

Dr. James S. Spiegel, Christliche Ethik, Sitzung 14, Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid

© 2024 Jim Spiegel und Ted Hildebrandt

Hier spricht Dr. James Spiegel über christliche Ethik. Dies ist Sitzung 14: Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid.

Im nächsten Abschnitt geht es um die Betreuung Sterbender, Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid.

Wann, wenn überhaupt, ist es im eigenen Interesse eines Menschen gerechtfertigt, seinen Tod zu beschleunigen? Beginnen wir daher mit einigen grundlegenden Definitionen. Eine davon ist der Begriff „Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen“. Darunter versteht man das Zulassen des Todes einer Person durch den Abbruch oder das Vorenthalten medizinischer Behandlungen.

Ärztlich assistierter Suizid bedeutet, dass ein Arzt einer Person Anweisungen gibt, wie sie ihr Leben mithilfe einer tödlichen Injektion beenden kann. Euthanasie hingegen, wörtlich übersetzt „leichter Tod“, bezeichnet die direkte Herbeiführung des Todes durch einen Arzt. Dies wird auch als Sterbehilfe bezeichnet.

Wann also, wenn überhaupt, ist es gerechtfertigt, jemandem beim Sterben beizustehen oder den Tod durch eine tödliche Injektion direkt herbeizuführen? Hier ein kurzer juristischer Hintergrund: Ich erinnere mich an den Fall Karen Ann Quinlan aus dem Jahr 1975, als ich noch ein Kind war. Er war Mitte der 70er-Jahre monatelang, wenn nicht jahrelang, in den Nachrichten. In diesem Fall entschied das Gericht, dass die Interessen der Patientin die berufliche Integrität der medizinischen Fachkräfte überwiegen.

Es gab einen Streit darüber, ob Karen Ann Quinlan am Leben erhalten werden sollte, obwohl ihre Familie ihr Sterben wünschte. Im Fall Cruz Ann entschied das Gericht 1990, dass ein Patient das Recht hat, lebensrettende medizinische Maßnahmen, einschließlich Nahrung und Flüssigkeit, abzulehnen. In den Fällen Washington gegen Clucksburg und Vacco gegen Quill (beide 1997) urteilte das Gericht jedoch, dass kein verfassungsrechtlich geschütztes Recht auf Sterbehilfe existiert.

Das Gericht hat in diesem Fall die ärztlich assistierte Sterbehilfe also nicht für illegal erklärt. Es überließ die Entscheidung jedoch den einzelnen Bundesstaaten. Seit diesen Urteilen haben neun US-Bundesstaaten – zumindest Stand letztes Jahr – die ärztlich assistierte Sterbehilfe legalisiert: Kalifornien, Oregon, Vermont, Montana, Colorado, Hawaii, Washington, Maine, New Jersey und Washington, D.C.

In den letzten Jahren hat die Zahl der Amerikaner, die sich für die Legalisierung der ärztlich assistierten Sterbehilfe aussprechen, deutlich zugenommen. Laut einer Gallup- Umfrage aus dem Jahr 2017 befürworteten etwa drei Viertel der Amerikaner die Legalisierung der ärztlich assistierten Sterbehilfe. Hier einige wichtige Unterschiede.

Diese Prinzipien werden häufig in verschiedenen Fragen der Palliativversorgung herangezogen oder angewendet. Eines davon ist die Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Maßnahmen. Unter gewöhnlichen Maßnahmen verstehen wir Behandlungen, die einen angemessenen oder signifikanten Nutzen bieten, ohne den Patienten übermäßig zu belasten oder eine übermäßige finanzielle Belastung darzustellen.

Hier sprechen wir von Dingen wie Antibiotika, Bluttransfusionen und Ernährungssonden. Das sind gängige Behandlungsmethoden. Zumindest in der Geschichte der Medizintechnik verändern sich diese Dinge, denn was einst außergewöhnlich oder exotisch war, wird mit der Zeit zur Routine.

So gelten heute beispielsweise Bluttransfusionen und künstliche Ernährung als alltäglich, während sie einst außergewöhnlich waren. Heute zählen aber auch Organtransplantationen oder Beatmungsgeräte zu den außergewöhnlichen Maßnahmen. Vielleicht werden Beatmungsgeräte ja bald alltäglich.

In diesem Fall geht es jedoch um den vergleichsweise geringen Nutzen bzw. die übermäßige Belastung. Bei Organtransplantationen ergeben sich natürlich erhebliche Vorteile. Dies führt aber auch zu einer erheblichen finanziellen Belastung.

Das ist extrem teuer. Ein weiterer Unterschied besteht zwischen dem Vorenthalten und dem Abbruch lebensrettender Maßnahmen. Es geht also darum, einerseits auf eine bestimmte Behandlung zu verzichten und andererseits eine bereits begonnene Behandlung zu beenden.

Und dann gibt es noch den Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen. Es geht darum, aktiv den Tod eines Menschen herbeizuführen oder ihn sterben zu lassen, anstatt ihn durch eine Krankheit, eine Verletzung oder den natürlichen Lauf der Dinge sterben zu lassen. Das sind wichtige Unterscheidungen, auf die wir im Laufe dieser Diskussion immer wieder eingehen werden.

Bei Entscheidungen zur Sterbebegleitung ist dies nicht nur aus moralischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht von größter Bedeutung. Wir können die verschiedenen Möglichkeiten oder Szenarien vom besten bis zum schlimmsten Fall unterscheiden. Beginnen wir mit den sogenannten Patientenverfügungen.

Dies sind die günstigsten Szenarien, in denen keine größeren rechtlichen Komplikationen auftreten, beispielsweise wenn eine Patientenverfügung vorliegt. Eine Patientenverfügung ist ein rechtsgültiges Dokument, in dem der Patient seine Wünsche bezüglich seiner medizinischen Versorgung am Lebensende im Voraus festhält. Falls ich selbst nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen, wünsche ich mir Folgendes.

Die betroffene Person kann darin festlegen, wie viel Aufwand sie für den Erhalt ihres Lebens betreiben möchte. Dies geschieht in Form einer Patientenverfügung. Eine weitere rechtliche Möglichkeit ist die sogenannte Vorsorgevollmacht. Dabei bevollmächtigt der Patient eine Person, Entscheidungen zur medizinischen Versorgung im Sterbeprozess zu treffen – sei es der Hausarzt, der Ehepartner oder ein anderes Familienmitglied.

Das sind also die besten Szenarien. Dann gibt es noch mündliche Patientenverfügungen, die etwas problematisch sein können, zumindest aus rechtlicher Sicht. Hierbei teilt der Patient seine Wünsche informell Freunden oder Familie mit.

Auf dieser Grundlage können die medizinischen Fachkräfte eine Entscheidung treffen oder diese zumindest in ihre Entscheidung einbeziehen, wie mit dem Patienten weiter verfahren werden soll. Und wenn schließlich keine dieser Optionen verfolgt wurde und wir nicht wissen, was der Patient geäußert hat oder was er gewollt hätte, muss eine Stellvertreterentscheidung getroffen werden, bei der eine Person bevollmächtigt wird, die Entscheidung im Namen des Patienten zu treffen. Dies sind also die verschiedenen Möglichkeiten im Hinblick auf Entscheidungen zur Palliativversorgung.

Ich empfehle jedem, eine Patientenverfügung oder zumindest eine Vorsorgevollmacht zu erstellen. Gerade im fortgeschrittenen Alter ist es ratsam, schriftlich festzulegen, wie im Falle einer Sterbebegleitung vorgegangen werden soll. So können Sie Ihrer Familie und Ihren Angehörigen viel Leid und Stress ersparen.

Nun möchte ich kurz auf einige Grundlagen der Hirnanatomie eingehen, die in unserer Diskussion hier eine Rolle spielen. Zu den drei Hauptbereichen des Gehirns gehört das Großhirn, auch als das höhere Gehirn bezeichnet.

Dieser Teil des Gehirns steuert Bewusstsein, Kognition, Denken, Erinnerungen, Gefühle und Wahrnehmungen. Das Kleinhirn ist für Koordination, Körperbewegungen, Haltung, Gleichgewicht und vieles mehr zuständig. Der tiefer liegende Teil des Gehirns, der Hirnstamm, reguliert die sogenannten vegetativen Funktionen wie Atmung, Herzfrequenz und Schlaf-Wach-Rhythmus.

Bei den wichtigsten Definitionen des Todes spielen diese anatomischen Unterschiede eine Rolle. So gibt es beispielsweise Definitionen des Todes, die den Tod des gesamten Gehirns betreffen. Hierbei ist das Kriterium für den Tod der vollständige Funktionsausfall des gesamten Gehirns. Das ist die notwendige Voraussetzung für den Tod.

Das gesamte Gehirn muss seine Funktion einstellen. Bei Definitionen des Todes, die höhere Hirnfunktionen einbeziehen, reicht hingegen bereits das Funktionsversagen des Großhirns, der Großhirnrinde, für den Tod aus. Es gibt zwar auch nicht-hirnbezogene Todesdefinitionen, die im Laufe der Geschichte verwendet wurden, doch zumindest in der westlichen Kultur finden sie kaum noch Anwendung.

Nicht-hirnbezogene Todesdefinitionen verstehen den Tod entweder als Folge von Körperfunktionen außerhalb des Gehirns, wie Atmung und Blutfluss, oder als metaphysisches Ereignis, insbesondere als das Verlassen des Körpers durch die Seele oder den Geist. Man kann nun ein nicht-hirnbezogenes Konzept wie die metaphysische Realität des Seelenaustritts mit einer der anderen, auf das Gehirn bezogenen Definitionen – dem Gesamthirn oder dem höheren Gehirn – kombinieren. So wird deutlich, wie diese Todesdefinitionen bei der Unterscheidung zwischen Hirntod und dem sogenannten persistierenden vegetativen Zustand (PVS) zum Tragen kommen.

Der Hirntod bezeichnet den Zustand, in dem das gesamte Gehirn seine Funktion eingestellt hat, was sich in einem flachen Elektroenzephalogramm (EEG) zeigt. Im Gegensatz dazu befindet sich der Betroffene im Wachkoma, wenn die höheren Hirnfunktionen eingestellt sind, die Hirnstammfunktionen jedoch erhalten bleiben. Die Person atmet noch, ihr Herz schlägt noch und der Blutfluss ist noch vorhanden, aber es gibt kein Bewusstsein, keine Wahrnehmung und kein Denken.

Und genau hier wird es aus Sicht der Palliativmedizin sehr heikel, denn in vielen Fällen ist es einfach sehr schwer vorherzusagen, ob die Person aus dem Koma erwachen kann. Es gab Fälle, in denen Menschen jahrelang im Wachkoma verharrten, darunter auch Karen Ann Quinlan, die ich bereits erwähnt habe. Ich glaube, sie hatte eine Drogenüberdosis.

Die Frage war, ob ihre Magensonde entfernt oder die Beatmung beendet werden sollte. Ich glaube, darum ging es. Und schließlich, nach langem juristischen Hin und Her, wurde das getan.

Man dachte, sie würde sterben, aber sie atmete, glaube ich, etwa acht oder neun Jahre lang selbstständig weiter, blieb aber im Koma. Es gibt jedoch Fälle, in denen Menschen 15 Jahre im Koma lagen. Der längste Fall, von dem ich gehört habe, waren sogar 19 Jahre. Diese Person befindet sich, ich glaube, in Osteuropa, genauer gesagt in Polen, seit fast 20 Jahren.

Das war vor etwa 15 Jahren, als er aus dem Koma erwachte. Man hielt das für unmöglich, ging davon aus, dass er sich in einem permanenten Wachkoma befände. Und man hielt es für irrational, dass seine Frau hoffte, er würde wieder zu sich kommen.

Ja, das tat er. Und es stellte sich heraus, dass er geistig in hervorragender Verfassung war. Und so, als ich das letzte Mal hörte, nicht lange danach, ein paar Monate nachdem er wieder zu sich gekommen war, verbrachten sie fast jeden Tag im Gespräch.

Und sie erzählte ihm die Geschichte der letzten fast 20 Jahre, all das, was er im Schlaf verpasst hatte. Man weiß es einfach nicht. Und je nach Ausmaß der Hirnschädigung können Ärzte davon ausgehen, dass eine Person, selbst wenn sie wieder zu Bewusstsein kommt, kaum oder gar keine kognitiven Fähigkeiten mehr haben wird.

Doch in vielen Fällen ist das einfach ungewiss. Und selbst die erfahrensten Ärzte können sich in ihrer Prognose irren, ob die Person aus dem Koma erwachen wird. Daher ist dies laut PBS ein häufiger Grund für Kontroversen und Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patienten im Endstadium.

Schauen wir uns nun einige Argumente, Vor- und Nachteile der Sterbehilfe an. Insbesondere die sogenannte aktive Sterbehilfe im Gegensatz zur passiven Sterbehilfe. Diese Unterscheidung wurde früher von Medizinethikern häufig in Diskussionen zu diesem Thema getroffen.

Passive Sterbehilfe bezeichnet jedoch das Vorenthalten oder Absetzen lebenserhaltender Maßnahmen. Im Verlauf der Diskussion wurde anerkannt, dass dies eigentlich keine Sterbehilfe im eigentlichen Sinne ist. Für echte Sterbehilfe muss eine Maßnahme aktiv sein, also etwas tun, um den Tod des Betroffenen zu beschleunigen.

Heute versteht man unter Sterbehilfe im Allgemeinen das, was früher als aktive Sterbehilfe bezeichnet wurde. Manchmal ist es jedoch hilfreich, zur Verdeutlichung den Begriff „aktive Sterbehilfe“ zu verwenden, um klarzustellen, dass es sich um eine Situation handelt, in der aktiv etwas unternommen wird, um den Tod eines Menschen zu beschleunigen. James Rachels verfasste vor vielen Jahren einen klassischen Artikel zur Verteidigung der Sterbehilfe bzw. der aktiven Sterbehilfe.

Er argumentiert, dass, sobald entschieden ist, dass ein Patient sterben darf, die Tötung des Patienten moralisch vertretbar oder sogar vorzuziehen sein kann, um den Tod zu beschleunigen, wenn man weiß, dass er unausweichlich ist. Er führt Beispiele an, in denen die Tötung des Patienten dem Sterben vorzuziehen erscheint, etwa bei einem Patienten mit unheilbarem Bauchspeicheldrüsenkrebs im Stadium 5. Ich

kenne Menschen, ich hatte Kollegen, die an Bauchspeicheldrüsenkrebs gestorben sind, einer der schwersten und aggressivsten Krebsarten.

Mir ist kein Fall bekannt, in dem sich jemand davon erholt hat. Sicherlich ist es in manchen Fällen möglich, wenn die Krankheit früh genug erkannt wird. Aber in allen mir bekannten Fällen ist die Person letztendlich gestorben, und gegen Ende, bei vielen Krebserkrankungen, leidet sie unerträglich.

Und man weiß, dass die Person sterben wird; es ist nur eine Frage der Zeit. Vielleicht wissen wir, dass es nur noch Tage oder sogar Stunden sind. Warum sollte man die Person qualvoll leiden lassen, wenn man weiß, dass sie bald nicht mehr da sein wird?

Ist es also nicht humaner, den Tod eines Menschen zu beschleunigen? Es gibt da dieses alte Sprichwort: Ich glaube, es gab mal einen Film mit dem Titel: „Sie töten Pferde, nicht wahr?“ Wir tun das, um einem Tier gegenüber barmherzig und human zu sein, warum also nicht auch unseren Mitmenschen? Rachel untermauert sein Argument mit einem Gedankenexperiment, einer Veranschaulichung. In beiden Fällen – Smith und Jones – geht es jeweils um zwei Personen. Sie haben einen Neffen, von dem sie im Falle seines Todes ein beträchtliches Erbe erhalten würden. Smith passt gerade auf seinen Neffen auf, als dieser in der Badewanne stürzt, sich den Kopf stößt und mit dem Gesicht nach unten ins Wasser fällt. Er weiß, dass er im Falle des Ertrinkens seines Neffen ein riesiges Erbe antreten wird.

Als der Junge gerade aus dem Wasser aufstehen will, drückt Smith seinen Kopf nach unten und ertränkt ihn. Nun befindet sich Jones in derselben Lage. Sein Neffe stürzt ebenfalls, stößt sich den Kopf in der Badewanne und fällt mit dem Gesicht voran ins Wasser.

In diesem Fall hielt Jones seine Hand über den Kopf seines Neffen, um ihn, falls er zu sich kommen sollte, unter Wasser drücken zu können. Doch der Junge kam nicht zu sich und ertrinkt ohne Jones' Eingreifen. Die Frage ist also: Wer hat Schlimmeres getan? Rachel argumentiert, dass beide gleichermaßen Schlimmes getan haben. Jones' Handeln sei nicht besser, nur weil er den Kopf seines Neffen nicht unter Wasser hielt oder ihn in irgendeiner Weise berührte.

Er hat seinen Neffen nicht aktiv getötet, aber es war trotzdem genauso falsch, weil er letztendlich dessen Tod herbeiführte. Es besteht also eine Art moralische Gleichwertigkeit zwischen zwei identischen Situationen, nur dass im einen Fall aktiv gehandelt wird und im anderen passiv. Wenn Töten und Sterbenlassen in diesem Fall moralisch gleichwertig sind, warum sollten sie dann nicht auch moralisch gleichwertig sein, wenn man aus einem guten Grund tötet oder sterben lässt? Genau damit versucht James Rachel unsere Intuition bezüglich der aktiven und passiven Vorsorge für den Tod eines Menschen in einer Sterbesituation zu beeinflussen.

Warum aber neigen wir dazu, Töten als schlimmer als Sterbenlassen zu betrachten? Er erkennt an, dass dies eine weit verbreitete Haltung ist. Wir sehen aktives Töten tendenziell als schlimmer an, als jemanden sterben zu lassen. Seine Antwort darauf lautet, dass es in der Regel weniger verantwortungsvoll geschieht.

Wenn wir von Tötungsdelikten hören, handelt es sich fast immer um Mord . Hier sprechen wir jedoch von Situationen, in denen die Tötung moralisch vertretbar wäre und die Absicht gut ist. Sie geschieht zum Wohle des Opfers.

Es geschieht nicht gegen ihren Willen, anders als es oft der Fall ist, wenn wir in den Nachrichten von Tötungsdelikten hören. Daher müssen wir unsere Haltung dem Kontext, den Absichten und den jeweiligen Zielen anpassen. In vielen Fällen geht es darum, den Willen der sterbenden oder palliativpflegebedürftigen Person zu respektieren.

Wenn dies ihr Wunsch ist und ihr weiteres Leben ohne Sterbehilfe unerträgliches Leiden mit sich bringen würde, müssen wir dies laut Rachel und anderen Befürwortern der Sterbehilfe mit mehr Verständnis betrachten. Er untermauert seine Argumentation daher mit einigen weiteren Punkten. Dies sind lediglich allgemeine Argumente, die Rachel und andere zur Verteidigung der Sterbehilfe angeführt haben.

Die aktive Beschleunigung des Todes eines Menschen um seiner selbst willen. Es gibt ein utilitaristisches Argument, das darauf hinweist, dass Sterbehilfe insgesamt zu mehr Glück und weniger Leid führt. In vielen Fällen ist sie, wie bereits erwähnt, ein Akt der Barmherzigkeit, da sie das Wohlbefinden maximiert und das Leid des Sterbenden minimiert.

Und für Freunde und Angehörige, die nicht wollen, dass ihre Lieben von Schmerzen erlöst werden, insbesondere von unerträglichen Schmerzen und Qualen. Dann gibt es noch das Argument der Goldenen Regel. Wenn Sie sich fragen: „Wenn Sie im Sterben lägen, Ihr Tod sicher oder nahezu sicher wäre und Sie sich vor Schmerzen winden würden, würden Sie dann nicht lieber sterben?“ Manchmal kommt diese Frage in beiläufigen Gesprächen auf.

Würdest du lieber so oder so sterben? Wenn du dein Schicksal selbst bestimmen könntest, wie würdest du am liebsten sterben? Die allgemeine Antwort lautet: „Ich möchte es schnell und so schmerzlos wie möglich.“ Wenn das also ein Indiz für persönliche Präferenzen ist, impliziert die Anwendung der Goldenen Regel auf Menschen in der Sterbephase dann nicht in manchen Fällen die Angemessenheit von Sterbehilfe? Rachel geht anschließend auf das Argument der möglichen Genesung ein: „Wir wissen in vielen Fällen einfach nicht sicher, ob ein Mensch genesen kann.“

Und letztendlich kann eine Diagnose falsch sein. Auch Ärzte sind nicht unfehlbar. Sie stellen Prognosen und sogar Diagnosen, die mitunter nicht zutreffen.

Spricht das also nicht dafür, dass es klüger wäre, zu versuchen, die Person so lange wie möglich am Leben zu erhalten? Rachels Antwort darauf lautet, dass Ärzte zwar manchmal irren, das aber nicht bedeutet, dass sie nie wissen, wann ein Fall hoffnungslos ist. Man müsse jeden Fall einzeln betrachten. Und wenn mehrere Ärzte, die einen bestimmten Patienten behandeln, der Überzeugung sind, dass keine Genesung möglich ist, dann wäre dies laut Rachel eine Situation, in der Sterbehilfe moralisch vertretbar wäre.

Auf der anderen Seite lassen sich zahlreiche Argumente für die Ansicht anführen, dass Sterbehilfe immer falsch ist. Vor vielen Jahren veröffentlichte der Medizinethiker Ronald Munson unter dem Pseudonym J. Gay Williams einen Artikel. Seine persönliche Position deckt sich eher mit Rachels Ansicht. Als er jedoch diese Anthologie zusammenstellte – ich glaube, es handelte sich um eine Anthologie zur Medizinethik –, fand er keinen passenden Artikel, der die Position gegen Sterbehilfe verteidigte. Daher verfasste er selbst einen und wählte dann dieses Pseudonym, vermutlich weil er nicht zu sehr mit Argumenten gegen Sterbehilfe in Verbindung gebracht werden wollte.

Das ist interessant. Ich habe viele gut ausgearbeitete Argumente und Artikel von Leuten wie Leon Kass gelesen, die sich gegen Sterbehilfe aussprechen, aber dieser Artikel ist der bekannteste und wurde dutzende Male, wenn nicht hunderte Male, in Anthologien aufgenommen. Ich habe im Laufe der Jahrzehnte in meinen Ethikkursen verschiedene Lehrbücher verwendet, und dieser Artikel von Gay Williams und dieser Artikel von Munson sind in jedem einzelnen enthalten.

Es ist jedoch prägnant, und er bringt seine Argumente klar und größtenteils überzeugend zum Ausdruck. Laut Munson – wir nennen ihn hier Gay Williams – ist Sterbehilfe falsch; sie ist an sich falsch und verwerflich, sowohl aus eigennütziger als auch aus praktischer Sicht. Daher sei die Entscheidung, lebensrettende Maßnahmen zu unterlassen, selbst bei einem sterbenden Patienten, der an einer Verletzung oder Krankheit stirbt, keine Sterbehilfe, da die Verletzung oder Krankheit die Todesursache sei.

Er bestätigt also meine vorherige Aussage, dass wir bei der Sterbehilfe nicht zwischen aktiv und passiv unterscheiden müssen. Es geht um die aktive Beschleunigung des Sterbeprozesses. Zunächst führt er ein Argument aus der Natur an. Er sagt, jeder Mensch habe einen natürlichen Lebenswillen, und unser Körper sei auf dieses Überleben ausgelegt.

Das ist im Grunde das Argument des Naturrechts, das wir bereits besprochen haben. Laut der Naturrechtslehre ist der Begriff des Telos, also eines bestimmten Lebensplans, in allem, was wir in der Natur beobachten, erkennbar – auch in unserem eigenen Körper. Unser Körper ist auf Überleben ausgerichtet, und die

verschiedenen Organe in uns, ihre Funktionen und alles, was sie tun, erhalten unser Leben. Alles an uns, anatomisch und physiologisch, zeugt von diesem Lebenswillen. Und Sterbehilfe widerspricht diesem Lebenswillen und dem Telos, der in jedem Lebewesen, einschließlich des Menschen, so deutlich erkennbar ist.

Sterbehilfe verstößt gegen den natürlichen Überlebensinstinkt. Wie er es ausdrückt, widerspricht sie der Natur und unserer Würde. Hinzu kommt das Argument des Eigeninteresses: Mit der Sterbehilfe ist jede Genesung ausgeschlossen. Es ist eine endgültige Entscheidung, von der es kein Zurück gibt.

Aus diesem Grund kann Sterbehilfe unseren eigenen Interessen zuwiderlaufen. Wenn eine Fehldiagnose vorliegt, sich während des Sterbeprozesses eine neue Behandlungsmethode entwickelt, eine spontane Genesung eintritt oder gar ein Wunder geschieht, dann haben wir durch die Beschleunigung des Todes verhindert, dass die Person möglicherweise Monate oder Jahre weiterlebt. Solche Überlegungen spielen im Zusammenhang mit der Todesstrafe eine Rolle, die wir später als Argument gegen die Todesstrafe besprechen werden.

Da in jedem Einzelfall ein Fehltrail möglich ist und es sich hier tatsächlich um eine unschuldige Person handelt, führen Gegner der Todesstrafe dies oft als Argument gegen die Todesstrafe an. Auch hier liegt eine ähnliche Logik vor. Eine falsche Diagnose oder Prognose ist immer möglich.

Warum also nicht eine Entscheidung treffen, die im besten Interesse der betroffenen Person liegt und ihr zumindest die Möglichkeit offenlässt, weiterzuleben, vielleicht sogar noch viele Jahre? Ein drittes Argument betrifft die praktischen Auswirkungen der weitverbreiteten Sterbehilfe auf die Ärzteschaft. Die Befürchtung ist, dass die routinemäßige Praxis, den Tod von Patienten zu ihrem eigenen Wohl oder um sie von ihrem Leiden zu erlösen, die Bereitschaft von medizinischem Fachpersonal zur Lebensrettung schwächen könnte.

Sie wissen, dass dies immer eine Möglichkeit ist. Sie sehen einen Menschen, der große Schmerzen leidet. Es scheint hoffnungslos.

Wenn diese Option also immer verfügbar ist, könnten sie tatsächlich darauf zurückgreifen, nicht nur routinemäßig, sondern auch in Situationen, in denen dies eigentlich nicht gerechtfertigt ist und die Überlebenschancen einer Person deutlich höher sind als angenommen. Die Sorge besteht daher, dass sich das medizinische Fachpersonal möglicherweise nicht mehr so intensiv um die Genesung schwer kranker Patienten bemüht, was sich insgesamt nachteilig auf das Gesundheitswesen auswirken könnte.

J. Gay Williams warnt also vor einer Art Dammbrech und bezieht das Konzept des ärztlich assistierten Suizids in diesen Kausalzusammenhang ein. Wenn wir den Suizid

– der weniger kontrovers ist als ärztlich assistierter Suizid und Sterbehilfe, da es sich beim Suizid um eine eigenständige Handlung handelt – befürworten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass wir auch ärztlich assistierten Suizid, die Bevollmächtigung anderer zur Durchführung des Suizids oder die Selbstinstruktion zur Sterbehilfe befürworten.

Der nächste Schritt besteht darin, dass andere Menschen die Sterbehilfe für den Patienten leisten, im Einklang mit dessen Wünschen oder Entscheidungen. Von dort aus gelangt man zur unfreiwilligen Sterbehilfe, bei der die eigenen Wünsche oder Präferenzen unbekannt sind oder sogar gegen den Willen des Betroffenen gerichtet werden. Wenn es zu seinem Besten ist, wie viel zählt dann noch der eigene Wille? Und schließlich führt dies zu einer Pflicht zum Sterben, nicht nur zur Option oder moralischen Akzeptanz der Sterbehilfe, sondern zu einer Pflicht zum Sterben. Die Sorge besteht darin, dass dies in unserer Kultur so weit verbreitet und üblich werden könnte, dass Menschen eines bestimmten Alters, die eine besondere finanzielle Belastung für ihre Familie darstellen, innerhalb der Familie oder in der Gesellschaft als – wie die Nazis sagten – „nutzlose Esser“ gelten.

Oma, Opa, es ist wirklich Zeit für euch zu gehen. Ihr habt lange gelebt und seid uns im Grunde eine Last. Nicht, dass wir das jemals aussprechen würden, aber wir gehen davon aus, dass ihr euch und uns einen Gefallen tut und uns diesen Weg gehen lasst.

Sie haben eine moralische Verpflichtung zu gehen. Das ist die Sorge. Um es ganz deutlich zu sagen: Das ist eine allgemeine Befürchtung, die viele Sterbehilfegegner in der Wissenschaft geäußert haben.

Als Antwort darauf kommen wir nun zur Bibel und zur Sterbehilfe. Jemand wie James Rachels würde dazu sagen, dass wir, wenn wir behutsam vorgehen und diese Bedenken ernst nehmen, einen gefährlichen Weg vermeiden und die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen respektieren können. Wenn wir die Autonomie des Sterbenden in den Mittelpunkt stellen, müssen wir uns keine Sorgen um Fälle von unfreiwilliger Sterbehilfe machen, die gegen den Willen des Betroffenen verstoßen, geschweige denn gegen die Pflicht zu sterben.

Das sind einige gängige Argumente gegen Sterbehilfe. Gut, also die Bibel und Sterbehilfe. Schauen wir uns einige Argumente für und gegen Sterbehilfe an.

Manche argumentieren, es sei moralisch bedeutsam, dass die Bibel Linderung von Leiden und Barmherzigkeit befürwortet, da dies eine Annahme begründe, die den Tod eines Menschen beschleunigen könne, da es extremes Leid gebe und es lediglich einer allgemeinen biblischen Norm entspreche, Menschen Barmherzigkeit zu erweisen und Schmerzen zu lindern. Auch der Tod wird in der Heiligen Schrift als wünschenswert angesehen. Ein Psalm sagt: „Kostbar ist in den Augen des Herrn der Tod seiner Heiligen.“

Und Paulus sagt in Philipper 1: „Denn für mich ist Christus das Leben und Sterben ein Gewinn.“ Begründen diese Bibelstellen also auch eine Annahme, die in bestimmten Fällen für Sterbehilfe oder ärztlich assistierten Suizid spricht? Drittens wird mitunter argumentiert, dass das sechste Gebot, nicht zu töten, nicht absolut sei. Es lasse Ausnahmen zu.

Wir wissen, zumindest würden die meisten zustimmen, dass eine Ausnahme die Tötung in Notwehr darstellt, insbesondere aus biblischer Sicht, sowie die Todesstrafe, die im alten Israel zur Zeit des Alten Testaments weit verbreitet war. Sie wurde von demselben Gott geboten, der sagte: „ Du sollst nicht töten.“ Er sagte: „ Tötet die, die töten.“

Die Todesstrafe für Mörder, Vergewaltiger usw. sollte verhängt werden, ebenso wie ein gerechter Krieg. In vielen Fällen wurde Israel sogar befohlen, ganze Völker auszulöschen. Im Alten Testament finden sich zahlreiche von Gott angeordnete Tötungen.

Das Gebot, nicht zu töten, ist im Dekalog also eindeutig relativiert. Die Frage lautet daher nicht einfach: Töten oder nicht töten?, sondern: Wann ist Töten gerechtfertigt? Befürworter der Sterbehilfe könnten argumentieren, dies sei eine weitere Ausnahme.

So wie es in Fällen von Selbstverteidigung, im gerechten Krieg oder bei der Verhängung der Todesstrafe gerechtfertigt sein mag, so mag es auch gerechtfertigt sein, einen Menschen im Endstadium unerträglicher Schmerzen zu töten und seinen Tod zu beschleunigen. Dies sind biblische Argumente, die mitunter zur Verteidigung der Sterbehilfe angeführt werden. Das zentrale Argument gegen Sterbehilfe ist die Heiligkeit des Lebens, die Vorstellung, dass menschliches Leben heilig ist, wir von Gott nach seinem Bild geschaffen wurden und Gott uns das Leben geschenkt hat.

Er hat uns das Leben geschenkt. Er erhält unser Leben und bewahrt es. Wir gehören Gott.

Wir gehören uns nicht selbst. Das sagt Paulus. Die Aussage lautet also, dass wir nicht auf unser Recht auf Leben verzichten können.

Wir sprechen vom Recht auf Leben. Gott hat dir dieses Recht auf Leben gegeben, aber es ist nicht dein Recht, es zu missachten, denn Gott gehört dir. Du bist Gottes Eigentum.

Dieses Argument brachte Sokrates in einem Dialog Platons vor: Selbstmord sei eine Beleidigung Gottes. Und im übertragenen Sinne würde Sokrates wohl auch Sterbehilfe oder ärztlich assistierten Suizid ablehnen, da man damit Gottes Eigentum

zerstöre. Zumindest die Grundidee findet sich bei Sokrates. Wenn auch nicht bei Platon, der in manchen Fällen sogar Kindstötung befürwortete.

Es gäbe also Meinungsverschiedenheiten, vorausgesetzt, Sokrates und Platon wären unterschiedlicher Meinung. Zweitens ist die vorsätzliche Tötung eines unschuldigen Menschen laut den heiligen Schriften verboten. Es wird argumentiert, dass dieses Verbot, sofern in den heiligen Schriften keine ausdrücklichen Ausnahmen genannt werden, zu beachten ist.

Die Bibel kennt keine Ausnahme für Sterbehilfe. Die von mir erwähnten Ausnahmen – gerechter Krieg, Selbstverteidigung und Todesstrafe – sind hingegen ausdrücklich genannt. Derartige Ausnahmen finden sich in der Bibel nicht, wenn es um die Tötung von Menschen mit tödlichen Krankheiten oder lebensbedrohlichen Verletzungen geht.

Und schließlich, dass Leiden einen Wert hat. Dies wird an verschiedenen Stellen in der Heiligen Schrift betont. Im ersten Kapitel des Jakobusbriefes, im ersten Petrusbrief und anderswo sollten wir das stets bedenken.

Leiden hat seinen Wert, sowohl im Hinblick auf die Charakterbildung und die Möglichkeit für andere, den Leidenden zu trösten, als auch auf die allgemeine biblische Sichtweise auf Leben, Tod und Jenseits. Die Idee dahinter ist, dass der Tod unnatürlich ist.

Es ist ein Feind, der überwunden werden muss. Es ist etwas, das bekämpft und dem man widerstehen muss. Dies wird an zahlreichen Stellen in der Heiligen Schrift betont.

Da ist das alte Gedicht von Dylan Thomas: „Geh nicht sanft in jene gute Nacht. Wüte, wüte gegen das Sterben des Lichts.“ Das Gedicht fährt fort, dass wir dem Tod widerstehen sollten.

Dylan Thomas war zutiefst erschüttert über den Tod seines Vaters und darüber, dass dieser sich nicht gewehrt oder um sein Leben gekämpft hatte. Das bereitete Dylan Thomas große Sorgen, denn er wollte, dass sein Vater überlebt. Es ist ein natürlicher Instinkt, am Leben zu bleiben.

Viele Menschen sprechen von einem würdevollen Tod. Diejenigen, die diesen Ausdruck verwenden, neigen dazu, ihn im Kontext der Sterbehilfe zu verwenden. Irgendwie sei es der würdevollere Weg, dem Tod freiwillig zu erliegen.

Man könnte das Argument auch von der anderen Seite vorbringen. Bis zum Schluss zu kämpfen, das ist würdevoll. Das ist der Kern dieser Argumentation.

Wir sollten dem Tod widerstehen und ihn bekämpfen. Er ist ein Feind, dem wir uns stellen müssen. So war es auch bei meinem Vater.

Er wurde zur Sterbehilfe eingeladen. Er litt an einem Lungenemphysem. Er selbst hatte sich zeitweise gewünscht, eingeschläfert zu werden.

Er meinte, ich solle Jack Kevorkian, den Todesarzt, anrufen, damit dieser seine Selbstmordmaschine an meinem Vater anschließen könne. Sein Lungenemphysem war durch eine Lungenentzündung verschlimmert. Das war 1997.

Meine Familie war etwas gespalten. Er war nach Hause gebracht und in ein Hospiz aufgenommen worden, man wartete im Grunde darauf, dass mein Vater starb. Ich hatte genug Zeit im medizinischen Bereich verbracht, fünf Jahre lang hatte ich für einen Tierarzt gearbeitet.

Ich war in diesem technischen Bereich tätig. Außerdem habe ich einige Jahre als Sachbearbeiterin für Lungenfachärzte gearbeitet. Ich habe viel Zeit in Krankenhäusern verbracht und Menschen in verschiedenen Stadien des Sterbens gesehen.

Viele würden sich unerwartet erholen. Ich wusste, dass es möglich war, dass sich ein Patient, dessen Zustand hoffnungslos schien, noch einmal erholte. Ich dachte, das könnte auch bei meinem Vater der Fall sein.

Er war nach Hause geschickt worden. Er bekam Morphium, nur um die Schmerzen zu lindern. Die meisten meiner Familienmitglieder hatten die Hoffnung schon aufgegeben, dass er in Kürze sterben würde.

Ich dachte vor allem daran, ob wir ihn dazu bringen könnten, besser zu essen. Im Krankenhaus aß er gar nichts. Er hatte stark abgenommen.

Ich dachte, er müsse wieder zu Kräften kommen. Ich sagte ihm: „Ich gebe dir alles. Was immer du essen möchtest, ich besorge es dir.“

Wir müssen dich wieder zu Kräften bringen, und du hast jetzt eine Chance. Ich fing an, ihm die Lebensmittel einzuflößen und ihm weiterhin Morphium zu geben, was die Schmerzen so weit linderte, dass er seinen Appetit wiedererlangte. Meine Mutter und einer meiner Brüder setzten sich zu mir und sagten: „Weißt du, du belügst dich selbst.“

Dein Vater wird sterben. Er kann unmöglich wieder gesund werden. Ich sagte: „Nun, ich habe das schon mal erlebt.“ Sie sagten: „Nein, dein Vater stirbt.“ Sie waren sehr unnachgiebig. Ich sagte: „Lasst mich das einfach tun. Er hat Hunger. Ich werde ihn weiter füttern.“ Was geschah? Nun, er wurde immer stärker und erholte sich. Er

lebte noch vier Jahre. In der Zwischenzeit wuchs sein Glaube sehr. Er las die Evangelien.

Es war faszinierend, seine langsame, spirituelle Entwicklung mitzuerleben. Das waren wertvolle Jahre. Meine Mutter und mein Bruder gaben später zu: „Du hattest recht, Jim.“

Wir dachten, es gäbe keine Chance. Seine Ärzte dachten, es gäbe keine Chance. Ehrlich gesagt, ich dachte, es gäbe nur sehr geringe Chancen.

Aber angesichts dieser einen Wahrscheinlichkeit habe ich alles versucht, um sie so gut wie möglich zu erhöhen. Dank Gottes Fügung erholte sich mein Vater und lebte noch vier Jahre. Wie bereits erwähnt, war dies für ihn spirituell sehr bedeutsam.

Man weiß es nie. Es mag sich anfühlen, als würde man gegen alle Hoffnung hoffen. Es mag sogar töricht erscheinen, darauf zu hoffen.

Aber Gott kann Erstaunliches vollbringen. Der Schlüssel lag in diesem Fall in der Wandlungsfähigkeit. Tatsächlich verbinde ich dieses Wort bis heute immer mit etwas Gutem.

Da dies entscheidend war, um die Schmerzen zu lindern und den Appetit meines Vaters aufrechtzuerhalten, sodass er essen und wieder zu Kräften kommen konnte, erinnere ich mich nicht, dass er ernsthafte Entzugserscheinungen davon hatte. Ich weiß nicht, ob und wie abhängig er davon war.

Doch der Gebrauch von Betäubungsmitteln kann, obwohl unser Land ein gravierendes Problem mit Opioidabhängigkeit hat, für Menschen mit unerträglichen Schmerzen ein großer Segen sein – sie nutzen Opiode, starke Betäubungsmittel, zur Schmerzlinderung. Aber was ist, wenn der Gebrauch von Betäubungsmitteln den Tod sogar beschleunigen kann? Hier ist eine weitere persönliche Erfahrung, die ich gemacht habe.

Ein oder zwei Jahre bevor mein Vater schwer erkrankte, im Jahr 1997, lag die Tante meiner Mutter im Sterben. Sie war etwa 91 oder 92 Jahre alt. Sie befand sich im Endstadium, und ihre Nieren versagten.

Das ist wirklich der Moment, in dem man weiß, dass jemand im Sterben liegt. Der Arzt fragte meine Mutter, ob sie meiner Tante starke Schmerzmittel geben sollte, um ihren Tod zu beschleunigen. Meine Mutter wusste keine Antwort, weil sie einfach nicht wusste, was in diesem Fall das Beste wäre. Deshalb verwies sie den Arzt an mich, der mich fragte, ob wir das tun könnten. Wir bräuchten nur Ihre Zustimmung.

Wir fragten, weil dies ihren Tod beschleunigen würde. Ich fragte: „Um wie viel?“ Er sagte: „Ich weiß nicht, 8, 10, 12 Stunden.“ Also dachte ich darüber nach und sagte: „Nur zu.“

Sie taten es also, und meine Großtante starb noch am selben Tag. Als mir diese Frage gestellt wurde, wandte ich das Prinzip der Doppelwirkung an, das in der christlichen Ethik, insbesondere im Naturrecht und der römisch-katholischen Tradition, eine lange Tradition hat und als hilfreich bei Entscheidungen in Situationen gilt, in denen eine bestimmte Handlungsweise sowohl gute als auch schlechte Folgen haben kann. Wann, wenn überhaupt, ist es vertretbar, eine solche Handlungsweise zu wählen, wohl wissend, dass sie gemischte Auswirkungen haben wird? Und genau das war hier mit meiner Großtante der Fall.

Nach dem Prinzip der Doppelwirkung sind solche Handlungen nur dann gerechtfertigt, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllen. Erstens darf das Böse nicht das Mittel zum Zweck sein, um eine gute Wirkung zu erzielen. Zweitens darf das Böse nicht unmittelbar beabsichtigt sein.

Und drittens muss ein verhältnismäßiger Grund für die Handlung trotz ihrer negativen Folgen vorliegen. Der vorhersehbare Nutzen muss also mindestens so groß sein wie der vorhersehbare Schaden. Das ist das Prinzip der Doppelwirkung.

Im Fall meiner Großtante erfüllt die Gabe dieser starken Schmerzmittel, die ihren Tod beschleunigen würden, die erste Bedingung, dass das Böse nicht das Mittel zum Erreichen des Guten sein darf. Das Gute ist die Linderung ihrer Schmerzen. Das Böse ist ihr schnellerer Tod, aber das ist nicht das Mittel zum Erreichen des Guten.

Das Mittel ist das Betäubungsmittel selbst. Das Übel, dass sie etwas früher stirbt, ist eine Nebenfolge. Zweitens ist es nicht direkt beabsichtigt.

Ziel der Verabreichung dieser Schmerzmittel war es, ihre Schmerzen zu lindern oder zumindest drastisch zu reduzieren. Es war nicht... Ziel war es nicht, sie zu töten oder ihren Tod zu beschleunigen. Es war also nicht die direkte Absicht.

Drittens gab es einen verhältnismäßigen Grund für die Verabreichung der Schmerzmittel, da ihre Schmerzen dadurch drastisch gelindert würden. Und wir sprechen hier nur von wenigen Stunden. Es geht nicht darum, ihr das Leben zu nehmen oder ihren Tod Monate oder Jahre vor dem Zeitpunkt herbeizuführen, an dem sie ohnehin gestorben wäre.

Und da sie ohnehin kaum bei Bewusstsein war, eigentlich nur stöhnte und sich wand, soweit sie überhaupt noch etwas von sich begriff, war es reines Schmerzerleben. Die Beschleunigung ihres Todes um einige Stunden wird ganz klar durch den Nutzen, sie

von ihren Schmerzen zu erlösen, aufgewogen. Daher habe ich diese Entscheidung auf Grundlage des Prinzips der doppelten Wirkung getroffen.

Das mag manch einer anzweifeln. Es handelt sich aber in jedem Fall um ein sehr nützliches Prinzip, das in vielen Fällen der Palliativversorgung sowie in anderen Kontexten Anwendung findet. Tatsächlich werden wir in einer separaten Vorlesung zum Thema Tierschutz und Tierrechte erläutern, wie das Prinzip der Doppelwirkung in diesem Zusammenhang nützlich ist.

Damit ist unsere Diskussion über Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid abgeschlossen.

Hier spricht Dr. James Spiegel im Rahmen seiner Lehre zur christlichen Ethik. Dies ist Sitzung 14: Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid.