar zu ihrem Tod. Der Behandlungsabbruch oder -verzicht erfolgt aber nicht mit der Absicht, die Person zu töten, sondern ihr weiteres Leiden zu ersparen, ein sinnloses Verlängern des Sterbens zu vermeiden oder dem Patientenwunsch zu entsprechen. Entscheidend sind hier also die Motive und Absichten, warum etwas nicht mehr getan, sondern unterlassen wird.

Passive Sterbehilfe ist mit der indirekten Sterbehilfe vergleichbar, weil auch hier der beschleunigte Tod als Folge des Handelns in Kauf genommen wird, aber ebenso nicht intendiert ist. Bei der passiven Sterbehilfe geht es allerdings nicht um das Unterlassen einer Handlung, sondern um ein aktives Tun, in der Regel, um Schmerzen, Angstzustände oder Unruhe zu bekämpfen bzw. zu lindern. Dafür werden bewusst Wirkungen in Kauf genommen, die den Todeseintritt beschleunigen können (sogenannte «Doppelwirkungen»). Auch hier gilt wieder: Die Wirkung – das u.U. beschleunigte Sterben – ist nicht beabsichtigt, wird aber als ‹Nebenwirkung› hingenommen. Natürlich stellen sich hier ethische Fragen, allen voran: Darf das Leben der Patientin oder des Patienten durch eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch resp. -verzicht bewusst riskiert oder gefährdet werden? Auch wenn der Tod nicht intendiert ist, wissen schliesslich alle Beteiligten, dass er mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit die Folge sein wird.

Ich möchte darauf aber nicht eingehen, sondern grundsätzlicher fragen: Warum ist das Sterben überhaupt ein ethisches Problem? Die medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhal-

tung werfen für sich genommen keine moralischen Fragen auf. Spannend wird es erst, wenn Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden müssen. Obwohl solche Situationen zumeist in medizinischen Zusammenhängen begegnen, werfen sie im Kern nicht medizinische, sondern ethische Fragen auf: Was soll getan und was darf unterlassen werden? Welche Pflichten haben wir gegenüber wem und auf welche Freiheiten können wir uns in unseren Entscheidungen berufen? Bei diesen und vielen weiteren Fragen geht es im Kern um die Bestimmung der Reichweite menschlicher Freiheit.

II. Das Recht auf Selbstbestimmung

Die Ideale von Freiheit und Selbstbestimmung prägen unser Verständnis vom Menschen und der Gesellschaft. Die Forderungen nach einem ‹Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben› oder ‹einen selbstbestimmten Tod› tauchten bis vor kurzem allenfalls in literarischen oder philosophischen Werken auf, nicht aber in politischen und öffentlichen Debatten. Der Gedanke personaler Selbstbestimmung ist freilich viel älter. Niemand hat die Idee vom autonomen Menschen besser auf den Punkt gebracht als der Philosoph Immanuel Kant. Ich erinnere nur an die bekannte Passage aus seiner Preisschrift ‹Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?› aus dem Jahr 1784:

«Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. [...] Sapere aude! Habe Mut dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung.»⁵

In diesen Sätzen steckt sozusagen der ganze Konstruktionsplan unseres modernen Menschenbildes, Rechts- und Gesellschaftsverständnisses, das wir vor lauter Selbstverständlichkeit gar nicht mehr bemerken. Kants Aufforderung zum Selbst-Denken ist kein Plädoyer für Theorie und Wissenschaft. Vielmehr geht es ihm um die «Pflicht» eines jeden Menschen, sich selbst *praktisch* – d.h. in seinem Handeln – zu bestimmen. Im Handeln soll der Mensch nur den selbst gesetzten Regeln folgen. Das entspricht seinem Vermögen zur Autonomie. In dem Wort ‹Autonomie› stecken die beiden griechischen Ausdrücke *autos* und *nomos*: *autos* = selbst, *nomos* = Norm, Gesetz oder Regel, zusammengesetzt also: Selbstregelung oder besser: Selbstgesetzgebung. Der Aufklärungsphilosophie ging es um die Befreiung von der inneren Fremdbestimmung (Heteronomie; *heteros* = fremd + *nomos*) in moralischen, weltanschaulichen und religiösen Angelegenheiten. Diese Revolution der Denkweise bildete historisch die Voraussetzung für die Befreiung von politischer Bevormundung und Herrschaft und viel später für den Siegeszug der Menschenrechte und des demokratischen Rechtsstaates.

Mit dem Autonomiebegriff ist aber noch ein weiterer – für unseren Zusammenhang – wichtiger Gedanke verbunden: Selbst nach eigenen Regeln zu urteilen und zu entscheiden macht unter dem Strich jeden Menschen zu einem Ethikfachmann bzw. einer Ethikfachfrau – nicht nur in Fragen des Lebens, sondern auch des Sterbens. Die Garantie der menschlichen Freiheit, wie sie in den Menschenrechten und in der Bundesverfassung festgeschrieben ist, schützt also nicht nur vor handgreiflichen und moralischen Übergriffen, sondern verpflichtet

⁵ Immanuel Kant, Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?, in: ders., Werke, Ed. Weischedel, Bd. VI, Darmstadt 1983, A 482.

jeden Menschen darauf, die moralischen Hausaufgaben selbst zu erledigen. Die Rechte, die wir haben, verpflichten uns – nicht nur gegenüber anderen, sondern zuerst und vor allem gegenüber uns selbst.

In der Medizin sind diese Grundsätze längst zum Allgemeingut geworden. Zur Illustration lediglich zwei kurze Zitate: «The autonomy of persons to make decisions, while taking responsibility for those decisions and respecting the autonomy of others, is to be respected.»⁶ Und: «Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung. Die frühzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für die Willensbildung und Entscheidfindung.»⁷ Die biomedizinischen Autonomie- und *informed consent*-Prinzipien verlangen, dass jede Patientin und jeder Patient – sofern möglich – nach sorgfältiger Information und Beratung einer medizinischen Massnahme zustimmen muss, bevor diese durchgeführt werden darf. In Patientenverfügungen bekundet eine Person verbindlich ihren Willen bezüglich bestimmter, zukünftig eintretender Krankheitssituationen. Beide Verfahren sind Ausdruck der Aufwertung der Selbstbestimmung, Entscheidungssouveränität und Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten. Im liberalen Verfassungsstaat hat sich – ziemlich überall – jener Grundsatz durchgesetzt, den der Philosoph Hans Saner treffend zusammenfasst:

«Kein Dritter kann mich zum Weiterleben verpflichten, wenn ich sterben möchte, und kein Dritter hat ein Recht, mich zu töten, wenn ich am Leben bleiben möchte.»⁸

Aber ist damit schon alles gesagt? Liegt es nur an dem Willen der Person selbst, was sie tut oder unterlässt? Die Sichtweise ist offensichtlich zu eng, denn sie fokussiert nur auf das einzelne Individuum und nicht auf die engere und weitere Lebenswelt, in der jede und jeder einzelne eingebettet ist und sich immer schon vorfindet. Gesetze regeln nicht nur das Zusammenleben, sondern schreiben auch wechselseitige Pflichten und Verantwortlichkeiten fest. Der Pflicht, das menschliche Leben zu schützen, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, vor allem dann, wenn ein Mensch nicht in der Lage ist, für sich selbst angemessen Sorge zu tragen. Dahinter steckt das Motiv einer stellvertretenden Verantwortungsübernahme, wie sie in Eltern-Kind-Beziehungen ursprünglich angelegt ist. Die ethische Frage lautet: Wie weit reicht persönliche Freiheit und wann kollidiert sie mit der Freiheit und den Pflichten der Anderen?

Ich möchte mich dieser Frage zunächst aus umgekehrter Richtung annähern, indem ich frage, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit solche stellvertretende Verantwortung ausgeschlossen werden kann. Also: Wie muss eine Entscheidung über Leben und Tod aussehen, damit sie als eigene Entscheidung anerkannt werden kann? Erste Anhaltspunkte liefert ein Blick ins Strafgesetzbuch. Der in den vergangen Jahren zu einer Bekanntheit gelangte Art. 115 StGB lautet: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.»

⁶ UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005), Art. 5.

⁷ SAMW, Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, Basel 2004, 3.

⁸ Hans Saner, Gibt es eine Freiheit zum Tode?, in: Pascal Möslis/Hans-Balz Peter (Hg.), Suizid ...? Aus dem Schatten eines Tabus, Zürich 2003, 57–62 (61).

Das Gesetz, auf das sich die organisierte Suizidhilfe in der Schweiz beruft, benötigt eine Gebrauchsanweisung, um verstanden zu werden. Vor allem geht es um die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Handlungen, um die es dort geht, nicht unversehens zu Tötungshandlungen im Sinne der Art. 111ff. StGB werden. Wann befindet man sich auf dem sicheren Boden der Straflosigkeit? Die entscheidenden Bedingungen dafür sind: Die suizidwillige Person muss das Geschehen sozusagen «in den Händen halten»: Die Handlung gründet in ihrem Vorsatz, die Handlungsabsicht und -ausführung erfolgen freiwillig und die Person ist selbst Täterin der Suizidhandlung. Interessant sind die vierte und fünfte Voraussetzung, die die Kantische Forderung aufnehmen: Selbst-Denken – das meint hier: Die Person weiss, was sie tut und ist in der Lage, die Tragweite und Folgen der beabsichtigten Tat zu überblicken. Es reicht also nicht aus, dass jemand etwas will, sondern das Wollen ist durchaus voraussetzungsvoll.

Damit wäre aber lediglich die juristische Frage nach der Legalität resp. Straffreiheit der Suizidhilfe beantwortet. Weiter auf der Suche nach Kriterien für die Entscheidungsfreiheit über Leben und Tod und ihre Grenzen führt ein Blick in die entsprechenden Medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW. Darin heisst es: «Die Rolle des Arztes besteht bei Patientinnen am Lebensende darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es ist nicht seine Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. [...] Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwiliens grundlegend für die Arzt-Patientenbeziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren.»

Die erste Hälfte des Zitats erinnert stark an ein traditionelles Medizinethos (Hippokratischer Eid) mit dem Lebensschutz im Zentrum. Der zweite Absatz beginnt mit einer, in der Ärzteschaft inzwischen hochumstrittenen Formulierung «Beihilfe zum Suizid [sei] nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht». Aus ethischer Sicht kommt hier eine uralte Argumentationsfigur ins Spiel: die Zielbestimmung des Handelns, die Frage nach dem *telos*, wie es bei Aristoteles heisst. Ziel meint dabei keinen einfachen Handlungszweck, sondern ein oberstes, letztes Ziel, die Griechen – auch die Mediziner unter ihnen – nannten es *eudaimonia*, Glückseligkeit oder wie wir heute sagen, das angestrebte Gute, das, was die Medizin in ihrem ganzen verzweigten Handeln stets mit im Blick haben soll.

Die Ansichten über ein solches «angestrebtes Gutes» in der Medizin bröckeln nicht nur unter den Ärztinnen und Ärzten, sondern auch in den folgenden Sätzen der SAMW. Die Achtung vor dem Patientenwillen – ein anderer Ausdruck für den Respekt vor der Autonomie des Patienten – kann offenbar mit den Zielvorstellungen der Medizin kollidieren. Bezeichnenderweise tut die SAMW in diesem Fall das Gleiche, was der Gesetzgeber mit Art. 115 StGB vorgemacht hat: Beide streichen die Segel, erklären sich für nicht mehr zuständig und überlassen die Entscheidung der handelnden Person und ihrem Gewissen. Und das ist gut so! Denn dahinter steckt die kluge Einsicht, dass sich gewisse Fragen gegen prinzipielle Antworten sträuben. Über den Gesetzgeber hinaus, nennt die SAMW auch die Urteilsinstanz: das persönliche Gewissen – Kant hätte gesagt, der Gesetzgeber in uns selbst – also erneut die

Aufforderung: selbst Denken! Dieses Selbst-Denken hat eine menschenrechtliche Pointe, wie das aufsehenerregende Bundesgerichtsurteil vom November 2006 zur Suizidhilfe verdeutlicht: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Artikel 8 EMRK gehört das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln.»⁹ Also: die Folgen des Selbst-Denkens sind durch die Menschenrechte geschützt, sofern die Bedingungen für das Selbst-Denken erfüllt sind.

III. Auf der Suche nach den Gründen. Ethische Irritationen

Die bisherigen Überlegungen haben zu klären versucht, warum wir überhaupt mit ethischen Entscheidungen am Lebensende konfrontiert sind. Die einfache Antwort lautet: Weil wir frei sind, über unser Leben zu entscheiden. Nun weiß jede und jeder aus eigener Erfahrung, dass Freiheit – so sehr sie auch ersehnt wird – häufig zur grossen Bürde und erdrückenden Last werden kann – besonders dann, wenn nicht klar ist, wie mit dieser Freiheit umgegangen werden soll. «Ich kann mich doch gar nicht entscheiden, ist alles so schön bunt hier» sang Nina Hagen nach ihrer Ausreise aus der DDR in den Westen. Heute bestätigen viele Studien, dass die bunte Welt der Freiheit immer mehr Menschen in Depression und Verzweiflung treibt. Woran also orientieren angesichts der Freiheiten? Gibt es Normen, an denen wir unsere Entscheidungen am Lebensende ausrichten können? Ich möchte im Folgenden kurz vier aussichtsreiche Kandidaten vorstellen und auf ihre Tauglichkeit prüfen.

III.I Das ‹natürliche Sterben›

Dass der Tod des Menschen etwas Natürliches ist, lässt sich als Aussage über die biologische Gattung Mensch (noch) nicht ernsthaft bestreiten. Aber folgt daraus auch die Natürlichkeit des individuellen – ihres oder seines – Todes? Häufig begegnet die Rede von einem ‹natürlichen› Sterben oder Tod in Abgrenzung gegenüber lebensverlängernden medizinischen Interventionen einerseits und willkürlicher Lebenskürzung andererseits. Natürlich wird in beiden Fällen eingegriffen, aber: Was aber wäre das Gegenteil davon? Worin bestünde die ‹natürliche› Alternative? «Studieren wir die Statistik: ein Teil der Menschen stirbt an Unfällen, ein (neuerdings gar nicht mehr so kleiner) Teil durch Suizid, ein anderer Teil stirbt an Zivilisationskrankheiten, am Krebs oder am Herzinfarkt. Keiner stirbt an seiner Natur, jeder Todesfall wirkt vermeidbar.»¹⁰ Wir kommen nicht darum herum: In einer technologisch-zivilisierten Welt hat das Schicksalhafte des Lebens seine ‹natürliche Unschuld› verloren. Auch die Verweigerung gegenüber zivilisatorischen Errungenschaften ist nichts Natürliches, sondern eben bewusste Verweigerung. Wenn wir von einem natürlichen Sterben sprechen, meinen wir nicht, uns einfach der Natur zu überlassen. Vielmehr verwenden wir den Ausdruck normativ und beschreiben, wie wir uns ein solches Sterben vorstellen und welche Handlungen ihm entsprechen sollen. Die Metapher vom natürlichen Sterben meint also nicht die Natur, sondern erklärt ein Naturverständnis zur moralischen Norm. Das ist ganz legitim, aber eben alles andere als natürlich.

⁹ BGE vom 3. November 2006, 2A.48/2006/2A.66/2006.

¹⁰ Thomas H. Macho, Todesmetaphern. Zur Logik der Grenzerfahrung, Frankfurt/M. 1987, 34.

III.II Wie «realitätsresistent» sind Prinzipien?

Prinzipien spielen – wie die vorangegangenen Hinweise auf das Autonomieprinzip gezeigt haben – in unseren Ethikkonzepten eine herausragende Rolle. Wenn sie funktionieren, kann man sich tatsächlich gut an ihnen festhalten. Die folgenden vier ethischen Prinzipien oder Grundsätze sind allgemein bekannt:

Strikter Moralismus: Tötungsverbot richtet sich gegen jeden Akt, der gegen das eigene oder fremdes Leben gerichtet ist

Menschenwürde: Schutz von Freiheit, Leib und Leben jeder Person. Fremdtötungsverbot, weil das Leben die Bedingung der Möglichkeit darstellt, sich zu dem Gebot zu verhalten

Liberale Haltung: Der Entschluss zur Selbsttötung ist als Ausdruck seines Rechts auf Selbstbestimmung zu achten und gegebenenfalls zu unterstützen

Nächstenliebeethos: Schutz des Lebens und Anerkennung, Respekt und Fürsorge als Handlungsmassstab.

Wenn Prinzipien im Spiel sind, wird normalerweise ein entscheidungsfähiges Subjekt vorausgesetzt, das in der Lage ist, dieses oder jenes Prinzip zu wählen und auf die eigene Entscheidungssituation anzuwenden. Sind diese Voraussetzungen nicht oder nicht mehr gegeben, werden sie bedeutungslos. Außerdem sind solche Grundsätze so allgemein formuliert, dass sie kaum Alltagstauglichkeit besitzen. Man kann für das Tötungsverbot sein, die Menschenrechte achten, eine liberale Grundhaltung pflegen und eine grosse Empathiefähigkeit besitzen und dennoch bei konkreten Entscheidungen um Leben und Tod zu völlig verschiedenen Ergebnissen kommen, ohne mit einer dieser Fundamentalnormen in Konflikt zu geraten. So wird verständlich, warum die SAMW oben die konkrete Entscheidung an das Gewissen der Ärztin bzw. des Arztes delegiert hat.

III.III Mit-Leid-Fallen

Gegen Leiden sind Argumente machtlos oder werden zynisch. Trotzdem solle Nachfragen erlaubt sein. Drei Fragen:

Ist es erlaubt, aufgrund des eigenen Leidens sich selbst zu töten?

Ist es erlaubt, aufgrund des eigenen Leidens jemand anderen zu töten?

Ist es erlaubt, aufgrund des Mitleidens mit dem Leiden einer anderen Person diese zu töten?¹¹

Es geht darin um die Beziehung zwischen der Wahrnehmung eines eigenen oder fremden Leidens und einer daraus folgenden Tötungshandlung. Spielt das Leiden eine Rolle für die Beantwortung der Frage, ob Töten erlaubt ist oder nicht? Kann also ein Leiden ein Töten moralisch begründen oder rechtfertigen? Können wir moralisch etwa so argumentieren: Wenn du leidest, dann darfst du dich selbst töten? Oder: Wenn dir eine Person bestimmte Leiden zufügt, dann darfst du sie töten? Oder: Wenn du mit einer Person mitleidest, dann darfst du sie töten? Sicherlich würde niemand einer dieser Pauschalantworten ohne weiteres zustimmen. Mitmenschliche Empathie und Sympathie richten sich grundsätzlich und zuerst gegen das Leiden und gegen den Tod. Dass der Tod als Erlösung von einem Leiden be-

¹¹ Dietmar Mieth, Töten gegen Leiden?, in: Klaus Biesenbach (Hg.), Die Zehn Gebote. Eine Kunstausstellung des Deutschen Hygiene-Museums, Ostfildern-Ruit 2004, 162–166 (162).

trachtet wird, stellt allenfalls einen Grenzfall dar, nicht aber eine Regel oder Norm. Und selbst im Hinblick auf solche Grenzfälle entpuppt sich eine Haltung, die im Anblick des Leidens ein humanes Sterben einfordert häufig als inkonsequent.

Denken wir an Menschen, denen aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung in besonderer Weise unser Mitleid gilt: Menschen, die vollständig hilflos sind, bei denen jeder Handgriff, den sie machen wollen, notwendig der Handgriff einer anderen Person ist. Menschen, die wissen – sofern sie überhaupt wahrnehmen und wissen können –, dass lebenslänglich zur Bewegungslosigkeit verdammt sind. Wenn wir Leiden als einen Grund akzeptieren, um ein Leben beenden zu dürfen, dann doch am ehesten und mit der grössten Berechtigung im Angesicht solcher ausweglosen Lebenslagen. Diese Menschen hätten aber keine Chance auf Suizidbeihilfe, weil sie eine grundlegende rechtliche Bedingung nicht erfüllen: Sie können die Suizidhandlung nicht selbst ausführen. Paradoxerweise ist Suizidhilfe genau dann verboten, wenn ein Leiden zu weit fortgeschritten ist. Das ist – um Missverständnisse zu vermeiden – kein Votum für aktive Sterbehilfe oder eine weitere Liberalisierung der Suizidhilfe. Es ging nur darum zu zeigen, wie brüchig und inkonsequent das verbreitete Argument von der Unerträglichkeit des Leidens dasteht.

III.IV Wie frei ist der ‹freie Wille›?

Im Zentrum der ethischen Diskussion um Sterbehilfe und Suizidhilfe steht die Betonung der freien Willensentscheidung als *conditio sine qua non* und als Ausdruck individueller Selbstbestimmung. Aber: Wie frei sind eigentlich Menschen, die aus ‹freiem Entschluss› ihr Leben beenden wollen? Die Frage gilt in der Schweiz als *political incorrect* und bleibt eigenartig unterbelichtet, obwohl sie so alt ist, wie das menschliche Nachdenken über den Menschen selbst. Aristoteles hat das Problem an einem Beispiel verdeutlicht: Handelt ein Kapitän, der in einem schweren Seesturm Teile seiner Ladung über Bord wirft, freiwillig? Der antike Philosoph antwortet darauf: «Denn im allgemeinen wirft niemand freiwillig Wertgegenstände weg, dagegen tun es alle Verständigen, wenn ihre eigene Rettung und die anderer auf dem Spiele steht.»¹² Deshalb sei es, so Aristoteles, wichtig, die Umstände zu berücksichtigen, unter denen eine Entscheidung getroffen wird.

Übertragen auf unser Thema werden Sterbe- oder Suizidhilfe zwar möglicherweise aus freien Stücken, aber nicht freiwillig gewählt. Erst die konkrete Situation, unerträgliche Schmerzen oder die Perspektivlosigkeit des eigenen Lebens, machen die prinzipiell unfreiwillige Handlung zu einer im konkreten Einzelfall ‹freiwilligen Entscheidung›. Freiwillig ist sie aber nur insofern, als zwei Alternativen – Tod oder leidvolles Leben – zur Wahl stehen. ‹Unfrei› ist sie jedoch im Hinblick darauf, dass die Situation selbst nicht in der Entscheidungsmacht der betroffenen Person liegt. Mit dem amerikanischen Philosophen Harry Frankfurt kann zwischen Wünschen erster und zweiter Ordnung unterschieden werden.¹³ Zwar hat eine leidende Person den Wunsch erster Ordnung, diesem Leiden ein Ende zu setzen. Aber es kann unmöglich ihr Wunsch zweiter Ordnung sein, diesen ersten Wunsch auch zu haben. Niemand wünscht sich eine ausweglose Lebenssituation herbei. Frankfurt will zeigen, dass

¹² Aristoteles, Die Nikomachische Ethik, Zürich, München 1967, Buch III 1, 1110a8ff.

¹³ Harry G. Frankfurt, Willensfreiheit und der Begriff der Person, in: ders., Freiheit und Selbstbestimmung, Berlin 2001, 65–83.

wir unsere Wünsche einer bewertenden Beurteilung unterziehen können. Diese Differenz wird in der Suizidhiflediskussion fast vollständig, in der Sterbehilfedebatte zu häufig unterschlagen.

IV. Sterben zwischen Angewiesensein und Freiheit

Die Diskussionen um Sterbehilfe und Suizidhilfe leiden an einer anthropologischen Unterbestimmung aufgrund einer Überschätzung der individuellen Selbstbestimmung. Die britische Philosophin Onora O'Neill hat einmal bemerkt, Relativismus schade immer der Position der Schwächeren. Das gilt auch für eine Liberalität der Beliebigkeiten, die im Grunde nur das souveräne Subjekt im Blick hat. Das Freiheitsideal wird unter nicht idealen Realitätsbedingungen schnell zu einer Zwangsjacke. Es lässt aus dem Blick geraten, was eigentlich zum Selbstverständlichsten des Lebens gehört. In diesem Sinne hat der Psychiater Klaus Dörner bemerkt: «Denn da die Menschen in der Regel nicht isoliert, sondern in ihrer Lebenswelt in Beziehungen leben, oft genug auch heteronom, abhängig und fremdbestimmt, was mit der Geburt anfängt, während des Erwachsenenlebens in Zeiten von Krankheit, Behinderung und Not immer wieder auftritt, um sich im Sterben wieder zu intensivieren, kann das Medien-Menschenbild der permanenten Steigerbarkeit von Autonomie schlechterdings nicht die ganze Wahrheit sein, muss daher gegen den Strich gebürstet werden.»¹⁴ Gerne würde ich dieser Aufforderung nachkommen, aber meine Zeit ist um. Deshalb nur zwei abschliessende Bemerkungen.

1. Zu denken geben sollten die Motive, warum sich Menschen in der Schweiz für Suizidhilfe entscheiden. Die am häufigsten genannten Gründe betreffen direkt oder indirekt den drohenden Verlust eigener Handlungssouveränität und die Angst vor Abhängigkeit von anderen. Darüber sollten wir allein deshalb stolpern, weil wir immerhin zu den Weiterlebenden gehören, denen sich die Sterbewilligen offenbar nicht mehr anzuvertrauen wollen.

2. Der amerikanische Philosoph Michael Sandel hat in seinem brillanten Essay Against Perfection unser aktivistisches Menschenbild dekonstruiert, das nicht nur allein auf die eigenen Fähigkeiten setzt, sondern darüber hinaus diese auch als ausschliesslich eigene Leistungen verbucht. Die Angst vor dem Souveränitätsverlust wird provoziert durch ein Denken, dass dem «einseitigen Triumph der Absichtlichkeit über das Geschenktsein, der Dominanz über die Ehrfurcht, d[em] Formen[] über das Betrachten»¹⁵ geschuldet ist. Eine solche Anthropologie mündet zwangsläufig in die Aktivitätsfalle: Wir sind das, was wir aus uns machen.

Die Ausgangsfrage ‹Wer darf sterben?› muss nicht weiter beunruhigen. Denn eines ist sicher, irgendwann ist jede und jeder dran. Brisanter dagegen erscheint die Frage, wie wir sterben wollen. Neben allen individuellen Vorlieben, lässt sich immerhin allgemein prognostizieren: Solange wir unter dem Druck stehen, das Leben zu machen, bleibt uns gar nichts anderes übrig, als auch das Sterben zu *machen*. Allein der Gedanke, wir könnten das Sterben vielleicht auch *lassen*, eröffnet bereits eine in jeder Hinsicht befreende Alternative.

¹⁴ Klaus Dörner, Autonomie am Lebensende, in: Erich Loewy (Hg.), *Selbstbestimmtes Leben, Aufklärung und Kritik*, Sonderheft 11/2006, 89–94 (89).

¹⁵ Michael J. Sandel, *Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik*. Mit einem Vorwort von Jürgen Habermas, Berlin 2008, 107.