

ganisieren. Das kann nicht so bleiben. Für diese Menschen muss es Notausgänge geben, durch die sie in Würde und ohne sinnlose Qualen gehen können.

Ich möchte das an meinem Beispiel deutlich machen. Ich sitze seit 47 Jahren im Rollstuhl und habe trotzdem ein schönes und selbstbestimmtes Leben geführt. Irgendwann wird es zu Ende gehen. Aber wie? Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkremente mit Gummihandschuhen unten wieder herausholen lassen. Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder bössartiger Idiot vor mich hindämmern. Und ich möchte ganz allein entscheiden, wann es so weit ist und ich nicht mehr will, ohne Bevormundung durch einen Bischof, Ärztepräsidenten oder Bundestagsabgeordneten.

Und wenn ich das entschieden habe, möchte ich mich ungerne vor einen Zug rollen oder mir, wie das verschiedentlich empfohlen wird, eine Plastiktüte über den Kopf ziehen, bis ich ersticke. Ich möchte auch nicht in die Schweiz fahren und mich dort auf einem Parkplatz oder in einem Hotelzimmer von Mitarbeitern der Sterbehilfe Exit einschläfern lassen. Ich möchte bei mir zu Hause, wo ich gelebt habe und glücklich war, einen Cocktail einnehmen, der gut schmeckt und mich dann sanft einschlafen lässt.« (Reiter 2014)

In Reiters in Auszügen öffentlich verlesenem Abschiedsbrief hieß es: »Nach fast 50 Jahren im Rollstuhl haben meine körperlichen Kräfte in den letzten Monaten so rapide abgenommen, dass ich demnächst mit dem völligen Verlust meiner bisherigen Selbständigkeit rechnen muss [...]. Parallel dazu beobachte ich auch ein Nachlassen meiner geistigen Fähigkeiten, das wohl kürzer [sic] oder später in einer Demenz enden wird. Ich habe mehrfach erklärt, dass ein solcher Zustand nicht meinem Bild von mir selbst entspricht und dass ich nach einem trotz Rollstuhl selbstbestimmten Leben nicht als ein von Anderen abhängiger Pflegefall enden möchte. Aus diesem Grund werde ich meinem Leben jetzt selbst ein Ende setzen.« (Tolmein 2014)

Reiters Position und Suizid stießen damals auf sehr gespaltene öffentliche Reaktionen (vgl. Müntefering 2014).

Fall #3 André und Dorine Gorz:

Der renommierte jüdisch-österreichisch-französische Sozialphilosoph und Publizist, Mitbegründer des *Nouvel Observateur*, hat sich 2007 im Alter von 86 Jahren gemeinsam mit seiner schwerkranken Ehefrau Dorine getötet. Im Jahr zuvor hatte er in einem langen anrührenden Liebesbrief, dem in Deutschland wenige Tage vor dem Doppelsuizid veröffentlichten *Brief an D*, diesen Plan bereits anklingen lassen: Nicht allein wolle er seine jahrzehntelange Gefährtin gehen lassen, sondern gemeinsam mit ihr aus dem Leben scheiden. Da heißt es zu Beginn: »Du wirst zweiundachtzig. Du bist sechs Zentimeter kleiner geworden, du wiegst nur noch fünfundvierzig Kilo, und immer noch bist du schön, graziös und begehrenswert. Seit achtundfünfzig Jahren leben wir nun zusammen, und ich liebe dich mehr denn je. Erst kürzlich habe ich mich erneut in dich verliebt, [...]« Und etwa achtzig Seiten später: »Ich will nicht bei Deiner Einäscherung dabei sein; ich will kein Gefäß mit Deiner Asche erhalten.« Und schließlich: »Jeder von uns möchte den anderen nicht überleben müssen.« (Gorz 2007, 5 und 83 f.)

Diese drei Fälle sind so gewählt, dass sie – zumindest als konkrete Einzelfälle – allesamt mit Respekt rechnen können, in unterschiedlichem Maße wohl auch mit Mitleid oder Zustimmung. Es sind Fälle, die veranschaulichen, worum es den Befürwortern von Suizidhilfe geht. *Urban Grill* musste dafür *contre cœur* in die Schweiz fahren, weil er keinen deutschen Arzt hatte, der ihm zu helfen bereit war. *Udo Reiter* musste sich mit einer Pistole erschießen, deren illegaler Besitz und rechter Gebrauch etlichen vergleichbar Verzweifelten nicht zuzumuten sein dürfte. *André Gorz* schließlich muss jemanden gekannt haben, der ihm zu dem Gift verhalf, mit dem er und seine Frau sich das Leben nehmen konnten.

Manche Kritiker einer gesellschaftlich akzeptierten Suizidhilfe-Praxis tadeln das Argumentieren mit anrührenden Fallbeispielen, das von den Gefahren einer verallgemeinernden Regelung absehe und ablenke. Ich werde später darauf zurückkommen, da sich die Perspektiven auf Einzelfälle und auf eine ›Praxis‹ (verstanden als geregelter Umgang mit vielen Fällen) tatsächlich maßgeblich unterscheiden. Fürs Erste aber sollen

die skizzierten Fälle lediglich als Ausgangsbasis dienen – zum einen, um die Stoßrichtung derer zu veranschaulichen, die Suizidhilfe unter bestimmten Umständen für ethisch zulässig oder sogar geboten halten (meine eigene Position); zum anderen, um anhand dieser Beispiele relevante Aspekte zu diskutieren, in denen sich Einzelfälle und verallgemeinernde Praxis-Bedingungen unterscheiden können.

Genau betrachtet haben die drei Beispielfälle indirekt mit den Entwicklungen der modernen Medizin zu tun, weil ihre Protagonisten länger und anders gelebt haben, als sie es in früheren Zeiten gekonnt hätten. Aber in keinem der drei Beispiele entsteht der Sterbewunsch gewissermaßen als Schattenseite der modernen Medizin. Im Gegenteil. Für viele Leidende liegt das anders, denn nämlich, wenn es um tödliche Entscheidungen in direktem Gefolge der modernen Medizin geht. Deren rasanter (und hoffentlich anhaltender) Fortschritt, wie wir ihn insbesondere seit den 1960er Jahren erleben, hat mit dem Einzug von Intensivmedizin, hochwirksamen Medikamenten und vielen anderen Eingriffsmöglichkeiten unzählige Leben gerettet, Krankheiten geheilt, Leiden gemildert. Zugleich allerdings trägt dieser Segen dazu bei, dass Patienten häufiger als früher in die Situation geraten, sich ihren eigenen Tod zu wünschen. So überleben viele Menschen nach Unfällen und Erkrankungen, an denen sie in früheren Zeiten gestorben wären, in einem körperlich oder geistig stark reduzierten Zustand. Zahlreiche Patienten erleben am Ende ihres Lebens Phasen des Leidens, des Siechtums, der krankheitsbedingten Eingeschränktheit und Pflegebedürftigkeit, wie sie unseren Urgroßeltern weitgehend fremd waren. Außerdem wissen viele Kranke dank der heutzutage möglichen medizinischen Diagnostik und Prognostik, dass sie an einer unheilbaren Krankheit leiden und welche Entwicklungen diese Erkrankung im besten wie im schlechtesten Falle nehmen kann.

Sterbewünsche, die unter solchen Umständen gebildet werden, können sich entweder auf Sterbehilfe durch Abbrechen oder Nicht-Aufnehmen lebenserhaltender Behandlungen – (s. Kap. 2.2) – richten. Oder, bei Menschen, deren Leben nicht an den sprichwörtlichen Schläuchen hängt, auf das Töten von eigener oder fremder Hand (Suizid- oder ›aktive‹ Sterbehilfe). Im

ersten Fall können die betroffenen Patienten für ihre Entscheidung zwei deutlich unterschiedliche Motive haben: Entweder erachten sie die konkrete Behandlung wegen ihres Aufwands oder ihrer Nebenwirkungen als zu belastend. Oder sie wünschen ihren Tod, weil ihr Leben mit Kontroll- oder Partizipationsverlusten, Schmerzen, Funktionseinschränkungen oder auch vermeintlichen Zumutungen für Dritte einhergeht (oder einherzugehen droht), die sie nicht ertragen möchten.

Neben der zunehmenden Verfügbarkeit lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen sind noch weitere Merkmale unserer modernen Gesellschaften mitursächlich dafür, dass mehr Menschen als früher angesichts von Krankheit und Alter ihr Sterben in die eigene Hand nehmen wollen. Hierzu gehören die massiv gestiegene Lebenserwartung und die zunehmende Säkularisierung der Gesellschaft. Aber auch der fortschreitende Wandel hin zu Kleinfamilien und großen Wohndistanzen zwischen nahestehenden Angehörigen – mit der Folge, dass in Deutschland etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen ihr Lebensende in Heimen zubringen muss, in denen manche wohl lieber nicht wohnten oder lägen.

2.2 Phänomene und Begriffe: Varianten von Sterbehilfe

Man unterscheidet oft zwischen *Sterbebegleitung* und *Sterbehilfe*. Meist wird unter Sterbebegleitung alles fürsorglich motivierte Handeln am Sterbebett verstanden, das den Zeitpunkt des Todes eintritts unbeeinflusst lässt. Hierzu gehören große Bereiche der symptomlindernden Palliativmedizin, körperliche Pflege, menschliche Zuwendung oder spirituelle Begleitung. Unter Sterbehilfe hingegen, um die allein es im Folgenden gehen wird, fallen wohlwollend motivierte Handlungen, die den Tod dessen, dem geholfen wird, bewusst herbeiführen oder beschleunigen könnten oder sollen. Fast immer wird Sterbehilfe als Handeln auf ausdrückliches Verlangen des Patienten verstanden und diskutiert.

Für manche Kritiker hat der Oberbegriff Sterbehilfe einen unangemessen positiven Unterton – wer könnte grundsätzlich etwas gegen erbetene Hilfe haben? Sie lehnen seine Verwendung daher ganz ab, um die unter ihn fallenden Handlungen nicht schon durch diese Etikettierung salonfähig zu machen. Noch verbreiteter scheint die Auffassung, der Oberbegriff Sterbehilfe umfasse lediglich Suizidhilfe oder Töten auf Verlangen, nicht aber die sogenannte passive oder die indirekte Variante (siehe unten). In diesem Geist hat beispielsweise die deutsche Bundesärztekammer ihre *Richtlinien für die Sterbehilfe* von 1979 vierzehn Jahre später als *Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung* fortgeschrieben, ohne dass es dabei einen inhaltlichen Fokuswechsel gegeben hätte (BÄK 1979; 1993).

Im angloamerikanischen Sprachraum wird statt von Sterbehilfe (*assistance in dying*) häufig allgemein von *euthanasia* gesprochen. Speziell in den Niederlanden wiederum verwendet man den Begriff *euthanasie* einzig für *aktive* Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten. Demgegenüber ist in Deutschland der aus der Antike stammende Begriff *Euthanasie* (sanftes Sterben, guter Tod) nachhaltig dadurch diskreditiert, dass die Nationalsozialisten ihre hunderttausendfachen Morde an behinderten und kranken Menschen mit diesem ursprünglich positiv gemeinten Etikett bemäntelten. Überhaupt werfen diese Verbrechen besonders in Deutschland bis heute dunkle Schatten auf Begriffe wie auf Inhalte der Sterbehilfe-Debatten.

Passive Sterbehilfe: Nach einem immer noch sehr üblichen Sprachgebrauch bezeichnet passive Sterbehilfe rein beschreibend jeden Behandlungsverzicht, mit dem der Tod eines Patienten absichtlich-wohlwollend herbeigeführt oder in Kauf genommen wird. Passive Sterbehilfe kann sowohl durch unterlassendes (>passives<) Handeln verwirklicht werden (etwa: durch Unterlassen einer anstehenden Dialysebehandlung) als auch durch tätiges (>aktives<) Handeln (etwa: durch Abstellen eines laufenden Beatmungsgeräts). Der Verzicht auf weiteren Lebenserhalt kann zudem von vornherein oder nach anfänglichen Behandlungsversuchen erfolgen, wenn diese nicht zu dem erhofften Erfolg geführt haben. Die Kausalkonstellation, die diese Va-