

Sterbehilfe.FürundWider.org

Abschlussbericht

Von Ralf Grötter und Jan Linhart*

Stand 04/05/2011

Von Februar bis April 2011 wurde unter Mitwirkung von 15 Experten aus den Bereichen Recht, Medizin, Ethik und Sozialforschung mit Hilfe interaktiver Visualisierungstechniken eine kooperative Argumentationskarte zum Thema Sterbe- und Suizidhilfe erstellt. Ergebnisse der argumentativen Rekonstruktion der Debatte sowie Resultate der abschließenden Bewertung von Argumentationspositionen durch die beteiligten Experten werden im folgenden vorgestellt.

Inhalt

1. Einleitung und Methode
2. Ergebnisse
 - 2.1. Ausgangsfragen
 - 2.2. Analyse der einzelnen Themenfelder
3. Diskussion
 - 3.1. Praktischer Nutzen der Argumentationskarten
 - 3.2. Bewertung der vorgebrachten Argumente
4. Ausblick
5. Literatur

1. EINLEITUNG UND METHODE

Sollen Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in Deutschland legalisiert werden – ähnlich wie in den Niederlanden, der Schweiz oder dem US-Bundesstaat Oregon? Die Initiative FürundWider.org hat auf der Webseite <http://sterbehilfe.fuerundwider.org> mit Hilfe interaktiver Visualisierungstechniken einen Überblick über die relevanten Argumente für und gegen eine gesetzgeberische Initiative in Sachen Sterbehilfe erstellt. Im Vordergrund standen dabei zwei Fragen:

- Soll der deutsche Gesetzgeber das Strafrecht in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe reformieren?
- Wäre es wünschenswert, dass das ärztliche Berufsrecht verändert wird, um den ärztlichen assistierten Suizid zu ermöglichen?

* Korrespondenz: Dr. Ralf Grötter, Journalistenbüro Schnittstelle, groetker@jb-schnittstelle.de. Die Autoren danken der Heinrich Böll Stiftung, die das FürundWider zur Sterbehilfe finanziell unterstützt hat

Bei der Erstellung der Argumentationskarten waren, unter der Anleitung eines Redaktionsteams, fünf Jurymitglieder sowie ein elfköpfiges Expertenteam beteiligt. Jury und Experten, die eigens für die Aktion rekrutiert wurden, stammten aus den Bereichen Recht (6), Ethik (4), Medizin (2), Gesundheitssoziologie (1), Theologie (1) sowie aus Verbänden für Pflege und Patientenberatung (2). Die Jury setzte sich namentlich zusammen aus dem Gesundheitssoziologen Stefan Dreßke (Univ. Kassel), der Philosophin Petra Gehring (TU Darmstadt), dem Verfassungsrechtler Ulf Kämpfer (Richter am Amtsgericht Kiel), dem Palliativmediziner Christof Müller-Busch (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.), dem Intensivmediziner Walter Schaffartzik (Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin) sowie dem Strafrechtler Henning Rosenau (Univ. Augsburg).

Von Ende Februar bis Anfang April 2011 wurden mit Jury und Experten ausführliche Gespräche geführt. Im Verlauf der Gespräche wurden die zu Beginn des Projekts auf der Grundlage von Recherchen seitens der Redaktion erstellten, online zugänglichen Argumentationskarten weiter ausgebaut. Auf der Projektwebseite wurden die Gespräche und die Veränderungen in den Karten im „Blog“ laufend dokumentiert (siehe: <http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/category/blog/>).

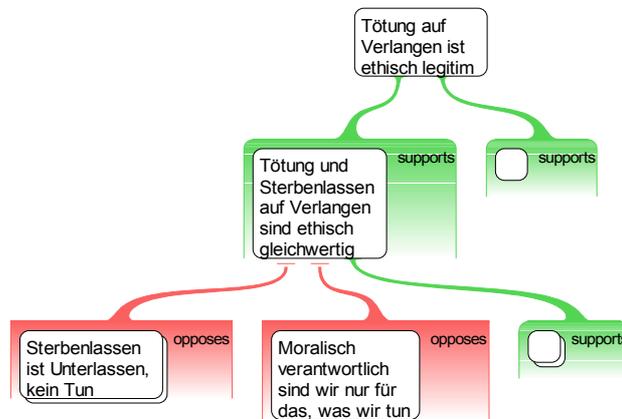
Den Argumentationskarten kam im gesamten Prozess eine dreifache Funktion zu:

(1) Die Karten zergliedern die verschiedenen Fragestellungen, welche unter dem Oberthema „Sterbehilfe“ zusammenlaufen. Gleichzeitig werden *Vorschläge*, soweit das möglich ist, in *Thesen* übersetzt. Dies erleichtert die argumentative Rekonstruktion der Debatte. Ein erstes Set von Thesen betrifft den Status quo (z.B. „Ärzte haben (begründete) Angst, sich strafbar zu machen“). Thesen-Set Nummer zwei behandelt Fragen der Realisierbarkeit von gesetzlichen Regulierungsvorschlägen (Beispiel: „Ein Sterbewunsch kann niemals zweifelsfrei verifiziert werden“). Set drei behandelt erwünschte Effekte und unerwünschte Nebenfolgen (wie verschiedenen Formen des „Dammbruches“). Set vier befasst sich mit der Vereinbarkeit einer zugleich liberalen und gesetzlich genau geregelten Sterbehilfepraxis mit weitergehenden Vorstellungen vom guten Leben („Eine Strafrechtsreform führt zu einer fehlgeleiteten Verrechtlichung der Diskussion“).

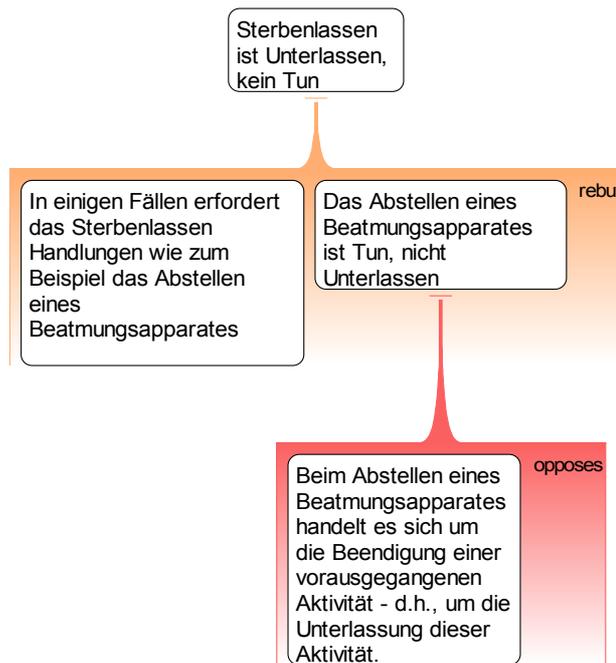
(2) Die in den verschiedenen Sets von Themen zusammengefassten Karten und Unterkarten machen die Gründe transparent, welche zur Stützung von Thesen und Unterthesen eingebracht werden. Dies geschieht, indem Überlegungen als Verkettungen von Argumenten „Für“ und „Wider“ dargestellt werden. Auch wenn Ausgangspunkt jeder Darstellung eine These ist, welche ganz klar „Für“ oder „Wider“ Stellung bezieht, verstehen sich die Darstellungen als neutral. Die Setzung einer These (oder deren Gegenthese) als Ausgangspunkt der Debatte ist lediglich eine methodische Notwendigkeit.

Ein Beispiel: Im Rahmen der Diskussion um die etwaige Neuregelung der aktiven Sterbehilfe kam die Frage nach der ethischen Legitimität von aktiver Sterbehilfe auf. Als Argument für deren Legitimität wurde aufgeführt: Der Unterschied zwischen „Sterbenlassen“ und „Tötung auf Verlangen“ erscheint in vielen Situationen als ethisch kaum signifikant. Wenn es Patienten, die an einem Locked-in Syndrom leiden und die nahezu bewegungsunfähig sind, mittels eines komplizierten technischen Apparates legitimer Weise ermöglicht wird, durch minimale körperliche Bewegungen selbst Suizid zu begehen – sollte es dann nicht auch gleichermaßen legitim sein, diesen Patienten auf einfachere Weise entgegen zu kommen? Sollte man ihnen nicht einfach, ihrem Wunsch entsprechend, einfach eine Spritze mit einem tödlichen Medikament verabreichen dürfen?

Auf der anderen Seite gibt es nahe liegende Einwände, die gegen die ethische Gleichwertigkeit von „Töten“ und „Sterbenlassen auf Verlangen“ sprechen: „Töten“ ist ein Tun, „Sterbenlassen“ ein Unterlassen. Für unser Tun sind wir moralisch verantwortlich, für unser Unterlassen nicht:

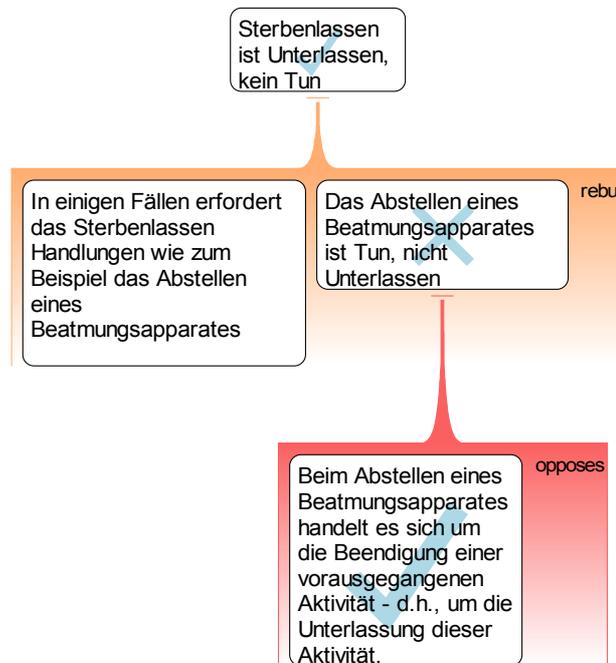


Nun mag man durchaus anzweifeln, dass „Sterbenlassen“ wirklich ein Unterlassen ist und kein Tun: Schließlich erfordert auch ein Unterlassen aktive Handlungen. Aber auf diesen Einwand gibt es eine Antwort:

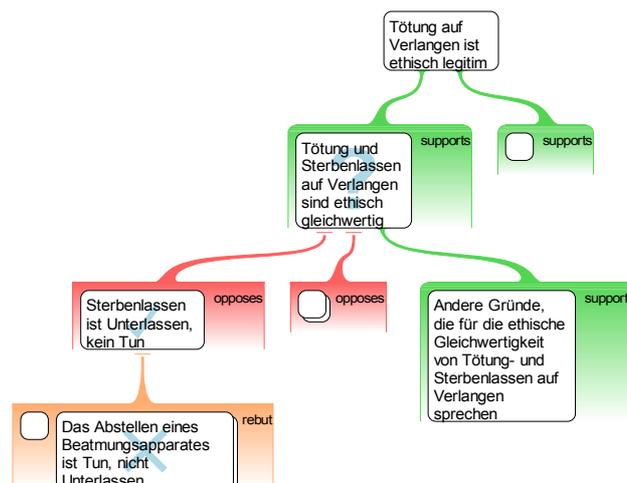


Soweit der Ausschnitt aus der Diskussion um die ethische Legitimität der Sterbehilfe.

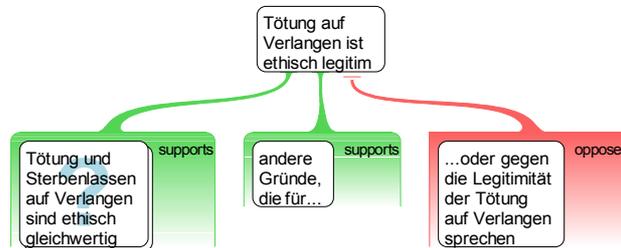
(3) Nicht Teil der visuellen Darstellung, dennoch aber ein Element des Gesamtprozesses ist die Bewertung einzelner Argumentationspositionen auf ihre Wahrheit hin. Argumentationskarten helfen, besser zu verstehen, wie sich die Bewertung einzelner Positionen im Gesamtzusammenhang auswirkt. Am obigen Beispiel: Wenn man akzeptiert, dass das Abstellen eines Beatmungsapparates, den man selbst installiert hat, kein Tun ist, sondern ein Unterlassen, folgt daraus, dass auch die These „Sterbenlassen ist Unterlassen, kein Tun“ wahr ist.



Wenn nun aber das „Sterbenlassen“ kein Tun ist, sondern ein Unterlassen, dann wird der These „Tötung und Sterbenlassen auf Verlangen sind ethisch gleichwertig“ sozusagen der Boden unter den Füßen entzogen. Es gibt – vorerst! – kein Argument mehr, welches die These stützt.



Das heißt aber auch: es gibt kein Argument mehr, welches die übergeordnete These „Tötung auf Verlangen ist ethisch legitim“ stützt – wiederum: vorerst. Möglicherweise gibt es andere Gründe, die für oder gegen die Legitimität der Tötung auf Verlangen sprechen:



Eine Bewertung einzelner Positionen nach dem hier vorgestellten Muster erfolgte vor allem im Gespräch mit Jury und Expertenteam. Darüber hinaus haben Nutzer der Argumentationskarten auch die Möglichkeit, an Ausdrücken der Karten selbst Bewertungen vorzunehmen.

Auf eine Integration von sichtbar markierten Bewertungen in die allgemein zugängliche Darstellung wurde verzichtet: Explizites Ziel des Projektes war es, die Argumentationskarten so zu gestalten, dass möglichst alle Diskussionsteilnehmer mit der Darstellung der Positionen und ihrer Verknüpfung einverstanden sein konnten – unabhängig davon, wie die verschiedenen Positionen bewertet wurden.

2. ERGEBNISSE

2.1. Ausgangsfragen

Folgende Themen wurden zum Ausgang der Aktion als potenziell strittige Thesen und wichtige Fragen in der Debatte identifiziert:

Ausgangssituation

- „Ärzte haben (begründete) Angst, sich strafbar zu machen“
- „Ärzte missachten Patientenwillen“
- „Wie auch in anderen Ländern, wird in Deutschland im Bereich der Palliativmedizin Sterbehilfe praktiziert, die nicht klar als solche ausgewiesen wird“
- „Konflikte zwischen Patienten/Angehörigen/Pflegern/Ärzten stellen oft dilemmatische Situationen dar“
- „Heutzutage muss niemand mehr sterben wollen, weil er unerträgliche Schmerzen hat. Palliativmedizin und Hospize können solchen Menschen helfen“

Vorschläge zur Neuregelung

Übergreifend

- Inwiefern kann eine stärkere gesetzliche Regulierung helfen, Unsicherheit von Medizinern und Pflegern zu reduzieren?

Ärztliche Suizidhilfe

- Laufen Ärzte, die Suizidhilfe leisten, wirklich Gefahr, sich strafbar zu machen?
- Sollte Suizidhilfe unter maßgeblicher Beteiligung eines Arztes erfolgen?
- Sollte Suizidhilfe auf Fälle von tödlichen Krankheiten beschränkt werden?
- Welche Meldepflichten sollten für die Suizidhilfe gelten?

Passive Sterbehilfe/Sterbehilfe im Kontext eines Therapieabbruches:

- Welche Melde- und Dokumentationspflichten sollten gelten?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?
- An welchen anderen Personengruppen als einwilligungsfähigen Erwachsenen soll Sterbehilfe vorgenommen werden dürfen?

Aktive Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen

- Ist aktive Sterbehilfe ethisch legitim? Und: Unter genau welchen Umständen könnte von einer Strafverfolgung von Tötung auf Verlangen abgesehen werden?
- Welche Kriterien müssen Suizidpatienten erfüllen (tödliche Krankheit im Endstadium; unzumutbare Schmerzen u.a.)?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?

Indirekte Sterbehilfe/Sterbehilfe im Kontext palliativmedizinischer Behandlung

- „Ohne Regulierung droht verdeckte Sterbehilfe im Kontext nicht dokumentierter palliativmedizinischer Behandlung“
- Verrechtlichung erhöht Unsicherheit und zerstört den faktischen existierenden Schutzraum der Hospizbehandlung
- Wie kann die Rechtmäßigkeit von lebensverkürzender Palliativbehandlung durch medizinische Gutachten besser absichert werden?
- Wie kann das Vorliegen eines Patientenwillens eindeutig gesichert werden?

Dammbrücheffekte und andere Auswirkungen

- „Wenn man Sterbehilfe legalisiert, wird bald auch an Menschen ohne Sterbewunsch Euthanasie verübt werden!“
- „Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen würde zu einer Aushöhlung der Norm des Tötungsverbotes führen“
- „Eine Legalisierung von Sterbehilfe bei tödlichen Erkrankungen könnte dahin führen, dass bald auch z.B. Depressiven der Wunsch nach Sterbehilfe (Beihilfe zum Suizid; Tötung auf Verlangen) gewährt werden wird“
- „Veränderte soziale Umweltbedingungen führen zu einer empfundenen Pflicht zum Freitod“

Vereinbarkeit der erwünschten Effekte mit weiterreichenden Vorstellungen vom guten Leben

- Verrechtlichung führt leicht zu Entscheidungsautomatismen - mit der Folge, dass der Tod als “Therapieziel” verstanden, die Hilfe zum Suizid mithin als ärztlicher Auftrag begriffen wird - und die Einbindung der Entscheidung in eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient verloren geht.
- Durch die Fokussierung der Diskussion auf allgemeine Regeln wird unnötig Dissens provoziert
- Andere Maßnahmen als rechtliche Regulierungen geraten aus dem Blick

Insgesamt ergibt sich durch die Aneinanderreihung der Ausgangsfragen folgender Diagnoseparcours:

- Lässt die Beschreibung der Ausgangssituation eine gesetzgeberische Initiative notwendig erscheinen?
- Kann eine Gesetzesreform zur Sterbehilfe in der angestrebten Form realisiert werden?
- Können die erwünschten Ziele erreicht werden? Überwiegt der Nutzen gegenüber etwaigen nicht intendierten Nebenwirkungen?
- Stehen die erwünschten Ziele im Einklang mit weiterführenden Vorstellungen vom guten Leben?

Erst, wenn all diese Fragen mit „ja“ beantwortet werden, sind gesetzliche Neuregelungen gerechtfertigt.

2.2. Analyse der einzelnen Themenfelder

Die Beschreibung der einzelnen Unterthemen bezieht sich auf die jeweiligen Argumentationskarten. Die Karten wurden im Verlauf der Gespräche mit Jury und Experten weiter ausgebaut und angepasst. Die aktuelle Version ist zugänglich über die Übersichtskarte (siehe Link auf der Webseite oder direkt via http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/wp-content/uploads/maps/Inhalt_192168041298971397870.html, alternativ <http://tinyurl.com/sterbehilfe-uebersicht>). In den Karten sind Links zu Quellen und weiterführenden Literaturhinweisen verzeichnet. Eine (nicht interaktive) druckfähige Version der Karten steht im Download zur Verfügung unter <http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/karten.pdf>. (Empfohlenes Druckformat: Din A 3 oder größer.)

Übersicht der Karten

2.2.1. Status quo: Missachtung von Patientenwillen?

2.2.2. Palliativmedizinische Alternativen?

2.2.3. Vorschläge zur Neuregelung: Überblick

2.2.4. Ärztliche Suizidhilfe

2.2.5. Passive Sterbehilfe (Sterbehilfe im Kontext einer Therapieunterlassung)

2.2.6. Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

2.2.7. Aktive Sterbehilfe: Ethische Legitimität

2.2.8. Aktive Sterbehilfe: Umsetzung

2.2.9 Indirekte Sterbehilfe (Palliativmedizinische Sterbebegleitung)

2.2.10. Wie verlässlich ist der Patientenwille?

2.2.11. Dammbrucheffekte

2.2.12. Fehlgeleitete Verrechtlichung

2.2.1. Status quo: Missachtung von Patientenwillen?

Die Diskussion (siehe Karte <http://tinyurl.com/sterbehilfe-statusquo>) beginnt mit einer Bestandsaufnahme:

Gibt es überhaupt Gründe, die prima facie für eine Strafrechtsreform sprechen? (Ungeachtet der Frage, ob sich eine Strafrechtsreform in der gewünschten Weise überhaupt durchführen lässt oder ob Gründe, die gegen eine Reform sprechen könnten, am Ende schwerer wiegen.)

Befürworter der Sterbehilfe berufen sich oft auf das individuelle Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen. Eine Missachtung des Sterbewunsches eines Patienten würde demnach dem Grundgesetz widersprechen. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit heute in der Praxis der Patientenwille erfüllt beziehungsweise missachtet wird. Die Debatte beginnt daher mit der oft angeführten These, dass, Ärzte aus Angst vor etwaiger Strafverfolgung den Patientenwunsch nach Sterbehilfe missachten:

1. Ärzte und Pflegepersonal eine (begründete) Angst haben, sich strafbar zu machen und
2. Ärzte und Pflegepersonal (aus Angst vor der Strafverfolgung) den Patientenwillen nicht hinreichend beachten.

Ob (2) zutrifft, lässt sich nicht mit Sicherheit herausfinden: es gibt keinerlei empirische Evidenzen, welche die systematische Beachtung oder Missachtung des Patientenwillens belegen würden. Die Sachlage wird dadurch verkompliziert, dass der Patientenwille oft interpretationsbedürftig ist. Dazu gehört, dass eine bloße Ablehnung eines "Sterbens an Schläuchen" schon deshalb nur bedingt als Ausdruck eines (mutmaßlichen) Patientenwillens interpretiert werden kann, weil ein solcher Wille oftmals in Unkenntnis realer Situationen formuliert wird. So können Menschen erwiesenermaßen nicht abschätzen, wie sie ihre Lebensqualität im Falle schwerer Beeinträchtigungen beurteilen würden.

Anders sieht es bezüglich (1) aus: die auf der Karte zusammengetragenen Argumente legen nahe, dass Ärzte tatsächlich Angst davor haben müssen, sich strafbar zu machen, wenn sie Sterbehilfe leisten. (Was wiederum zwar (2) nicht beweist, aber dennoch plausibel macht.)

Aus dieser Argumentationslage folgt: Es gibt zumindest prima facie einen Grund, etwas zu unternehmen, um die Rechtsunsicherheit zu beheben. Die Frage ist allerdings, ob eine Strafrechtsreform dies leisten kann – oder ob nicht ein größeres Maß an gesetzlicher Regulierung zu noch mehr Verunsicherung unter Medizinern führen würde.

Würde eine gesetzgeberische Initiative zu größerer Unsicherheit führen, dann gäbe es keinen Grund für eine Strafrechtsreform. Und: gäbe es ein anderes – besseres – Mittel, die Unsicherheit zu beheben, dann gäbe es ebenfalls keinen Grund für eine Strafrechtsreform. Solche Mittel (wie z.B. Leitlinien und Unternehmenscodices) werden auf der Karte „Fehlgeleitete Verrechtlichung“ (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-verrechtlichung>) unter dem Punkt "Andere Maßnahmen geraten aus dem Blick" diskutiert.

Die gleichen Überlegungen wie für die Verunsicherung der Ärzte gelten auch für einen weiteren Punkt: "Konfliktmanagement". Nur insofern Gesetze tatsächlich in der Lage sind, dilemmatische Konflikte zu entschärfen, gibt es prima facie überhaupt einen Grund, gesetzgeberisch aktiv zu werden. (Insofern den Konflikten ethische Dilemmata zugrunde liegen, erscheint es in der Tat unwahrscheinlich, dass Gesetze hier helfen könnten.) Und: gäbe es ein anderes – besseres – Mittel,

Konflikte zu entschärfen, dann gäbe es ebenfalls keinen Grund für eine Strafrechtsreform. (Tatsächlich existieren andere Mittel, wie zum Beispiel die Regelung von Konflikten über die Betreuungsgerichte.)

Ein dritter Punkt: die Palliativmedizin. Hier steht die Behauptung im Raum:

Wie auch in anderen Ländern, wird in Deutschland im Bereich der Palliativmedizin Sterbehilfe praktiziert, die nicht klar als solche ausgewiesen wird.

Hier geht es also, in der Tendenz, nicht um eine Liberalisierung der Sterbehilfe (bessere Entsprechung des Patientenwillens), sondern um eine Restriktion. Ist diese sinnvoll? Dass ein Graubereich existiert, wird durch die auf der Karte zitierten Studien belegt. Die weiterführende Frage ist allerdings auch hier wieder: Will man diesen Graubereich wirklich stärker regulieren? Als Einwand gegen eine stärkere Regulierung der Palliativmedizin wird vorgebracht:

Eine stärkere Verrechtlichung der palliativmedizinischen Sterbehilfe könnte dazu führen, dass der – soziologisch gesprochen – “Praxisraum” der Hospize Schaden nimmt, weil Ärzte und Pfleger in Zweifelsfällen aus Angst vor juristischer Verfolgung Behandlungen unterlassen würden, die sie unter anderen Umständen befürworten würden.

Sollte diese Befürchtung zutreffen, wäre dies allerdings *nicht schlechthin* ein Grund, auf auf gesetzgeberische Initiative zu verzichten: es gälte immer noch abzuwägen, ob, alles in allem betrachtet, die “Verrechtlichung” mehr Schaden oder mehr Nutzen (etwas durch mehr Transparenz) bereiten würde.

Unterm Strich: Die begründete Unsicherheit der Ärzte für eine Strafrechtsreform verleiht der Frage nach einer Strafrechtsreform eine gewisse Dringlichkeit. Offen ist allerdings, unter welchen Umständen eine Strafrechtsreform die beschriebene Unsicherheit reduzieren könnte. Möglicher Weise gibt es überzeugende Gründe für eine Strafrechtsreform, welche vor allem die Bereiche der kurativen Behandlung sowie die ärztliche Suizidhilfe adressiert.

2.2.2. Palliativmedizinische Alternativen

Gegner einer liberalen Handhabung der Sterbehilfe beziehen sich immer wieder auf die Palliativmedizin (also die Schmerz- und Leidenslindernde Therapie sterbender Patienten) als eine mögliche Alternative zur Sterbehilfe. Palliativmediziner äußern häufig die Hoffnung,

dass ein Ausbau der Palliativstationen und Hospize zu einer geringeren Nachfrage nach Sterbehilfe führen könnte.

Patienten könnten schmerzfrei und unter intensiver psychologischer und seelischer Betreuung in Ruhe sterben, statt um eine Verkürzung ihrer Leiden durch einen früheren Tod bitten zu müssen.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die Palliativmedizin langfristig eine Alternative zur Sterbehilfe bieten kann. Die Argumentationskarte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-alternative>) führt die Thesen, auf die sich die Hoffnungen der Palliativmediziner stützen, im einzelnen auf. Die Karte nennt aber auch die Einwände, die dagegen vorgebracht werden, dass Palliativmedizin Sterbehilfe überflüssig machen könnte.

Im Vordergrund stehen, auf Seiten der Sterbehilfe-Kritiker:

- die Tatsache, dass mindestens 90% aller tödlich erkrankten Patienten erfolgreich palliativ behandelt werden könnten

- das vorhandene Verbesserungspotenzial bezüglich der bestehenden Kapazitäten im Bereich der Palliativmedizin (flächendeckendere ambulante Behandlung und mehr Palliativstationen und Hospize, bessere Information und medizinische Ausbildung in dem Bereich)

Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass:

- nicht alle Schmerzen und psychischen Leiden behandelt werden können
- Hospize durch ihre religiöse Ausrichtung nicht allen Patienten offen stehen
- manche Patienten eine palliative Behandlung ablehnen
- Patienten nicht aufgrund von Schmerzen, sondern aus Angst vor einem unwürdigen Dasein den Tod verlangen
- eine palliative Behandlung mit starken Schmerz- und Betäubungsmitteln ebenfalls lebensverkürzend wirken kann

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch wenn Palliativmediziner immer wieder politisch gegen die Sterbehilfe Position beziehen (so zuletzt etwa der Hessische Palliativtag 2001), steht außer Frage, dass in 5% bis 10% der Fälle Palliativmedizin die Leiden der Patienten nicht lindern kann.

Weiterhin ist im Kontext der Debatte zu beachten: Die lebensverkürzende Wirkung palliativer Behandlungen kann die Grenze zwischen Palliativtherapie und aktiver Sterbehilfe verschwimmen lassen. Siehe dazu die Karte [“Palliativmedizinische Sterbebegleitung”](http://tinyurl.com/sterbehilfe-indirekt) (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-indirekt>).

2.2.3. Vorschläge zur Neuregelung: Überblick

Siehe Karte auf <http://tinyurl.com/sterbehilfe-neuregelung>.

Eines der Hauptargumente für eine Strafrechtsreform sind die derzeitigen Defizite bezüglich einer klaren Unterscheidung und Definition der verschiedenen Formen von Sterbehilfe, vor allem zwischen “aktiver” und “passiver” Sterbehilfe im Kontext von Tötung auf Verlangen, der Unterlassung kurativer Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens und im Kontext der palliativmedizinischen Sterbehilfe.

Derzeit gibt es verschiedene, miteinander konkurrierende Ansätze, um Grenzen zwischen den verschiedenen Kategorien zu ziehen.

Die Argumentationskarte unterteilt:

- (Ärztliche) Suizidhilfe (kann in die Nähe von aktiver Sterbehilfe kommen)
- Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung (entspricht in etwa passiver Sterbehilfe)
- Tötung auf Verlangen (entspricht in etwa aktiver Sterbehilfe)
- Palliativmedizinische Sterbebegleitung (deckt eine Teilmenge der indirekten Sterbehilfe ab; kann in einigen Fällen interpretiert werden als aktive Sterbehilfe)

Mit dieser Unterteilung soll

- der Gedanken einer ethisch und rechtlich relevanten Unterscheidung zwischen “Tun” und “Unterlassen” berücksichtigt werden
- der gesetzgeberischen Kontext, auf den sich die verschiedenen Formen von Sterbehilfe beziehen, unterstrichen werden (indem wie z.B. in § 216 StGB von “Tötung auf Verlangen”

gesprochen wird)

- die Unterschiedlichkeit sozialer Milieus hervorgehoben werden, in denen Sterbehilfe geleistet wird, und auf möglicher Folgen der Milieuenterschiede im Hinblick auf eine gesetzgeberische Gestaltung hingewiesen werden

Die Diskussion in Bezug auf die oben unterschiedenen vier Fälle wird in den einzelnen Unterkarten geführt.

Was das Vorhaben einer Strafrechtsreform insgesamt betrifft, so ist zu bedenken, dass eine generelle Regelung durch das Strafrecht (anders als die derzeitige 'Einzelfallregelung') *sämtliche* denkbaren Fälle abdecken müsste, um Missbrauch und unangemessene Entscheidungsautomatismen auszuschließen.

2.2.4. Ärztliche Suizidhilfe

Die Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-suizidhilfe>) diskutiert die Frage, ob Suizidhilfe einer neuen gesetzlichen Grundlage bedarf.

Zunächst ist festzuhalten: Generell ist Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Nur unter bestimmten Bedingungen wird dennoch ein Straftatsbestand erfüllt. Unter anderem dann nämlich, wenn

- unterlassene Hilfeleistung im Spiel ist
- der Helfer dem Patienten widerrechtlich Morphine oder andere in hoher Dosis zum Tod führende Medikamente überlassen und somit gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen hat.

Dringlich wird die Frage der Strafbarkeit von Suizidhilfe erst dann, wenn man davon ausgeht, dass diese im ärztlichen Kontext erfolgt sollte. Hier stellen sich verschiedene Fragen:

- Ist die Tatsache, dass Suizidhilfe ärztlicher Berufsordnung widerspricht, rechtlich relevant?
- Sollte die ärztliche Berufsordnung geändert werden?
- Sollte Sterbehilfe unter Beteiligung eines Arztes erfolgen?

Ferner zeigte sich Klärungsbedarf im Detail hinsichtlich der Frage

- an welche Form von Melde- und Dokumentationspflichten Suizidhilfe gekoppelt sein soll
- ob ärztliche Suizidhilfe auf Fälle tödlicher Krankheiten beschränkt sein soll

Die bisherige Diskussion zeigt:

- Ob Ärzte, die Suizidhilfe leisten, sich einem hohen Strafrechtsrisiko aussetzen, ist umstritten
- Die Wünschbarkeit einer Änderung der ärztlichen Berufsordnung ist aus Gründen des Eigeninteresses der Profession umstritten (siehe [Blogeinträge vom 30.03.](#) und vom [31.03.2011](#))
- Die Notwendigkeit einer Änderung der Berufsordnung zur (gewünschten) Ausübung ärztlicher Sterbehilfe ist umstritten
- Ob nicht andere Personengruppen besser als Ärzte dafür geeignet sind, Suizidhilfe zu leisten, ist umstritten

Nur in wenigen anderen Punkten in der gesamten Sterbehilfe-Diskussion herrscht so große Uneinigkeit wie bezüglich der ärztlichen Suizidhilfe.

2.2.5. Passive Sterbehilfe (Sterbehilfe im Kontext einer Therapieunterlassung)

Die Karte *Sterbehilfe im Kontext einer Therapieunterlassung (passive Sterbehilfe) strafrechtlich neu regeln!* (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-passiv>) behandelt zwei Fragen:

- Sind Ärzte nicht verpflichtet Leben zu retten – und widerspricht eine Behandlungsunterlassung, selbst wenn diese vom Patienten gewünscht wird, nicht ärztlichem Ethos?
- Welche Kriterien sollen für die Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung gelten?

Die erste Frage ist insofern müßig, als mit der Gesetzgebung zur Patientenverfügung zumindest von gesetzlicher Seite her klar das Primat der Selbstbestimmung des Patienten vor einer uneingeschränkten Pflicht zur Lebensrettung betont wird. Der Vollständigkeit halber wird der Frage dennoch nachgegangen.

Eine weiterreichende Begründung für das Primat des Patientenwillens bietet das Grundgesetz, welches ausdrücklich der Würde des Menschen den Vorrang gegenüber dem Lebenserhalt erteilt. Die Karte stellt dieses Primat nicht in Frage und beschäftigt sich vor allem mit der generellen Frage, unter welchen Umständen die Hilfespflicht des Arztes nur eingeschränkt gilt. Dazu werden die einschlägigen Gerichtsurteile referiert. Gründe zur Einschränkung der ärztlichen Hilfespflicht sind:

- ein ernsthafter und eigenverantwortlich gefasster Suizidbeschluss
- eine Situation, in der die Lebensrettung nur um den Preis irreparabler Schäden erfolgen kann

Die zweite Frage betrifft die Ausgestaltung der Regelung zur passiven Sterbehilfe. Hier stellen sich folgende Unterfragen:

- An welchen anderen Personengruppen als einwilligungsfähigen Erwachsenen darf passive Sterbehilfe vorgenommen werden: an Neugeborenen? Kindern? Wachkoma-Patienten?
- An welche Melde- und Dokumentationspflichten soll die passive Sterbehilfe gebunden sein? Soll eine Meldung vor- oder nachher erfolgen? Hier steht der Vorschlag im Raum: Ärzte, die passive Sterbehilfe leisten, sollen sich durch ein Zweitgutachten absichern. Der gesamte Prozess soll dokumentiert werden
- Wie kann festgestellt werden, ob tatsächlich ein Patientenwille vorliegt? (Diese Frage wird auf einer separaten Karte diskutiert, siehe 2.2.10.)

Bezüglich dieser Ausgestaltungsfragen besteht weiterer Diskussionsbedarf.

2.2.6. Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)

Im Gegensatz zur sogenannten passiven Sterbehilfe (der Behandlungsunterlassung auf Wunsch des Patienten), über deren ethische und auch rechtliche Legitimität weitgehend Einigkeit herrscht, scheiden sich bei der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) weiterhin die Geister. (Siehe Karte: <http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktiv>)

Aktive Sterbehilfe ist dann notwendig, wenn das Leiden eines Patient ein solches Maß erreicht, dass er nicht mehr länger am Leben bleiben will – und wenn der Patient weder in der Lage ist, aus eigener Kraft Suizid zu begehen, noch durch eine Behandlungsunterlassung sterben würde.

Ein Beispiel für solche Situationen sind alte Menschen mit sehr vielen, das Leben stark beeinträchtigenden Krankheiten, von denen gleichwohl keine einzige zum Tode führt. In dieser Gruppe finden sich viele Patienten, welche die aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen wünschen.

Diese Karte befasst sich generell mit der Notwendigkeit und Möglichkeit einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. Inwiefern aktive Sterbehilfe ethisch legitim ist und wie aktive Sterbehilfe, wenn man diese befürwortet, rechtlich ausgestaltet werden soll, wird auf den entsprechenden Unterkarten diskutiert.

Befürworter einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen (z.B. durch eine Änderung des §216) argumentieren:

- Geltendes Recht stellt die Tötung auf Verlangen zwar unter Strafe. In der medizinischen Praxis wird Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) jedoch in bestimmten Fällen praktiziert, ohne dass Ärzte davon ausgehen müssen, deshalb juristisch belangt zu werden. Daraus wird die Wünschbarkeit einer weitergehenden Klarstellung abgeleitet.
- In Umfragen sprechen sich 60 bis 80 Prozent der Bevölkerung für eine rechtliche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe aus

Gegner einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen sind der Meinung, dass diese selbst in den Augen von Befürwortern einer Liberalisierung unnötig sein sollte, da

- existierende Gesetze und Gerichtsurteile bereits Tötung auf Verlangen im Kontext der Sterbehilfe in begründeten Ausnahmefällen straffrei stellen.

Außerdem wird die praktische Notwendigkeit aktiver Sterbehilfe selbst bezweifelt – mit dem Argument, dass

- die Palliativmedizin und insbesondere die terminale Sedierung eine sinnvolle Alternative zur Tötung auf Verlangen bietet.

Schließlich werden negative Nebeneffekt in Feld geführt:

- Die Legalisierung von Tötung auf Verlangen durch ärztliche Hilfe würde die Tötung auf Verlangen auch gesellschaftlich akzeptabel und machen, so dass dieser Weg sich auch immer mehr als persönliche Option anbieten würde (“Dambruch”)
- Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen würde die Abgrenzung zu Fällen von Mord oder Totschlag problematisch machen
- Eine geringe Zahl begründeter Ausnahmefälle rechtfertigt deshalb (im Sinne einer Kosten-/Nutzen-Abwägung) nicht eine generelle Liberalisierung aktiver Sterbehilfe

Die Befürworter der Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe halten dagegen:

- Mit dem derzeitigen §216 ist bereits ein vergleichsweise geringes Strafmaß für Tötung auf Verlangen festgelegt. Dennoch sind in der juristischen Praxis keine ernstlichen Probleme in der Abgrenzung von anderen Tötungsdelikten wie Mord oder Totschlag zu beobachten. Eine Liberalisierung des §216 würde deshalb aller Wahrscheinlichkeit nicht zu größeren Problemen führen
- Um aktive Sterbehilfe auf bestimmte Problemsituationen zu beschränken, sind verschiedene Vorschläge in der Diskussion (siehe [Unterkarte zur ethischen Legitimität aktiver Sterbehilfe](#), 2.2.7.). Einer davon ist die Beschränkung auf Fälle, in denen Patienten nicht aus eigener Kraft Suizid begehen können. Ein anderer setzt an beim Charakter der Handlung: aktive

Sterbehilfe mittels einer Morphiumspritze soll erlaubt sein – mittels eines Schusses mit einer Pistole nicht. So soll das Tötungsverbot als fundamentale Norm vor der Gefahr einer Erosion geschützt werden. Eine Anmerkung: Interessanter Weise argumentieren die Gegner einer Liberalisierung der Tötung auf Verlangen nicht in erster Linie mit ethischen Bedenken gegen aktiven Sterbehilfe an sich. Vielmehr ist man sich weitgehend einig, dass es Fälle gibt, in denen Tötung auf Verlangen ethisch legitim und medizinisch angebracht sein kann. Strittig ist allein, inwieweit eine gesetzliche Neuregelung zu Nebeneffekten (Dambruch) führen würde und ob nicht der bestehende gesetzliche Rahmen bereits einen sinnvollen Umgang mit aktiver Sterbehilfe ermöglicht.

2.2.7. Aktive Sterbehilfe: Ethische Legitimität

Diese Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktive-ethik>) beschäftigt sich mit der Frage, ob aktive Sterbehilfe (welche im Strafrecht unter “Tötung auf Verlangen” fällt) *ethisch* legitim ist.

Zunächst wurde versucht, die verschiedenen Argumentationswege durchzuspielen.

Der linke Zweig der Karte hat zum Ausgangspunkt die These, dass Lebensbeendigung (Tötung) auf Verlangen und Sterbenlassen in ethischer Hinsicht äquivalent sind – so dass, wenn Sterbenlassen legitim ist, dies auf die Lebensbeendigung auf Verlangen auch zutrifft. Einige Begründungen für diese These werden durchgespielt und geprüft. Zwei wesentliche Gedanken, die gegen die angeführte Thesen sprechen, stechen hervor:

- Menschen haben einen Anspruch darauf, dass man sie sterben lässt, wenn dies ihrem Wunsch entspricht. Sie haben keinen Anspruch darauf, getötet zu werden.
- Beim Abstellen eines Beatmungsapparates handelt es sich um die Beendigung einer vorausgegangenen Aktivität – das heißt, um die Unterlassung dieser Aktivität. Deshalb kann das Abstellen eines Beatmungsapparates legitim sein, ohne dass man dazu zugleich die Lebensbeendigung auf Verlangen (also ein Tun) für legitim erklärt.

Zwischenfazit: Wenn Tötung auf Verlangen ethisch legitim ist, dann nicht deshalb, weil Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen auf Verlangen ethisch äquivalent sind.

Der rechte Zweig der Karte befasst sich mit der Frage, ob die Lebensbeendigung auf Verlangen im eigentlichen Sinne eine Tötung ist – und ob eine Tötung wirklich niemals ethisch legitim sein kann. Hier wird der Gedanken durchgespielt, inwiefern der ausdrückliche und eigenverantwortliche Sterbewunsch ein Grund sein kann, eine Tötung ethisch zu erlauben – insbesondere dann, wenn ein Patient unfähig ist, aus eigenen Stücken Suizid zu begehen. Der zentrale und auch für die übrige Diskussion wichtige Einwand gegen diese Argumentationslinie ist:

- Es ist nicht der Wille des Anderen, der die Tötung illegitim macht: sondern die Verletzung einer Grundnorm des Rechts. Von daher ist es mit Blick auf uns Überlebende nicht erlaubt, jemanden – selbst auf seinen Willen hin – zu töten: das Tötungsverbot selbst könnte "Dambruch" erleiden, das heißt, Akzeptanzeinbußen erleiden.

Mehr Erfolg scheint die Idee zu haben, dass es sich bei der Tötung nur eingeschränkt um eine Tötung im eigentlichen Sinne handelt – oder besser, um eine Tötung in jenem Sinne, um die es dem Strafrecht zu tun ist. Was hier als Argument aufgeführt wird, ist eigentlich ein Vorschlag zur Ausgestaltung einer strafrechtlichen Regelung, der Art: “Wenn die Lebensbeendigung auf eine bestimmte Art erfolgt, dann ist sie weit entfernt von jenen Tötungsdelikten, die das Strafrecht als fundamentale Norm verbietet.” Was könnte das für eine “bestimmte Art” sein?

Der Vorschlag dazu ist dieser:

- Ausschlaggebend ist der Charakter der Handlung: eine Morphiumspritze ist etwas anderes als ein Schuss mit dem Gewehr. Denn: Im Zentrum des Tötungsverbotes steht der Schutz einer fundamentalen Norm. Diese Norm ist dann weniger der Gefahr durch Erosion ausgesetzt, wenn die fragliche Handlung (wie bei der Spritze) nicht den augenscheinlichen Charakter einer Tötung hat, sondern vielmehr eine Handlung ist, die normaler Weise innerhalb einer Behandlung ausgeführt wird.

Wenn man diesem Vorschlag folgt, kann das Tötungsverbot als Grundnorm uneingeschränkt aufrecht erhalten werden – und dennoch Raum geschaffen werden für legale Formen der aktiven Sterbehilfe. Auf diese Weise ließe sich die die Legitimität von Tötung auf Verlangen unter folgenethischen Gesichtspunkten einräumen.

Resümee: Es gibt gute Gründe, an einer ethischen und rechtlichen Unterscheidung zwischen Tun (Tötung auf Verlangen) und Unterlassen (Unterlassung einer lebensverlängernden Maßnahme) festzuhalten. Eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen kann sich von daher nicht auf die ethische Gleichwertigkeit der beiden Fälle stützen. Dennoch scheint es legitime Gründe zu geben, Tötung auf Verlangen in Ausnahmefällen zuzulassen. Diese Ausnahmefälle können so beschrieben werden, dass es sich Charakter der Handlung eindeutig von den gesetzlich streng untersagten Tötungsdelikten unterscheidet. Dieser Ansatz würde es zudem ermöglichen, die Tötung auf Verlangen in medizinischen Kontext von vornherein nicht als Tötung im Sinne des § 216 zu interpretieren und somit eine scharfe Grenze zu ziehen, die der Gefahr der Normerosion entgegen wirkt.

2.2.8. Aktive Sterbehilfe: Umsetzung

Die Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-aktive-umsetzung>) lässt die Frage der Wünschbarkeit einer rechtlichen Reform zur Tötung auf Verlangen außen vor und geht ausschließlich darauf ein, wie eine solche Reform aussehen sollte, wenn man sie denn befürwortet. Dabei werden Varianten durchgespielt, wie sie in Ländern, wo Tötung auf Verlangen (als “voluntary euthanasia”) legal ist, bereits praktiziert wird. Die Vorschläge betreffen vor allem die Kriterien, die ein Patient erfüllen muss, welcher aktive Sterbehilfe in Anspruch nimmt.

Die Karte führt das Für und Wider, welches in Bezug auf die einzelnen Vorschläge geltend gemacht wird, auf. Einige Punkte sind besonders hervorzuheben. Gegen die Beschränkung von aktiver Sterbehilfe auf Patienten im Endstadium einer tödlichen Krankheit spricht:

- Insbesondere hochbetagte Menschen leiden an vielen Krankheiten zugleich, von denen jedoch keine tödlich ist. Diese Menschen wünschen oft zu sterben
- Die Beschränkung aktiver Sterbehilfe auf jene Fälle, in denen eine palliative Behandlung nicht möglich ist, lässt außer acht: Wenn jemand sein Lebensende bei klarem Verstand und nicht im Koma erleben möchte, sollte man das als ernstzunehmenden Sterbewunsch vielleicht respektieren.

In sehr geringem Umfang verzeichnet die Karte außerdem die Diskussion darüber, ob die Verfügung über das eigene Lebensende noch Gegenstand der persönlichen Autonomie sein kann.

Die Frage der Verlässlichkeit des Sterbewunsches wird auf der entsprechenden [Unterkarte](#) dargestellt, (siehe: 2.2.10).

2.2.9. Indirekte Sterbehilfe (Palliativmedizinische Sterbebegleitung)

Palliativmedizinische Behandlungen (siehe Karte <http://tinyurl.com/sterbehilfe-indirekt>) definieren sich durch den weitgehenden Verzicht auf eine kurative Behandlung zugunsten einer sterbebegleitenden Leidenslinderung. Zudem können zur Leidenslinderung Medikamente zur Anwendung kommen, welche aufgrund ihrer mitunter lebensverkürzenden Nebenwirkungen in kurativen Kontexten kaum oder gar nicht verwendet werden. Ein gewisser Graubereich besteht bei der palliativen Sedierung.

- Hier werden Patienten in ein künstliches Koma versetzt. Unterlässt man nun bei einem Komapatienten künstliche Ernährung und Beatmung, führt dies zum Tod. Auf diese Weise ist es möglich, dass auf dem Wege der palliativen Sedierung eine taktisch geplante aktive Sterbehilfe verübt wird, die sich quasi als passive Sterbehilfe tarnt.

Ein weiterer Grund, weshalb man von einem Graubereich sprechen könnte:

- Ab welcher Dosis ein Schmerzmittel lebensverkürzend wirkt, lässt sich im konkreten Fall nicht mit Sicherheit feststellen. Insofern besteht auch hier die Möglichkeit, dass Ärzte absichtlich sehr hohe Dosen verabreichen – nach außen hin aber die Handlung als Maßnahme zur Schmerzlinderung darstellen.

Kritiker befürchten daher, die Palliativmedizin könnte verdeckter Sterbehilfe und Missbrauch Vorschub leisten (siehe Hinweise auf die RUB-Studie und das Fallbeispiel Niederlande auf Karte 2.2.1.). Im Kontext der Diskussion um eine mögliche Neuregelung der Sterbehilfe stellt sich daher die Frage, ob nicht auch bestimmte palliative Behandlungen rechtlich neu geregelt werden sollten.

Für eine rechtliche Neuregelung der Palliativmedizin spricht deshalb, dass:

- verdeckte Sterbehilfe durch die Gabe hochdosierter Betäubungsmittel oder das ‚Abschalten‘ terminal sedierter Patienten vermieden werden könnte (mit dem Ziel, dass diese Handlungen entweder nicht erfolgen oder dass sie deutlich als Sterbehilfe deklariert werden)

Außerdem besteht die Hoffnung, dass

- gesetzliche Regelungen eine Klarheit schaffen, wie sie sich auf dem Weg medizinischer Gutachten allein nicht herstellen lässt (wie die widerstreitenden Gutachten im Fall Mechthild Bach demonstrieren)

Gegen eine rechtliche Neuregelung der Palliativmedizin spricht, dass:

- eine Verrechtlichung die Unsicherheit erhöht und den faktisch existierenden Schutzraum der Hospizbehandlung zerstört. Ein höheres Maß an gesetzlichen Vorschriften und Kontrollmaßnahmen würde die Unsicherheit von Ärzten und Pflegern noch erhöhen, weil die Anforderungen in Bezug auf juristische Fachkenntnisse (über welche Mediziner meist nicht verfügen) steigen würden. Eine stärkere Verrechtlichung der palliativmedizinischen Sterbehilfe könnte dazu führen, dass Ärzte und Pfleger in Zweifelsfällen aus Angst vor juristischer Verfolgung Behandlungen unterlassen würden, die sie unter anderen Umständen befürworten
- palliativmedizinische Sterbehilfe nur dann problematisch ist, wenn diese nicht durch einen Patientenwillen legitimiert ist. Patienten, die sich in palliativmedizinische Behandlung, vor allem aber in ein Hospiz begeben, willigen jedoch de facto ein, dass ihnen eine Behandlung widerfährt, die ihnen das Sterben erleichtern soll – und nicht das Leben verlängern. Es liegt hier also eine Zustimmung im Sinne einer Patientenverfügung vor (oder zumindest sollte

diese vorliegen). Dies unterscheidet die palliative Pflege und auch Sterbehilfe deutlich von der kurativen Behandlung im Krankenhaus: hier liegt keine derartig Einwilligung vor.

- nach neuerer medizinischer Evidenz die zur Schmerzlinderung eingesetzten Morphine oftmals nicht lebensverkürzend, sondern im Gegenteil lebensverlängernd wirken – womit das ganze Thema deutlich an Brisanz verlöre.

Ungeachtet der Wünschbarkeit einer genaueren rechtlichen Ausgestaltung existieren folgende Vorschläge für eine gesetzliche Neuregelung:

- Der Patientenwille sollte gesichert sein, sofern dies möglich ist (vgl. [Karte zur Verlässlichkeit des Patientenwillens](#), 2.2.10).
- Die Rechtmäßigkeit lebensverkürzender Palliativbehandlung sollte durch medizinische Gutachten abgesichert werden. Hier stellt sich die Frage, wie ein Gutachterwesen zur palliativmedizinischen Sterbehilfe institutionalisiert werden kann. Ein Vorschlag hierzu lautet, Sterbehilfe solle ex ante, also vor Behandlungsbeginn in irgend einer Form obligatorisch gemeldet werden. Kritiker warnen jedoch, dass dies in der Praxis kaum zu bewerkstelligen sein wird. Statt dessen wäre eine Dokumentationspflicht in Verbindung mit Zweitgutachten denkbar.

2.2.10. Wie verlässlich ist der Patientenwille?

Ein zentrales Kriterium, wenn es darum geht, ob Sterbehilfe erlaubt (oder sogar geboten), ist der Patientenwille (siehe Karte <http://tinyurl.com/sterbehilfe-wille-verlass>). Mit dem Patientenverfügungsgesetz von 2009 hat theoretisch jeder Mensch die Möglichkeit bestimmte Behandlungen unter bestimmten Umständen auch dann zu verhindern, wenn er zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs nicht mehr einwilligungsfähig ist. In der Praxis ist jedoch die Erfüllung des Patientenwunsches nach wie vor eine schwierige Aufgabe – denn:

- in den allermeisten Fällen liegt keine Patientenverfügung vor, so dass ein mutmaßlicher Patientenwille rekonstruiert werden muss
- eine Patientenverfügung ist nicht einfach mit dem aktuellen Patientenwillen gleichzusetzen
- das Vorhandensein einer Patientenverfügung entbindet nicht von der Entscheidungsverantwortung der Ärzte, Verwandten und Bevollmächtigten. Sie bedarf immer einer Interpretation

Selbst wenn eine Patientenverfügung vorliegt, so kann diese nur dann problemlos umgesetzt werden, wenn:

- sie sich explizit auf die spezifische Situation bezieht (zum Beispiel Koma bei Krebs im Endstadium)
- sie genaue Aussagen über die zu unterlassenden Behandlung macht (zum Beispiel keine künstliche Ernährung)
- vom medizinischen Standpunkt aus bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (zum Beispiel keine Aussicht auf Heilung)
- die Zurechnungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Erstellung der Verfügung sicher gestellt ist

Der interpretative Rahmen und die einschränkenden Rahmenbedingungen, denen die Umsetzung einer Patientenverfügung unterliegt, relativiert also deren Verbindlichkeit – und damit die

Patientenautonomie – erheblich. Dieser Umstand wird allgemein als Problem erkannt, zumal die Auslegung beziehungsweise Ermittlung des Patientenwillens zu Konflikten zwischen Angehörigen und medizinischem Personal führen kann.

Auf der anderen Seite wäre eine bedingungslose Umsetzung von Patientenverfügungen ebenfalls problematisch, da:

- dies zu Automatismen und damit zu einer Abwälzung der Verantwortung in ethisch schwierigen Fragen führen würde
- dies einer angemessenen Betrachtung des spezifischen Einzelfalls nicht gerecht werden würde
- sich Sterbewünsche erfahrungsgemäß oft ändern und damit potenziell nicht endgültig sind
- eine unerwartete Besserung des Gesundheitszustands des Patienten prinzipiell niemals ausgeschlossen werden kann

Generell herrscht weitgehend Einigkeit darin, dass weitere rechtliche Regelungen diese komplexe Problematik nicht auflösen können. Statt dessen wird häufig eine bessere Aufklärung und Beratung bezüglich Patientenverfügungen bei Ärzten und Patienten vorgeschlagen. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen (oder alternativen) Vorsorgevollmacht, so ein Vorschlag in der Diskussion, sollte stärker betont werden. Es wurde unter anderem auch vorgeschlagen, Patienten mit Studien zu konfrontieren, welche belegen, dass viele Patienten ihren Sterbewunsch zurücknehmen, sobald sie tatsächlich in medizinisch schwierige Situationen kommen. Strittig ist, ob solche Beratungsgespräche für die Gültigkeit von Patientenverfügungen verpflichtend sein sollten.

Ein weiteres Thema ist die Einschränkung der Patientenautonomie in psychopathologischen Kontexten. In diesen Fällen, wo der Sterbewunsch Teil des Krankheitsbildes ist, scheint sich allgemein die Haltung zu bestätigen, dass

- prinzipiell ein „pathologischer“ Sterbewunsch nicht aussagekräftig ist
- jedoch ein andauernder, „unheilbarer“ Sterbewunsch, mit eventuell mehreren Suizidversuchen, als nicht aufhaltbarer Sterbeprozess beziehungsweise als unheilbare, tödliche Erkrankung mit unerträglichem Leid interpretiert werden kann

Besondere Beachtung in Sachen Patientenverfügungen verdient der Fall von Demenz. Hier sollten Patienten in einer Beratung darüber aufgeklärt werden, dass demente Personen allem Anschein nach oftmals keinen Wunsch haben, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen – auch wenn sie dies vor dem Eintreten der Krankheit bekräftigt haben. Es wäre zu überlegen, ob Patientenverfügungen so gestaltet werden sollten, dass Patienten, welche darüber informiert sind, dass sie im Falle einer Demenz ihre Meinung mutmaßlich ändern werden, dennoch im vorab Behandlungseinschränkungen verfügen können („Ulysses-Vertrag“). Demenz ist deshalb besonders regulierungsbedürftig, weil mit der demographischen Veränderung Fälle von Demenz zunehmen werden.

Insgesamt sollte bei Patientenverfügungen beachtet werden, dass diese im Verlaufe einer sich entwickelnden Krankheit eventuell angepasst werden müssen, um rechtskräftig zu bleiben. Entsprechende Verfahren gälte es zu institutionalisieren.

2.2.11. Dammbrocheffekte

Die Karte (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-dammbbruch>) befasst sich mit den befürchteten Nebenauswirkungen einer gesetzlichen Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidhilfe. Unter der Gefahr eines Dammbroches werden verschiedene Auswirkungen thematisiert.

Eine Gruppe von Argumenten betrifft mögliche Veränderungen des gesellschaftlichen Klimas.

- (1) Es stellt sich die Frage, ob eine Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen / “voluntary euthanasia”) nicht auf kurz oder lang dazu führen würde, dass auch an Menschen ohne Sterbewunsch Sterbehilfe vollzogen wird.
- (2) Würde eine Liberalisierung von aktiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidhilfe dazu führen, dass es für ältere Menschen immer mehr ‘normal’ wird, frühzeitig aus dem Leben zu scheiden? Und würde auf diese Weise nicht ein sozialer Druck aufgebaut, der den “Freitod” geradezu als Pflicht erscheinen lässt, um nicht den Angehörigen zur Last zu fallen?

Für letztere Befürchtung (2) spricht ganz generell, dass Suizidwünsche bekanntlich immer auch gesellschaftliche Gründe haben. Zahlen gemeldeter Fälle von “voluntary euthanasia” aus den Niederlagen können die Befürchtung weder entkräften noch sie widerlegen. In den Jahren 2006 bis 2010 sind die Zahlen kontinuierlich von 1.923 auf 3.100 Fälle gestiegen. Soll man dies als Anzeichen für einen beginnenden “Dammbbruch” interpretieren – oder eher dafür, dass sich die Möglichkeit, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, sozusagen langsam herumspricht, so dass die Zahlen ansteigen, bis auf immer noch niedrigem Niveau eine gewisse Sättigung erreicht ist? Diese Frage wird unterschiedlich beantwortet. Aufschluss wird letztendlich nur die zukünftige Entwicklung geben

Genährt werden die angeführten Befürchtungen weiterhin durch die Beobachtung, dass innerhalb des Gesundheitssystems immer größerer ökonomischer Druck herrscht – so dass auch verdeckte Interessen bei dem Wunsch nach einer Liberalisierung von Sterbehilfe im Spiel sein könnten.

Aufschluss über die Gefahren des Dammbroches (1), mehr aber noch des Missbrauches, geben empirische Untersuchungen aus den Niederlanden. Hier sind, infolge der besonderen Gesetzeslage, Fälle von aktiver/passiver Sterbehilfe und ärztlicher Suizidhilfe besonders gut dokumentiert. Ergebnisse der Studien deuten darauf hin, dass die Gefahr einer Ausweitung auf Sterbe- und Suizidhilfe, die nicht durch einen Patientenwunsch abgesichert ist, sehr gering ist. Eine Grauzone existiert allerdings im Palliativbereich – in den Niederlanden wie auch in Deutschland (siehe Hinweis auf die RUB-Studie auf der [Karte zum Status quo](#), 2.2.1). Die Diskussion darüber, ob diese Grauzone stärker reguliert werden sollte, wird auf der [Karte zur palliativmedizinischen Sterbebegleitung](#) geführt, siehe 2.2.9.).

2.2.8. Fehlgeleitete Verrechtlichung?

Die befürchteten negativen Auswirkungen einer “Verrechtlichung” (siehe Karte <http://tinyurl.com/sterbehilfe-verrechtlichung>) stellen ein zentrales Argument gegen die gesetzliche Reform von aktiver Sterbehilfe, ärztlicher Suizidhilfe und palliativmedizinischer Sterbebegleitung dar. Im Fokus steht die Behauptung:

- Detaillierte rechtliche Regelungen und stärkere Kontrolle erzeugen nicht weniger, sondern mehr Unsicherheit unter Medizinern

Plausibilität hat dieser Einwand vor allem für den Bereich der Palliativmedizin, wo Mediziner relativ unbehelligt von der Justiz agieren können – was sich vermutlich ändern würde, wenn die Dichte von gesetzlichen Vorschriften in diesem Bereich zunehmen würde. Was Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung betrifft, äußern sich die meisten Ärzte dahingehend, dass eine genauere rechtliche Regelung ihnen mehr Sicherheit geben würde.

Weiterhin wird befürchtet,

- dass eine stärkere Regulierung dazu führen würde, dass an die Stelle einer sorgfältigen Abwägung im Einzelfall eine Art Entscheidungsmechanismus treten würde, in dem nur noch nach festgelegten Regeln verfahren wird.

Weitere Einwände, die den Einwand der “Verrechtlichung” in verschiedener Hinsicht ausbuchstabieren:

- Durch den Fokus auf allgemeine Regeln wird unnötig Dissens provoziert: Während es, was die ethische Beurteilung von Einzelfällen betrifft, oft Konsens gibt, entzündet sich der Dissens bei der Diskussion von allgemeinen Prinzipien
- Wenn die öffentliche Diskussion zum Thema Sterbehilfe vor allem juristische Fragen in den Vordergrund stellt, besteht die Tendenz, dass in privaten Entscheidungen dieser öffentliche Diskurs als Vorlage aufgegriffen wird – so dass es zu einer unangemessenen Politisierung und Verrechtlichungen des privaten Nachdenkens über Entscheidungen am Lebensende kommt
- Bei der Fokussierung auf die Notwendigkeit einer Rechtsreform geraten andere Maßnahmen aus dem Blick

Insgesamt handelt es sich bei den meisten Einwänden bezüglich der Verrechtlichung um ein trade-off: Gesetzliche Klarstellungen bringen Vorteile, aber auch Nachteile mit sich. Diese heißt es gegeneinander abzuwägen.

Dies gilt jedoch nicht für die Behauptung, dass detaillierte rechtliche Regelungen und stärkere Kontrolle die Unsicherheit noch vergrößern würden. Sollte dies zutreffen, dann wäre zumindest den Befürwortern einer Reform oder Gesetzesklarstellung, welche die ärztliche Suizidhilfe und die Behandlungsunterlassung auf Verlangen betrifft, von vornherein der Wind aus den Segeln genommen.

Einige der befürchteten Auswirkungen sind auch abhängig von der konkreten Ausgestaltung einer Rechtsreform. Ob Entscheidungsmechanismen an die Stelle von Einzelfall-Beurteilungen treten, hängt von der Detailtiefe einer gesetzlichen Regelung ab.

3. DISKUSSION

3.1. Praktischer Nutzen der Argumentationskarten

Die Erstellung einer kooperativ gefertigten Argumentationskarte unter Einbeziehung von Experten mit unterschiedlichem fachlichen Hintergrund erwies sich in verschiedener Hinsicht als Vorteil. Zum einen gelang es, das Spektrum der fachlichen Expertise nicht nur in der Bewertung einzelner

Positionen zu berücksichtigen, sondern auch in der Strukturierung der Debatte. Dass zum Beispiel die palliativmedizinische Sterbehilfe möglicher Weise ein eigenes soziales Milieu darstellt, in dem andere Regeln gelten als bei der Therapieunterlassung im kurativen Kontext, scheint ein wichtiger Hinweis darauf zu sein, dass die lange gängige Kategorisierung von Formen der Sterbehilfe in den Begriffen aktiv, passiv und indirekt (wobei unter letzterer Kategorie die palliativmedizinische Sterbehilfe als Teil-Kategorie enthalten ist) in entscheidender Hinsicht unvollständig sein könnte. Wichtiger noch: die sehr unterschiedliche Ausgangslage bezüglich Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassen, palliativmedizinischer Sterbebegleitung und Tötung auf Verlangen erfordert möglicherweise auch sehr spezifische Lösungen. Am angeführten Beispiel: Befürworter einer liberalen und auf klarer gesetzlicher Regulierung basierenden Praxis aktiver Sterbehilfe müssen nicht zwingend auch eine gesetzgeberische Initiative für den Bereich der palliativmedizinischen Sterbehilfe begrüßen.

Darüber hinaus ermöglicht es die durch die Argumentationskarten erzeugte, verknappte Form der Darstellung, einen Gesamt-Überblick der Debatte herzustellen. Dies war hilfreich im Zuge der Recherche, aber auch zum Zwecke der Orientierung im Gespräch mit Juroren und Experten. Die aktuellen Bemühungen konnten sich auf die jeweils offenen Fragen konzentrieren. Davon abgesehen ermöglicht die Überblicks-Darstellung aber auch, einzelne Themen im Gesamtzusammenhang zu verorten – nicht nur hinsichtlich ihrer argumentativen Position, sondern auch mit Blick auf ihre Relevanz. So bietet die Überblicksdarstellung einen wirksamer Schutz dagegen, dass sich die Debatte auf Detailfragen konzentriert, die zum momentanen Zeitpunkt der Diskussion besser zurückgestellt werden sollen.

Aus diesen Gründen eignet sich der hier beschrittene Weg vor allem zum Zwecke der Priorisierung. Bestehender Dissens, aber auch Konsens tritt deutlich hervor. Längst geklärte Streitigkeiten werden als solche klar erkennbar. So konnte zum Beispiel bezüglich der viel beschworenen Dammbrech-Gefahren gezeigt werden, dass diese sich auf zwei Punkte reduzieren lassen. Punkt eins ist die befürchtete Norm-Erosion durch eine Lockerung des strafrechtlichen Verbotes aktiver Sterbehilfe. Punkt zwei ist die befürchtete Veränderung sozialer Umweltbedingungen: Wenn die Inanspruchnahme von Sterbehilfe ‚normal‘ wird – entsteht dann nicht auch ein gesellschaftlicher Druck auf Kranke und Ältere, ihren Angehörigen und Mitbürgern nicht mehr länger zur Last zu fallen? Die Zahlen aus den Niederlanden (kontinuierlicher Anstieg von Lebensbeendigung auf Verlangen von 1923 auf 3100 Fälle pro Jahr im Zeitraum von 2006 bis 2010) lassen sich sowohl als Beleg wie auch als Entkräftung dieser Befürchtung interpretieren.

3.2. Bewertung der vorgebrachten Argumente

Im Gespräch mit den Juroren und den Mitgliedern des Expertenteams zeigte sich, dass hinsichtlich der Bewertung von Argumentationspunkten mal mehr, mal weniger Einigkeit bestand. Aufgrund von Eindrücken aus den Gesprächen hat die Redaktion bestehenden Konsens, Dissens sowie den Bedarf nach Ausarbeitung in Detailfragen zusammen gefasst.

Darüber hinaus wurde zum Abschluss des Projekts eine Befragung unter den Jurymitgliedern durchgeführt. Die Juroren wurden aufgefordert, vier offene Fragen zu beantworten sowie zu einer Reihe von Behauptungen wertend Stellung zu beziehen. Die Ergebnisse der Befragung sind auf der Webseite des Projekts im „Blog“ dokumentiert (<http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/?p=711>).

Die wertenden Stellungnahme zu den Behauptungen sind in einer [Tabelle](http://tinyurl.com/sterbehilfe-jurytabelle) (<http://tinyurl.com/sterbehilfe-jurytabelle>) zusammengefasst.

Im Resultat zeigt sich, dass

- die Mitglieder der Jury bei der Bewertung der Aussagen sehr unterschiedliche Ansichten vertreten
- die unterschiedlichen Bewertungen der Juroren zu den einzelnen Punkten sich gegenseitig praktisch aufwiegen, wenn man den Durchschnitt der Bewertungen ermittelt ($\sigma=0\pm 1$). Innerhalb der Jury als zusammengefasster Gruppe besteht so bezüglich aller Streitpunkte ein ausgewogenes (neutrales) Meinungsbild.

Beide Punkte können als Indiz für die Neutralität der Jury gewertet werden.

Interessanter Weise ergab sich aus den Zustimmungen beziehungsweise Ablehnungen gegenüber bestimmter Positionen kein Muster – das heißt, aus der Haltung eines Jurymitglieds in Bezug auf eine Behauptung kann in keiner Weise auf dessen Haltung gegenüber einer anderen Behauptung geschlossen werden. Dies wiederum ist ein Indiz dafür, dass sich Bewertungen einzelner Positionen innerhalb der Argumentation auf äußerst verschiedene Weise zu einem stimmigen Gesamtbild verknüpfen lassen.

Die Ergebnisse der Jurybefragung und die Eindrücke aus den Gesprächen werden im folgenden zusammenfassend dargestellt.

3.2.1. Streitpunkte und Konsens

Uneinigkeit herrscht in der Diskussion vor allem hinsichtlich der Folgen einer stärkeren gesetzlichen Regelung von Praktiken der Sterbehilfe.

- Insbesondere mit Blick auf die Palliativbehandlung wird argumentiert, dass hier zusätzliche gesetzliche Regelungen und Kontrollverfahren die Unsicherheit von Medizinern erhöhen würden – mit der Folge, dass diese möglicherweise Sterbehilfe unterlassen, obwohl sie diese eigentlich aus medizinischen Gründen oder aus Gründen des Patientenwohls für geboten sehen.
- Die Gegenseite argumentiert: Ärzte, die durch die Gabe von hohen Dosen schmerzlindernder Medikamente eine wahrscheinliche Lebensverkürzung in Kauf nehmen, leisten aktive Sterbehilfe. Man muss dies nicht ablehnen – aber man sollte den Sachverhalt klar bezeichnen, weil man ihn nur dann auch ausreichend legitimieren kann.
- Weitgehende Einigkeit herrscht bei der Beschreibung der Ausgangslage: „Ärzte meinen meinen zu Recht, dass Sterbehilfe sie auf rechtsunsicheres Terrain führt“. Nicht alle Teilnehmer der Debatte meinen jedoch, dass eine Rechtsreform- oder eine Rechtsklarstellung diese Unsicherheiten beseitigen würde.

Ganz generell wird darüber gestritten, inwiefern die stärkere gesetzliche Regelung von assistiertem Suizid, Lebensbeendigung auf Verlangen und Sterbehilfe im Kontext einer Behandlungsunterlassung negative Konsequenzen hervorbringen könnte, welche den möglichen Nutzen neuer gesetzlicher Regulierung zunichte machen könnten.

- Befürchtet wird vor allem, dass Entscheidungsautomatismen sich einschleichen und dabei der Blick auf die individuelle Problemlage verstellt wird.

Uneinigkeit herrscht auch in Bezug auf die Beihilfe zum Suizid. Gestritten wird darüber,

- ob Suizidhilfe durch einen Arzt erfolgen kann bzw. soll
- ob dem entsprechend die ärztliche Berufsordnung geändert werden muss
- inwiefern die ärztliche Suizidhilfe unter heute geltendem Recht straffrei ist und deshalb keiner neuen gesetzlichen Regelung bedarf

In Bezug auf die Tötung auf Verlangen sind sich die meisten Diskussteilnehmer darüber einig, dass diese in zumindest einigen Fällen ethisch zu verantworten ist. Uneinigkeit herrscht darüber

- ob es für diese seltenen Fälle eine gesetzliche Regelung braucht
- wie eine neue Gesetzesregelung aussehen könnte: Sollten Ausnahmen zum allgemeinen Tötungsverbot in einem Notstandparagrafen (§34 StGB) formuliert werden oder in den zentralen Paragraphen, die die Tötungsdelikte beschreiben (hier: §214-216)

Ein letzter, untergeordneter Streitpunkt:

- Die Notwendigkeit verpflichtender Beratungsgespräche im Zuge der Verfassung einer Patientenverfügung wurde von einigen Experten begrüßt, von anderen abgelehnt.

In den anderen Bereichen konnten weitgehende Annäherungen erzielt werden. Dazu zählt erstaunlicher Weise auch die Einschätzung der Gefahren des “Dammbruches”.

- Die meisten der diesbezüglichen Vorbehalte konnten mit Blick auf die Ergebnisse von Studien aus den Niederlanden entkräftet werden
- Aufrechterhalten wurde die Befürchtung einer Norm-Erosion: Eine Lockerung des Tötungsverbotes mit dem Ziel, Rechtssicherheit für (seltene) Fälle von ethisch verantwortbarer Lebensbeendigung auf Verlangen zu leisten, erscheint selbst einigen Befürwortern einer liberalen Praxis der Sterbehilfe als nicht sinnvoll.

3.2.2. Offene Ausgestaltungsfragen im Detail

Folgende Fragestellungen und Problembereiche wurden von den Experten besonders hervorgehoben:

- Welche anderen Maßnahmen als die der rechtlichen Klarstellung sollten mit größerem Nachdruck verfolgt werden?
- Welche Maßnahmen drohen als Folge einer Verrechtlichung aus dem Blick zu geraten?

Genannt wurden folgende Maßnahmen:

- die Etablierung von Leitlinien und Unternehmens-Codices für Hospize, Krankenhäuser und Rettungsdienste, welche das geltende Recht übersetzen. Flankierend: institutionalisierte Ethikberatung, Weiterbildung und Evaluationen. Etablierung eines Anspruches auf “Sterbeurlaub”, damit Berufstätige ihre Angehörigen in den letzten Tagen pflegen können

In Bezug auf die Lebensbeendigung auf Verlangen wurde diagnostiziert, dass die Frage, unter welchen Ausnahmeständen diese auch gesetzlich legitim sein soll, der weiteren Diskussion bedarf:

- Was könnten legitime Gründe sein, einem Gesuch auf Lebensbeendigung stattzugeben?

Im Bereich der Behandlungsunterlassung wurde insbesondere auf verschiedene Problembereiche hingewiesen, die weiterer Diskussion bedürfen:

- Wachkomapatienten sind oft erst durch medizinische Maßnahmen in die betreffende Lage gebracht worden. Wie ihr Bewusstseinszustand zu beurteilen ist, ist äußerst unklar. Viele Patienten, die aus einem Wachkoma erwachen, sind für den Rest ihres Lebens Pflegefälle. All dies macht Entscheidungen besonders schwierig – zumal dann, wenn kein Patientenwille vorliegt, wie zum Beispiel bei Kindern oder bei Behinderten. Hier besteht die Gefahr, dass Angehörige sich in ihrer Entscheidung nicht vom Wohl des Patienten oder dessen Willen leiten lassen, sondern von ihrem Eigeninteresse. Allein der Verdacht, dass Eigeninteresse die Entscheidung bestimmt, macht es schwierig, im Fall des Konfliktes zwischen Ärzten, Pflegern und Angehörigen zu einer begründeten Entscheidung zu kommen.

In Bezug auf die Patientenvollmacht wurden verschiedene Punkte betont:

- Das Instrument der Vorsorgevollmacht (welches die Verfügung begleitet) soll stärker betont und mehr umworben werden
- Insgesamt bedarf der Prozess, durch welchen die Patientenvollmacht zustande kommt, der Ausgestaltung
- Patienten sollten auch über die Resultate von Studien zur Stabilität von Patientenwünschen informiert werden.

Diskutiert wurde die Notwendigkeit von Melde- und Dokumentationspflichten bei

- ärztlicher Suizidhilfe
- Lebensbeendigung auf Verlangen
- Behandlungsunterlassung
- palliativmedizinischer Sterbebegleitung

3.2.3. generelle Anmerkungen zur Debatte

- Juristische Aspekte wurden im Verhältnis zu den sozialen, medizinischen und ethischen Fragen zu sehr in den Vordergrund geschoben
- Auffallend im Vordergrund stand der Patientenwille: Die Idee, die Kontrolle des eigenen Sterbens sei durch das Instrument der privatrechtlichen „Verfügung“ möglich und man könne dadurch irgendwie sicherer werden
- Tötung auf Verlangen und Suizidhilfe werden oft nicht beim Namen genannt. Stattdessen spricht man von „Sterbehilfe“
- Stärker akzentuiert werden sollten:
 - die Bedeutung des Tötungsverbotes
 - die Perspektive der ‚Ausführenden‘ / Straffreiheit des Arztes
 - die Not der Hinterbliebenen
 - Finanzielle Interessenskonflikte am Sterbebett

- Eigeninteressen und Entscheidungsrouninen gerichtlich bestellter Betreuer
- Wünschbarkeit und Regelbarkeit ärztlicher Suizidhilfe
- die unzureichende Willensbekundungen von Patienten, die für sich Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchten
- die Frage: Wie können Selbstbestimmung und Fürsorge zusammengebracht werden?
- ob Suizidbeihilfe durch Sterbehilfe-Organisationen strafbar ist
- Palliativmedizin und Suizidprävention als gesellschaftliche Aufgabe besonders bei alten Menschen

4. AUSBLICK

Im Verlauf der Debatte hat sich gezeigt, dass nicht nur bei der ethischen Bewertung von Einzelfällen Meinungsunterschiede als tendenziell überbrückbar erscheinen. Auch auf der Ebene allgemeiner Prinzipien herrscht erstaunlicher Konsens. Deutlicher Dissens tritt erst auf, wenn es um die Beurteilung der Folgen von allgemeinen Handlungsempfehlungen und Gesetzen geht.

In rechtlicher Hinsicht wird vor allem eine rechtliche Klarstellung in Bezug auf die Behandlungsunterlassung auf Verlangen sowie eine Rechtsreform der Tötung auf Verlangen sehr unterschiedlich beurteilt.

Hauptthemen in der gesellschaftlichen Diskussion sind einerseits Vorbehalte gegenüber einer Verrechtlichung, andererseits Zweifel an der Rolle der Ärzte bei der Suizidhilfe. Einerseits werden Ärzte, im Sinne der Patientenselbstbestimmung, in der Rolle von Erfüllungsgehilfen gesehen; andererseits erscheint es, ebenfalls aus Gründen der Selbstbestimmung, notwendig, die Macht der Ärzte über Leben und Tod von Patienten zu beschränken.

Schließlich sollte, um die beschriebene Unsicherheit von Ärzten und Patienten zu reduzieren, nicht nur eine gesetzgeberische Initiative ins Auge gefasst werden, sondern auch die Option einer besseren Ausgestaltung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Insgesamt zeigt die Diskussion, dass es durchaus sinnvoll ist, sich bei der kollektiven Entscheidungsfindung auf Einzelfragen zu konzentrieren: Was Einzelfragen betrifft, finden sich andere Mehrheiten und Koalitionen als bei der Bewertung zusammengefasster Vorschläge oder ganzer Argumentationslinien. Das hier beschriebene Verfahren unterstützt einen solchen Ansatz der Fokussierung auf Einzelfragen.

5. LITERATUR

Grötter, Ralf: „Wie wär’s mit Argumenten? Er ist viel beschworen und rar: der rationale Diskurs. Clevere Leute wollen das ändern. Sie arbeiten im Netz an der Mitmach-Demokratie. *brand eins* 11/2009

_____. „Digitale Debattenkultur. Neue Instrumente zur Visualisierung von Argumenten erlauben es, Diskussionen im Internet strukturiert und übersichtlich zu halten – auch wenn viele Nutzer beteiligt sind.“ *Technology Review* 3/2010

_____. „Eine Wikipedia der Debatten. Wie Argumentationskarten beim Diskutieren im Netz helfen können“. *WZB Mitteilungen* Dezember 2010

Diskussionsmaterialien zur Sterbe- und Suizidhilfe sind auf der Webseite zusammengestellt:
<http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/diskussionsmaterialien/>.

Spezifische Fachinformationen und Belege zu Thesen finden sich in den einzelnen Punkten auf den Argumentationskarten. Der Zugang zu den Karten erfolgt über die Übersichtsansicht:
http://www.sterbehilfe.fuerundwider.org/wp-content/uploads/maps/Inhalt_192168041298971397870.html oder <http://tinyurl.com/sterbehilfe-uebersicht>.