

**Fachgebiet**

**Philosophie**

**Selbstbestimmtes Sterben?**

*Patientenautonomie und medizinische Entscheidungen  
am Lebensende*

**Inaugural-Dissertation**

**zur Erlangung des Doktorgrades**

**der**

**Philosophischen Fakultät**

**der**

**Westfälischen Wilhelms-Universität**

**zu**

**Münster (Westf.)**

**vorgelegt von**

**Moon-Jeong Kim**

**aus Pusan, Korea**

**2006**

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 08. 2006

Dekan: Prof. Dr. Dr. h. c. Wichard Woyke

Referent: Prof. Dr. Kurt Bayertz

Korreferent: Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b> .....	5
-------------------------	---

## **TEIL 1**

### **Ideengeschichte der Patientenautonomie im Kontext gegenwärtiger gesellschaftlicher Entwicklungen**

<b>KAPITEL I</b> .....	13
------------------------	----

#### **ZUR ENTSTEHUNG DES AUTONOMIEGEDANKENS IN DER ARZT - PATIENT - BEZIEHUNG**

1. Hippokratische Medizin.....	15
2. Christliche Klostermedizin.....	19
3. Moderne naturwissenschaftliche Medizin.....	23

<b>KAPITEL II</b> .....	25
-------------------------	----

#### **ARZT UND PATIENT IM HEUTIGEN MEDIZINISCHEN ALLTAG**

1. Der medizinische Alltag der Gegenwart	
- Der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung durch gesellschaftliche und medizin-strukturelle Veränderungen.....	26
1.1 Arzt und Patient am Ende des 20. Jahrhunderts:	
<i>Technisierung - Spezialisierung - Ökonomisierung</i> .....	26
1.2 Der Strukturwandel der gegenwärtigen Medizin:	
<i>Anonymisierung - Juridifizierung - Probabilisierung</i> .....	30
2. Grundstrukturen der Arzt-Patient-Beziehung.....	36
2.1 Begegnung von Arzt und Patient : Krankheit und Gesundheit....	37
2.2 Die Rollen von Arzt und Patient.....	39
2.3 Kommunikation zwischen Arzt und Patient.....	42
3. Beziehungsmodell zwischen Arzt und Patient.....	45

3.1 Das hippokratisch - paternalistische Modell.....	46
3.2 Das Vertragsmodell.....	48
3.3 Das Partnerschaftsmodell.....	50
<b>KAPITEL III.....</b>	<b>52</b>
<b>DAS KONZEPT DES <i>INFORMED CONSENT</i>- AUF DEM WEG ZUM RESPEKT VOR DER PATIENTENAUTONOMIE</b>	
1. <i>Informed consent</i> als „Reaktion“ auf Versuche mit unfreiwilligen Probanden.....	54
2. <i>Informed consent</i> als rechtlich verbindlicher Anspruch im heutigen Gesundheitswesen.....	55
3. <i>Informed consent</i> – Einwilligung nach Aufklärung.....	58
3.1 Grundlegende bzw. notwendige Bedingungen des <i>informed consent</i> : Aufklärung - Kompetenz - Freiwilligkeit....	58
3.2 Aufklärung als Voraussetzung der Einwilligung.....	64
3.2.1 Funktion der Aufklärung.....	64
3.2.2 Inhalt und Umfang der Aufklärung.....	65
3.2.3 Zeitpunkt der Aufklärung.....	67
3.2.4 Form der Aufklärung.....	68
3.2.5 Grenzen der Aufklärung.....	69
4. Rechtfertigung des <i>informed consent</i> im Hinblick auf die Herstellung der <i>Compliance</i> .....	72

## TEIL 2

### P a t i e n t e n a u t o n o m i e   u n d   m e d i z i n i s c h e E n t s c h e i d u n g e n   a m   L e b e n s e n d e

<b>KAPITEL IV.....</b>	<b>77</b>
<b>AKTIVE UND PASSIVE EUTHANASIE: WIE STICHHALTIG IST DIE KLASSISCHE UNTERSCHIEDUNG?</b>	

1. Ein historischer Überblick über den „guten Tod“.....	79
2. Handlungstheoretische Unterscheidungen zwischen Töten und Sterbelassen.....	93
2.1 Tun vs. Unterlassen.....	94
2.2 Beabsichtigen vs. Inkaufnehmen.....	103
3. Fazit.....	113

**KAPITEL V.....118**

**AUTONOMIE DES PATIENTEN UND SELBSTBESTIMMTES STERBEN**

1. Das philosophische Autonomieverständnis bei Kant und Mill.....	119
2. Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten in der Diskussion um aktive Euthanasie.....	123
2.1 Verlangen nach menschenwürdigem Sterben.....	124
2.2 Beste Garantie für das Wohlergehen und die Wahrung der Interessen der Betroffenen.....	128
3. Fazit.....	131

**KAPITEL VI.....135**

**DAS ARGUMENT DER SCHIEFEN EBENE UND  
DIE PRAXIS DER EUTHANASIE  
-AKTIVE EUTHANASIE ALS ERSTER SCHRITT ZUR KATASTROPHE?**

1. Worin besteht das „Argument der schiefen Ebene“?.....	136
2. „NS-Euthanasie“ im Dritten Reich.....	140
3. Selbstbestimmtes Sterben in den Niederlanden.....	150
3.1 Die Hintergründe der öffentlichen Euthanasiediskussion - Die kurze Geschichte der offenen niederländischen Euthanasiepraxis.....	151

3.2 Bereits auf der schiefen Ebene?	
- Empirische Resultate der ärztlichen lebensbeendenden Praxis in den Niederlanden.....	163
4. Fazit.....	172
<b>SCHLUSSBEMERKUNG.....</b>	<b>178</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>180</b>

## **EINLEITUNG**

Durch rasante Fortschritte in der modernen Medizintechnologie und neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse entwickelt sich die Medizin zu einem mächtigen Instrument. Mit ihr verfügen die Menschen über immer mehr Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten zur Krankheitsbehandlung, Lebensrettung und Lebensverlängerung. Diese neuen Möglichkeiten werden zumeist positiv bewertet. Gleichzeitig konfrontieren sie uns aber mit Schwierigkeiten, die sich aus den neuen technischen Möglichkeiten erst ergeben. In Anbetracht immer neuer Behandlungsmöglichkeiten am Lebensende stellt sich die Frage, ob auch bei terminalen Krankheitsprozessen das Leben unter allen Umständen mit medizinischen Mitteln verlängert werden muss.

Der urteilsfähige Patient fordert, am Lebensende selbst darüber entscheiden zu dürfen, ob weitere lebensverlängernde Behandlungen an ihm durchgeführt werden sollen. Besonders angesichts seiner geringen Lebensqualität und des Verlangens nach Befreiung von unerträglichen Schmerzen wünscht er, dass seine Selbstbestimmung in der ärztlichen Behandlung respektiert wird. Dieser Wunsch, selbst die Entscheidung über das eigene Sterben treffen zu können, erscheint als angemessen und verständlich.

In der Situation des nicht mehr heilbaren körperlichen oder seelischen Leidens am Lebensende wird der Todeszeitpunkt durch die Anwendung neuer medizinischer Techniken nach hinten verlegt. Einerseits ist der Einsatz medizinischer Technik notwendig und unverzichtbar, andererseits kann aber die medizintechnische Begleitung des Patienten den Sterbeprozess noch leidvoller und langwieriger machen. Daher scheint selbstbestimmtes Sterben in

manchen Fällen eine gewisse Humanisierung des Sterbeprozesses zu ermöglichen.<sup>1</sup> Das so oder so zu Ende gehende Leben mit qualvollen Schmerzen hat für den Betroffenen keinen Sinn mehr, vor allem das Weiterleben gegen seinen Willen erscheint aus dessen Perspektive entwürdigend.

Die traditionelle Aufgabe des Arztes besteht darin, sich umfassend am Wohl des Patienten zu orientieren, insbesondere menschliches Leben zu schützen, Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern und Sterbende menschlich zu begleiten. Zu keiner Zeit bestand seine Aufgabe darin, Tötungsmaßnahmen zu vollziehen. Das ärztliche Ethos scheint daher mit der Tötungshandlung auf Verlangen gar nicht vereinbar zu sein. In Bezug darauf heißt es in Artikel 4 des Hippokratischen Eides: *„Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein Tötungsmittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu geben“*. Diesem Eid hat sich die Ärzteschaft seit Jahrtausenden verpflichtet, und er ist auch heute noch die Grundlage des ärztlichen Berufsethos.

Unter Berufung auf liberale Grundsätze wird in der säkularen Gesellschaft der freien Entscheidung und damit der Verantwortung des Menschen für sein eigenes Leben und sein soziales Umfeld ein hoher Wert zugesprochen. Bleibt das Arztethos von diesen Veränderungen in der Gesellschaft unberührt? Kann der ausdrückliche und wohlüberlegte Wunsch des Patienten nach Euthanasie in qualvollen und hoffnungslosen Situationen mit dem Verweis auf das ärztliche Ethos abgelehnt werden? Kann von einem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient die Rede sein, wenn Ärzte den natürlichen, aber eventuell qualvollen Sterbeprozess verlängern, da der wohlüberlegte Wunsch des

---

<sup>1</sup> Mit „selbstbestimmtem Sterben“ ist hier gemeint, dass der Patient nicht Selbst-tötung ausführt, sondern selbst Entscheidungen über die medizinischen Maßnahmen am Lebensende trifft.



Patienten ihrem Berufsethos widerspricht? Ist es nicht auch Aufgabe der Ärzte, den Patientenwillen zu erfüllen und damit das Patientenwohl zu fördern?

Die Lebensverlängerung ohne Rücksicht auf die Wünsche des Patienten widerspricht deshalb auch nach Auffassung der Bundesärztekammer dem ärztlichen Ethos: *„Aufgabe des Arztes ist es unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten. [...] Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.“*<sup>2</sup>

Hier stellt sich die Frage, wie weit das Recht auf Selbstbestimmung von sterbenskranken Patienten reicht, die den Wunsch äußern, nicht mehr leben zu wollen und ob es unter bestimmten Bedingungen (unerträgliche Schmerzen eines Todkranken, geringe Lebensqualität) das Recht zur Tötung auf Verlangen einschließt. Kann jede Form der Euthanasie erlaubt sein aufgrund des Rechts auf Selbstbestimmung der Betroffenen?

Hinsichtlich der Unterscheidung der Formen der Euthanasie finden sich in der medizinischen Literatur vor allem drei wichtige Grundtypen<sup>3</sup>: Tötung eines unheilbar Kranken durch eine aktive Handlung aufgrund seines wohlüberlegten Willens (direkte, aktive Euthanasie oder Tötung auf Verlangen<sup>4</sup>);

---

<sup>2</sup> Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 76 (1998), S. A 2366-2367.

<sup>3</sup> Neben diesen Varianten unterscheidet man bezüglich der Beteiligung des Betroffenen in freiwillige Euthanasie – mit voll informierter Zustimmung des Patienten –, unfreiwillige Euthanasie – gegen den Willen und Wunsch des Patienten oder, obwohl zur Zustimmung fähig, ohne dessen Zustimmung – und nichtfreiwillige Euthanasie – ohne Zustimmung des Patienten, weil dieser nicht zustimmungsfähig ist. Die ethisch problematischere Euthanasie ohne Zustimmung des Betroffenen (etwa im Fall von Neugeborenen, dementen oder permanent bewusstlosen Patienten) und die Euthanasie gegen den Patientenwillen werde ich nicht behandeln. Darüber hinaus werde ich hier auch den ärztlich assistierten Suizid (Hilfe bei der vom Patienten ausgeführten Selbsttötung durch Beschaffung eines tödlichen Mittels oder durch das Anlegen einer tödlichen Infusion, die der Patient dann selbst in Gang setzt) ausklammern.

<sup>4</sup> Aktive Euthanasie wird auf ausdrückliches Verlangen des Patienten mit Absicht ausgeführt. Daher sind Begriffe wie direkte, aktive Euthanasie ein Pleonasmus.

Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen durch intensivmedizinische Verfahren, also durch außergewöhnliche Behandlungsmaßnahmen (passive Euthanasie oder Sterbenlassen<sup>5</sup>); palliative Behandlung eines Schwerkranken, insbesondere potente Schmerz- bzw. Symptomtherapie, in den meisten Fällen mit Hilfe von Morphiumgaben, unter wissentlicher Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als unbeabsichtigte Nebenwirkung (indirekte Euthanasie).

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie ist im Klinikalltag allerdings häufig nicht eindeutig mit den Termini „aktiv“ und „passiv“ zu benennen, da viele lebensverlängernde Maßnahmen wie beispielsweise die Fortführung einer Beatmung oder künstliche Ernährung nur „aktiv“ beendet werden können. Überdies bleibt die Definition der „direkten“ oder „indirekten“ Euthanasie im Sinne einer bewusst akzeptierten Lebensverkürzung im Rahmen der Schmerztherapie ebenfalls unscharf und ist deshalb in der Praxis nur begrenzt anwendbar. Trotz der Schwierigkeit einer präzisen begrifflichen Differenzierung spielt aber die Unterscheidung zwischen direktem Töten und Sterbenlassen aus medizinischer und juristischer Sicht eine wichtige Rolle. So ist freiwillige aktive Euthanasie bzw. Tötung auf Verlangen auch international bis auf wenige Ausnahmen strafrechtlich verboten, während indirekte passive Euthanasie in manchen Fällen akzeptiert wird. Daher wird in der *ethischen Diskussion* immer wieder die Frage gestellt, ob und in welchem Ausmaß die Unterscheidung zwischen den beiden Handlungstypen moralisch

---

<sup>5</sup> Gewöhnlich werden diese Begriffe der aktiven und passiven Euthanasie definiert mit Hilfe der umfassenderen Klassifizierungen von Töten bzw. Tötung und Sterbenlassen. Ich verwende allerdings die beiden Begriffspaare im Folgenden synonym, obwohl diese Gleichsetzungen nicht unproblematisch sind.

berechtigt ist.

Hinsichtlich der moralischen Bedeutsamkeit der Aktiv-Passiv-Unterscheidung ist der Unterschied zwischen einem strikten Konsequentialismus und einer strikten Pflichtenethik am deutlichsten erkennbar: Die deontologische Ethik geht vom verpflichtenden Charakter des Sittlichen an sich aus und nicht primär von den Folgen einer Handlung. Handlungen werden entweder aufgrund ihrer Beschreibung oder von ihrer Absicht her beurteilt. In Bezug auf das Tötungsverbot gehen deontologische Ethiken meist von der prinzipiellen Unverfügbarkeit fremden Lebens aus. Als Ausnahme wird unter Umständen eine Beschleunigung des Todeseintritts bloß in Kauf genommen, um Leiden des Patienten zu verringern. Die Deontologen gehen prinzipiell von einem moralisch relevanten Unterschied zwischen dem Töten und Sterbenlassen aus, da die Beschreibung sowie die Absicht dieser beiden Handlungstypen unterschiedlich sind. Die Absicht beim Töten ist der Tod des Kranken, beim Sterbenlassen hingegen ist es die Schmerzlinderung mit dem Tötungsrisiko als mögliche Nebenfolge. Von Konsequentialisten werden demgegenüber Handlungen nicht nach ihrer Absicht, sondern nach ihren Folgen und vor allem nach ihrem Nutzen für den einzelnen oder für eine möglichst große Zahl von Menschen beurteilt. In der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie werden die Konsequentialisten auf die Folgentheorie, nämlich den Tod des Patienten, hinweisen.

In vielen Ländern ist die passive bzw. indirekte Euthanasie im Gegensatz zu der aktiven Euthanasie inzwischen weitestgehend akzeptiert. So darf der Arzt lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder zwecks Schmerzbekämpfung eine Verkürzung des Lebens in Kauf nehmen. Derartige Fälle scheinen ethisch

zulässig zu sein, da der Patient seinen „eigenen“ Tod stirbt, die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens insgesamt jedoch gar nicht in Frage gestellt wird. Der Tod des Patienten wird nicht beabsichtigt, sondern nur antizipiert. Das kategorische Verbot einer direkten, aktiven Herbeiführung des Todes wird nicht angetastet. Es wird somit unterschieden zwischen Töten und Sterbenlassen. Nur dann, wenn dieser Unterschied klar ist und eine ethische Bewertung desselben möglich ist, kann sinnvoll die Frage gestellt werden, ob und warum freiwillige aktive Euthanasie, d. h. Tötung auf Verlangen, unter bestimmten Bedingungen erlaubt sein kann oder nicht. Nach der ethischen Diskussion um die Unterscheidung zwischen den beiden Handlungstypen am Lebensende tritt schließlich die Frage der Selbstbestimmung des Betroffenen in den Vordergrund.

Die Zielsetzung der Recherche bestand darin, die in der zeitgenössischen Medizinethik zentrale Forderung nach Patientenautonomie zu analysieren, die eine bedeutende Rolle, insbesondere im Rahmen der Diskussion um freiwillige aktive Euthanasie, spielt. Die vorliegende Arbeit ist in zwei Hauptbereiche gegliedert: Der erste Teil setzt sich aus drei Unterabschnitten zusammen. Kapitel I liefert einen kurzen Überblick über die Geschichte der Medizin, um die Entstehung des Autonomiegedankens in der Beziehung zwischen Arzt und Patient aufzuzeigen. Kapitel II beinhaltet eine Darstellung des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung im gegenwärtigen medizinischen Alltag unter dem Gesichtspunkt der bestimmenden Entwicklungen und Veränderungen, die sich sowohl gesellschaftlich als auch medizin-strukturell<sup>6</sup> ergeben haben. Nur auf

---

<sup>6</sup> Unter dem Begriff „medizin-strukturell“ fasse ich den veränderten Umgang zwischen Arzt und Patienten wegen des gesellschaftlichen Wandels zusammen.

Basis derer erschließt sich die Bedeutung des *informed consent*, der gegenwärtig das allgemein anerkannte Konzept des Respekts vor der Patientenautonomie am Krankenbett repräsentiert. Kapitel III enthält eine ausführliche Darstellung dessen: Zunächst wird die historische Entwicklung des *informed consent* sowie dessen Legitimität im Rechtssystem skizziert, in dem die Selbstbestimmung des Betroffenen als grundlegendes Recht auftritt. Anschließend folgt eine Erläuterung der drei notwendigen Bedingungen des *informed consent*, die erfüllt sein müssen, um dieses Konzept im medizinischen Bereich zu realisieren. Des Weiteren werden die vielseitigen Aspekte der Aufklärung als grundlegende Voraussetzung für eine Einwilligung des Patienten genauer unter die Lupe genommen. Den Abschluss bildet die Analyse der Rechtfertigung einer Verpflichtung zur Anwendung des *informed consent* im Hinblick auf die Herstellung der *Compliance*.

Der zweite Teil der Arbeit behandelt die Autonomie des Patienten, primär im Kontext medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Ein besonderes Gewicht liegt dabei auf der moralischen Bewertung von aktiver und passiver Euthanasie (Kapitel IV). Vor diesem Hintergrund gehört die Frage nach Autonomie des Patienten in den Fokus der Betrachtung gerückt (Kapitel V). Darüber hinaus werden die „NS-Euthanasie“ sowie die niederländischen Erfahrungen mit aktiver Euthanasiepraxis, unter besonderem Augenmerk auf dem „Argument der schiefen Ebene“, erläutert (Kapitel VI).

# TEIL 1

## Ideengeschichte der Patientenautonomie im Kontext gegenwärtiger gesellschaftlicher Entwicklungen

*»Werde ich erblinden? [...] Werde ich für den Rest meines Lebens diese Anfälle erdulden müssen? [...] Leide ich an einer fortschreitenden Gehirnerweichung, an der ich genau wie mein Vater früh sterben muss, welche in der Paralyse enden wird, gar im Wahn oder in der Demenz? [...] Kein Arzt hat das Recht, dem Patienten vorzuenthalten, was ihm rechtmäßig zusteht.«*

*[...]*

*»Es gibt Patienten, und es gibt Sachlagen, welche den guten, redlichen Arzt nötigen, die Wahrheit – zum Wohl des Patienten – zu verschweigen.«*

*[...]*

*»Ja, die nämliche Antwort erhielt ich von etlichen Ärzten. Doch wer wollte sich anmaßen, das für einen anderen zu entscheiden? Eine solche Haltung verletzt die Autonomie des Patienten.«*

*Yalom, I. D. Und Nietzsche weinte*

## KAPITEL I

### ZUR ENTSTEHUNG DES AUTONOMIEGEDANKENS IN DER ARZT - PATIENT - BEZIEHUNG

Ein tiefer Wandel vollzog sich in den westlichen Industrieländern in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstand eine technologisch immer fortschrittlichere Gesellschaft. Diese Entwicklung führte zu einem generellen Misstrauen den bis dato anerkannten Autoritäten, Traditionen und Institutionen gegenüber, die dadurch in noch viel größerem Ausmaß ins Wanken gerieten. Es entwickelte sich eine Vielzahl von Denkrichtungen und Weltanschauungen, aus der das Individuum die für sich angemessensten Verhaltensregeln wählen konnte. Dem Einzelnen wurden daher von der Gesellschaft keine klaren und einheitlichen Regeln und Verhaltensmuster vorgegeben; er musste folglich sein Leben selbst gestalten und ihm eine eigene Richtung geben. So kam es zu einer intensiven Individualisierung und Privatisierung des menschlichen Lebens. Eigenen Werturteilen gemäß wurde die Selbstverwirklichung für den modernen Menschen von zentraler Bedeutung, deren Kern das Streben nach Autonomie und Befriedigung individueller Bedürfnisse, vor allem des Bedürfnisses nach einem glücklichen Leben, bildet.<sup>7</sup> Damit ist die Autonomieforderung ins Zentrum des heutigen gesellschaftlichen Disputes gerückt. Die medizinische Ethik ist von diesem Wandel ebenfalls stark beeinflusst:

*„Die Frage der Selbstbestimmung des Patienten bildet den Kern der*

---

<sup>7</sup> Vgl. Eibach, U.: Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S. 215-231, S. 215.

*gegenwärtigen Debatte um die medizinische Ethik.*“<sup>8</sup>

Mit der Einbeziehung der fortgeschrittenen Naturwissenschaft und Technik in die Medizin beginnt ein neues medizinisches Zeitalter, wobei der Fortschritt der naturwissenschaftlich-technischen Medizin darüber hinaus auch die Welt selbst grundlegend verändert hat. Zwar sind große Bedrohungen durch gefährliche Krankheiten keineswegs aus dem Leben der Menschen verschwunden, jedoch werden die Ängste und Verzweiflungen durch Vertrauen auf die Medizintechnik sowie Heilungshoffnungen gemildert. Seither wird die ärztliche Aufgabe durch die wissenschaftliche Medizin und medizinische Technik weitestgehend definiert.<sup>9</sup> Folglich scheint der Arzt vertrauenswürdig durch seine wissenschaftlich-technische Kompetenz geworden zu sein, d. h. das Vertrauen gilt nun nicht mehr der Person oder Persönlichkeit des behandelnden Arztes, sondern seiner technischen Sachkompetenz und technischen Leistungsfähigkeit. Dem entspricht das „neue“ Konzept, das das Handeln des Arztes als „Dienstleistung“ versteht und dieses Handeln durch einen „Vertrag“ festgelegt und bestimmt sieht. Hinsichtlich dieses Konzeptes wird der Autonomie des Menschen ein hoher Wert zugesprochen: die freie Selbstbestimmung des Einzelnen, mithin auch die Autonomie und freie Entscheidung des Kranken. Auf der Grundlage dieses Autonomieprinzips kann der Arzt vom Patienten in Anspruch genommen und im Rahmen des

---

<sup>8</sup> Anselm, R.: Jenseits von Laienmedizin und hippokratischem Paternalismus. Theologisch-ethische Überlegungen zum Problem der Selbstbestimmung in der Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 91-107, S. 93.

<sup>9</sup> Vgl. Rössler, D.: Zwischen Krankheit und Gesundheit. Über die Beziehungen zwischen Arzt und Patient. In: Bierich, J. R. (Hrsg.), Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Tübingen (1992), S. 11-22, S. 15.



abgeschlossenen Vertrages zur Hilfe verpflichtet werden.<sup>10</sup> Demnach muss der Patient selbst die Entscheidung treffen, was mit ihm geschehen soll. Ist es jedoch möglich, dass die Autonomie des Patienten im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung verwirklicht werden kann und wenn ja, wie?

Die Arzt-Patient-Beziehung, die zu allen Zeiten vor allem durch das gegebene sozial-ökonomische und kulturell-philosophische Umfeld beeinflusst wird, spielt in der Medizingeschichte eine zentrale Rolle. Im Folgenden steht daher die Frage im Vordergrund, wie sich der Autonomiegedanke in der Beziehung zwischen Arzt und Patient historisch entwickelt hat.

## **1. Hippokratische Medizin**

Der Arzt sieht sich primär dem gesundheitlichen Wohl des Kranken verpflichtet, d. h. im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen das Wohl des Kranken (*salus aegroti suprema lex*) und die Schadensvermeidung (*primum nil nocere*). Diese grundlegende Maxime ärztlichen Verhaltens hat sich bis heute nicht geändert. Sie bildet die Grundlage des Vertrauens zwischen Arzt und Patient.

Die hippokratische Medizin beruht auf der Grundlage der zeitgenössischen Naturlehren. Nach ihrer Auffassung ist die gesamte Natur ein einziger hierarchisch geordneter und sinnvoll strukturierter Zusammenhang, in dem jedes Ding seinen Platz und jeder Prozess sein Ziel hat. Alles, was existiert und was geschieht, hat eine bestimmte Funktion innerhalb dieses Gesamtzusammenhanges und bezieht aus dieser Funktion seinen Sinn. Der

---

<sup>10</sup> Vgl. Ebd., S. 17.

Mensch ist keine Ausnahme von dieser Regel; auch er hat einen ihm von der Natur zugewiesenen Platz in der kosmischen Ordnung und ein Ziel, auf das seine Existenz hin ausgerichtet ist. Der Mensch wird in seiner Ganzheit als Teil der Gesamtnatur und damit als eingebunden in die das gesamte Leben regelnde Ordnung verstanden.<sup>11</sup>

In Zusammenhang mit dieser Sicht des Menschen werden als dessen Grundelemente die Körpersäfte betrachtet:<sup>12</sup> Ihre normale Mischung bedeutet Gesundheit, die Störung des Mischungsverhältnisses hat Krankheiten zur Folge.<sup>13</sup> Der gesunde Mensch befindet sich demnach im Gleichgewicht seiner Säfte und in der Harmonie mit dem Weltganzen, dagegen bedeutet Krankheit gestörte Harmonie und schlechte Mischung der Körpersäfte. Wichtig für das hippokratische Verständnis ist, dass die Krankheit, ontologisch betrachtet, nicht ein Wesen ist, kein „säkularisierter Dämon“, sondern lediglich ein geänderter Zustand. Die genaue Kenntnis der menschlichen Natur und ihrer Einflussphären ist daher die Grundvoraussetzung für die ärztliche Kunst. Damit ist das Wohlbefinden des Menschen, die Harmonie des gesunden Körpers, Ausgangspunkt und Ziel allen ärztlichen Handelns. Der Zweck der Heilkunde ist nicht mehr ein Kampf gegen übernatürliche, mächtige und unbekannte Kräfte, sondern die Unterstützung des menschlichen Organismus

---

<sup>11</sup> Vgl. Bayertz, K.: Warum überhaupt moralisch sein? München (2004), S. 42.

<sup>12</sup> Der Körper des Menschen hat in sich *Blut* und *Schleim*, sowie gelbe und schwarze *Galle*. Jedem Saft werden zwei der vier Primärqualitäten (*warm/kalt, feucht/trocken*) zugesprochen: Blut ist warm-feucht, Schleim kalt-feucht, gelbe Galle warm-trocken, schwarze Galle kalt-trocken; in jeder Jahreszeit dominiert im Körper ein bestimmter Saft: Jener nämlich, der die Eigenschaften der jeweiligen Jahreszeit in sich vereint. Dabei bedingen diese Säfte den Gesundheitszustand, nämlich der Mensch ist dann gesund, wenn diese Säfte in richtigem Maßverhältnis zueinander stehen und gut gemischt sind. Ebenso ist er nicht gesund, falls das Gegenteil der Fall ist.

<sup>13</sup> Weisser, U.: Hippokrates. In: Engelhardt, D.v./Hartmann, F. (Hrsg.), *Klassiker der Medizin*, München (1991), S. 11-19, S. 13.

in seiner Auseinandersetzung mit dem natürlichen Krankheitsgeschehen.<sup>14</sup> Der hippokratische Arzt behandelt darum nicht bloß eine Krankheit, sondern den Gesamtzustand des kranken Menschen. Deshalb legt der Arzt seinem Handeln eine sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte unter Berücksichtigung des Umfeldes sowie eine subtile körperliche Untersuchung zugrunde. Die Therapie geht von der grundlegenden Voraussetzung aus, dass die Natur (*physis*) selbst eine starke heilende Kraft besitze und dass es die Hauptrolle des Arztes sei, die Natur in ihrem Heilprozess zu unterstützen.<sup>15</sup> Dabei sind seine Verordnungen jeweils den speziellen Bedingungen, namentlich Konstitution, Allgemeinzustand und Lebensgewohnheiten des Betroffenen, anzupassen.<sup>16</sup> Daher steht für den hippokratischen Arzt nicht die schematische Diagnose einer Krankheit im Vordergrund, sondern die aus der Erfahrung und Beobachtung gewonnene Voraussage der zu erwartenden Störungsabläufe, also die „Prognose“. In Bezug darauf betreibt der Arzt eine prognostisch orientierte Heilkunde, die vor allem auf der korrekten Deutung körperlicher Zeichen basiert.

Diese Betonung der Prognose erklärt sich auch zu einem großen Teil durch die eigentümliche, schutzlose soziale Stellung des Arztes. Wenn auch höher geschätzt als andere Handwerker, ist er doch nur ein reisender Handwerker und muss schnell das Vertrauen des Kranken durch „wunderbare“ Prognosen gewinnen. D. h. der hippokratische Arzt hat als Wanderarzt gewöhnlich ihm völlig fremde Patienten vor sich, deren Vertrauen es zu erwerben gilt. Er muss

---

<sup>14</sup> Die Schule des Hippokrates hat sich vom alten Glauben an den übernatürlichen Ursprung gewisser Krankheiten abgewandt und sich zugleich von jeder kultischen, magisch-theurgischen Heilweise distanziert.

<sup>15</sup> Um die Selbstheilungskräfte des Körpers zu unterstützen, leitet der Arzt daher krankhafte Säfte ab durch Aderlass, Schröpfen, schweißtreibende, abführende und Erbrechen hervorrufende Mittel.

<sup>16</sup> Vgl. Weisser (1991), S. 15. Insbesondere musste der Arzt sich darum bemühen, sowohl die Ernährungsgewohnheiten des Kranken als auch dessen Lebensverhältnisse zu berücksichtigen.

in der Lage sein, gleich zu Beginn der Behandlung seine Kompetenz zu beweisen, indem er aus wenigen Beobachtungen Art und Vorgeschichte der Krankheit prognostiziert.<sup>17</sup> Mit der Korrektheit oder Ungenauigkeit dieser Voraussage steigt oder fällt das Vertrauen des Kranken in die Befähigung seines künftigen Therapeuten. Der Heilerfolg festigt die Reputation des Arztes und steigert seinen Ruhm. Nicht zuletzt wird schließlich auch die Höhe des Honorars nach der Bewertung der medizinischen Leistung durch den Patienten bemessen.

In hippokratischer Zeit war die Medizin Instrument zur Hilfe für Menschen in Situationen besonderer Bedürftigkeit: sie war diejenige Kunst, die zur Hilfe in Fällen von Krankheit befähigen konnte; und ihre Ausübung war eine vor allem „sittliche“ Aufgabe.<sup>18</sup> Die griechische Welt war eine Welt des Gesunden, Harmonischen und Ausgeglichenen. Im Fall einer Krankheit wird daher offenkundig, dass die Harmonie des Betroffenen gestört, sein Lebensrhythmus unterbrochen ist und dass er nicht nur physisch, sondern auch sozial verunstaltet sei. Die Krankheit hat also einen bedeutenden Anteil in Bezug auf Isolierung und Deklassierung des Patienten. Der Kranke muss daher seine

---

<sup>17</sup> Vgl. Ebd.

<sup>18</sup> In der griechischen *Polis* war zur Führung eines *guten* und *gelingenden* Lebens eine Verpflichtung der staatlichen Grundordnung zum Schutz des Gemeinwohls sowie zur politischen Verständigung von Freien und Gleichen unabdingbar. Der Arzt sollte daher Kranke schnell und zuverlässig heilen, damit diese ihre Aufgabe im Staat wieder angemessen wahrnehmen konnten. Vor dem Hintergrund der Struktur der griechischen *Polis* stellte sich Gesundheit als ein hohes Gut dar und auch der Stellenwert des Arztes war von herausragender Bedeutung. Diese Tatsache bezeugte die Ehrung des Xenotimos, Sohn des Timoxenos, der schon früher mit seiner ärztlichen Kunst für die Bürger sorgte, indem er sich mit persönlicher Hingabe um die Heilung der Kranken bemühte. Und da er jetzt beim Ausbruch vieler allzu gefährlicher Krankheiten [...] immer freiwillig denen, die seiner bedurften, seine Hilfe gewährte, indem er allen Heilung zu bringen entschlossen war, ohne jemanden zu bevorzugen; vielmehr bewies er gegen alle Bürger die gleiche Hingabe und brachte viele durch: darum beschloss das Volk, Xenotimos auszuzeichnen und ihm einen goldenen Kranz zuzuerkennen wegen seines Wohlwollens und seiner Fürsorge, die er fortwährend gegenüber den Bürgern bewies. Zitiert nach Müri, W.: Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen. Darmstadt (1986), S. 40/41.

Gesundheit zurückgewinnen, wenn er wieder als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft gelten will. Eine gesunde leibliche Lebensführung ist damit gemeinsame Aufgabe von Arzt und Patient: Behandlung ist deshalb auch „Menschenführung“.

In der traditionellen medizinischen Ethik, z. B. im Eid des Hippokrates, wird die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit des Patienten bei einer medizinischen Behandlung kaum thematisiert. Vielmehr stellen tugendhaftes ärztliches Verhalten, Achtung des Patientenwohls und das Bewahren des Patienten vor Schaden die zentralen Grundsätze ärztlichen Handelns dar. Im Wesentlichen ist der hippokratische Eid deshalb als Grundlage der paternalistischen Medizin zu betrachten. Den Wünschen und Rechten des Patienten kommt somit keine ausdrückliche ethische Bedeutung zu.

## **2. Christliche Klostermedizin**

Das Christentum predigt Nächstenliebe und Barmherzigkeit. Die christliche Gemeinde betrachtet daher die Kranken als vollwertige Mitglieder und kümmert sich um deren Heilung und Genesung. Zu dieser Zeit verändert sich auch das Bild des Menschen in Hinsicht auf seine Lebensziele, denn die Lebensmaximen sind nicht mehr allein auf das irdische Heil und das Wohl des Körpers gerichtet, sondern vor allem auch auf das Heil der unsterblichen Seele und auf das, was jenseits des Irdischen liegt. Die ärztliche Kunst muss daher um die Sorge für das seelische Wohl des Kranken, d. h. um Trost ergänzt werden.

In Hinblick auf das Bild der Krankheit geht aufgrund der im Alten Testament verbreiteten Vorstellung von der Krankheit als Strafe Gottes allerdings mit der Erkrankung häufig auch die soziale Stigmatisierung einher.<sup>19</sup> Im Neuen Testament kommt es jedoch zu einem umfassenden Wandel im Verhalten gegenüber den Erkrankten. Der Kranke wird nicht mehr als Sünder verachtet, sondern der Dienst am Kranken wird als Dienst an Christus selbst gesehen. Dem frühen Christentum gelten deshalb Pflege und Fürsorge der Kranken als Konkretionen des Liebesgebots in der Nachfolge Christi.

Der hippokratische Arzt wird nur für Heilungserfolge entlohnt, die Abwendung von unheilbar Kranken erfolgt somit aus Gründen der eigenen Existenzsicherung. Nur wer Erfolge vorzuweisen hat, kann damit rechnen, wieder zu einem Kranken gerufen zu werden. Dagegen gilt die christliche Krankenpflege als ein Werk der Barmherzigkeit in der Nachfolge Jesu Christi. Als solche findet sie von Anfang an Eingang in die christliche Frömmigkeitspraxis. Schon früh hat sie daher institutionelle Konsequenzen, z. B. die Einrichtung von eigenen Hospitälern im Umfeld der Klöster.<sup>20</sup>

Im Frühmittelalter entwickeln sich die christlichen Klöster zu den wichtigsten Orten wissenschaftlicher, literarischer und kultureller Pflege. Hier werden überlieferte medizinische Texte teils in umfangreichen Handschriftensammlungen zusammengetragen, teils aus dem Griechischen ins Lateinische übersetzt. Sie werden zusammengefasst und immer wieder mühsam kopiert. Darüber hinaus hatten die christlichen Klostersgemeinschaften von Anfang an für die Gesundheit ihrer Mitglieder und der ihnen nahestehenden Laien Sorge zu tragen. Bereits die von *Benedikt von Nursia* (ca. 480-547), der dem

---

<sup>19</sup> Vgl. Anselm (1999), S. 96.

<sup>20</sup> Vgl. Seidler, E.: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart (1996), S. 75.

abendländischen Mönchtum seine endgültige Gestalt verleiht, verfasste Benediktinerregel, die *Regula Benedicti*, ist für die folgenden Jahrhunderte Vorbild für Heilkunde und Krankenpflege geworden. Die Benediktinerregel überträgt dem Kloster die Verantwortung für alle Kranken in seinem unmittelbaren Einflussbereich. Christus selbst sei hierfür das beste Vorbild.<sup>21</sup> Sie gilt nicht nur als Vorschrift für mönchische Lebensführung, sondern darüber hinaus als eine Anleitung zur Lebensweise für Körper und Seele; sie bestimmt das Maß des Redens und des Schweigens, des Essens und des Fastens, des Arbeitens und der Kontemplation, den mäßigen Schlaf und die Beherrschung der Leidenschaften. Sie trägt dem Mönch die Sorge für Gesunde und Kranke auf, denn der Mensch sei verpflichtet, seine Gesundheit zu erhalten, um die geistige und geistliche Existenz zu stärken und zu vervollkommen.<sup>22</sup> So schreibt die Benediktinerregel für jedes Kloster einen besonderen Krankenpflegeraum vor: die Vereinigung von Hospital und Kloster.<sup>23</sup> Das frühmittelalterliche christliche Hospital als caritatives Sozialasyl für Hilflosigkeit und Hinfälligkeit der Kranken ist nicht nur eine Institution der Barmherzigkeit, sondern ebenso ein Transmissionsriemen zur Beförderung des Seelenheils. Gleichzeitig verweisen viele Einzelelemente der Versorgung Hilflloser auf ein alltagspraktisches System konkreter Hilfeleistung.<sup>24</sup> Den Anfang vom Ende der Klostermedizin und damit der klerikalen Medizin insgesamt leitet jedoch das *Konzil von Clermont* (1130) ein, auf dem ein

---

<sup>21</sup> Vgl. Eckart, W.: Geschichte der Medizin. Berlin/Heidelberg (1990), S. 82.

<sup>22</sup> Vgl. Seidler (1996), S. 82.

<sup>23</sup> Einen Idealplan nicht nur eines mittelalterlichen Klosters, sondern auch des klösterlichen Hospitalgedankens zeigt der Grundriss des Klosters St. Gallen. Er umfasst Infirmarien für Novizen und Mönche, eine separate Küche und ein separates Bad für Kranke, einen Garten mit Heilkräutern, ein eigenes Ärztehaus und ein Haus für den Aderlass.

<sup>24</sup> Vgl. Seidler (1996), S. 87.

Praxisverbot für Mönche und Kanoniker ausgesprochen wurde. Das *Konzil von Tours* (1163) forciert mit seinem medizinischen Ausbildungsverbot für Mönche den Prozess des Kompetenzzuges. Auf dem *IV. Laterankonzil* (1215) verliert schließlich auch die Weltgeistlichkeit das Recht auf ärztliche Ausbildung und chirurgische Betätigung und ist somit seiner medizinischen Kompetenzen weitestgehend beraubt.

Zur Rolle des Arztes in der christlichen Klostermedizin bleibt festzuhalten, dass hinter jedem Arzt die Figur des *Christus medicus* steht.<sup>25</sup> Diese Figur symbolisiert das heilende Handeln Jesu und ist Vorbild der liebenden Pflege des Arztes. Der Kranke ist von Gott angenommen als Mitmensch, Mitbruder, Mitschwester, er ist nicht ein wegen eines Verschuldens Bestrafter und damit Verdammter und Ausgestoßener.<sup>26</sup> Der christliche Arzt hat demnach nicht nur für das physische Wohl des Patienten zu sorgen, sondern ebenso auch für sein geistiges. Der Patient erfährt als leidender Mensch hohe Wertschätzung und Liebe und wird als Subjekt mit Respekt und persönlicher Würde angesehen. Doch war dem Patienten jenseits dieses Respekts eine autonome Rolle eher verwehrt, da er nicht nur den Anweisungen des Arztes zu folgen hatte, sondern sich aufgrund der göttlichen Autorität dem Leben zu verpflichten hatte und daher eine Behandlung nicht verweigern konnte.

Die hohe Bedeutung des christlichen Ethos im Mittelalter bleibt hinsichtlich der Krankenbehandlung und der Arzt-Patient-Beziehung festzuhalten. In vielen Einzelheiten wirkt sie fort in die Moderne bis heute, was an zahlreichen Krankenhäusern und Pflegeheimen in christlicher Trägerschaft, zumal verschiedener Orden, zu beobachten ist.

---

<sup>25</sup> Vgl. Engelhardt (1994), S. 29.

<sup>26</sup> Vgl. Honecker, M.: *Christus Medicus*. In: *Kerygma und Dogma* 4 (1985), S. 307-323, S. 321.



### 3. Moderne naturwissenschaftliche Medizin

Die Grundlagen und Voraussetzungen der Medizin im 19. Jahrhundert gehen einerseits auf Entwicklungs- und Konzeptionslinien der Naturwissenschaften, (z. B. Chemie und Physik) zurück, andererseits sind sie durch die radikalen Veränderungen des Wirtschafts- und Soziallebens an der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert geprägt. Diese Veränderungen hängen eng mit der technisch-industriellen Revolution zusammen, denen selbstverständlich auch die Medizin unterworfen war.

Die Voraussetzungen der technisch-industriellen Revolution waren bereits durch die merkantilistischen Wirtschafts- und Produktionsformen des aufgeklärten Absolutismus gegeben. Zudem ergaben sich neue Möglichkeiten, Erkenntnisse und Methoden der „aufgeklärten“ Experimentalwissenschaften auch technologisch fruchtbar zu machen und sie in den Produktionsprozessen praktisch einzusetzen. Spätestens seit Beginn des 19. Jahrhunderts waren die wirtschaftlich führenden europäischen Staaten von den technischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Veränderungen erfasst. Technische Neuerungen im Energiebereich und Fernhandel sowie modernere Kommunikationsmöglichkeiten beschleunigten den Veränderungsprozess und führten zunehmend zu einer revolutionären Umstrukturierung der mittel- und westeuropäischen Welt.<sup>27</sup>

Unter diesen ökonomischen und gesellschaftlichen Einflüssen veränderten vor allem wissenschaftsimmanente Determinanten ärztliches Denken, Wissen und Handeln im Verlauf des Jahrhunderts radikal. Krankheitssymptome werden physikalisch und chemisch genauer erkenn-, beschreib- und erklärbar, der

---

<sup>27</sup> Vgl. Eckert (1990), S. 203.

ärztliche Diagnoseprozess wird immer präziser. Gleichzeitig wird er jedoch auch komplizierter, was schließlich zur Verlagerung diagnostischer Prozesse vom Krankenzimmer in die neu entstehenden Laboratorien führt. In ihnen wird analysiert, mikroskopiert und diagnostisch bilanziert. Ergebnisse und Methoden der Physik, der Chemie, der mikroskopischen Pathologie, der Pathophysiologie prägen das Bild der klinischen Medizin. Neue Fächer entstehen als Resultat einer zunehmenden Differenzierung der Disziplin.

Neben diesen extremen Wandlungen verändert sich insgesamt auch das ärztliche Berufsbild im Sinne einer Professionalisierung und Spezialisierung sowie mit ihm die soziale Stellung seiner Repräsentanten. Es kommt zum beruflichen und sozialen Aufstieg der Ärzte, der sich aus der steigenden fachlichen Akzeptanz ärztlichen Handelns nährt, durch die Bildung eines ärztlichen Einheitsstandes beschleunigt wird und sich auch im wachsenden Selbstbewusstsein der medizinischen Zunft ausdrückt.

Für die Kranken haben diese Entwicklungen der Medizin zur Folge, nicht mehr im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses zu stehen. Nicht die kranke Person wird behandelt, sondern ihre Krankheiten sollen möglichst objektiv analysiert werden, wofür sie im Organismus des Kranken isoliert werden müssen. Ein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist bei einer solchen Vernachlässigung der Persönlichkeit des Kranken, nicht mehr möglich. Mit dem Umfang der Umwälzungen im ärztlichen Handeln wächst der Abstand zwischen Arzt und Patient, so dass der Patient der fachlichen Kompetenz des Arztes in steigendem Maß unterlegen ist.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Vgl. Laín Entralgo, P.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehung in der Geschichte in der Medizin. München (1969), S. 123.

## KAPITEL II

### ARZT UND PATIENT IM HEUTIGEN MEDIZINISCHEN ALLTAG

Die in den letzten Jahrzehnten mit zunehmender Geschwindigkeit sich vollziehenden Veränderungen der technischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen in der Gesellschaft beeinflussen den Wandel der Beziehung von Arzt und Patient im heutigen medizinischen Alltag. Hinsichtlich des naturwissenschaftlichen und technischen, insbesondere auch des medizinisch-biologischen Fortschritts, entspricht es dem Zeitgeist, auf dessen Ambivalenz zu verweisen und vor nicht beherrschbaren Folgen zu warnen.<sup>29</sup> Der Fortschritt scheint wegen seiner Geschwindigkeit und Eigendynamik kaum noch kontrollierbar zu sein.<sup>30</sup> Zwar erfolgt ärztliches Handeln stets in der unmittelbaren Beziehung zum Patienten, gleichzeitig ist jedoch die Arzt-Patient-Beziehung von einigen wichtigen Faktoren abhängig, beispielsweise von der Struktur des Gesundheitssystems, der Rollenverteilung zwischen Therapeut und Kranken oder dem Vertrauensverhältnis, welches zwischen beiden durch entsprechende kommunikative Prozesse aufgebaut wird. Im Folgenden werden daher jene die Arzt-Patient-Beziehung bestimmenden Entwicklungen und Veränderungen bzw. weitere Faktoren im medizinischen

---

<sup>29</sup> Heute möchten die Menschen einerseits alle positiven *Segnungen* dieses Fortschritts in Anspruch nehmen, möchten aber andererseits nicht dessen unerwünschte negativen Nebenfolgen. Sie konfrontieren sich aber mit Problemen, die sich aus den neuen *wunderbaren* Fähigkeiten erst ergeben. Beispielsweise die von vielen angestrebte Lebensverlängerung schlägt oft in Leidensverlängerung um. Patienten im Koma können jahrzehntelang am Leben erhalten werden, schwerkranke Patienten überleben um den Preis einer höchst eingeschränkten Lebensqualität, verschiedenste Organe bis hin zum Hirngewebe können verpflanzt werden. Neue technische Anwendungsmöglichkeiten sind nicht zuletzt durch Fortpflanzungsmedizin und Humangenetik entstanden; andererseits zeichnen sich Missbrauchsmöglichkeiten ab, die die Humanität des Menschen und der Gesellschaft bedrohen.

<sup>30</sup> Vgl. Eigler, J.: Medizintechnischer Fortschritt und ärztliches Ethos. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2 (1997), S. 157-168, S. 163.

Alltag behandelt.

## **1. Der medizinische Alltag der Gegenwart: Der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung durch gesellschaftliche und medizin-strukturelle Veränderungen**

Der gesamtgesellschaftliche Modernisierungs- und Liberalisierungsprozess, der primär durch immer rasanteren technologischen Fortschritt befördert wird, beeinflusst die Arzt-Patient-Beziehung im gegenwärtigen medizinischen Alltag. Zugleich wirkt sich auch der Strukturwandel in der Medizin auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus. So sind ärztliche Verhaltensweisen nicht nur gesellschaftlichen Wandlungen unterworfen, sondern auch den strukturellen Veränderungen der Medizin. Es ist folglich notwendig, zunächst die gesellschaftlich und medizin-strukturell bedingten Veränderungen im medizinischen Alltag zu beleuchten, um dann den Wandel im Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu erörtern.

### **1.1 Arzt und Patient am Ende des 20. Jahrhunderts<sup>31</sup>: *Technisierung - Spezialisierung - Ökonomisierung***

Auf dem Boden des neuen naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses der Medizin können sich ungeheure Erfolge durch die Technologisierung der Medizin ergeben. Etwa gegen Ende der 50er und zu Beginn der 60er Jahre kam es zu einer rasanten technischen Entwicklung, die sowohl der Diagnostik als auch mehr und mehr der Therapie zu Fortschritten verhalf.<sup>32</sup> Der Erfolg der

---

<sup>31</sup> Die im Folgenden beschriebenen Veränderungen setzen sich weiterhin fort und gelten daher auch für die gegenwärtige Situation.

<sup>32</sup> Vgl. Lempp, R.: Der Arzt, das therapeutische Team und der Patient im modernen Krankenhaus. Hat der Mensch noch eine Chance? In: Bierich, J.R. (Hrsg.), *Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin*. Tübingen (1992), S. 34-48, S. 35.

technisierten Medizin ermöglicht heutzutage, auch in solchen Fällen Leben zu erhalten, Rettung oder Heilung zu bringen, in denen dies vor fünfzig Jahren noch völlig unmöglich schien. Krankheiten können früher und genauer diagnostiziert, schneller und gezielter therapiert werden. Die Technik wird als nützliches Hilfsmittel in die Beziehung zwischen Arzt und Patient eingebunden, das es Arzt und Patient leichter macht, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln.

Die Entwicklung der Medizin zu einer naturwissenschaftlich-technischen Disziplin führt auch zu einer Änderung der medizinischen Arbeitsgebiete. Der Arzt wird mehr und mehr von der Anordnung und Durchführung diagnostisch-therapeutischer Techniken beansprucht. Die Behandlung wird immer stärker instrumentell, d. h. sie orientiert sich am Einsatz technischer Geräte und Apparaturen und wird entsprechend von deren Einsatz bestimmt: Instrumentelles Handeln bedeutet einerseits hohe Zweckrationalität, hohe Qualitätsanforderungen an die Handhabung, andererseits tendenziell aber auch Manipulation des Patienten, der durch die angewandten Verfahren zum Objekt degradiert wird. Mensch-Maschine-Interaktionen werden in der ärztlichen Diagnostik und Therapie voraussichtlich weiter an Bedeutung gewinnen; die Integrität des Patienten gerät aus dem Blickfeld, da die Technik nicht in der Lage ist, die gesamte Befindlichkeit in Augenschein zu nehmen.

Auf der Basis der technisierten Medizin wird der Arzt vor allem Spezialist. Eine zunehmende Zahl von Fachdisziplinen mit eigenem Ausbildungsgang und spezieller beruflicher Qualifikation bildet sich heraus. Die Spezialisierung in der Medizin führt jedoch in den letzten Jahren zwangsläufig zu einer Art „Aufteilung des Patienten“. Folglich kann sich der Arzt nur um einen Teil des

Patienten wirklich kümmern. Die Spezialisierung verhindert daher, die Ganzheitlichkeit der kranken Person wahrzunehmen.

Die Technisierung und Spezialisierung wirkt sich besonders auf den Krankenhausalltag aus. Der Patient ist medizinisch zwar wohlversorgt, kaum aber jemand kümmert sich um sein Wohlbefinden und seine seelische Lage insgesamt. Er ist weitgehend alleingelassen, zwischen Arzt und Patient besteht keine duale und wechselseitige Beziehung mehr. Der (in die verschiedenen Organe aufgeteilte) Patient sieht sich im Krankenhaus einer Institution mit vielen Spezialisten und Hilfskräften gegenüber, die sich seiner Person jedoch nicht wirklich ganz annehmen.

Ein weiteres Problem ist der immense finanzielle und personelle Aufwand der technisierten Medizin. Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen stellt die explosive Kostenentwicklung, besonders im Gesundheitswesen, ein großes Problem dar. Viele neue medizintechnische Diagnose- und Therapieverfahren sind sehr teuer, stärker noch wirken sich die hohen Personalkosten auf die finanzielle Lage im Gesundheitssektor aus. Der Patient wird daher als Kunde gesehen, der sich an Behandlungen finanziell beteiligen muss. Er kann nicht mehr davon ausgehen, bestmögliche medizinische Versorgung zu bekommen. Unter Umständen muss er sich mit einer Behandlung, die das medizinisch Notwendige gerade sicherstellt, zufrieden geben. Diese Tendenz zur Ökonomisierung der Medizin beeinflusst die Rolle des Arztes. Er unterliegt strengen ökonomischen Zwängen, innerhalb derer er als Sachverwalter begrenzter finanzieller Ressourcen zu operieren hat. Seine Autonomie stößt an Schranken, die ihm verhindern, frei nach medizinischen Gesichtspunkten zu handeln:

*„Patientinnen und Patienten [können] nicht mehr sicher sein [...], als wessen Anwalt der Arzt handelt: als der des individuellen Kranken, als Anwalt seiner eigenen Interessen, als der des jeweiligen Leistungsanbieters oder als der des Versicherungssystems.“<sup>33</sup>*

Es zeigt sich, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht mehr unabhängig von finanziellen Aufwendungen ist, sondern von ökonomischen Interessen beeinflusst wird. Aus dem Einsparungszwang ergeben sich folglich Verteilungsprobleme der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitsbereich: *„welche Bereiche der Medizin sollen welche Mittel, welche Patienten welche Versorgung erhalten?“<sup>34</sup>*

Die Problematik der Verteilungsentscheidungen und der Verteilungsgerechtigkeit haben zwangsläufig soziale Spannungen zur Folge: In Bezug auf den teilweise verbreiteten Reichtum ist zu fragen, ob nicht das riesige Leistungsangebot der Gesundheitsfürsorge an manchen Stellen grob missbraucht wird.

Die erläuterten Entwicklungen der Technisierung, Spezialisierung und Ökonomisierung als allgemeine gesellschaftliche Veränderungen beeinflussen sich gegenseitig und prägen das Bild der Medizin am Ende des 20. Jahrhunderts nachhaltig.

---

<sup>33</sup> Feuerstein, E./Kuhlmann, E.: Neopaternalismus und Patientenautonomie: Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Dies. (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern (1999), S. 9-15, S. 10.

<sup>34</sup> Wolff, H. P.: Arzt und Patient. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. Stuttgart (1999), S. 184-211, S. 187.

## 1.2 Der Strukturwandel der gegenwärtigen Medizin : *Anonymisierung - Juridifizierung - Probabilisierung*<sup>35</sup>

Die gegenwärtige Medizin befindet sich auch in einem Strukturwandel, dessen Konsequenzen noch nicht abzuschätzen sind. Die Technisierung der Medizin zeigt die Diskrepanz zwischen dem traditionellen Leitbild des Arztes und einer großen Anzahl von Situationen, in denen der Arzt unter den gegenwärtig vorgegebenen Bedingungen sein ärztliches Ethos bewahren muss. Die technisierte ärztliche Behandlung führt zum Prozess der Arbeitsteilung und damit raschen Spezialisierung und folglich auch zur „Aufteilung des Patienten.“ Der in den Augen des Arztes in verschiedene Organe aufgeteilte Patient begegnet sich den in geteilten Fächern arbeitenden „Spezialisten“, die die ungeteilte Verantwortung ausschließlich für ihre fachlichen Kompetenzen tragen.

Trotz einer größeren Effektivität der Behandlung ist dabei nicht zu verhindern, dass der Raum des Vertrauens und der Verantwortung zwischen Arzt und Patient durch die medizin-strukturellen Wandlungen gefährdet wird, welche die Veränderungen der ärztlichen Verhaltensweise maßgeblich bestimmen:

*„Der Patient ist nicht mehr bloß auf den behandelnden Arzt, sondern auf eine Institution bezogen (Anonymisierung), die Arzt-Patient-Beziehung wird zunehmend rechtlicher Kontrolle unterstellt (Juridifizierung), und die Aussagen über das Krankheitsgeschehen sind nur noch mit gewissen Wahrscheinlichkeiten möglich (Probabilisierung).“<sup>36</sup>*

---

<sup>35</sup> W. Wieland bietet eine gute Analyse des strukturellen Wandels der gegenwärtigen Medizin in seinem Aufsatz »Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik« (1986).

<sup>36</sup> Rager, G.: Medizin als Wissenschaft und ärztliches Handeln. In: Honnefelder, L./Rager, G. (Hrsg.), Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlage einer



(1) Im Leitbild der dyadischen Interaktionen von Arzt und Patient begegnen sich innerhalb einer personalen Zweierbeziehung die beiden Partner als unvertretbare und unauswechselbare Individuen.<sup>37</sup> Die duale Beziehung garantiert dem Patienten, dass er immer einen Arzt in Anspruch nehmen kann, der alle für ihn spezifischen Informationen kennt und für alles, was ihn betrifft, die ungeteilte Verantwortung übernimmt. Der Arzt konzentriert seine Pflichten ganz auf den Patienten, seinen Willen und sein Wohl, und er erwartet vom Patienten im Gegenzug, dass dieser ihm Vertrauen entgegenbringt, welches die Grundlage der Zusammenarbeit ist. Diese basiert also auf einem Vertrauen, das unübertragbar nur dem jeweiligen konkreten Partner in seiner Integrität entgegengebracht wird.

Die Anwendung der medizinischen fortgeschrittenen Technik führt aber selbst dort zu einer Einbindung des ärztlichen Handelns in „Institutionen“, in denen jeder spezialisierte Arzt auf seinem eigenen Fachgebiet in kooperativen Verbundensystem arbeitet: die ärztliche Kompetenz wird auf eine anwachsende Zahl von Spezialisten verteilt und folglich anonymisiert.

Jeder in einem kooperativen, jedoch anonymen, Verbundensystem arbeitende Arzt ist für seinen Patienten ein individuell ansprechbarer Partner, der jedoch nur innerhalb seines speziellen Kompetenzbereichs ihm gegenüber Verantwortung übernimmt. Auch der Patient ist nicht mehr nur einem Arzt gegenübergestellt, sondern einem ganzen System, das die einzelnen Partner

---

medizinischen Ethik. Frankfurt am M./Leipzig (1994), S. 15-52, S. 48.

<sup>37</sup> Vgl. Wieland, W.: Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Heidelberg (1986), S. 58.

kooperierend zusammenführt:<sup>38</sup> *„Der Patient hat nämlich verschiedene Stationen zu durchlaufen, kommt mit mehreren Ärzten in einen meist nur oberflächlichen Kontakt und verliert so die Bindung an eine Person, welche die Verantwortung für ihn übernimmt.“*<sup>39</sup> Folglich richtet sich das ärztliche Handeln nicht auf die Person des Patienten, sondern nur auf den ungestörten Ablauf der körperlichen Funktionen aus. Dieses hochspezialisierte und damit anonyme System ist somit nicht mehr in der Lage, eine duale Beziehung zwischen Arzt und Patient herzustellen und zu gewährleisten.

Die Problematik dieses anonymen Systems lässt sich nach E. Ströker im folgendermaßen zusammenfassen:

*„Wohl bietet eine Institution, in der ich tätig bin, mir erheblichen Schutz. Sie garantiert relative Stabilität der Verhältnisse, gewährt mir Sicherheiten mancherlei Art und auch eine gewisse Immunität, die mich unter Umständen von allzu großer persönlicher Haftung entlastet. Andererseits aber bewirken die institutionellen Verankerungen unseres Handelns, zumal sie vielfältig und zunehmend undurchschaubarer ineinanderhaken, auch zunehmende Anonymisierung der Handlungssubjekte. Schließlich sind sie als diese kaum noch identifizierbar. Entsprechend werden auch Zuständigkeiten, mithin aber auch Verantwortlichkeiten, immer weniger klar erkennbar. Am Ende sehe ich mich in Handlungsverläufe nur noch „eingespannt“, die für mich nurmehr den Charakter subjektloser Prozesse haben, die also durch gar keine bewusst getroffenen Entscheidungen mehr gesteuert zu sein scheinen.“*<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. Ebd., S. 63.

<sup>39</sup> Rager (1994), S. 48.

<sup>40</sup> Ströker, E.: Ich und die anderen. Die Frage der Mitverantwortung. Frankfurt am M. (1984), S. 34.

Aufgrund der Anonymisierung ist der Arzt keineswegs mehr in allen Bereichen die bestimmende und maßgebende Figur. Der innerhalb einer Institution tätige Arzt wird somit nicht mehr uneingeschränkt als eigenverantwortliche Person, sondern mit seinen Fachkenntnissen als ausführendes Organ in Anspruch genommen.

Durch diese Veränderung werden Arzt und Patient mit neuen Aufgaben konfrontiert: der moderne Arzt wird sich fragen müssen, inwieweit er als selbstverantwortliches Individuum wirklich noch Subjekt seiner Entscheidungen und Handlungen ist. Aufgrund dieser Situation werden Arzt und Patient auch lernen müssen, mit der Anonymisierung und ihren Folgen zu leben.<sup>41</sup>

(2) Überall dort, wo anonyme Institutionen existieren, entsteht Normierungsbedarf, den zu befriedigen in besonderem Maße juristische Regeln geeignet sind. Vor allem in der Situation, in der die Arzt-Patient-Beziehung durch ein „Vertragsverhältnis“ und von dem Umgang mit technischen Apparaten immer stärker geprägt wird.

Trotz aller Bemühungen kann der Arzt die Randbedingungen seines Handelns nicht exakt durchschauen. Er kann den Erfolg seiner Tätigkeit immer nur intendieren, niemals aber garantieren.<sup>42</sup> Folglich handelt er stets unter Risiken, aus denen sich irreversible Resultate ergeben können. Der Erfolg ärztlicher Tätigkeit und das damit verbundene Vertrauen des Patienten kann daher von Rechtsnormen nicht gewährleistet werden. Dennoch kann ein modernes,

---

<sup>41</sup> Vgl. Wieland (1986), S. 73.

<sup>42</sup> Vgl. Ebd., S. 37.

anonymes Gesundheitssystem nicht auf diese verzichten, weil der Arzt in der Ausübung seines Berufs durch sie gegenüber Ansprüchen von Patienten bewahrt wird.<sup>43</sup> Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit mittels Rechtsnormen den Verantwortungsbereich jedes Facharztes festzulegen.<sup>44</sup>

Die Verrechtlichung der Medizin führte folglich zu einem eigentümlichen Phänomen, nämlich der „Defensivmedizin“: Der Arzt, der eine der Defensivmedizin entsprechende Haltung kultiviert, lehnt die Behandlung mit ungewisser oder unsicherer Prognose ab, weil er glaubt, auf diese Weise den mit einem möglichen Haftungsprozess verbundenen Gefahren am sichersten ausweichen zu können.<sup>45</sup> D. h. eine ausufernde Verrechtlichung läuft Gefahr, lediglich das, was im Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowohl objektiviert als auch garantiert werden kann, zu leisten. Überdies wird auf längere Sicht das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu einer Geschäftsbeziehung, wobei der Arzt selbst zu einem Geschäftsmann mutiert, dessen Persönlichkeit hinter die von ihm angebotenen Leistungen zurücktritt.<sup>46</sup> Der Dienst des Arztes erschöpft sich in der Behandlung eines defekten Organs oder einer gestörten Funktion des Patienten nach Geschäftsvertrag, der wie die für bestimmte Verwaltungsbereiche geltenden Normen auf exakten Weise befolgt wird; der Körper des Patienten wird zum Gegenstand eines Geschäftsvertrages degradiert. Gesundheit wird so zu einer „Ware“ oder einem „Rechtsgut“.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Der Patient wird ebenfalls durch Rechtsnormen geschützt, indem er den Arzt für die Fehlbehandlung haftbar machen kann. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die wesentliche ärztliche Aufgabe in der Therapie von Krankheiten besteht und der Patient ihm dafür Vertrauen entgegenbringt, bedroht die Verrechtlichungstendenz der Medizin jedoch die persönliche Arzt-Patient-Beziehung.

<sup>44</sup> Ärztliche Allgemeinkompetenz und Gesamtverantwortung sind zurückgenommen auf *Spezialkompetenz* und *sachliche Verantwortung*.

<sup>45</sup> Vgl. Wieland (1996), S. 86.

<sup>46</sup> Vgl. Ebd., S. 89.

<sup>47</sup> Rager (1994), S. 49.

(3) Darüber hinaus dringen immer mehr statistische und wahrscheinlichkeitstheoretische Betrachtungen in das ärztliche Denken und Handeln ein. Allerdings konnte der Arzt bisher im Bereich der Diagnose, Prognose und Therapie niemals über vollkommen gesichertes Wissen und daraus abgeleitete Behandlungsmethoden verfügen. Aufgrund seiner Kompetenz war er aber wenigstens zu plausiblen Abschätzungen befähigt. Die Einführung quantitativer probabilistischer Denkweisen und Methoden als „Errungenschaften“ der modernen medizinischen Technik setzt aber an der Veränderung ärztlichen Handelns an.

*„Die medizinische Forschung ist mittlerweile jedoch damit beschäftigt, die die Verknüpfung von Krankheitseinheiten und Symptomen charakterisierenden Wahrscheinlichkeiten auch quantitativ zu bestimmen und für jedes Symptom seine relative Häufigkeit in Bezug auf die Krankheitseinheit, der es zugeordnet ist, mit Hilfe eines Zahlwertes zu ermitteln.“<sup>48</sup>*

Es geht um den Umgang mit quantifizierten Wahrscheinlichkeiten und den sich daraus ergebenden Konsequenzen: Durch die einschlägigen Wahrscheinlichkeiten können Krankheiten mit den ihnen zugeordneten Symptomen nur probabilistisch verbunden werden, nämlich mit den Wahrscheinlichkeiten, mit denen Symptomkombinationen bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet werden können. Die mit hinreichend großen und daher nicht zu vernachlässigenden Wahrscheinlichkeiten verbundenen Krankheitseinheiten führen zwangsläufig zu nichttrivialen Schwierigkeiten von

---

<sup>48</sup> Wieland (1986), S. 98.

Therapieentscheidungen: „Liegen nun einer Handlungsentscheidung Informationsgehalte vom Typus des probabilistischen Wissen zugrunde, so spricht der Entscheidungslogiker von einem Handeln unter Risiko.“<sup>49</sup>

Kein statistischer Wert kann so gut gesichert sein, dass ein Kausalzusammenhang daraus abzuleiten ist, er beschreibt nichts als eine Wahrscheinlichkeit. Handlungen, die auf dieser probabilistischen Grundlage getätigt werden, sind folglich immer auch Handlungen unter Risiko.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass jegliches ärztliches Handeln der Einwilligung des Patienten bedarf, stellt die Konfrontation mit probabilistischen Informationen den Patienten vor Probleme: der Arzt muss unter den Bedingungen der Probabilisierung des medizinischen Wissens dem Patienten auch die einschlägigen statistischen Informationen zur Verfügung stellen; der Patient kann dabei überfordert sein, auf der Grundlage statistischer Information Entscheidungen zu treffen. Gegebenenfalls beschränkt sich der Arzt darauf, nur den einschlägigen Rechtspflichten zu genügen und den Patienten im Übrigen bei der Auseinandersetzung mit der ihm übermittelten statistischen Information allein zu lassen. Dies kann schließlich dazu führen, dass die medizinisch relevanten Daten bei der Entscheidungsfindung vom Patienten nicht berücksichtigt werden.

## **2. Grundstrukturen der Arzt-Patient-Beziehung**

Neben den oben diskutierten Veränderungen der Medizin wird die Arzt-Patient-Beziehung noch von weiteren Faktoren geprägt. Aufgrund der Tatsache, dass

---

<sup>49</sup> Ebd., S. 107.

sie von einer gesunden und einer kranken Person gestaltet wird, werden zunächst die Begriffe Krankheit und Gesundheit definiert. Danach werden Rollen, die Arzt und Patient einnehmen und die ihre Beziehung zu großen Teilen beeinflussen, untersucht. Schließlich wird die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beschrieben, denn diese kann in der Interaktion von Arzt und Patient Auswirkungen auf die Beziehung als Ganze nehmen.

## **2.1 Begegnung von Arzt und Patient : Krankheit und Gesundheit**

Es ist schwierig, den allgemeingültigen Begriff von Gesundheit und Krankheit zu definieren, da er in verschiedenen Verwendungskontexten unterschiedliche Bedeutungen hat.<sup>50</sup> Krankheit kann jedoch im Hinblick auf die biologische „Funktionalität“ oder „Normalität“ eine „Störung des normalen Funktionierens eines Organismus“ beschreiben. Dessen Funktionsstörung droht, das Wohl des biologischen Körpers sowie das „gesellschaftlichen Wohl“ des Betroffenen zu beeinträchtigen.

Der kranke Mensch büßt häufig zu einem gewissen Grad seine soziale Aktivität innerhalb des gesellschaftlichen Systems ein. Folglich verändert Krankheit den

---

<sup>50</sup> Im jeweiligen Kontext von biologischem Wissenstand, sozialen Rahmenbedingungen und kulturellen Werten war die Bedeutung von Krankheit historisch ständigen *Wandlungen* unterworfen. Beispielsweise wurde in der Frühzeit Krankheit als von Dämonen verursachte *übernatürliche Phänomene* aufgefasst. Doch von den wissenschaftlichen hippokratischen Medizinern im antiken Griechenland wurde Krankheit gleichsetzt mit der *Abweichung von der Natur*, nämlich einer *Störung* in der Harmonie der Körpersäfte. Die daraus entwickelte *Humoralpathologie* blieb bis ins Mittelalter anerkannt. Mit der Entfaltung der Naturwissenschaften in der Neuzeit entwickelte sich ein neues Natur- und Körperverständnis. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstand eine *psychosomatische* oder *anthropologische* Medizin, die die Psyche und das soziale Umfeld in Krankheitsverständnis und -behandlung mit einführte. In der modernen Medizin sind es besonderes die *immunologischen* und *molekularbiologischen* Erkenntnisse, die Neuerungen vor allem bei der Suche nach Krankheitsursachen und therapeutischen Maßnahmen einführten. Außerdem wird zur Interpretation von Krankheit auch der Kontext des *eigenen Lebensentwurfs* einbezogen. Vgl. Lanzerath, D.: Art. Krankheit. In: Korff, W./Beck, L./Mikat, P. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik. Gütersloh (1998), S. 478-485, S. 478/479.

Menschen in mehrfacher Hinsicht: sie beeinflusst seine Ziel- und Wertvorstellungen, erweckt Hilfsbedürfnis, Heilungshoffungen und Befürchtungen. In diesem Zusammenhang lautet eine mögliche Definition für Krankheit: *“der Zustand der subjektiven, klinischen und sozialen Hilfsbedürftigkeit eines Menschen wegen eines Verlustes des harmonischen Zusammenwirkens der physischen, psychischen oder physiologischen Funktionsglieder der Organismus.“*<sup>51</sup>

Für den Begriff der Gesundheit hingegen gibt es eine „offizielle“ Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nach der Gesundheit ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen sei. Für das ärztliche Handeln im Einzelfall ist diese Definition jedoch gänzlich unbrauchbar. Dabei muss erkannt werden, dass alle Definitionsversuche für Gesundheit, die Wohlbefinden, körperliche Integrität und Adaptionfähigkeit in den Mittelpunkt stellen, als nicht zutreffend angesehen werden können, weil sie von einem bestimmten Lebensabschnitt an auch das Altern als Krankheit auffassen müssen. Daher könnte Gesundheit *„als Fähigkeit verstanden werden, mit Behinderungen und Schädigungen leben zu können“*<sup>52</sup> und sich *„den immer wieder verändernden Lebensverhältnissen anzupassen“*.<sup>53</sup> Dieser Auffassung entspricht der von Fritz Hartmann 1984 beschriebene Begriff eines „bedingten Gesundseins“:

---

<sup>51</sup> Vgl. Irrgang, B.: Grundriß der medizinischen Ethik, München/Basel/Reinhardt (1995), S. 99.

<sup>52</sup> Engelhardt, D. v.: Art. Gesundheit. In: Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung. Freiburg (1989), S. 408-424, S. 412.

<sup>53</sup> Gründel, J.: Ethos des Arztes und Ethik ärztlichen Handelns aus moral-theologischer Sicht. In: Zander, J. (Hrsg.), Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf (1976), S. 105-131, S.118.



*„Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne nachweisbare oder für ihn wahrnehmbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mit Hilfe anderer Gleichgewichte findet, entwickelt und aufrechterhält, die ihm ein sinnvolles, auf die Entfaltung seiner persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht, so dass er sagen kann: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.“<sup>54</sup>*

## **2.2 Die Rollen von Arzt und Patient**

Auch wenn keine abschließende Definition für Krankheit gegeben werden kann, so ist dennoch deutlich, dass sich eine kranke Person im Zustand der Schwäche befindet, es liegt eine Störung vor, sie befindet sich in einer Situation, die von der Normalität abweicht und in der Regel als negativ erlebt wird. Der Kranke kann diese Störung unterschiedlich stark spüren als Unwohlsein, als akute Schmerzen oder ein Gefühl der Angst und Verunsicherung. Er sucht daher Hilfe bei einem anderen Menschen, der aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung als Experte für Krankheiten gilt. Der Patient fühlt sich als kranke Person, die sich von professioneller Seite Hilfe verspricht. Er empfindet sich als hilfsbedürftig und schwach.

Gleichzeitig steht aber der Patient auch als Mit-Mensch gegenüber. Er muss demnach versuchen, seinen Zustand zu verbessern, indem er die Hilfe von Ärzten in Anspruch nimmt und damit mit ihnen kooperiert. Talcott Parsons hat

---

<sup>54</sup> Hartmann, F.: Die Verantwortung des Arztes und die Verantwortung des Kranken. In: Benzendörfer, U. (Hrsg.), Herausforderung Ethik in der Medizin: Beiträge aus der Medizinischen Hochschule Hannover. Frankfurt am M. (1994), S. 9-26, S. 23.

die Rolle des Patienten wie folgt beschrieben:<sup>55</sup>

- Der Kranke ist von den allgemein geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten des Alltags nach Maßgabe der Dauer, Schwere und Natur seiner Krankheit entbunden. Es muss vom Arzt legitimiert, d. h. durch Expertenwissen begründet werden. Legitimierung ist ein Verfahren, welches das gesellschaftliche System vor missbräuchlicher Verwendung von Krankheitszuständen zum Zwecke sozialer Leistungsverweigerung schützen soll.
- Im Gegensatz zum Kriminellen, der in der Regel das normative soziale Gefüge bewusst verletzt, ist der Kranke für seinen Zustand und die daraus erfolgende soziale Abweichung nicht verantwortlich.
- Der Kranke ist verpflichtet, seinen Zustand im Rahmen der zu Gebote stehenden Möglichkeiten zu verbessern, d. h. Gesundheit wieder herzustellen bzw. eingeschränkte Gesundheit zu erhalten. Mit anderen Worten: Der Kranke soll die gesellschaftliche Definition seiner Lage als tendenziell transitorischen Zustand akzeptieren.
- Diese Verpflichtung schließt die Erwartung mit ein, die Hilfe von Experten (Ärzten) zu suchen und mit ihnen zu kooperieren.

Der Arzt hingegen ist von einem anderen Krankheitsbild geleitet. Für ihn ist

---

<sup>55</sup> Parsons, T.: Encyclopedia of bioethics, Band 4. New York (1951), S. 2076-2084. Zitiert nach Siegrist (1998), Art. Arzt-Patient-Beziehung, S. 239.

Krankheit Störung der Lebensvorgänge in dem Sinne, dass er Schädigungen feststellt, abnorme Werte bei Untersuchungen konstatiert und also durch das, was gemessen werden kann und was zu beobachten ist, die Krankheit als objektiven Befund nachweist.<sup>56</sup> Für den Arzt ist der Kranke in dieser Perspektive ein Organismus, an dem bestimmte Störungen wahrgenommen und möglichst präzise geklärt werden müssen. Der Arzt versteht sich vor allem als Wissenschaftler, als Biologe, als Techniker und als Organisator wissenschaftlicher Maßnahmen, als Experte im Umgang mit der medizinischen Technologie.<sup>57</sup> Er ist Vertreter einer naturwissenschaftlichen Disziplin, die großes Fachwissen erfordert. Seine hohe Kompetenz macht den Arzt zu einer wichtigen und viel beanspruchten Person.

Demgegenüber versteht sich der Arzt andererseits natürlich als Mensch und Vertrauensperson, die den Patienten auf dem Weg der Krankheit und aus ihr heraus begleitet. D. h. er sieht sich als Vertrauensperson und Wegbegleiter mit Emotionalität und Empathie dem Patienten gegenüber. Für den Kranken ist der Arzt Ratgeber und Helfer in Lebensfragen, Partner im persönlichen Gespräch, auch Experte für die Krankheit und Fachmann der medizinischen Wissenschaft.

Die Krankheit kann in unterschiedlichem Maße Einfluss auf das gesamte Leben des Patienten nehmen, doch ist der kranke Mensch nicht gleichzusetzen mit der Krankheit an sich, und es gibt auch gesunde Anteile. Vor allem sieht sich der Kranke als Subjekt mit individueller Identität, die nicht aus Gründen der Krankheit verloren geht: *„Auch in seinem Kranksein, das er erleidet und durch sein Verhalten mitgestaltet, ist er aktive handelnde (Subjekt) und*

---

<sup>56</sup> Vgl. Rössler (1992), S. 13.

<sup>57</sup> Vgl. Ebd., S. 13.

zugleich dem Leiden unterworfenen Person (*sub-iectus*).“<sup>58</sup>

Die Selbstwahrnehmung der eigenen Person, die Subjekthaftigkeit und Individualität werden daher durch die Krankheit keinesfalls eingeschränkt. In Bezug darauf hat *Viktor von Weizsäcker* die Urszene dargestellt, die den ärztlichen Beruf begründet. Er schreibt: Der Patient kommt zum Arzt und berichtet den Sachverhalt *Ich bin krank*. Er sagt nicht: *Ich habe eine Lungenentzündung oder ein Magengeschwür*, sondern er macht die existentielle Aussage *Ich bin krank*. Krankheit, Kranksein ist eine ontische Qualität, ein spezieller Daseinzustand. Von diesem Zustand berichtet der Patient. Der Arzt versteht ihn, versteht die Botschaft; er versteht, dass der Patient in Not ist und dass er ihn um Hilfe anruft. Der Arzt steht vor zwei Möglichkeiten. Der schlechte Arzt bittet, den Patienten sich zu entkleiden und untersucht Zunge, Lunge, Herz und Urin. Er macht sich unmittelbar auf die Suche nach dem objektiven Befund. Der gute Arzt dagegen fixiert sich nicht sofort auf die Untersuchungsergebnisse, sondern stellt zunächst die Frage *Wo fehlt Dir etwas?* Er bleibt beim Konkreten, er fragt *Wo?* Die Frage konserviert das als Ich statuierte Persönliche in dem *Dir*; daher geht es zunächst nicht um objektive Analyse, sondern um die Frage, die das Gespräch konstituiert.

### **2.3 Kommunikation zwischen Arzt und Patient**

Arzt und Patient treffen unter völlig verschiedenen Voraussetzungen und Interessen aufeinander. Zwischen Arzt und Patient besteht eine Beziehung, die

---

<sup>58</sup> Gahl, K.: Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Kahlke, W./Reiter-Theil, S. (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Stuttgart (1995), S. 23-33, S. 24.

aufgrund ihrer Voraussetzungen und ihrer innewohnenden Struktur nicht gleichberechtigt sein kann. Die Arzt-Patient-Beziehung zeichnet sich daher grundsätzlich als strukturelle Asymmetrie aus, die in dreierlei Hinsicht zu beobachten ist: Der Arzt besitzt dem Patienten gegenüber die absolute Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht.<sup>59</sup>

Der Arzt steht dem Patienten als Experten gegenüber. Wegen seines Wissensvorsprungs und seiner fachlichen Kompetenz gewinnt er eine Machtposition, die der Patient nicht erreichen kann. Des Weiteren hat der Arzt die Definitionsmacht. Aufgrund seiner Funktion sowie seiner gesellschaftlichen Rolle hat er das Recht auf Diagnose, Behandlung und potenzielle Krankenschreibung des Patienten. Die Steuerungsmacht ermöglicht es dem Arzt, die konkreten Behandlungen festzulegen. Der Arzt nimmt also eine Monopolstellung ein, die der Patient nicht erreichen kann, da ein Rollentausch anders als in vielen dyadischen Interaktionen unmöglich ist. Allerdings besitzt die Kommunikation ein gewisses Potenzial, das Ungleichgewicht dergestalt zu verringern, dass zumindest punktuell eine gemeinsame Ebene zwischen Arzt und Patient geschaffen werden kann. Durch Kommunikation können Erwartungen benannt und transparent werden.

Der Begriff Kommunikation ist den lateinischen Wörtern *communicatio* und *communis* entlehnt, er bezeichnet eine „Mitteilung“, deren Charakter ein „gemeinschaftlicher“, „gemeinsamer“ ist. Wird diese Bedeutung ernst genommen, dass sich die Gesprächspartner darauf verständigen, gemeinsam an einer Sache zu arbeiten und ihre Beziehung gemeinsam zu gestalten, so kann das Gespräch dem angesprochenen Problem der Asymmetrie entgegenwirken. Versuchen beide Partner trotz krankheitsbedingter Schwäche und des

---

<sup>59</sup> Vgl. Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. München (1995), S. 244/245.

Wissensdefizits, die Kommunikation als gleichwertige gelten zu lassen, so kann das Gespräch zwischen Arzt und Patient ein wertvolles Instrument zur Verringerung der Asymmetrie darstellen.

In der alltäglichen Praxis kehrt sich dieses Potenzial jedoch oft ins Negative um. Denn häufig findet der Rollenunterschied zwischen Arzt und Patient in verschiedenartigen Kommunikationsstilen seinen Ausdruck. Als Experten bzw. Laien verwenden die Partner divergierende Sprachcodes<sup>60</sup>, so dass das Gespräch auf einer gemeinsamen Ebene nicht stattfinden kann. Der unterschiedliche Grad der existenziellen Krankheitserfahrung wird in der Sprache deutlich: auf der einen Seite die distanzierte Fachterminologie; auf der andern Seite die spontanen und eher undifferenzierten Äußerungen des Patienten. Die Folge ist häufig Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Der Patient kann dem Arzt nicht folgen, fühlt sich missverstanden, seine persönliche Betroffenheit gerät aus dem Blick. Der Arzt hingegen hätte gern präzise und kurze Angaben zu den Krankheitssymptomen, die ihm der Patient aufgrund seiner fachlichen Unwissenheit jedoch nur selten geben kann. Überdies wird wegen der Kürze der Konsultation auch das Problempotenzial im Gespräch verstärkt. Da jenseits des Gesprächs auch diagnostische Untersuchungen stattfinden, ist für Verständnisfragen des Patienten und genauere Erläuterungen kaum Zeit. Im Gespräch formuliert der Arzt gezielte Entscheidungsfragen. Der Patient hingegen hat nur noch die Aufgabe, die vom Arzt vorgegebenen Beschwerden zu bejahen oder zu verneinen:

*„Die tägliche Arztvisite dauert 3-4 Minuten. Gut die Hälfte aller Sätze, die in*

---

<sup>60</sup> Vgl. Stosberg, M.: Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses. In: Lang, E./Arnold, K. (Hrsg.), Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stuttgart (1996), S. 66-75, S. 72.

*dieser Zeit geäußert werden, stammt vom Arzt, ein Viertel von der Krankenschwester, ein weiteres Viertel vom Patienten. Die meisten Gesprächsinitiativen gehen vom Arzt aus; pro Visite stellt der Patient lediglich ein bis zwei Fragen. Über seine Erkrankung bringt der Patient in der Visite überwiegend als Dritter etwas in Erfahrung; 60 Prozent aller Sätze, die Informationen über seine Krankheit enthalten, werden zwischen Arzt und Schwester (oder zwischen zwei Ärzten) ausgetauscht, sind also nur ‚implizit‘ an den Patienten gerichtet.“<sup>61</sup>*

Der Arzt dominiert das Gespräch mit dem Patienten deshalb nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich.<sup>62</sup> Die Gesprächsführung ermöglicht dem Arzt eine genaue Kontrolle, die wiederum seine übergeordnete Position garantiert. Im Gespräch manifestiert sich die Asymmetrie innerhalb der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Damit wird deutlich, dass zwischen den positiven Möglichkeiten und faktisch häufig negativen Aspekten der Kommunikation eine große Diskrepanz herrscht.

### **3. Beziehungsmodelle zwischen Arzt und Patient**

In der modernen Medizin stellen sich die Beziehungsstrukturen zwischen Arzt und Patient auf die veränderten Gegebenheiten ein. Im gegenwärtigen medizinischen Alltagsgeschäft werden mindestens drei Modelle der Arzt-Patient-Beziehung unterschieden: das hippokratisch-paternalistische Modell, das Vertragsmodell und das Partnerschaftsmodell.

---

<sup>61</sup> Siegrist (1995), S. 251.

<sup>62</sup> Vgl. Ahrens, S.: Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis. In: Siegrist, J./Hendel-Kramer, A. (Hrsg.), Weg zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung. München (1979), S. 83-112, S. 100.

Die drei genannten Grundmodelle schließen einander nicht aus, sondern ergänzen sich gegenseitig und beziehen ihre Legitimität aus der jeweiligen besonderen Situation.

### **3.1 Das hippokratisch-paternalistische Modell**

Der Begriff Paternalismus beschreibt das Verhalten eines Menschen gegenüber einem anderen in Analogie zu dem eines Vaters gegenüber seinem Kind. Ein Vater handelt in der Regel zum Wohl des Kindes und trifft aufgrund von dessen Unmündigkeit die Entscheidungen für seinen Sohn oder seine Tochter. Überträgt man dies auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient, so sollte der Arzt als Vater sowohl die Kompetenz als auch das Interesse haben, zu beurteilen, was zum Wohl des Patienten, des Kindes, veranlasst werden könnte. Ein Paternalist verstößt bewusst gegen die Freiheit und Selbstbestimmung eines Menschen, da er überzeugt ist, dass dieser Schaden erleiden könne bzw. dass der Schaden abgewendet werden müsse. Ein solches Verhalten bedeutet, dass der Arzt dem Patienten beispielsweise gewisse Informationen über die Diagnose vorenthält, da er fürchtet, dass der Patient eventuell in schwere Depressionen fallen könnte. Oder aber er unterlässt die Information gänzlich und behandelt ihn ausschließlich nach seinen Maßstäben. Das entscheidende Kriterium der paternalistischen Haltung liegt darin, dass der Arzt im Glauben, dem Wohl des Patienten selbst am besten entsprechen zu können, diesen ungefragt lässt. Allein der Arzt schätzt ein, was Gesundheit für den Patienten bedeutet, während der Patient keinerlei Einfluss auf diese Beurteilung hat.<sup>63</sup> Die Einschränkung der Autonomie des Patienten wird bewusst in Kauf genommen.

---

<sup>63</sup> Vgl. Anselm (1999), S. 94.



In der medizinischen Diskussion wird grundsätzlich zwischen zwei verschiedenen Formen des Paternalismus unterschieden: zum einen der weiche, zum anderen der starke Paternalismus. Die schwache Variante liegt dann vor, wenn Patienten keine klare autonome Entscheidung treffen können, z. B. schlecht informierte, alkoholisierte, schwer depressive oder geistig behinderte Menschen.<sup>64</sup> Deutlicher zeigt sich der weiche Paternalismus dann, wenn bei einem akuten Notfall der Patient nicht informiert werden kann und schnelles Handeln des Arztes notwendig ist. In einer solchen Notfallsituation ist das paternalistische Handeln innerhalb der medizinischen und rechtlichen Praxis anerkannt.<sup>65</sup> Aufklärung und Selbstbestimmung des Patienten werden im weichen Paternalismus nicht per se abgelehnt, sie können jedoch aufgrund bestimmter Umstände eingeschränkt werden oder auch gänzlich entfallen. Der starke Paternalismus hingegen geht über eine zeitlich begrenzte Nichtentscheidungsfähigkeit des Patienten hinaus. Er gesteht bestimmten Personen aufgrund ihrer physischen oder psychischen Konstitution per se keine Selbstbestimmung zu.<sup>66</sup> Für diese müsse daher der Arzt die Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen treffen. Starker Paternalismus liegt weiterhin dann vor, wenn Freiheit und Autonomie des Patienten einzuschränken ist, obwohl er freiwillig und informiert eine andere Wahl getroffen hätte.<sup>67</sup> Der Arzt hält eine andere Entscheidung für geeigneter, um das Wohl des Patienten zu dienen. Die „barmherzigen Lüge“, die den Patienten bei schlechter Prognose schützen soll,

---

<sup>64</sup> Vgl. Schöne-Seifert, B.: Medizinethik. In: Nida-Rümelin, J. (Hrsg.), *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Stuttgart (1996), S. 552-648, S. 571.

<sup>65</sup> Vgl. Anselm (1999), S. 99.

<sup>66</sup> Vgl. Ebd.

<sup>67</sup> Vgl. Beauchamp, T. L.: Art. Paternalism. In: Reich, W. T. (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Bd. 3. New York (1978), S. 1194-1201, S. 1197.

kann hier als klassisches Beispiel angeführt werden.<sup>68</sup> Im weichen Paternalismus wird die Autonomie des Patienten nur zeitlich und aufgrund bestimmter Umstände begrenzt, während im starken die Relevanz seiner Autonomie grundsätzlich ignoriert wird, wobei der Arzt sich per se als besserer Kenner des Patientenwohls sieht.

Die Orientierung am Grundsatz des *salus aegroti suprema lex* des Hippokratischen Eides war maßgeblich. Der Arzt verstand sich als väterlich sorgende Person und wurde vom Patienten in dieser Rolle auch kaum in Frage gestellt. Der aufopferungsbereite Arzt übernimmt das Entscheidungsprimat und die Verantwortung im Dienst des Patientenwohls.

### **3.2 Das Vertragsmodell**

Dieses Modell entspricht dem marktwirtschaftlichen Prinzip von Angebot und Nachfrage: Der Patient versteht sich als Kunde medizinischer Dienstleistungen, der Arzt bietet ihm diese Leistungen an. Ein solches vertraglich festgelegtes Beziehungsverhältnis findet sich auch in anderen Kontexten wieder, in denen ein Laie als Kunde die Leistungen eines Experten in Anspruch nimmt, z. B. in der Beziehung zwischen Anwalt und Mandant.

Insbesondere dem Bereich der institutionalisierten fachlichen Dienstleistungen entspricht dieses Beziehungsmodell: Der Arzt liefert dem Patienten alle verfügbaren Informationen über die medizinischen Sachverhalte, welche jenen zu einer autonomen Entscheidung befähigen sollen; der Patient selbst entscheidet seinen eigenen Wertvorstellungen entsprechend, welche Behandlung durchgeführt wird. Arzt und Patient treten als gleichberechtigte

---

<sup>68</sup> Vgl. Schöne-Seifert (1996), S. 572.

Partner in einem Vertragsverhältnis gegenüber; die Interessen beider Seiten können berücksichtigt werden. Die informierte Entscheidungsautonomie des Patienten nimmt folglich eine zentrale Position bei diesem Beziehungsmodell ein. Erst nach dessen Einwilligung zu sämtlichen Maßnahmen darf der Arzt behandeln. Der Patient kann daher nicht erwarten, dass der Arzt die Verantwortung für alle Maßnahmen übernimmt. Er selbst übernimmt eine Mitverantwortung für das Gelingen der Behandlung; die professionelle Verantwortung des Arztes ist auf die Erbringung vereinbarter fachlicher Dienstleistungen begrenzt.

Die Betrachtung der Arzt-Patient-Beziehung in erster Linie als Vertrag erleichtert es dem Patienten, im Falle von Fehldiagnosen und falschen Behandlungen Schadensersatzansprüche zu stellen und den Arzt zu verklagen. Der Patient sieht das ärztliche Handeln primär als eine „Reparaturleistung“<sup>69</sup> an, und versucht, falls das ärztliche Handeln nicht vertragsgerecht erbracht wurde oder falls es zu einer Fehlbehandlung gekommen ist, den Arzt für die verursachten Konsequenzen haftbar zu machen.

Folglich birgt dieses Modell die Gefahr, dass sich die Interaktionspartner mit einer grundsätzlichen Skepsis gegenüberstehen, die das gegenwärtige Vertrauen untergräbt. Hinzu kommt noch, dass Gesundheit und Therapie bei einer rein vertraglich orientierten Beziehung zu einer „Ware“ oder einem „Konsumgut“ degradiert werden.<sup>70</sup>

Infolge der Wertschätzung der Selbstbestimmung des Patienten sowie der strukturellen Veränderungen der Arzt-Patient-Beziehung durch Spezialisierung

---

<sup>69</sup> Vgl. Wolf (1999), S. 207.

<sup>70</sup> Vgl. Bierich (1992), S. 31.

in der Medizin erhält das Vertragsmodell gegenwärtig einen wachsenden Stellenwert. In England und den USA wird das Modell längst praktiziert.<sup>71</sup>

### **3.3 Das Partnerschaftsmodell**

Im Partnerschaftsmodell fungiert der Arzt als beratender Experte, der Patient als aktiver, selbstverantwortlicher Mitarbeiter. Arzt und Patient arbeiten in einer Interaktion, die Kooperation erfordert: Der Arzt hilft dem Patienten, sich selbst zu helfen,<sup>72</sup> indem er relevante Informationen über die klinische Situation liefert, über bestimmte gesundheitsethische Maßstäbe und Therapieoptionen berät, die aus ärztlicher Sicht sinnvoll und für den Patienten am besten wären. Durch das Gespräch wird der Patient in der Lage sein können, alternative gesundheitliche Zielsetzungen mit deren Wert und Konsequenzen für die Behandlung zu erwägen und danach zu entscheiden. Damit kann er befähigt werden, für seine Therapie aktiv tätig zu werden. Beim gemeinsamen Entscheidungsprozess kann der Patient sich seine Autonomie entfalten und damit mitverantwortlich sein kann; der Arzt berät seinen Patienten zu einer klaren eigenen Bewertung zu kommen. Seine Verantwortung geht daher über die fachspezifische Aktivität hinaus.<sup>73</sup>

Während sich das paternalistische Modell am Grundsatz der Fürsorge orientiert, legt das Vertragsmodell den Schwerpunkt auf die Patienten-autonomie. Mit dieser Akzentsetzung versucht das Partnerschaftsmodell, den Kontrast zwischen paternalistischem und vertraglichem Ansatz zu überwinden. Das bedeutet: Arzt und Patient nehmen sich gegenseitig ernst, sie geben sich Raum,

---

<sup>71</sup> Vgl. Rössler (1992), S. 17.

<sup>72</sup> Vgl. Wolf (1999), S. 208.

<sup>73</sup> Der Arzt bereitet den Patienten emotional auf dessen Aufgabe vor und stärkt die Motivation, selbstverantwortlich zu handeln.

sie sehen sich als gleichwertige Individuen. Je mehr sie sich dabei in Intelligenz, Bildung und Lebenserfahrung gleichen, um so mehr werden sie sich anerkennen, um so erfolgreicher ist ihre Zusammenarbeit. Folglich wird eine solche Partnerschaftskonstellation häufig nicht erreicht werden können:

*„Der Arzt als beratender Experte und der Patient als aktiv-selbstverantwortlich Handelnder bilden eine Weggemeinschaft, die besonders innerhalb von chronischen Erkrankungen anzutreffen ist (z. B. bei Dialysepatienten). Je größer die Ähnlichkeit von Intelligenz, Bildung und Lebenserfahrung ist, desto geeigneter und erfolgversprechender ist dieses Modell.“<sup>74</sup>*

Jedes der oben genannten drei Arzt-Patient-Beziehungsmodelle hat jeweils situationsbezogen seine Berechtigung; innerhalb der vorliegenden Interessen, Situationen und Kompetenzen entfaltet sich die spezifische Form der Arzt-Patient-Beziehung. Selbstverständlich sind kombinierte Ausprägungen verschiedener Modelle dabei möglich.

---

<sup>74</sup> Holzem, C.: Patientenautonomie. Münster (1999), S. 284.

## KAPITEL III

### DAS KONZEPT DES *INFORMED CONSENT*-AUF DEM WEG ZUM RESPEKT VOR DER PATIENTENAUTONOMIE

Jeder Mensch hat das Recht, seine individuellen Lebenspläne und seine Wertvorstellungen selbst zu bestimmen. Auch der Patient als leidendes Individuum steht dem Arzt nicht nur als Objekt der Behandlung gegenüber, sondern zugleich als autonomes Subjekt. Da ärztliche Maßnahmen in die leiblich-seelische Integrität des Patienten eingreifen, sind sie grundsätzlich an die Einwilligung des Kranken gebunden. Vor jedem medizinischen Heileingriff muss daher der Patient seine ausdrückliche Einwilligung geben. Ohne dessen Einwilligung darf keine Behandlung durchgeführt werden. Die Entscheidung des Betroffenen gilt als letztgültige Instanz für die Rechtfertigung einer Behandlung durch den Arzt. Für die Entscheidung benötigt der Kranke eine kundige Einführung in die Ziele und Prozesse der medizinischen Maßnahmen. Denn eine autonome Entscheidung kann er nur fällen, wenn er vom Arzt über die Krankheit und die möglichen Alternativen des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens ausreichend *aufgeklärt* wird.<sup>75</sup> Nur so kommt der sogenannte *informed consent*, d. h. „Einwilligung nach Aufklärung“ zustande. Über Jahrtausende war die Medizin fast ausschließlich von der Ethik des Hippokratischen Eides geprägt. Der Arzt war gemäß diesem Eid dem Wohl des Patienten verpflichtet. Das Motto *salus aegroti suprema lex* bildete die grundlegende Regel der Medizin. Auf die speziellen Wünsche und Präferenzen des Patienten wird daher im Eid des Hippokrates kein Bezug genommen. Der

---

<sup>75</sup> Ist ein Patient nicht imstande, den Inhalt der Aufklärung zu verstehen, sind die gesetzlichen Vertreter, z. B. Eltern, Vormünder, aufzuklären.

Patient ist nur Gegenstand ärztlichen Handelns, nicht Subjekt medizinisch-ethischen Entscheidens.<sup>76</sup> Aufgabe des Arztes ist es, väterlich-fürsorglich für seine Patienten aus ärztlicher Sicht zu entscheiden, also auch gegen deren Willen. Dieses ärztliche Ethos setzte sich bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts fort. In der medizinischen Forschung am Menschen des 18. und 19. Jahrhunderts (wie z. B. dem pharmakologisch-klinischen Versuch) wurde die Frage der Aufklärung und Einwilligung des Kranken nicht problematisiert. Im bis heute gültigen „Genfer Ärztegelöbnis“ des Weltärztebundes von 1948, das sich eng an den Eid des Hippokrates anlehnt, bleiben ärztliche Pflicht zur Aufklärung und autonome Entscheidung des Patienten unberücksichtigt.<sup>77</sup>

War bisher allein das Wohl des Patienten verpflichtend, so muss der Arzt sich heute auch an dessen Willen orientieren. Gesellschaftliche Entwicklungen, die als „Pluralisierung der Lebensstile bzw. der Wertvorstellungen“ und damit „individualistisch-liberales Selbstverständnis“ bezeichnet werden, beeinflussen den Umgang mit dem eigenen Körper, mit der Gesundheit und Krankheit. Sie gelten daher als eine der Hauptursachen für die veränderte Betrachtung medizinischer Fragestellungen in den letzten Jahrzehnten. Dieser veränderte Umgang ist im Krankheitsfall von Bedeutung und hat Eingang in medizinische Argumentationen zur Begründung des *informed consent* gefunden. *Informed consent* gilt als auch rechtlich verbindlicher Anspruch des Patienten. Demnach sind medizinische Eingriffe nur dann gesetzmäßig, wenn sie mit Einwilligung des Patienten nach Aufklärung durchgeführt werden: *informed consent* stellt heute das allgemein anerkannte Konzept der

---

<sup>76</sup> Vgl. Wils, J.-P.: Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn (1999), S. 232.

<sup>77</sup> Vgl. Vollmann, J.: Das Informed Consent - Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischem und medizinischem Perspektiv. In: Kettner, M. (Hrsg.), Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt am M. (2000), S. 253-279, S. 255.

juristischen und medizinethischen Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Beziehung dar.

Um das im medizinischen und juristischen Kontext als Patientenautonomie geltende Konzept des *informed consent* verstehen zu können, wird im Folgenden zunächst dessen historische Entwicklung skizziert. Danach wird dessen Legitimität im Rechtssystem, in dem das Recht auf Selbstbestimmung das grundlegende Recht darstellt, aufgezeigt. Schließlich werde ich versuchen, das Konzept des *informed consent* zu untersuchen und es im Hinblick auf Herstellung der *Compliance* zu rechtfertigen.

### **1. *Informed consent* als „Reaktion“ auf Versuche mit unfreiwilligen Probanden**

Der *informed consent* ist kein Modell der traditionellen hippokratischen Ethik. In der traditionellen Ausrichtung auf das *salus aegroti* werden Selbstbestimmung und autonome Entscheidung des Patienten nicht problematisiert. Erst seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird der moderne *informed consent* im „medizinethischen Kontext“ als „neue“ Entwicklung thematisiert.<sup>78</sup> Er wurde schon als Regelung für medizinische Forschung am Menschen konzipiert<sup>79</sup> und fand jedoch in Folge der Nürnberger Ärzteprozesse (1946-1948) zumindest in seinen wesentlichen Forderungen „weltweite“ Verbreitung durch den sogenannten *Nürnberger Kodex*. Im Jahre 1946 wurden 20 Ärzte und drei Verwaltungsbeamte wegen menschenverachtender, häufig tod-

---

<sup>78</sup> Vgl. Ebd., S. 254.

<sup>79</sup> Durch Urteil des Reichsgerichtshofs aus den Jahren 1894 und 1906 wurden ärztliche Eingriffe rechtlich als Körperverletzung konstruiert und dadurch grundsätzlich zustimmungspflichtig. Zitiert nach Füllmich, R.: Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Frankfurt am M. (1990), S. 116.



bringender Experimente im Nationalsozialismus angeklagt.<sup>80</sup> Das am 19. 08. 1947 ergangene Urteil ging einher mit der richterlichen Formulierung eines ethischen Minimalstandards für medizinische Experimente am Menschen, d. h. es wurden erstmals universal gültige, unveräußerliche Patienten- und Probandenrechte in der medizinischen Forschung festlegt. Freie Einwilligung sowie ausreichende Aufklärung des Patienten und der Probanden wurden damit rechtliche Voraussetzung für Humanexperimente. Im Nürnberger Kodex wurde die traditionelle ethische Entscheidung bzw. Verantwortung des Arztes für das Wohl des ihm anvertrauten Kranken um das Recht des Patienten auf autonome Entscheidungsfreiheit erweitert.<sup>81</sup> 1964 folgte die Deklaration von Helsinki, in der sich der Weltärztebund verpflichtete, den *informed consent* und andere weiterreichende Standards bei medizinischen Experimenten einzuhalten. Die unbedingte Festlegung auf die Freiwilligkeit der Patienten und Probanden gilt seither international als notwendige Voraussetzung für medizinische Forschungsvorhaben.

## **2. *Informed consent* als rechtlich verbindlicher Anspruch im heutigen Gesundheitswesen**

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist unzweifelhaft anerkannt. Im Rahmen der fundamentalen Werteordnung des Grundgesetzes kann jeder Patient aufgrund seiner Menschenwürde, seines Persönlichkeitsrechts, des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und des Rechts auf freie Verfügung über den eigenen Körper frei bestimmen.

Die im Grundgesetz garantierten Grundrechte sind Grundlage aller Gesetze, die

---

<sup>80</sup> Vgl. Vollmann (2000), S. 272.

<sup>81</sup> Vgl. Ebd., S. 273.

das Recht auf Selbstbestimmung und damit den *informed consent* regeln: sowohl Grundgesetz (GG) als auch Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) enthalten Bestimmungen, die im Kontext der aufgeklärten Selbstbestimmung, d. h. des *informed consent* zu beachten sind:

#### **Art. II Grundgesetz:**

Abs.1 Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

Abs.2 Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

#### **§ 223 StGB (Körperverletzung):**

1. Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

#### **§ 224 StGB (Gefährliche Körperverletzung):**

1. Wer die Körperverletzung (1) durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen, (2) mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs, (3) mittels eines hinterlistigen Überfalls, (4) mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder (5) mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
2. Der Versuch ist strafbar.

#### **§ 227 StGB (Körperverletzung mit Todesfolge):**

1. Verursacht der Täter durch die Körperverletzung den Tod der verletzten Person, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.
2. In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

### **§ 228 StGB (Einwilligung des Verletzten):**

1. Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

### **§ 253 BGB (Immaterieller Schaden):**

2. Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld gefordert werden.

### **§ 823 BGB (Schadensersatzpflicht):**

1. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.
2. Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

In der derzeitigen Gegenwart ist zu Recht die Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung eines der höchsten Leitprinzipien. Mit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes erhielt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten seine herausragende Geltung gemäß dem verfassungsrechtlichen Auftrag zum Schutz des Persönlichkeitsrechts.

Heutzutage darf kein Arzt einen Patienten behandeln, wenn dieser nicht zuvor nach erfolgter Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hat<sup>82</sup>. Denn nach geltender Rechtsprechung ist jede ärztliche, die körperliche Integrität berührende Maßnahme eine tatbestandsmäßige Körperverletzung, und zwar

---

<sup>82</sup> Abgesehen von einigen Ausnahmen, wie z. B. in Notfallsituationen oder bei Unmündigkeit des Patienten.

unabhängig davon, ob sie erfolgreich oder missglückt ist und ob sie kunstgerecht oder fehlerhaft ausgeführt wurde. Lediglich die Einwilligung des Patienten in die Heilmaßnahme rechtfertigt diese Form der Körperverletzung. In der Rechtsprechung ist die Einwilligung des Patienten unbedingt verpflichtend.

Welche Bedingungen und Voraussetzungen sind zu beachten, um das Konzept des *informed consent* im medizinischen Alltag tatsächlich zu verwirklichen?

### **3. *Informed consent* – „Einwilligung nach Aufklärung“**

Der *informed consent* stellt gegenwärtig das weithin anerkannte Konzept als Patientenautonomie dar. Es handelt sich jedoch nur dann um einen „echten“ *informed consent*, wenn der Patient über die vorgeschlagene Maßnahme genügend aufgeklärt wurde, die ihm vermittelten Informationen verstanden hat und seine Einwilligung freiwillig und nicht unter äußerem Druck gegeben hat. Nur unter diesen Voraussetzungen ist die Einwilligung des Patienten als tatsächlich autonome zu akzeptieren. Das „Idealbild“ des *informed consent* kann jedoch in der Praxis selten vollständig umgesetzt werden. Dennoch sollte es zumindest eine Orientierung bieten.

Im Folgenden werden zunächst drei notwendige Bedingungen des *informed consent* erörtert. Demnach wird Aufklärung als grundlegende Voraussetzung für die Einwilligung untersucht.

#### **3.1 Grundlegende bzw. notwendige Bedingungen des *informed consent*: Aufklärung - Kompetenz - Freiwilligkeit**

Bei autonomer Patientenentscheidung stimmt der wohlinformierte, einsichts-

fähige Kranke bewusst und ohne äußeren Zwang der vorgeschlagenen Maßnahme zu. Dabei sind (1) ausreichende Informiertheit, (2) Einsichtsfähigkeit des Entscheidenden und (3) Freiheit von steuernder äußerer Einflussnahme unabdingbare Grundvoraussetzungen des *informed consent*:

(1) Aufklärung und Information durch den Arzt:<sup>83</sup> Die umfassende Aufklärung und Information durch den Arzt wird als unerlässliche Voraussetzung einer autonomen Entscheidung angesehen. Sie sollte nicht nur „*eine differenzierte, fachliche Information sowohl über die Modalitäten und Risiken einer geplanten Behandlung*“<sup>84</sup> enthalten, sondern es sollte auch über intendierte Wirkungen, mögliche Nebenwirkungen, Beeinträchtigungen und Spätfolgen gesprochen werden. Damit trifft der Kranke eine eigenverantwortliche Entscheidung: die umfassende Aufklärung soll den Patienten befähigen, zu einer angemessenen Einschätzung der Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu gelangen.<sup>85</sup>

Der Patient sollte „*im Großen und Ganzen*“<sup>86</sup> Klarheit über die Befunde gewinnen und ebenfalls „*im Großen und Ganzen*“ wissen, wozu er seine Einwilligung gibt. Entscheidender ist dabei jedoch, dass jede Aufklärung „individuell“ auf die Erfordernisse der Situation und den Zustand des Kranken ausgerichtet sein muss:

---

<sup>83</sup> Zur genaueren Untersuchung der Aufklärung: siehe Paragraph 2.2 im Kapitel 2.

<sup>84</sup> Stoeckle, B.: Hilfen für physisch und psychisch Kranke. In: Gründel, J. (Hrsg.), *Leben aus christlicher Verantwortung. Ein Grundkurs der Moral 3*. Düsseldorf (1992), S.134-151, S. 143.

<sup>85</sup> Vgl. Voll, D.: Die Einwilligung im Arztrecht. Eine Untersuchung zu den straf-, zivil- und verfassungsrechtlichen Grundlagen, insbesondere bei Sterilisation und Transplantation unter Berücksichtigung des Betreuungsgesetzes. *Recht und Medizin*, Bd. 35. Frankfurt am M. (1996), S. 117.

<sup>86</sup> Ebd. S. 117.

*„Auf welcher Weise der Arzt aufklärt, unterliegt grundsätzlich seinem pflichtgemäßen Ermessen. [...] Die Aufklärung erfordert jedoch stets eine individuelle Unterredung zwischen Arzt und Patient. Dies entspricht dem Vertrauensverhältnis zwischen beiden.“<sup>87</sup>*

In Gebrauch sind derzeit einige Faustregeln, die den Umfang der Aufklärung in Beziehung zu der jeweiligen Situation des Kranken setzen. Dabei werden Faktoren wie Häufigkeit und Schwere eines Risikos sowie Dringlichkeit und Tragweite der Therapie als Anhaltspunkte genannt. Allgemein lässt sich daher festhalten: *„je schwerwiegender die Folgen des Eingriffs, desto strenger und umfassender die Aufklärungspflicht.“<sup>88</sup>* Eine Fixierung auf bestimmte Aufklärungsstandards ist zu vermeiden, da sie den Blick vom Wesentlichen ablenken könnte. Noch wichtiger: Die bestmögliche Entscheidung des Patienten durch die individuelle Gesprächssituation.

*„Der Arzt muss die individuelle Situation des Patienten berücksichtigen, sein Auffassungs- und Einsichtsvermögen ebenso wie seine Belastbarkeit, und er muss sich überzeugen, dass die Aufklärung verstanden wurde. Aufklärung ist in der Regel kein einmaliger Akt, sondern muss in den therapeutischen Prozess eingebettet sein und kann oft nur inhaltlich und zeitlich abgestuft vermittelt werden. Praktisch am wichtigsten ist, dass der Patient versteht, was der Arzt ihm an Maßnahmen vorschlägt.“<sup>89</sup>*

---

<sup>87</sup> Ebd. S. 117/118.

<sup>88</sup> Ebd. S. 124.

<sup>89</sup> Helmchen, H.: Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: Kisker, K.P./Lauter, H./Meyer, J.-E./Müller, C./Strömgen, E. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2. Berlin (1986), S. 310-354, S. 333.

(2) Kompetenz des Patienten: Wesentlich für eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist die umfassende Kenntnisnahme der medizinischen Informationen. Daher ist es für den Patienten notwendig, den Prozess des *informed consent* und sein Ziel zu begreifen, um autonom entscheiden zu können. Der Patient muss daher in der Lage sein, die mitgeteilten Informationen zu verstehen, eventuelle Fragen zu formulieren, um nach Überlegung und Abwägung Konsequenzen zu ziehen und eine fundierte Entscheidung zu treffen. Voraussetzungen für Kompetenz sind demnach:<sup>90</sup>

- Einsicht in die Möglichkeit zu wählen,
- Verständnis für die Situation oder für relevant ähnliche Situationen,
- Verständnis für aufklärende Informationen,
- in der Lage zu sein, Gründe anzugeben,
- vernünftige Gründe angeben zu können,
- an Risiko und Nutzen orientierte Argumente formulieren zu können und
- die Fähigkeit, eine vernünftige Entscheidung treffen zu können.

Entscheidend für das Modell des *informed consent* ist der Begriff der Kompetenz. Beauchamp und Childress nennen daher Kompetenz das „*Threshold Element*“<sup>91</sup>, die Schwelle oder Zugangsvoraussetzung für eine Teilnahme am Prozess des *informed consent*.

---

<sup>90</sup> Beauchamp, T./Childress, J.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford (1989), S. 84.

<sup>91</sup> Ebd., S. 79.

*„Das Selbstbestimmungsrecht hat Willensentschließungsfreiheit – competency im angloamerikanischen Sprachgebrauch – zur Voraussetzung. Einsichtsfähigkeit oder Urteilsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit oder Fähigkeit zu einsichtsgemäßigem Handeln sind die sogenannten psychologischen Merkmale zur Kennzeichnung des intellektuellen und voluntativen Aspekts strafrechtlicher Schuldfähigkeit. Diese Fähigkeiten sind auch für die Willensentschließungsfreiheit als Voraussetzung etwa für die rechtswirksame Einwilligung zu einem ärztlichen Eingriff konstituierend.“<sup>92</sup>*

Sowohl für die Kriterien zur Feststellung der Kompetenz als auch für die Fähigkeiten, die als notwendig angesehen werden, gibt es jedoch vielfältige und widersprüchliche Vorschläge. Kompetenz ist in Relation zur jeweiligen Entscheidungssituation zu definieren und zu bewerten. Eine Reihe von Krankheiten und Therapien führt dazu, dass Patienten zeitweise inkompetent werden. So können z. B. stark wirksame Schmerztherapien und deren beeinträchtigende, sedierende Nebenwirkungen Kompetenzeinschränkungen hervorrufen. So kann ein und dieselbe Person zugleich für eine Entscheidung kompetent und inkompetent sein. Die Wahrscheinlichkeit, unter bestimmten Umständen als inkompetent angesehen zu werden, ist für einen Patienten nun abhängig von der Situation und ihrer Einschätzung durch den Therapeuten.

Kompetenz ist zugleich abhängig von den gesellschaftlich bedingten Vorstellungen der eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung. Definitionen der Kompetenz sind von gesellschaftlichen, besonders von den in Justiz und Medizin entwickelten Vorstellungen geprägt. Kompetenz wird von Irrgang

---

<sup>92</sup> Erhardt, H. E.: Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit. In: Baltzer, J. (Hrsg.), Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Patienten. Sozialpolitik und Recht, Bd. 12. Köln (1986), S. 41-57, S. 52.



daher als „sozialer Zuschreibungsbegriff“ und als „Interpretationskonstrukt“ bezeichnet.<sup>93</sup> Angesichts der mannigfachen Variablen für die Entscheidung über Kompetenz oder Inkompetenz ist daher die Einführung von überprüfbaren und justiziablen Kontrollmechanismen wichtig, weil eine festgelegte „Schwelle“ zur Überprüfung der Kompetenz faktisch nicht existiert.

(3) Freiwilligkeit des Entscheidenden oder Freiheit von steuernder äußerer Einflussnahme: Freiwilligkeit wird zumeist gekennzeichnet als Abwesenheit von Druck, Zwang, Manipulation und jeder Art ungerechtfertigter Einflussnahme.<sup>94</sup> Bezüglich der Forderung nach Freiwilligkeit sollen alle Faktoren ausgeschlossen werden, die den Betroffenen zu einer bestimmten Wahl zwingen könnten.

Es muss jedoch zwischen der Berücksichtigung berechtigter Anliegen und ungerechtfertigter steuernder Einflussnahme Dritter unterschieden werden. Die Freiheit der Entscheidung wird nicht dadurch beeinträchtigt, dass der Betroffene sein soziales Umfeld berücksichtigt. Eine Entscheidung ohne Berücksichtigung der Umstände kann weder als verantwortungsvoll noch als frei gelten.

Da ein leicht beeinflussbarer, unsicherer Patient sich eher einem Druck von außen beugen wird, hängt die Freiwilligkeit der Entscheidung nicht nur von externen Faktoren ab, sondern auch von psychischen und sozialen Voraussetzungen, z. B. von familiären Konfliktsituationen oder von Ängsten vor sozialer Isolation während nach einer langwierigen Therapie. Die Berücksichtigung solcher Faktoren ist aber nicht in jedem Fall mit mangelnder

---

<sup>93</sup> Vgl. Irrgang (1995), S. 81.

<sup>94</sup> Vgl. Beauchamp, T./Faden, R.: A History and Theory of Informed Consent. Oxford (1986), S. 337.

Freiwilligkeit gleichzusetzen. Eine Entscheidung, die den Lebensumständen nicht Rechnung trägt, wäre nicht Ausdruck seiner Freiheit, sondern das Ergebnis von Willkür oder Ignoranz.

Obwohl es nicht möglich ist, Grenzen zu setzen zwischen gerechtfertigter Rücksichtnahme und ungerechtfertigter Einflussnahme, ist das vertrauensbildende Gespräch, das gegen die fragliche Entscheidung des Patienten unrealistische Annahmen oder Ängste der Betroffenen aufdecken bzw. ausräumen kann, entscheidend für die bestmögliche Wahl des Patienten.

### **3.2 Aufklärung als Voraussetzung der Einwilligung**

Grundlegende Voraussetzung für die autonome Einwilligung des Patienten ist die Aufklärung durch den Arzt. Nur dadurch ist es möglich, eine bewusste und selbstverantwortete Einwilligung zu gewährleisten. Daher ist die Aufklärung notwendige Pflicht des Arztes. Hinzu kommt, dass der ärztliche Eingriff ohne Einwilligung nach geltender Rechtsprechung als Körperverletzung gewertet wird.

Daher sollen im Folgenden Aspekte der Aufklärung als grundlegende Voraussetzung für eine Einwilligung des Patienten untersucht werden.

#### **3.2.1 Funktion der Aufklärung**

Aufgrund der körperlichen Integrität des Patienten bedarf auch ein ärztlich indizierter Heileingriff der Einwilligung des Patienten. Um diese wirksam werden zu lassen, muss selbiger zunächst eine ausreichende Aufklärung

erfahren: bezüglich der Diagnose, der geplanten Behandlungsmaßnahmen sowie der damit verbundenen eventuellen Folgen. Der Patient sollte anschließend in der Lage sein, die Tragweite seiner zu fällenden Entscheidung richtig abschätzen zu können, was ihn befähigen soll, von seinem Selbstbestimmungsrecht sinnvoll Gebrauch zu machen.

Darüber hinaus bildet die ärztliche Aufklärung einen wichtigen Grundpfeiler der Kommunikation und Vertrauensbildung zwischen Patient und Arzt. Aufklärung beansprucht deshalb als dialogisches Geschehen in der Arzt-Patient-Beziehung einen festen Platz ein und realisiert sich dementsprechend am ehesten im Gespräch.

### **3.2.2 Inhalt und Umfang der Aufklärung**

Der Patient hat grundsätzlich selbst über die Durchführung einer bestimmten Behandlung, welche aus ärztlicher Sicht vernünftig ist, zu entscheiden. Der Arzt hat dem Patienten Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen so weit zu erläutern, dass dieser die Tragweite seiner Entscheidung zumindest in Grundzügen überschauen kann und folglich weiß, wofür er seine Einwilligung gibt. Zur aufgeklärten Selbstbestimmung zählen Informationen über die Diagnose, über den Verlauf der Behandlung sowie über die damit verbundenen Risiken.

Die Kenntnis der Diagnose bildet die Grundlage für die Entscheidung, eine Behandlung vornehmen zu lassen oder diese abzulehnen. Um eigenverantwortlich über die Behandlungsmaßnahmen entscheiden zu können, muss dem Patienten die Diagnose bekannt sein, weshalb der Arzt über die erhobenen Befunde sowie den Krankheitszustand zu informieren hat. Sollte der Arzt nicht

in der Lage sein, eine gesicherte Diagnose zu stellen, muss er den Patienten auch über die Unsicherheit der Diagnose in Kenntnis setzen. Aus therapeutischen Gründen kann die Aufklärung über die Diagnose aber eingeschränkt oder sogar kontraindiziert sein.<sup>95</sup>

Eine detaillierte Ablaufbeschreibung soll dem Patienten die Art, das Wesen, den Umfang und die Durchführung des Eingriffs im Großen und Ganzen erläutern. Ihm muss klar sein, was mit ihm geschieht, und auf welche Weise der Eingriff vorgenommen wird. Zu einem Eingriff wird er sich nur dann entschließen, wenn die Erfolgchancen hinreichend groß sind. Der Grad der Erfolgchance und die Erfolgssicherheit der Methode sind für die Entscheidungsfindung von ausschlaggebender Bedeutung, sie müssen Eingang in die Verlaufsaufklärung finden.<sup>96</sup> Neben Art und Umfang der Behandlung muss der Arzt den Schwere- und Dringlichkeitsgrad der Behandlung ebenso erläutern wie Erfolgsaussichten, mögliche Nebenfolgen und Behandlungsalternativen. Ferner ist der Patient über den Krankheitsverlauf im Falle der Behandlungsverweigerung zu unterrichten.<sup>97</sup>

Darüber hinaus hat der Arzt die Behandlungsrisiken zu benennen. Die Aufklärung über Risiken und Komplikationen, die selbst bei mit größter Sorgfalt durchgeführter Behandlung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, hat insbesondere in der juristischen Praxis eine erhebliche Bedeutung erlangt. Folglich gewinnt die Risikoaufklärung angesichts der Verrechtlichungstendenz der Medizin beträchtliches Gewicht, weil Klagen

---

<sup>95</sup> Bundesärztekammer: Empfehlung zur Patientenaufklärung. In: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), S. B 940-924.

<sup>96</sup> Vgl. Kern, B.-R./Laufs, A.: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Berlin/ Heidelberg/ New York (1983), S. 61.

<sup>97</sup> Heidinger, A: Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung. In: Harrer, F./Graf, A.-H. (Hrsg.), Ärztliche Verantwortung und Aufklärung. Wien (1999), S. 44.

unter Berufung auf mangelnde Aufklärung bei Gericht erfolgreicher durchzusetzen sind als solche unter Berufung auf ärztliche Kunstfehler.

### 3.2.3 Zeitpunkt der Aufklärung

Die Aufklärung muss zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem der Patient im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit ist. Es muss ihm genügend Zeit zur Abwägung gewährt werden. Bei seiner Entscheidung darf der Patient weder unter Zeitdruck noch unter dem Einfluss bewusstseinsverändernder Medikamente oder Schmerzmittel stehen.

Die Aufklärung ist unzulässig verspätet, falls sie erst nach Beendigung der Vorbereitungsmaßnahmen, also unmittelbar vor Beginn der Operation erfolgt; es sei denn, der Patient schwebt in akuter Lebensgefahr. Kaum ein Patient ist in einer solchen Situation in der Lage, alle Gesichtspunkte zu bedenken, geschweige denn in letzter Minute den schon eingeleiteten Eingriff abzusagen. Diese Art der Aufklärung ist nicht geeignet, eine verantwortliche Einwilligung zu begründen. In den meisten Fällen wird als ausreichend *die Aufklärung des Patienten einen Tag vor dem geplanten Eingriff* angesehen (BGH 08. 08. 1985).<sup>98</sup> Somit besteht eine adäquate Aufklärung z.B. darin, am Vortag einer indizierten Operation ein mehrseitiges Informationsblatt über Ablauf und Risiken des Eingriffs in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten Punkt für Punkt durchzugehen.

Der Zeitpunkt der Aufklärung wird jedoch auch von der Dringlichkeit des Eingriffs und dem Risiko der Behandlung beeinflusst: In Notfällen genügt es,

---

<sup>98</sup> Graw, M.: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Anforderungen an den Arzt, geprägt durch die Rechtsprechung. In: Die medizinische Welt 46 (1995), S. 165-171, S. 168.

den Patienten erst auf dem Behandlungstisch aufzuklären; das gilt ebenfalls, wenn der Eingriff so geringfügig ist, dass keine größeren Komplikationen zu erwarten sind. Dann darf die Aufklärung unmittelbar vor der Behandlung durchgeführt werden. In allen übrigen Fällen ist die Aufklärung frühzeitig durchzuführen.

Die Rechtsprechung beansprucht, dass ausreichende Überlegungszeit unverzichtbar ist, um dem Patienten die autonome Entscheidung zu ermöglichen. Ihm muss daher die Gelegenheit eingeräumt werden, sich mit den Gründen des Eingriffs und den Gegengründen eingehend auseinanderzusetzen und den gesamten Sachverhalt in Ruhe zu überdenken. Die dafür vorgeschriebenen Überlegungsfristen umfassen einen Zeitraum von ein bis drei Tagen. Das Aufklärungsgespräch ist folglich vor Ablauf dieser Frist zu führen.

### **3.2.4 Form der Aufklärung**

Für die ärztliche Aufklärung existieren grundsätzlich keine formalen Vorschriften. Sie ist deshalb prinzipiell formfrei, die mündliche Aufklärung genügt. Spricht man von Formvorschriften, so sollte allerdings zwischen Aufklärung des Patienten und Beweissicherung einer durchgeführten Aufklärung sowie der hieraus folgenden Einwilligungserklärung unterschieden werden. Formvorschriften hinsichtlich der Einwilligung des Patienten gibt es ebenfalls nicht.<sup>99</sup> Es liegt also im Ermessen des Arztes, auf welche Art und Weise er aufklärt und wie er dies beweisrechtlich absichert. Aufklärung und Einwilligung müssen somit nicht schriftlich erfolgen: Entscheidend bleibt nur das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient. Es sollte möglichst

---

<sup>99</sup> Kern, B.-R./Laufs, A.: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Berlin/Heidelberg/New York (1983), S. 44.

von jedem bürokratischen Formalismus, zu dem auch das Beharren auf einer Unterschrift des Patienten gehören kann, frei bleiben (BGH 08. 01. 1985).

Die Schriftform dient allenfalls der Beweissicherung. Sie ist aufgrund der Beweislastverteilung in einem möglichen Streitfall als schriftliche Dokumentation der erfolgten Aufklärung generell zu empfehlen. Der Umfang der Dokumentationspflicht richtet sich nach ihrem Zweck, nämlich der Therapiesicherung, der Beweissicherung sowie der Rechenschaftslegung, weshalb alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen enthalten sein müssen. Ist eine Maßnahme nicht dokumentiert, so ist davon auszugehen, dass sie auch nicht ergriffen wurde. Dennoch wurde eine Pflicht zur Dokumentation der Aufklärung mangels Relevanz der zu entscheidenden Fälle nicht ausdrücklich ausgesprochen.

### **3.2.5 Grenzen der Aufklärung**

Wichtig ist auch die Frage nach Nutzen und Risiken der Aufklärung. Obwohl das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Vordergrund steht, kann es sein, dass nicht jede Art der Aufklärung das Ziel, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Zustimmung zu generieren, erreicht oder sich diesem annähert. Bis zu welchem Grad kann Aufklärungspflicht eingeschränkt sein oder werden?

Grenzen bestehen primär innerhalb der Informationsvermittlung: Zum einen bedingt durch die Fähigkeit des Arztes, Sachverhalte und fachliche Probleme adäquat darzustellen und einzuordnen; zum anderen durch unzureichende Methoden der Diagnostik sowie eine limitierte Prognoseabschätzung. Diese Hemmnisse machen eine Aufklärung oftmals nur eingeschränkt möglich. Auf

Seiten des Patienten können eine geringe Auffassungsgabe, mangelndes Verständnis, niedriger Intellekt oder Bewusstlosigkeit einer optimalen Aufklärung im Wege stehen.

Die wichtigste Grenze, besonders vor dem Hintergrund der Fragestellung nach Inhalt und Vollständigkeit der Aufklärung, ist in Hinblick auf das Wohl des Patienten zu ziehen. Die Konfrontation des Kranken mit Informationen seine Diagnose oder Prognose betreffend kann den Gesundheitszustand des Patienten eventuell verschlechtern. Die Gefahr eines physischen oder psychischen Zusammenbruchs, einer negativen Beeinflussung des Therapieerfolgs, einer Depression oder gar eines Suizids kann dadurch provoziert werden. Für diese Fälle ist zuweilen ein sogenanntes „therapeutisches Privileg“ gefordert worden. Sicher ist, dass ärztliche Aufklärungspflicht Einschränkungen unterliegt, falls der Heilerfolg ernstlich gefährdet ist oder sobald ernste Gesundheitsschäden auftreten. Für Patienten in folgenden vier typischen Situationen wird das „therapeutische Privileg“ als Ausnahmeregelung zum *informed consent* vorgesehen:<sup>100</sup>

- Patienten, die in Bezug auf bestimmte Situationen und Erkrankungen als überängstlich gelten: Man befürchtet, dass sie auf Grund unrealistischer Ängste eine indizierte Behandlung ablehnen oder in Hoffnungslosigkeit verfallen. Dadurch könnten ihre Heilungschancen sinken und ihr Zustand sich verschlechtern.

---

<sup>100</sup> Giese, C.: Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des “Informed Consent” in der Diskussion. Münster (2002), S. 51.



- Für Patienten mit krankheitsbedingter Labilität können Stress und Aufregung, die häufig von einer Mitteilung über den Ernst der Lage ausgelöst werden, unter Umständen lebensbedrohlich sein.
- Vorstellungen, die mit einer bestimmten Diagnose verbunden sind, vermögen Patienten in den Suizid zu treiben. Manche Patienten drohen eine solche Verzweiflungstat an: „Wenn ich diese oder jene Erkrankung hätte, würde ich mich umbringen.“
- Psychisch Kranke können, konfrontiert mit einer für sie unangenehmen Diagnose, selbst- oder fremdgefährdend reagieren.

Es besteht die Gefahr, dass Patienten, die über Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung informiert wurden, gegen ihr eigenes Wohl entscheiden. Sie würden mit Angst reagieren und deshalb eine indizierte Behandlung ablehnen.

Es liegt folglich auf der Hand, dass mögliche Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit des Patienten oder des Heilerfolges der Aufklärungspflicht Grenzen setzen. Ebenso würden es Patienten womöglich vorziehen, ohne Aufklärung über den therapeutischen Prozess behandelt zu werden.

Trotz der Aufklärungsgrenzen in Hinblick auf das Wohl des Patienten ist die Gefährdung des Patienten, die durch Verheimlichung entstehen kann, nicht zu unterschätzen. Ohnehin können die meisten Patienten am eigenen Leibe spüren,

wie es um sie steht. Ihre Situation lässt sich vielmehr meist verbessern, wenn sie das Angebot zu einem ehrlichen Gespräch und zu menschlicher Begleitung erhalten. Der Arzt als zuverlässiger und professioneller Gesprächspartner sollte Zeit und Bereitschaft mitbringen, um unangenehme Fragen und als emotional bedrohlich erlebte Reaktionen seiner Patienten ausführlich zu besprechen und zu klären. Ein vertrauensvolles und offenes Gesprächsangebot kann das therapeutische Privileg in vielen Fällen zum Wohl des Patienten ersetzen. Folglich soll im Folgenden erörtert werden, welche Rechtfertigung der Forderung nach Einführung des *informed consent* zugrunde liegen.

#### **4. Rechtfertigung des *informed consent* im Hinblick auf die Herstellung der *Compliance***

Jegliche medizinische Maßnahme darf an einem Patienten nur dann vorgenommen werden, nachdem er über sie aufgeklärt worden ist und frei eingewilligt hat. Diese Orientierung am Patientenwillen ist im Modell des *informed consent* verwirklicht, das geeignet scheint, die Autonomie der Patienten im Entscheidungsprozess zu bewahren.

Für alle Menschen bleibt die Autonomie als Selbstbestimmung ein erstrebenswertes Gut und Recht, welches unabhängig von den Folgen einer autonom gefällten Entscheidung für sie selbst besteht. Auch ein kranker Mensch kann über seine Wertvorstellungen und die Gewichtung der verschiedenen, eventuell auch konkurrierenden Güter selbst entscheiden. Trotz einer möglichen Schädigung des „gesundheitlichen Patientenwohls“, wie sie aus ärztlicher Perspektive befürchtet wird, sollte deshalb auch die autonome Entscheidung des Patienten respektiert werden, weil es für den Arzt schwierig

sein kann zu beurteilen, was das „wahre Patientenwohl“ aus der Perspektive des Betroffenen ist. Jegliche Machtausübung zur Beeinflussung persönlicher Entscheidungen ist abzulehnen, es sei denn, solche Entscheidungen führen zu einer Gefährdung Dritter. Dieser Auffassung entspricht der von John Stuart Mill beschriebene Begriff der Autonomie:

*„Das eigene Wohl, sei es das physische oder das moralische, ist keine genügende Rechtfertigung. Man kann einen Menschen nicht rechtmäßig zwingen, etwas zu tun oder zu lassen, weil dies besser für ihn wäre, weil es ihn glücklicher machen, oder weil er nach Meinung anderer klug oder sogar richtig handeln würde. Dies sind wohl gute Gründe, ihm Vorhaltungen zu machen, mit ihm zu rechten, ihn zu überreden oder mit ihm zu unterhandeln, aber keinesfalls um ihn zu zwingen oder ihn mit Unannehmlichkeiten zu bedrohen, wenn er anders handelt. Um das zu rechtfertigen, müsste das Verhalten, wovon man ihn abbringen will, darauf berechnet sein, anderen Schaden zu bringen. Nur insoweit sein Verhalten andere in Mitleidenschaft zieht, ist jemand der Gesellschaft verantwortlich. Soweit er dagegen selbst betroffen ist, bleibt seine Unabhängigkeit von Rechts wegen unbeschränkt. Über sich selbst, über seinen eigenen Körper und Geist ist der einzelne souveräner Herrscher.“<sup>101</sup>*

Eine autonom gefällte Entscheidung kann die angemessenste für die individuelle Situation des Patienten sein, weil er am Besten weiß, was für ihn gut ist.

---

<sup>101</sup> Mill, J.S.: Über die Freiheit. Stuttgart (1974), S. 16/17. Englischer Originaltitel: On liberty (1859).

Hinzu kommt noch, dass eine Entscheidung, die vom Patienten vertreten und mitverantwortet wurde, aus mehreren Gründen zum bestmöglichen Ergebnis führen wird, nicht zuletzt auch im Sinne eines zufrieden stellenden Heilerfolgs. Eine gemeinsame Entscheidung über den geplanten Behandlungsprozess kann das Wohl des Kranken bestmöglich sichern, d. h. der *informed consent* fördert die Autonomie des Individuums und schützt zugleich das Wohl des Patienten. Der *informed consent* als Weg zur Sicherung der notwendigen Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist ein unabdingbarer Bestandteil zur Erreichung des optimalen Therapieerfolges.

Das gilt vor allem in Hinsicht auf *Compliance*<sup>102</sup> der Patienten: Der Arzt bringt als Experte seine fachspezifischen Kenntnisse ein, der Patient als Betroffener seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse. Die gemeinsame Entscheidung darüber, was für den Patienten *das Richtige* oder sogar *das Beste* ist, stellt in vielen Fällen eine wichtige Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg dar.<sup>103</sup> Um den Erfolg seiner therapeutischen Maßnahmen zu gewährleisten, hat der Arzt vor allem die Aufgabe, den Patienten ausreichend zu informieren und seine Fragen zu beantworten. Dabei muss er über Kompetenz verfügen, dem Patienten die notwendigen Informationen in einer verständlichen Sprache nahezubringen.

Ausgehend von der Tatsache, dass die Mitwirkung des Patienten den

---

<sup>102</sup> (engl. Einwilligung, Bereitschaft) [...] Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagn. od. therap. Maßnahmen, z. B. Zuverlässigkeit, mit der therap. Anweisungen befolgt werden (sog. Verordnungstreue). Die Compliance ist u. a. abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis u. Leidensdruck des Patienten, Arzt-Patient-Verhältnis, Anzahl u. Schwierigkeit der Anweisungen, Art der Therapie u. evtl. erforderliche Verhaltensänderungen. Zitiert nach Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin (1990), S. 304.

<sup>103</sup> Angesichts der rasanten Zunahme der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wird es für den Arzt zunehmend schwieriger, allein zu entscheiden, welche Behandlung die erfolgreichste für den Patienten ist.

Therapieerfolg verbessert, ihn teilweise sogar ermöglicht, mutiert der *informed consent* zum besten Hilfsmittel, die häufig mangelhafte oder fehlende *Compliance* der Kranken zu verbessern. Die mangelnde *Compliance* vieler Kranker beruht auf deren Unverständnis den eingeleiteten Maßnahmen gegenüber. Aufgrund unzureichender Aufklärung verweigern Patienten daher häufig bewusst oder unbewusst die Therapie. Im Gespräch mit Arzt allerdings machen Patienten sich mit ihrer Therapie in ausreichendem Maße vertraut. Der *informed consent* als therapiebegleitender Prozess ist hilfreich, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient im zunehmend anonymen klinischen Alltag wieder herzustellen.

Der *informed consent* stellt in dieser Sichtweise nicht nur eine unhintergehbare moralische Pflicht dar, sondern wird in den allermeisten Fällen auch zum besten Ergebnis führen.

## TEIL 2

### P a t i e n t e n a u t o n o m i e   u n d   m e d i z i n i s c h e E n t s c h e i d u n g e n   a m   L e b e n s e n d e

*»Ich habe ein wunderbares Leben gehabt, aber jetzt ist es vorbei, oder es sollte vorbei sein. Ich habe keine Angst vor dem Tod, aber ich habe Angst davor, was mir diese Krankheit abtut [...]. Es wird nie mehr besser werden. Immer nur Übelkeit und dieser Schmerz [...]. Es wird keine weitere Chemotherapie geben. Es gibt keine Behandlungsmethode mehr. Was also geschieht jetzt mit mir? Ich weiß es. Ich werde langsam sterben [...]. Das will ich nicht [...]. Wozu soll es gut sein, wenn ich langsam sterbe? Wäre es gut für meine Kinder, dann wäre ich dazu bereit. Aber es ist nicht gut für euch. Ein langsamer Tod ist absolut sinnlos. Sinnlose Dinge habe ich nie gern getan. Ich muss damit Schluss machen. «*

*Rollin, B. Last Wish*

## KAPITEL IV

### AKTIVE UND PASSIVE EUTHANASIE: WIE STICHHALTIG IST DIE KLASSISCHE UNTERSCHIEDUNG ?

Die meisten Menschen wünschen mit Blick auf ihren Tod ein kurzes, schmerzfreies und menschenwürdiges Sterben. Wie kann menschliches Leben würdig enden? Auf welche Weise trägt dabei der Arzt oder Betreuer zu einer menschenwürdigen Sterbebegleitung und einem „guten Tod“ für den Kranken bei?

Niemand zweifelt daran, dass das Streben nach Verlängerung und Verbesserung des Lebens dem Menschen zusteht. Die Verlängerung des Lebens kann aber auch Defekte hervorrufen, die in körperlicher und geistiger Beeinträchtigung bestehen. Allerdings können auch Zustände eintreten, in denen Lebensverlängerung nur eine Qual bedeutet und sich eine immer extremere Abhängigkeit von anderen entwickelt. Dies scheint jedoch unvereinbar mit der menschlichen Würde zu sein, da diese Lebensverlängerung für viele Menschen der eigenen Vorstellung eines menschenwürdigen Lebens widerspricht. In dramatischen Situationen wird der Sinn der Lebensverlängerung um jeden Preis fragwürdig. Es drängt sich die Frage auf, ob menschliches Leben als solches unbedingt als höchstes Gut angesehen und damit unter allen Umständen erhalten werden soll oder ob das Individuum den „guten Tod“ zur Befreiung von schwerem Leiden oder zur Bewahrung vor unwiderruflichem Verlust der Würde wählen darf.

Der Begriff *euthanatos* (guter Tod) entstammt der griechischen Antike im 5. Jahrhundert v. Chr. und setzt sich aus dem Präfix *eu-* (gut) und dem Wortstamm *thanatos* (Tod) zusammen. Erstmals taucht der Begriff bei dem

griechischen Dichter *Kratinos* (ca. 500-420 v. Chr.) auf, der ihn als Synonym für „leichten Tod“ gebraucht. Auch der Dichter *Menandros* (ca. 342-292 v. Chr.) bezeichnet mit dem Begriff Euthanasie den „rechtzeitigen Tod“ oder den „Tod nach übervollen Lebensgenuss“.

Ein Blick in die Geschichte macht aber deutlich, dass der Begriff „Euthanasie“ vielfältigem Bedeutungswandel unterzogen war. Während die ursprüngliche Bedeutung dieses Begriffs den „guten Tod“ nach einem erfüllten Leben meinte, der eventuell auch durch Selbsttötung herbeiführt werden konnte, versteht man heute darunter, dem unheilbar kranken, hoffnungslos leidenden Menschen mit ärztlichen Maßnahmen einen „guten Tod“ zu ermöglichen. Die Entscheidungen über solche Maßnahmen werfen jedoch eine Reihe brisanter ethischer Fragen auf. Im Allgemeinen wird das ärztliche Bemühen um einen „guten Tod“ des Patienten in verschiedenen Situationen nicht als gleichwertig angesehen. Der Arzt, der dem Patienten eine tödliche Spritze absichtlich verabreicht, um qualvolle Schmerzen zu beenden, wird häufig moralisch schärfer kritisiert als derjenige, der dem Patienten zur Bekämpfung quälender Krankheitssymptome Medikamente verabreicht, die dessen Tod als mögliche Nebenfolge bewirken können, oder als derjenige, der lebenserhaltende Maßnahmen unterlässt und den Patienten damit sterben lässt. Bei all diesen Entscheidungen haben die ärztlichen Maßnahmen das Ziel, Schmerzen zu lindern und ein menschenwürdiges Lebensende zu ermöglichen. Dabei werden Entscheidungen getroffen, die entweder den Tod des Patienten direkt bewirken oder ihn zumindest in Kauf nehmen, wobei der Arzt genau weiß, dass seine Entscheidung den Tod des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit oder sogar sicher zur Folge hat.



Das Sterbenlassen unter diesen Bedingungen scheint zulässig zu sein, wenn jemand nicht in einen Wirkungsablauf eingreift, der den Tod einer anderen Person zur Folge hat, und jenen bloß voraussieht. Dagegen bestünde eine Tötung darin, dass jemand intentional (z. B. durch Gift) den Eintritt des Todes herbeiführt, was jedoch ethisch unzulässig wäre. Es geht dabei um das menschliche Leben, dessen Unantastbarkeit, dessen absoluter Wert, dessen Würde behauptet wird. Selbstverständlich hat niemand das Recht, über menschliches Leben zu verfügen. Gilt dies aber wirklich ohne Ausnahme?

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie wird oft an den Begriffspaaren Tun vs. Unterlassen, Beabsichtigen vs. Inkaufnehmen festgemacht. Zu fragen ist, wie die Unterschiede innerhalb der beiden Begriffspaare deskriptiv zu fassen und wie ethisch relevant sie sind. Falls sich keine entscheidenden moralischen Differenzen innerhalb der beiden Begriffspaare finden lassen, muss schließlich diskutiert werden, ob Fälle aktiver Euthanasie erlaubt sein können, um der Selbstbestimmung des Sterbenden gerecht zu werden.

Es ist ebenfalls notwendig, die historischen Aspekte der Euthanasie zu betrachten, um zu zeigen, wie menschliches Bemühen um einen „guten Tod“ und ein menschenwürdiges Sterben gelingen kann. Deshalb werde ich zunächst einen kurzen Überblick über die Geschichte des „guten Todes“ geben.

## **1. Ein historischer Überblick über den „guten Tod“**

(1) Der Euthanasiebegriff entstammt, wie gesagt, der griechischen Antike. Er beschreibt den Wunsch nach einem „guten Tod“ als einem leichten,

rechtzeitigen, ehrenvollen, schnellen und angenehmen Lebensende, auch als Abschiednehmen in Würde ohne allzu starke Schmerzen bzw. ohne körperliche Entstellung oder geistige Demenz. In Bezug auf dieses antike Verständnis der Euthanasie berichtet der Historiker *Sueton* (ca. 70 - 140 n. Chr.) über den Tod des Kaisers Augustus:

*„Er hatte das Glück, einen leichten Tod zu haben, wie er ihn sich stets gewünscht hatte. Er pflegte nämlich fast immer, wenn er von jemand hörte, der schnell und ohne zu leiden hatte sterben können, für sich und die Seinen von den Göttern eine solche Euthanasie - das war das Wort, welches er brauchte -, einen solchen leichten Tod zu erflehen.“<sup>104</sup>*

In diesem Bericht skizziert Sueton Euthanasie als einen allgemeinemenschlichen Wunsch nach einem möglichst schnellen und schmerzlosen Sterben ohne langen Todeskampf.<sup>105</sup>

Auch das heutige Euthanasieverständnis ist zum Teil von antikem Gedankengut beeinflusst, insbesondere von der Philosophie der Stoa. Gemäß der stoischen Grundhaltung ist es einzig dem Menschen als einem Vernunftwesen gegeben, die göttliche Gesetzmäßigkeit zu erkennen und sich in bewusstem Handeln an ihr zu orientieren. Wenn physische und psychische Leiden aber vernunftgemäßes Bewusstsein und naturgemäßes sittliches Handeln nicht mehr ermöglichen, wird der freiwillig gewählte Suizid als sinnvoller Ausweg aus einer belastenden, sinnlos erlebten Lebenssituation angesehen. Die Vernunft

---

<sup>104</sup> Zitiert nach Moor, P.: Freiheit zum Tode. Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben. Euthanasie und Ethik. Reinbek (1973), S. 33.

<sup>105</sup> Vgl. Eid, V.: Geschichtliche Aspekte des Euthanasieproblems. In: Eid, V. (Hrsg.), Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mainz (1975), S.12-24, S. 14.

gebiete es, einem Leben des Dahinvegetierens mit einer eigenen klaren Entscheidung zuvorzukommen und sich auf möglichst schmerzlose Weise das Leben zu nehmen. So formulierte besonders Seneca in seinen *Briefen über Ethik* an Lucilius diese Auffassung der Stoa:

*„Schneller zu sterben oder langsamer ist belanglos, anständig zu sterben oder schäbig ist wesentlich: anständig zu sterben ist aber das Meiden einer Gefahr: schäbig zu leben. [...] Wenn der eine Tod unter Qualen, der andere einfach und leicht sich vollzieht, warum sollte diesem nicht die Hand nachhelfen dürfen?“<sup>106</sup>*

Es kommt Seneca nicht darauf an, früher oder später zu sterben, vielmehr aber darauf, „gut“ oder „schlecht“ zu sterben. Gut zu sterben bedeutet, die Gefahr, bei unheilbarer Krankheit mit starken Schmerzen zu leben, zu meiden. Auf dieser Grundlage fasst Thomas Potthoff die möglichen Bedeutungen des Euthanasiebegriffs in der Antike in fünf Aspekten zusammen:<sup>107</sup>

- der rechtzeitige oder frühe Tod,
- der Tod aus vollem individuellen Lebensgenuss heraus,
- der rechte oder würdige Tod, der Tod in gefasster Haltung, wie ihn die Stoiker als „wohlbegründetes Ausscheiden“ aus dem Diesseits erstreben,
- der ehrenvolle oder ruhmreiche Tod,
- und schließlich der leichte Tod, wie ihn z. B. Augustus für sich erhoffte.

---

<sup>106</sup> Zitiert nach Zimmermann-Acklin, M.: Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg Schweiz (1997), S. 30.

<sup>107</sup> Potthoff, T.: Euthanasie in der Antike. Münster (1982), S. 21.

(2) Mit der Ausbreitung des Christentums und der damit verbundenen Vorstellung einer gottgewollten und gottbefohlenen Unantastbarkeit menschlichen Lebens wurden stoische Überlegungen zum selbstbestimmten Sterben für lange Zeit aus dem abendländischen Denken verdrängt. Der christlichen Überzeugung mit den Prinzipien Mitleid und Nächstenliebe und der Vorstellung, dass das Leben von Gott stamme und der Mensch daher über Geburt und Tod nicht entscheiden dürfe, galten Euthanasie, Selbstmord und Abtreibung als Sünde. Einer der größten kirchlichen Autoritäten des Mittelalters, *Thomas von Aquin (1225-1274)*, formulierte in der »Summa Theologiae« (II-II q 64 a 5) drei Argumente gegen die Selbsttötung: gegen die gebotene Selbstliebe, gegen die Gesellschaft und gegen das allein Gott vorbehaltene Verfügungsrecht über das menschliche Leben.<sup>108</sup>

*„Sich selbst zu töten ist ganz und gar unerlaubt. [...] Erstens liebt jedes Wesen von Natur aus sich selbst [...]. Dass also einer sich selbst das Leben nimmt, ist gegen den Naturtrieb und gegen die Liebe, mit der jeder sich selbst lieben muss. [...] Zweitens, weil jeder Teil mit allem, was er ist, dem Ganzen gehört. Jeder Mensch aber ist Teil der Gemeinschaft; deshalb gehört er mit dem, was er ist, der Gemeinschaft. Wenn er sich also selbst das Leben nimmt, fügt er der Gemeinschaft ein Unrecht zu [...]. Drittens, das Leben ist ein dem Menschen von Gott gewordenes Geschenk und der Gewalt dessen unterworfen, der tötet und lebendig macht. Wer sich daher selbst das Lebens nimmt, sündigt gegen Gott [...].“<sup>109</sup>*

---

<sup>108</sup> Vgl. Eid (1975), S. 16.

<sup>109</sup> Zitiert nach Zimmermann-Acklin (1997), S. 36.

(3) Erst in der Renaissance wurde der Euthanasiebegriff wieder aufgenommen. In Renaissance und Humanismus in Europa wurden Ideen der Antike wiederentdeckt, entsprechend finden sich Aspekte des antiken Menschenbildes auch in Bezug auf das Sterben, den Umgang mit gebrechlichem Leben und den Suizid wieder.<sup>110</sup> Insbesondere haben die Philosophen *Thomas Morus* (1478-1535) und *Francis Bacon* (1561-1626) in Bezug auf das Begriffsfeld der Euthanasie im Vergleich zur mittelalterlichen Denkweise eine entscheidende Wende vollzogen. So fordert Th. Morus unheilbar Kranke zum Scheiden aus dem Leben durch Selbsttötung oder durch „Einschläferung“ auf Verlangen auf. F. Bacon empfiehlt den Ärzten, Sterbenden medikamentöse Hilfe in Form von Narkotika zu gewähren. Sowohl für Morus als auch für Bacon gilt jedoch die entscheidende Bedingung der Freiwilligkeit des Kranken, gegen dessen Willen ist Euthanasie unzulässig. Th. Morus beschreibt in seinem Utopia »Ein wahrhaft goldenes Büchlein von der besten Staatsverfassung und von der neuen Insel Utopia«<sup>111</sup> die Vorstellung eines guten und menschengerechten Sterbens mittels der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen:

*„Die Kranken pflegen sie [die Bewohner von Utopia], wie ich sagte, mit großer Hingebung [...], ja sogar der unheilbar Kranken nehmen sie sich liebevoll an, indem man sich zu ihnen setzt, mit ihnen plaudert und alles tut, was ihnen Erleichterung verschaffen kann. Indessen wenn die Krankheit nicht nur unheilbar ist, sondern auch noch den Kranken beständig quält und martert, dann reden Priester und Behörden dem Kranken zu. Da er doch allen*

---

<sup>110</sup> Vgl. Ebd., S. 37.

<sup>111</sup> Der vollständige Titel des Werks lautet: »De optimo rei publicae statu, deque nova insula Utopia, libellus vere aureus, nec minus salutaris quam festivus«

*Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen sei, den Mitmenschen zur Last falle und sich selber unerträglich, seinen Tod bereits überlebe, solle er nicht darauf bestehen, die Seuche und Ansteckung noch weiter zu nähren und nicht zaudern, in den Tod zu gehen, da ihm das Leben doch nur eine Qual sei; somit möge er getrost und guter Hoffnung sich selbst aus diesem schmerzenreichen Leben wie aus einem Kerker oder einer Folter befreien oder willig gestalten, dass andere ihn der Qual entrissen.“<sup>112</sup>*

Grundsätzlich verlangt er eine Pflege der Schwerstkranken „mit großer Hingebung“, um ihre Gesundheit wiederherstellen zu können, erwartet aber von den Sterbenden, dass sie bei andauernd qualvollem Leiden entweder freiwillig aus dem Leben scheiden oder sich im Einverständnis mit ihren Ärzten der Euthanasie anheimgeben. F. Bacon versteht unter Euthanasie in Anlehnung an den antiken Begriff und mit Hinweis auf den bei Sueton beschriebenen Wunsch des Augustus ein angenehmes und schmerzloses Sterben. Demnach besteht die genuine Aufgabe des Arztes darin, nicht nur Schmerzen der Kranken zu lindern, sondern auch für ein sanftes und angenehmes Dahinscheiden aus dem Leben zu sorgen:

*„Ferner halte ich es der Pflicht eines Arztes gemäß, dass er nicht nur die Gesundheit wieder herstelle, sondern dass er auch die Schmerzen und Qualen der Krankheit lindere: und das nicht nur, wenn jene Linderung der Schmerzen zufällig zur Wiederherstellung der Gesundheit dient und betrügt, sondern auch dann, wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden ist, durch die*

---

<sup>112</sup> Morus, Th.: Utopia. In: Grassi, v. E. (Hrsg.), Philosophie des Humanismus und der Renaissance. Reinbek (1960), S. 81.

*Linderung der Qualen aber ein sanfterer und ruhigerer Übergang aus diesem in jenes Leben verschafft werden kann. Denn es ist fürwahr kein kleiner Teil der menschlichen Glückseligkeit, [...] dass man nämlich ein sanftes Ende habe, zu unseren Zeiten aber gehört es gleichsam zur Religion der Ärzte, bei denen für verloren geachteten Kranken sitzen zu bleiben und sie zu beklagen; wo sie nach meinem Erachten tätig sein, und wenn sie ihrer Pflicht und sogar der Menschlichkeit selbst entsprechen wollen, alle Kunst und Fleiß anwenden sollten, dass die Sterbenden leichter und sanfter aus dieser Welt gehen. Diesen Teil aber nennen wir die Untersuchung über einen äußerlichen sanften Tod zum Unterschied jenes sanften Todes, wozu die Vorbereitung der Seele erfordert wird.“<sup>113</sup>*

F. Bacon fordert die Ärzte zur Aktivität auf, insbesondere zur Verabreichung von schmerzstillenden und betäubenden Mitteln. Er rät ihnen, sich mit der pharmakologischen „Euthanasia exterior“ (im Unterschied zur „Euthanasia interior“, die die Vorbereitung der Seele auf den Tod erfordert) zu beschäftigen. Ein solches ärztliches Handeln sei wesentlich humaner und sozialer als passiv, indolent und resignativ den Sterbenden allein auf seinen Tod warten zu lassen. Damit wird erstmals der Begriff „Euthanasie“ explizit mit der ärztlichen Verantwortung und dem ärztlichen Ethos verknüpft.

(4) In dem am Ende des 18. Jahrhunderts erschienenen Essay über den Selbstmord versucht *David Hume (1711-1776)*, die Argumente zu widerlegen, der Selbstmord verletze die Pflicht gegenüber Gott, gegenüber der Gesellschaft

---

<sup>113</sup> Bacon, F.: Über die Würde und den Fortgang der Wissenschaften. Darmstadt (1966), S. 394/395. Englischer Originaltitel: Advancement of learning (1783).

und gegenüber der eigenen Person:

*„Dass Selbstmord oft mit dem Interesse und der Pflicht gegen uns selbst verträglich ist, kann niemand bezweifeln, der zugibt, dass Alter, Krankheit oder Unglück das Leben zu einer Last und selbst schlimmer als seine Vernichtung machen können. Wenn er[der Selbstmord] kein Verbrechen ist, so sollten sowohl Einsicht als Tapferkeit uns anhalten, uns auf einmal von dem Dasein zu befreien, wenn es eine Last wird. Dies ist dann der einzige Weg, auf welchem wir der Gesellschaft nützlich sein können, indem wir ein Beispiel geben, dessen Nachahmung jedermann seine Chance für glückliches Leben erhält und ihn von aller Gefahr des Elends wirksam befreit.“<sup>114</sup>*

D. Hume entwickelt einen grundsätzlich utilitaristisch-hedonistischen Ansatz in der Ethik, aufbauend auf dem Urteil, oberstes Kriterium für die Beurteilung einer Handlung seien Nützlichkeit und ein angenehmes Leben. Insofern kann er als Wegbereiter und Vorläufer der klassischen Utilitaristen des 18. und 19. Jahrhunderts gelten.<sup>115</sup> Was sich für den Einzelnen als nützlich erweise, bringe letztlich auch der Gesamtheit den größten Nutzen. Auf diesem Hintergrund zeigt er, dass die Selbsttötung durchaus mit den Pflichten gegenüber sich selbst und der Gesellschaft in Übereinstimmung gebracht werden kann.

(5) Die deutschsprachige Diskussion über die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei sogenanntem „lebensunwerten Leben“ nahm

---

<sup>114</sup> Hume, D.: Dialoge über natürliche Religion. Über Selbstmord und Unsterblichkeit der Seele. Stuttgart (1994), S. 148. Englischer Originaltitel: Dialogues concerning natural religion (1779).

<sup>115</sup> Vgl. Höffe, O.: Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte. Tübingen (1992), S. 13.



nach Erscheinen des Buches »Das Recht auf den Tod« (1895) von *Adolf Jost* stetig zu. Die Ausgangsfrage in der so genannten *socialen Studie* lautet: „*Gibt es Fälle, bei denen der Tod eines Individuums sowohl für dieses selbst als auch für die menschliche Gesellschaft überhaupt wünschenswert ist?*“<sup>116</sup> Unter Bezugnahme auf Th. Morus und D. Hume versucht Jost, den Wert jedes Gegenstandes, jedes Natur- oder Kunstproduktes in seiner Beziehung zur Freude oder zum Leid der Menschen zu finden. Eine solche Bewertung fordert er auch für das Menschenleben: Der Wert des Menschenlebens setze sich aus zwei Faktoren zusammen, nämlich (1) aus der Summe von Freude und Schmerz (individueller Wert) und (2) aus der Summe von Nutzen und Schaden (sozialer Wert). Gerät die Summe der Lebenswerte eines Menschen in den Minusbereich, wird er danach als „nutzlose Last“ der Gesellschaft angesehen und bezeichnet:

*„Der Werth des menschlichen Lebens kann eben nicht bloß Null, sondern auch negativ werden, wenn die Schmerzen so groß sind, wie es in der Todeskrankheit der Fall zu sein pflegt. Der Tod selbst stellt gewissermaßen den Nullwerth dar, ist daher gegenüber einem negativen Lebenswerth noch immer das Bessere.“*<sup>117</sup>

Er argumentiert: Wenn z. B. der Krieg zwar ein Übel, aber ein notwendiges sei, wäre auch die Tötung auf Verlangen vielleicht ein Übel zu nennen, jedoch solange ein notwendiges Übel, als es unheilbare Leiden gibt. Und durch das *Recht auf den Tod* könne man das langwierige, qualvolle und sinnlose Leiden

---

<sup>116</sup> Jost, A.: Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen (1895), S. 1.

<sup>117</sup> Ebd., S. 26.

beenden:

*„Hat jeder Einzelne wenigstens den einen sicheren Rückhalt am schmerzlosen freiwilligen Tode, so wird er auch das Leben mit all seinem Ungemach leichter ertragen, so lange es noch einigermaßen erträglich ist. So sonderbar es klingen mag, es ist doch wahr: 'Das Recht auf den Tod ist die Basis des gesunden Leben'.“<sup>118</sup>*

Für Jost wird neben dem menschlichen Mitleid auch die Wohltätigkeit der menschlichen Gesellschaft bei der Tötung auf Verlangen einbezogen. So behauptet er:

*„Wenn wir einen unheilbar Kranken auf seinem Lager unter unsäglichen Schmerzen sich winden sehen, mit der trostlosen Aussicht auf vielleicht noch monatelanges Siechthum, ohne Hoffnung auf Genesung, wenn wir durch die Räume eines Irrenhauses gehen, und es erfüllt uns der Anblick des Tobsüchtigen oder des Paralytikers mit all dem Mitleid, desurtheilen der Gedanken in uns rege werden: 'haben diese Menschen nicht ein Recht auf den Tod, hat nicht die menschliche Gesellschaft die Pflicht, ihnen diesen Tod möglichst schmerzlos zu geben?'“<sup>119</sup>*

Unter Berücksichtigung der Wohltätigkeit der Gesellschaft und des Mitleids mit dem Leiden der Menschen wollte er schließlich sogar die Freigabe der Tötung unheilbar Kranker legitimieren.

---

<sup>118</sup> Ebd., S. 52.

<sup>119</sup> Ebd., S. 6.

Vor diesem Hintergrund entstand eine heftige Debatte über einen neuen Gesetzesentwurf zur Euthanasie in der Zeitschrift »Das monistische Jahrhundert 2 (1913)«. In der deutschsprachigen Diskussion taucht der Euthanasiebegriff im Sinne der Tötung auf Verlangen zuerst 1913 in dem acht Paragraphen umfassenden Gesetzesentwurf des schwer lungenkranken Bundesmitglieds Roland Gerkan auf.<sup>120</sup>

*„§ 1- Wer unheilbar krank ist, hat das Recht auf Sterbehilfe (Euthanasie).*

*§ 2 – Die Feststellung des Rechtes auf Sterbehilfe wird durch ein Gesuch des Kranken an die zuständige Gerichtsbehörde veranlasst.*

*§ 3 – Auf Grund des Gesuches verfügt das Gericht eine Untersuchung des Kranken durch den Gerichtsarzt im Verein mit zwei zuständigen Spezialisten. An der Untersuchung können auf Wunsch des Kranken auch weitere Ärzte teilnehmen. Diese Untersuchung hat nicht später als eine Woche nach Einreichung des Gesuchs zu erfolgen.*

*§ 4 – Bei der Protokollierung des Untersuchungsbefundes ist anzugeben, ob nach der wissenschaftlichen Überzeugung der untersuchenden Ärzte ein tödlicher Ausgang der Krankheit wahrscheinlicher ist als die Wiedererlangung dauernder Arbeitsfähigkeit.*

*§ 5 – Wenn die Untersuchung die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs ergibt, dann spricht das Gericht dem Kranken das Recht auf Sterbehilfe zu. Im entgegengesetzten Fall wird das Gesuch des Kranken abschlägig beschieden.*

*§ 6 – Wer einen Kranken auf dessen ausdrücklichen und unzweideutig kundgegebenen Wunsch schmerzlos tötet, bleibt straflos, wenn dem Kranken*

---

<sup>120</sup> Vgl. Eid (1975), S. 19/20.

*nach § 5 das Recht auf Sterbehilfe zugesprochen worden ist, oder wenn die nachträgliche Untersuchung ergibt, dass er unheilbar krank war.*

*§ 7 – Wer einen Kranken tötet, ohne dass dieser es ausdrücklich und unzweideutig gewünscht hat, wird mit Zuchthaus bestraft.*

*§ 8 – Die §§ 1 bis 7 finden auch auf Sieche und Verkrüppelte sinngemäße Anwendung.“<sup>121</sup>*

Dem unheilbar Kranken solle daher das Recht auf Sterbehilfe zugesprochen werden, falls von Ärzten festgestellt wird, dass ein tödlicher Ausgang der Krankheit wahrscheinlicher ist als die Wiedererlangung dauernder Arbeitsfähigkeit. Gerkan meint, der Mensch verliere seinen Lebenswert, wenn er für die Gesellschaft nichts mehr leisten könne, wenn der Leidende ohne Arbeitsfähigkeit seinen Angehörigen und der Gesellschaft zur Last falle:

*„peinigendes Bewusstsein, dass ich meinen Angehörigen schwer zur Last falle, wenn auch die Opfer an Zeit, Arbeitskraft und Geld mir gern und mit liebevoller Hingebung gebracht worden [sic!] – ein schädlicher Schmarotzer bleibe ich darum doch. Welch eine herzerreissende und dabei doch groteske Energievergeudung, wenn man Aufwand und Erfolge gegeneinander abwägt!“<sup>122</sup>*

Der Kranke soll daher durch seinen freiwilligen Tod die Gesellschaft entlasten, sobald er sie durch sein Leiden zu überlasten droht. Er soll den Tod als *milden*

---

<sup>121</sup> Zitiert nach Eid (1975), S. 19/20.

<sup>122</sup> Gerkan, R.: Euthanasie. In: Das monistische Jahrhundert 2 (17. Mai. 1913), S. 169-174, S. 173. Zitiert nach Koffler, J.: Mit-Leid. Geschichte und Problematik eines ethischen Grundwortes. Würzburg (2001), S. 53.

*Freund, echten Bruder des Schlafes* suchen, um Befreiung von langen und schweren Leiden zu erhalten, falls die Möglichkeit eines sanften Todes gegeben ist, welcher mit Hilfe des medizinischen Fortschritts erreicht werden kann, und die Gesellschaft Mitleid mit dem Leidenden empfindet. Mit Gerkans Thesen setzten heftige Diskussionen über rechtliche Rahmenbedingungen der Euthanasie ein.

(6) Wie wir sahen, war der Begriff *euthanatos* aufgrund verschiedener ethischer Standpunkte, Traditionen und moralischer Vorstellungen vielfältigen Bedeutungswandlungen unterworfen. Angesichts der Frage, ob der Erhalt des Lebens unter allen Umständen als ein anzustrebendes Ziel, sogar als hohes Gut angesehen werden kann, haben die Vorstellung eines guten Todes, vornehmlich in Hinsicht auf ein menschenwürdiges Sterben ohne Schmerzen, Kunst und Literatur in vielfältiger Weise beschäftigt. Unter Euthanasie versteht man heutzutage nicht mehr den „guten Tod“ als solchen, sondern eher medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung des guten Todes. Dabei werden drei verschiedene Grundformen unterschieden: direkte, passive und aktive Euthanasie.

In Deutschland ist der Terminus „Euthanasie“ aus historischen Gründen tabuisiert. Da auch die systematischen Vernichtungen menschlichen Lebens im Nationalsozialismus<sup>123</sup> „Euthanasie“ genannt wurden, ist der Begriff heute in Deutschland verpönt. Stattdessen wird der Begriff „Sterbehilfe“ verwendet. Jedoch werde ich im Folgenden nicht zögern, den Begriff „Euthanasie“ zu verwenden. Hier ist Euthanasie nur in den Zusammenhang des Themas

---

<sup>123</sup> Im sechsten Kapitel werde ich darauf zurückkommen.

„Selbstbestimmung des Betroffenen“ zu stellen.<sup>124</sup>

Es liegt auf der Hand, dass von Euthanasie eigentlich nur dann gesprochen werden kann, wenn der Patient diese als freiwilligen Wunsch formuliert. Hinsichtlich der genannten Grundformen ist der vom Patienten geäußerte Wille dabei maßgeblich. Daher wird meine Untersuchung sich nicht auf Personen konzentrieren, die sich noch nicht oder nicht mehr äußern können, sondern auf solche, die als Aufgeklärte in der Lage sind, ihren Willen klar zu artikulieren. Hinzu kommt, dass die Euthanasie-Debatte zunächst hinsichtlich jener klinischen Konstellationen zu diskutieren ist, die als „Standardsituation“ der Sterbehilfe bezeichnet werden.<sup>125</sup>

1. Der Patient befindet sich in einem schweren und mit hoher Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren Leidenszustand.
2. Der Patient äußert ernstlich und wiederholt über einen längeren Zeitraum (nicht nur während eines vorübergehenden Schmerz- oder Krisenzustands) das Verlangen zu sterben.
3. Der Patient ist sich über die Tragweite seines Verlangens im Klaren.

Ich werde im Folgenden von dieser Standardsituation ausgehen und von Euthanasie nur dann sprechen, wenn es sich um Lebensverkürzung im Rahmen

---

<sup>124</sup> Insbesondere unter Berücksichtigung dieses Aspekts (d. h. der freiwilligen Selbstbestimmung des Betroffenen nur aus der *Innenperspektive*) wird im sechsten Kapitel der Unterschied zwischen Euthanasie in der liberalen Gesellschaft und *Euthanasie* im NS verdeutlicht.

<sup>125</sup> Birnbacher, D.: Tun und Unterlassen. Stuttgart (1995), S. 34.

Meist Befürworter ärztlicher Sterbehilfe, Euthanasie vertreten deren Zulässigkeit unter einschränkenden Bedingungen. Beispielweise bestimmt N. Hoerster die Bedingungen für die Zulässigkeit der Euthanasie folgendermaßen: Der Patient, um dessen Leben und Sterben es gehe, müsse schwer und unabänderlich leiden, irreversibel krank sein und sein Verlangen wiederholt artikulieren.

der Standardsituation handelt.

## **2. Handlungstheoretische Unterscheidungen zwischen Töten und Sterbenlassen<sup>126</sup>**

Wird eine aktive Herbeiführung des Patiententodes ethisch für falsch, gleichzeitig das Sterbenlassen für ethisch erlaubt gehalten, so wird damit häufig ein Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie als Differenz von Tun und Unterlassen unterstellt. Insbesondere wird die moralische Differenz zwischen Tun und Unterlassen damit begründet, dass wohl dem Tun, nicht aber dem Unterlassen eine kausale Wirksamkeit zuzusprechen sei; infolgedessen werde bei letzterem über das Leben des Patienten verfügt.

Wenn die beabsichtigte Tötung des Patienten ethisch als falsch, gleichzeitig aber der bloß in Kauf genommene oder bloß vorhergesehene Tod des Patienten als ethisch erlaubt gilt, so wird ein Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie als Differenz von Beabsichtigen und Inkaufnehmen des Patiententodes proklamiert. Die moralische Differenz zwischen Beabsichtigen und Inkaufnehmen wird damit begründet, dass zwar die direkte Beabsichtigung des Todes, nicht aber das Inkaufnehmen zwingend moralisch falsch ist. Kurz gesagt: zwischen Tun und Unterlassen, zwischen Beabsichtigen und Inkaufnehmen gibt es also entscheidende moralische Differenzen, die für die

---

<sup>126</sup> Mit einer Handlung ist zunächst eine vom Subjekt des Handelns bewirkte *Veränderung des Zustands der Welt* gemeint. Sie wird von jenem beabsichtigt und freiwillig vollzogen, wohingegen eine Körperbewegung oder Reaktion ohne Willensentschluss automatisch abläuft, also vom Subjekt weder geplant noch gesteuert ist. Handlung allerdings muss den *Zustand der Welt* nicht direkt verändern, sie kann auch als Unterlassung erscheinen. Das handelnde Subjekt hat dabei einen besonderen kognitiven Zugang: es versucht, seine Absicht in die Tat umzusetzen. Die Handlung wird folglich aufgrund Überzeugungen und Wünschen des Subjekts verursacht. Wenn ein Ereignis durch einen solchen *primären Grund* geschieht, dann ist es eine beabsichtigte Handlung.

ethische Bewertung der Euthanasie von Bedeutung sind. Zwei Fragen sind folglich zu stellen: (1) wie kann der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen, zwischen direktem Beabsichtigen und bloßem Inkaufnehmen des Todes auf der deskriptiven, handlungstheoretischen Ebene eindeutig bestimmt werden? (2) ob und wie kann der deskriptiv erfassbare Unterschied moralisch Relevanz erlangen?

## **2.1 Tun vs. Unterlassen**

(1) Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist von Bedeutung hinsichtlich der Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie, vor allem in der Diskussion über die moralische Legitimität des Behandlungsverzichts bei Unterlassung notwendiger lebenserhaltender Maßnahmen.

Aktive Euthanasie versteht sich als beabsichtigte, direkte, möglichst schmerzlos herbeigeführte Tötung eines Menschen durch physischen Eingriff, nämlich als überlegte Verabreichung lebensverkürzender Mittel, um Schmerzen und Leiden zu beenden. Passive Euthanasie bedeutet dagegen Abbruch oder Unterlassung bzw. Verzicht auf Durch- oder Fortführung von lebenserhaltenden Maßnahmen ebenfalls mit Todesfolge eines schwerstkrankenden oder sterbenden Patienten oder zumindest mit der Konsequenz einer deutlich erkennbar beschleunigenden Wirkung auf den Sterbeprozess. Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie wird daher oft als Differenz gesehen zwischen Töten als aktiver Beendigung des Lebens und Sterbenlassen als Entscheidung, Leben nicht zu verlängern, also keine weiteren lebensverlängernden Maßnahmen vorzunehmen. Der aktive Euthanasie Leistende tritt mit dem Patienten in einen physischen Kontakt, er tut dem



Patienten etwas, während der passive Euthanasie Leistende etwas unterlässt.<sup>127</sup>

Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie besteht also darin, dass derjenige, der einen anderen Menschen tötet, handelt oder aktiv etwas tut, also sichtbare Körperbewegungen ausführt, während derjenige, der einen Menschen sterben lässt, nicht handelt, sondern lediglich etwas zu tun unterlässt, also keine sichtbaren Körperbewegungen ausführt. Die Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie kann demnach mit den Gegensatzpaaren Handeln (im engeren Sinn; etwas tun) und Nichthandeln (unterlassen, etwas zu tun) oder Ausführung und Nichtausführung bestimmter beobachtbarer Körperbewegungen beschrieben werden.

Diese Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie scheint jedoch unter bestimmten Umständen nicht sinnvoll zu sein. Sowohl der Handlungstyp der aktiven als auch derjenige der passiven Euthanasie können durch ein Handeln sowie durch ein Nichthandeln verwirklicht werden: Der Arzt kann einen Patienten töten, indem er etwas tut (ein schnell wirkendes Gift in eine Vene spritzen), oder indem er etwas zu tun unterlässt (eine geschuldete Hilfeleistung verweigern; absichtliche und wissentliche Unterlassung, z. B. eine lebensbedrohliche Blutung während der Operation zu stoppen, falls der Patient durch bestimmte Maßnahmen hätte überleben können). Ebenso kann der Arzt einen Patienten sterben lassen, indem er eine bestimmte Körperbewegung ausführt, also etwas tut (beispielsweise ein Beatmungsgerät abschaltet), oder indem er es unterlässt, etwas zu tun (z. B. eine entleerte Batterie in einem von einer solchen Stromquelle getriebenen Beatmungsgerät nicht ersetzt). Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie ist

---

<sup>127</sup> Vgl. Birnbacher, D.: Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe. In: Hepp, H. (Hrsg.), *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!* Düsseldorf (1992), S. 50-73, S. 54.

also nicht einfach im Ausführen oder Nichtausführen einer Handlung, d. h. im Handeln oder Nichthandeln zu sehen.<sup>128</sup>

(2) Worin aber besteht die entscheidende Differenz zwischen den Handlungstypen des Tötens und des Sterbenlassens? Im Allgemeinen lässt sich der faktische Unterschied zwischen Akten des Tötens und Akten des Sterbenlassens am deutlichsten anhand der kausalen Rolle des Handelnden beschreiben.

Häufig wird darauf hingewiesen, dass mit der aktiven Euthanasie, d. h. der beabsichtigten und aktiven Beschleunigung des Todeseintritts, eine neue Todesursache eingeführt wird; es handelt sich um Tötung durch ärztliche Maßnahmen (iatrogen). Bei der passiven Euthanasie, d. h. dem bewussten Verzicht auf Einleitung oder Weiterführung medizinischer Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung, bleibt hingegen als Ursache des Todes die Krankheit des Sterbenden; es handelt sich um das Wirksamwerden einer von den ärztlichen Maßnahmen unabhängigen Primärursache. Dieser Unterschied wird daher so formuliert, dass die Todesursache beim Sterbenlassen die Krankheit sei, beim Töten hingegen die ärztliche Maßnahme. In Bezug darauf argumentiert z. B. der amerikanische Theologe P. Ramsey folgendermaßen:

*„Beim Unterlassen verursacht kein menschlicher Akteur den Tod des Patienten, weder direkt noch indirekt. Er stirbt seinen eigenen Tod an Ursachen, deren Bekämpfung mit möglichen medizinischen Eingriffen nicht mehr barmherzig*

---

<sup>128</sup> Vgl. Rechenbach, B. C.: Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung. In: Leist, A. (Hrsg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am M. (1990), S. 318-348, S. 324.

oder sinnvoll ist.“<sup>129</sup>

Ähnlich äußern sich A.W. Müller und B. F. Brown:

*„Das Sterbenlassen besteht darin, dass jemand in einem vom ihm unabhängigen Wirkungsablauf, der auf den Tod zufführt, nicht eingreift. Dagegen besteht die Tötung darin, dass jemand selbst, z. B. durch Gift, für die Ursache des Todes sorgt.“<sup>130</sup>*

*„Beim Töten ist der menschliche Akteur die Ursache - die notwendige und hinreichende Bedingung des Todes. Beim Sterbenlassen, wenn das Sterben auf ein Ende gerichtet, also nicht aufhaltbar ist, ist der menschliche Akteur in keiner Weise die Ursache; weder eine notwendige Bedingung, weil der Tod ohne ihn eintreten wird, noch eine hinreichende, weil die Krankheit die hinreichende Bedingung ist.“<sup>131</sup>*

Beim Sterbenlassen durch Verzicht auf medizinische Maßnahmen besteht nach den eben genannten Autoren kein kausaler Zusammenhang zwischen der Handlung des Arztes und dem Sterben des Patienten. Vielmehr stirbt der Patient seinen „eigenen“ Tod. Der „natürliche“ Krankheitsverlauf endet mit dem „natürlichen“, nicht durch den Arzt verantworteten Tod. Ist nun beim bloßen Sterbenlassen im Gegensatz zur Herbeiführung des Todes der Handelnde gar nicht kausal am Tod des Patienten beteiligt?

---

<sup>129</sup> Ramsey, P.: The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics. New Haven/London (1973), S. 151.

<sup>130</sup> Müller, A. W.: Tötung auf Verlangen - Wohltat oder Untat? Stuttgart (1997), S. 103.

<sup>131</sup> Brown, B. F.: On Killing and Letting Die. In: PACPA 53 (1979), S. 162.

(3) Beim bloßen Sterbenlassen werden medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Regel in Situationen getroffen, in denen der Arzt bewusst darauf verzichtet, den Tod eines Leidenden zu verhindern, obwohl er die Möglichkeit, das Wissen und die Gelegenheit dazu hätte; er sieht bewusst und willentlich davon ab, den Patiententod zu verhindern.

Sowohl was aktive Lebensbeendigung durch Handlungen als auch den bewussten Verzicht auf das Verhindern des Todes betrifft, so ist der Arzt allerdings immer auch am Patiententod kausal beteiligt. Im folgenden Fallbeispiel wird dies verdeutlicht, indem der Handelnde, der bewusst darauf verzichtet, den Tod eines Tieres zu verhindern, mehr oder minder dafür verantwortlich ist.

*Ein Beispiel: Eine junge Katze fällt kopfüber in eine gefüllte Badewanne und droht zu ertrinken. In diesem Augenblick betritt der Besitzer das Badezimmer. Er sieht sein in Panik strampelndes Haustier, steht aber nur daneben und unternimmt nichts. Schließlich stirbt die junge Katze.*

Dieses Beispiel zeigt, dass ein kausaler Zusammenhang besteht zwischen dem bewussten Verzicht auf Verhindern des Todes und dem Tod der Katze. Der Besitzer nämlich lässt die Katze sterben, indem er es unterlässt, ihren Tod zu verhindern, obwohl er über die Möglichkeit, Fähigkeit und Gelegenheit verfügt, den Tod der Katze zu verhindern. Durch die Unterlassung wird ein Prozess ausgelöst, der final den Tod des Tieres herbeiführt. Die Untätigkeit des Besitzers ist für den Tod der Katze ebenfalls kausal ursächlich: Obwohl die

junge Katze kopfüber ins Wasser fällt, wäre sie nicht gestorben, falls jener es nicht unterlassen hätte, sie vor dem Tod durch Ertrinken zu retten; er hat eine Ereignisfolge in Gang gesetzt, die unter den gegebenen Umständen ihren Tod herbeiführt. Seine Unterlassung – sie nicht zu retten – war unter den gegebenen Umständen die kausal wirksame Bedingung für den anschließenden Tod der Katze. Folglich ist seine Unterlassung im Hinblick auf die kausale Tätigkeit ebenfalls als Tötung zu betrachten.

Wie kommt man zu der Annahme, dass Unterlassungen auch Ursachen sein können, dass ein Handelnder für Auswirkungen, die er bewusst zu verhindern unterlässt, ebenso verantwortlich ist, wie für solche, welche er durch beabsichtigte Handlung herbeiführt?

H. Kuhse spricht hier, unter Berufung auf Mackies Kausalitätstheorie, von *inus*-Bedingungen.<sup>132</sup> Verschiedene Faktoren<sup>133</sup> sind ursächlich daran beteiligt, ein bestimmtes Ergebnis herbeizuführen. Eine Pluralität kausal wirksamer Faktoren stellt immer die Ursache für ein Ergebnis dar: Sie macht die Summe aller Bedingungen aus, die sämtlich für die Realisierung eines Ergebnisses zusammentreffen müssen.<sup>134</sup> So sind z. B. in der Standardsituation der Sterbehilfe neben der ärztlichen Tötungsmaßnahme und ihrer spezifischen kausalen Wirksamkeit noch weitere Faktoren zu berücksichtigen, die Einfluss auf den Tod des Patienten haben. Wenn daher behauptet wird, dass beim Sterbenlassen nicht der Arzt, sondern die Krankheit den Tod des Patienten

---

<sup>132</sup> Das bedeutet: nicht hinreichender, aber nicht redundanter Teil einer nicht notwendigen aber hinreichenden Bedingung (INUS-Conditions; Insufficient but Nonredundant part of an Unnesessary but Sufficient Condition).

<sup>133</sup> D. Birnbacher differenziert in seinem Buch »Tun und Unterlassen« (1995) terminologisch zwischen *Gesamtursache*, *(Teil)Ursachen* und *Randbedingungen*.

<sup>134</sup> Vgl. Vgl. Kuhse, H.: Die Heiligkeit des Lebens in der Medizin. Eine philosophische Kritik. Erlangen (1994), S. 98. Titel der englischen Originalausgabe: *The Sancity-of-Life-Doctrine in Medicine - A Critique*. Oxford (1987).

verursache, so wird dabei unter Umständen die Vielfalt bzw. Komplexität der potentiellen Ursachen übersehen.<sup>135</sup> Die Tatsache, dass der krankheitsbedingte Tod nur als eine Todesursache neben vielfältigen komplexen anderen steht, widerspricht der Position, dass Krankheit die singuläre Ursache beim Sterbenlassen sei.

Zur Verdeutlichung ziehen wir das Beispiel eines Hausbrandes heran.<sup>136</sup> In einem Gebäude ist ein Feuer ausgebrochen. Als die Brandursache wird dabei ein elektrischer Kurzschluss ermittelt. Kann der Kurzschluss in diesem Fall aber tatsächlich als die einzige Ursache dieses Brandes benannt werden? Nach *J. L. Mackie* könne man hier behaupten, der Kurzschluss habe den Brand verursacht, weil dieser eine der *inus*-Bedingungen darstelle: Der Kurzschluss als Ursache des Feuers sei eine nicht notwendige Bedingung in dem Sinn, dass auch andere Brandursachen vorliegen könnten (viele andere Auslöser hätten ebenfalls zum Entstehen des Brandes führen können, wie ein Blitzschlag, ein überheizter Holzofen, ein Kurzschluss an anderer Stelle usw.). Genauso ist jener für sich genommen nicht hinreichend für die Brandentwicklung (es muss sich außerdem brennbares Material in der Nähe befinden und darf keine Sprinkleranlage installiert sein). Für den konkreten Brand aber in *dieser gegebenen Situation* ist der Kurzschluss bei Entstehung des Feuers eine *nicht redundante* Bedingung, denn ohne ihn wäre das Feuer nicht ausgebrochen. Der Kurzschluss, die eventuell vorhandenen brennbaren Materialien, das Fehlen einer Sprinkleranlage usw. erzeugen eine Situation, die zwar *hinreichend* ist, um das Ergebnis hervorzurufen, jedoch *nicht notwendig*, denn das Feuer hätte

---

<sup>135</sup> Vgl. Ebd.

<sup>136</sup> Vgl. Ebd., S. 85.

auch aus anderen Gründen ausbrechen können.<sup>137</sup> Die Verbindung der aufgeführten einzelnen Faktoren bildet zunächst nur eine minimal hinreichende Bedingung für den Brand. Dabei repräsentiert jeder einzelne Faktor eine der *inus*-Bedingungen, welche zusammengenommen die Ursache für das Ereignis bilden.

Ein weiteres Beispiel im medizinischen Kontext: „*Ein Kind mit Spina bifida*<sup>138</sup> erkrankt an einer Lungenentzündung und stirbt an den Folgen der Pneumonie. Der Arzt greift nicht ein, obgleich eine Lungenentzündung mittels Antibiotika leicht zu heilen gewesen wäre, der Tod des Kindes also mit einfachen Mitteln hätte verhindert werden können.“<sup>139</sup>

Im Zusammenhang mit der Frage *Warum stirbt das Kind mit Spina bifida?* kann die Ursache des Kindestodes in verschiedenen kausalen Kontexten debattiert werden. Einerseits stellt die Lungenentzündung die potentielle Todesursache dar: Obwohl das Kind an Spina bifida leidet, wäre es womöglich nicht gestorben, hätte es sich keine Lungenentzündung zugezogen. Andererseits kann die Todesursache im Behandlungsverzicht des Arztes liegen: Obwohl es eine Lungenentzündung erlitt, wäre der Tod des Kindes abwendbar

---

<sup>137</sup> Vgl. Ebd.

<sup>138</sup> *Spina bifida* ist eine seltene embryonale Fehlentwicklung der Wirbelsäule. In schwereren Fällen bleibt das Kind von der Hüfte abwärts dauerhaft gelähmt und gewinnt keine Kontrolle über die Kontinenz von Darm und Blase. Oft sammelt sich im Gehirn ein Überschuss von Nervenwasser an; es entsteht ein Zustand, der als Hydrocephalus (*Wasserkopf*) bezeichnet wird und zu geistiger Behinderung führen kann. Obwohl eine therapeutische Korrektur bis zu einem gewissen Grad erreicht werden kann, lassen sich Lähmung, Inkontinenz und Entwicklungshemmung in schweren Fällen nicht vermeiden.

Ärzte, die an schwerer Spina bifida leidende Kinder behandeln, sind häufig der Ansicht, dass das Leben dieser Kinder so elend sei, dass es falsch wäre, eine Operation vorzunehmen, um das Leben zu erhalten. Vgl. Singer, P.: *Praktische Ethik*. Stuttgart (1994), S. 235/236. Titel der englischen Originalausgabe: *Practical Ethics*. Cambridge (1979). – Second Edition (1993).

<sup>139</sup> Vgl. Kuhse (1994), S. 58-62. Zitiert nach Zimmermann-Acklin (1997), S. 243.

gewesen, falls es mit Antibiotika behandelt worden wäre. Sofern Antibiotika, die einen tödlichen Verlauf verhindern können, verfügbar sind, dem Kind aber bewusst vorenthalten werden, muss eine weitere *inus*-Bedingung als Verbindung mit der minimal hinreichenden Bedingung hinzugefügt werden. Dadurch wird die Unterlassung des Arztes, der das anti-bakterielle Medikament nicht einsetzt, zur dominierenden Ursache für den Tod des Kindes. Dieser Todesursache des nichtbehandelten Kindes mit Spina bifida entsprechen die Kausalitätsdefinitionen von *D. Hume*, insbesondere die zweite:

*„In Übereinstimmung mit dieser Erfahrung mögen wir also eine Ursache definieren als: einen Gegenstand, dem ein anderer folgt, wobei allen Gegenständen, die dem ersten gleichartig sind, Gegenstände folgen, die dem zweiten gleichartig sind. Oder mit anderen Worten: wobei, wenn der erste Gegenstand nicht bestanden hätte, der zweite nie ins Dasein getreten wäre.“<sup>140</sup>*

Im Falle der Euthanasie lassen sich demnach verschiedene Faktoren für den Patiententod als ursächliche interpretieren. Indem der Arzt an verschiedenen Stationen der Kausalkette durch den Verzicht auf Todesverhinderung in das Geschehen eingreift, trägt er eine Mitverantwortung für die Folgen. Unabhängig von Töten und Sterbenlassen muss nach Kuhse auch ein solches Auslösen einer Ereigniskette auf dem Weg zum Todeseintritt als eine *inus*-Bedingung bezeichnet werden, die mitursächlich ist für die Herbeiführung des Ergebnisses; Sowohl das Töten als auch das Sterbenlassen ist eine jeweilige *inus*-Bedingung der minimal hinreichenden Gesamtbedingungen für den

---

<sup>140</sup> Hume, D.: Eine Untersuchung über den menschlichen Verstand. Hamburg (1984), S. 92/93. Englischer Originaltitel: *An Enquiry Concerning Human Understanding* (1748).



Patiententod.<sup>141</sup> Der beabsichtigte Verzicht auf mögliche lebensverlängernde Maßnahmen und Verhindern des Patiententodes sind darum kausal für den Tod des Patienten verantwortlich – ebenso verantwortlich wie das Verabreichen einer tödlichen Spritze. Kuhse argumentiert weiterhin, dass es Situationen gebe, in denen es vorzuziehen sei, einen Patienten zu töten als ihn sterben zu lassen, wenn z. B. der Vorgang des Sterbens mit unnötigem Leiden verbunden ist.

## 2.2 Beabsichtigen vs. Inkaufnehmen

(1) Während der Tod des Patienten bei aktiver, direkter Euthanasie bewusst intendiert wird, um unerträgliche Schmerzen auszuschließen, beabsichtigt der Handelnde bei indirekter Euthanasie nicht den Tod des Patienten, sondern Schmerzbekämpfung und Beruhigung. Das ärztliche Bemühen um Schmerzlinderung kann eine lebensverkürzende Wirkung mit sich bringen. Diese wird in Kauf genommen, intendiert ist sie nicht.

Vor dem Hintergrund des Verfügungsverbot über das menschliche Leben wird die Differenz zwischen erlaubten und nicht mehr erlaubten Fällen, in denen der Tod herbeigeführt wird, oft an die Unterscheidung von „direktem“ und „indirektem“ Beenden menschlichen Lebens gekoppelt. Dabei wird häufig das so genannte *Prinzip der Handlung mit Doppelwirkung* (im Folgenden abgekürzt: PDW) aus der Moralthologie angewandt, das innerhalb der Euthanasiediskussion eine wichtige Rolle spielt. Es bezieht sich auf Situationen, in denen eine Handlung sowohl eine gute als auch eine schlechte Wirkung zur Folge hat. Das PDW konstatiert, dass eine Handlung in derartiger Situation gerechtfertigt werden kann, wenn vier Bedingungen erfüllt sind:<sup>142</sup>

---

<sup>141</sup> Vgl. Kuhse (1994), S. 97.

<sup>142</sup> Vgl. Knauer, P.: Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik. Frankfurt am

- die Handlung ist nicht in sich schlecht,
- die schlechte Wirkung ist nicht in sich selbst beabsichtigt,
- die schlechte Wirkung ist auch nicht als Mittel zur Erreichung des guten Zweckes direkt beabsichtigt,
- für die Zulassung des Übels liegt ein entsprechender Grund vor, d. h. die aus der Handlung hervorgehenden guten Folgen müssen das zugelassene Übel aufwiegen.

Nach diesem Prinzip ist eine Handlung mit einer guten und einer schlechten Wirkung immer dann moralisch unzulässig, wenn der Handelnde die schlechte Wirkung oder die an sich schlechte Handlung als Mittel zur Erreichung der guten Wirkung beabsichtigt. Moralisch zulässig hingegen ist sie, wenn sich die schlechte Wirkung als eine nicht beabsichtigte Nebenfolge aus der beabsichtigten guten Wirkung oder einer an sich guten Handlung ergibt. Wenn beispielsweise ein Arzt einem Patienten eine Dosis Schmerzmittel verabreicht, die ihn schmerzfrei macht und damit seinen Sterbeprozess beschleunigt, dann liegt gemäß des PDW kein Verstoß gegen das Tötungsverbot vor, falls der Arzt die Schmerzlinderung beabsichtigt und die Beschleunigung des Sterbeprozesses nur wissentlich in Kauf nimmt. Verabreichte er dagegen die tödliche Dosis mit der Absicht, dem Patienten seinen Wunsch nach aktiver Euthanasie zu erfüllen, dann hätte er gegen ein grundlegendes ethisches Verbot verstoßen.

Das PDW wird in der Literatur häufig auf *Thomas von Aquin* zurückgeführt.<sup>143</sup>

---

M. (2002), S. 28.

<sup>143</sup> Vgl. Weiß, A. W.: Sittlicher Wert und nichtsittliche Werte: Zur Relevanz der

In seiner »Summa theologiae« erörtert er die Situation eines Menschen in Notwehr, der einen Angreifer in Selbstverteidigung tötet. Er beantwortet die Frage, wie eine solche Handlung mit doppelter Wirkung zu beurteilen ist:

*„Ich antworte, es sei zu sagen: Nichts hindert, dass von einer einzigen Handlung zwei Wirkungen bestehen, von denen nur die eine in der Absicht liegt, während die andere außerhalb der Absicht liegt. Die moralischen Handlungen aber erlangen ihre Wesensbestimmung gemäß dem, was beabsichtigt ist, nicht aber aus dem, was außerhalb der Absicht liegt, [...]“<sup>144</sup>*

Der Theologe fordert, den Unterschied zwischen beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen in einer Notwehrsituation zu beachten. Die Selbstverteidigungshandlung könne doppelte Wirkung haben: die Erhaltung des eigenen Lebens und die Tötung des Angreifers. Er versteht die Selbstverteidigung als Erhaltung des eigenen Lebens. Da bei Notwehr die Verteidigung des eigenen Lebens, nicht aber der Tod des Angreifers intendiert sei, sei diese sittlich erlaubt. Die Tötung des Angreifers in Notwehr könne somit hinreichend begründet werden. Als einschränkende Bedingung führt Thomas von Aquin die Verhältnismäßigkeit des Grundes für die Inkaufnahme der Folge auf.

*„Es kann aber eine Handlung, die aus einer guten Absicht hervorgeht,*

---

Unterscheidung in der moraltheologischen Diskussion um deontologische Normen. Fribourg (1996), S. 80.

<sup>144</sup> Thomas von Aquin : Summa Theologiae II - II , q64 a7 ad c. : Respondeo dicendum quod nihil prohibet unius actus esse duos effectus, quorum alter solum sit in intentione, alius vero sit praeter intentionem. Morales autem actus recipiunt speciem secundum id quod intenditur, non autem ab eo, quod est praeter intentionem, [...] . Zitiert nach Knauer (2002), S. 34.

*unerlaubt werden, wenn sie nicht entsprechend ist zum Ziel. Und wenn somit jemand zur Verteidigung des eigenen Lebens größere Gewalt anwendet, als notwendig ist, wird es unerlaubt sein.*“<sup>145</sup>

Hier taucht also bereits die vierte Bedingung des PDW auf. Eine systematische Zusammenstellung aller vier Bedingungen liefert Thomas von Aquin allerdings noch nicht. Die erste genauere Formulierung wird auf *Johannes a Sancto Thoma (1589-1644)* zurückgeführt. Doch erst seit *J. P. Gury's* Moraltheologie von 1850 ist das Prinzip durch Vertreter dieser Disziplin hinreichend geklärt und findet Anwendung im gesamten Bereich der Moraltheologie.<sup>146</sup>

Bis in die Gegenwart bildet das PDW also ein wichtiges Element der katholischen Moraltheologie.<sup>147</sup> Das PDW und ihm eng verwandte Lehrsätze sind jedoch auch philosophisch von großem Interesse bezüglich der Unterscheidung zwischen beabsichtigten und bloß vorhergesehenen Folgen von bewussten Handlungen oder Unterlassungen, insbesondere im Rahmen der Euthanasiediskussion. Die Frage ist, ob und wie demonstriert werden kann,

---

<sup>145</sup> Ebd., S. 35: *Potest tamen aliquis actus ex bona intentione proveniens illicitus reddid, si non sit proportionatus fini. Et ideo, si aliquis ad defendendum propriam vitam utatur maiori violentia quam oporteat, erit illicitum.*

<sup>146</sup> Peschke, K. H.: Tragfähigkeit und Grenzen des Prinzips der Doppelwirkung. In: *Studia Moralia* 26 (1988), S. 101-117, S. 103.

<sup>147</sup> Catholic University (1976), S. 1020: Die *New Catholic Encyclopedia* formuliert die vier Bedingungen des PDW folgendermaßen: 1. Die Handlung selbst muss gut oder zumindest moralisch neutral sein. 2. Der Handelnde darf die schlechte Wirkung nicht positiv wollen, darf sie aber zulassen. Wenn er die gute ohne eine schlechte Wirkung erzielen kann, dann sollte er dies tun. Von der schlechten Wirkung sagt man manchmal, sie sei indirekt gewollt. 3. Die gute Wirkung muss von der Handlung zumindest genauso unmittelbar ausgehen wie die schlechte (in der kausalen Abfolge, nicht notwendigerweise in zeitlicher Abfolge). Mit anderen Worten: Die gute Wirkung muss direkt von der Handlung verursacht sein, nicht von der schlechten Wirkung. Andernfalls würde der Handelnde ein schlechtes Mittel für einen guten Zweck einsetzen, was niemals erlaubt ist. 4. Die gute Wirkung muss hinreichend wünschenswert sein, so dass sie das Zulassen der schlechten Wirkung aufwiegt. Bei dieser Entscheidung müssen viele Faktoren abwogen und verglichen werden, und zwar mit einer Sorgfalt und Umsicht, die der Wichtigkeit des Falls angemessen ist [...]. Zitiert nach Kuhse (1994), S. 118.

dass der handlungstheoretische Unterschied zwischen Beabsichtigen und Inkaufnehmen eine verschiedenartige moralische Beurteilung rechtfertigt.

(2) Für die ethische Bewertung ist zweifellos maßgeblich, welche Absicht einer konkreten Handlung zugrunde liegt. Der Zusammenhang zwischen einer Handlung und der dabei zugrundeliegenden Absicht wird mittels folgender zwei Beispiele verdeutlicht:<sup>148</sup>

*(a) Karl stolpert und wirft dabei eine Blumenvase um.*

*(b) Karla wirft eine Blumenvase um, um auf einer Party ein Happening zu veranstalten.*

Beide Vorkommnisse führen zwar zum gleichen Ergebnis. Zunächst stellt sich aber die Frage, welche Begleitumstände Karls Stolpern verursacht haben. Der Teppichboden hatte sich an einer Stelle gewellt. Worin liegt die Ursache dafür? Aus einem im Fußboden verlegten Rohr war Wasser ausgetreten. Wodurch wurde wiederum dies verursacht? Das Rohr war an einer Stelle durchgerostet. Was hatte den Prozess des Rostens ausgelöst? usw.<sup>149</sup> Man kann hier die Verursachungsbeziehung zwischen den Ereignissen beobachten. Denn Ursache und Wirkung des Ereignisses fallen unter eine allgemeine Regularität. In jedem einzelnen Fall verursacht ein Ereignis ein weiteres. Mit dieser Kausalbeziehung wird die Existenz eines entsprechenden Kausalgesetzes bewiesen. Der Bewegungsursprung wird durch eine äußere Ursache hervorgerufen, und die handelnde Person, Karl, kann keinen Einfluss darauf nehmen. Die

---

<sup>148</sup> Vgl. Ricken, F.: Allgemeine Ethik. Stuttgart (1998), S. 82.

<sup>149</sup> Vgl. Ebd.

Körperbewegung von Karl (man kann nicht von Handlung sprechen) ist daher als unfreiwillig bzw. unbeabsichtigt zu bezeichnen, da ein bewusster Willensakt Karls ausbleibt. Im Beispiel Karlas stellt aber die Ursache des Ereignisses die Handelnde selbst dar. Sie hat die Vase vorsätzlich umgeworfen, um die Aufmerksamkeit der anderen Partybesucher auf sich zu lenken. Die Handelnde kann als Ursprung des Ereignisses betrachtet werden, der Ursprung der Bewegung liegt in Karla, nicht in einem anderen äußeren Einfluss. Karla handelt also *freiwillig* bzw. *beabsichtigt*.

Ein anderes Beispiel illustriert diesen Unterschied.<sup>150</sup>

*Ein Jäger hat die Absicht, Hirsche zu jagen. Er geht auf die Jagd und erschießt ein Lebewesen, das er für einen Hirsch hält. Es stellt sich aber heraus, dass es nicht ein Hirsch ist, sondern ein Mensch.*

Zwei Beschreibungen des Ereignisses sind denkbar:

*(c) Er erschießt ein Lebewesen.*

*(d) Er erschießt einen unschuldigen Menschen.*

Es scheint eindeutig, dass die Beschreibung (c) eine „Handlung“ mit einer vorausgehenden Absicht des Handelnden charakterisiert. Der Akteur hegt die Absicht, etwas zu tun, und setzt diese auch in die Tat um. Zu seinem Vorhaben hat er dabei einen besonderen kognitiven Bezug. Seine Absichten sind ihm bewusst, einem Beobachter jedoch unzugänglich, daher kann nur er seine Aktion präzise vorhersagen. Eine konkrete beabsichtigte Handlung wird daher von zwei Komponenten verursacht: von dem, was der Akteur beabsichtigt (d. h.

---

<sup>150</sup> Vgl. Ebd., S. 86.

realisieren will) und von dem, was er weiß (d.h. was er in Kauf nehmen will).<sup>151</sup>

Wie sieht hingegen die Interpretation im Fall der Schilderung (d) aus? Sie drückt eine nicht freiwillige bzw. beabsichtigte Handlung aus, „*weil etwas, das er [der Handelnde] nicht weiß, nicht Gegenstand seines Willensaktes sein kann.*“<sup>152</sup> Der Willensakt benötigt einen Gegenstand oder Inhalt, den der Handelnde herbeiführen will. Dieser kann sich daher nicht auf einen ihm unbekanntem Inhalt richten. Die Unwissenheit hebt folglich die Freiwilligkeit bzw. Absichtlichkeit der Handlung auf, weil diese im Gegensatz zu bloßer Körperbewegung, die ohne den Willen des Handelnden automatisch abläuft und vom Handelnden weder geplant noch gesteuert werden kann, nur in dem Fall freiwillig und absichtlich ist, wenn deren Ursache im Handelnden liegt (Absicht/Wollen) und dieser die Umstände der Handlung kennt (Wissen). Eine beabsichtigte und freiwillige Handlung wird dann schlussendlich vollzogen. Beschreibung (d) spricht von der Tatsache, dass der Jäger einen unschuldigen Menschen getötet hat, jedoch unabsichtlich. Das unwissentlich herbeigeführte Ereignis kann nicht als beabsichtigte Handlung eingestuft werden.

Ein weiteres Beispiel: Ödipus brachte einen Mann ums Leben, mit dem es an einer Weggabelung zum Streit gekommen war. Das Opfer war sein Vater. Den Vater umzubringen gehörte aber nicht zu dem Wissen, das Ödipus von seinem Vorhaben hatte. Dennoch passierte diese „Katastrophe“. Die Handlung muss unter der Beschreibung „den Wegelagerer töten“ als beabsichtigt gelten, aber als unbeabsichtigt unter der Beschreibung „seinen Vater töten“.

Eine beabsichtigte Handlung lässt sich auch in Form eines *praktischen*

---

<sup>151</sup> Vgl. Quante, M.: Einführung in die Allgemeine Ethik. Darmstadt (2003), S. 133.

<sup>152</sup> Thomas von Aquin: *quia non potest esse actu volitum quod ignoratum est*. Zitiert nach Ricken (1998), S. 87.

*Syllogismus*, mittels dem ein Handelnder seine Absicht zu realisieren versucht, als praktische Konklusion darstellen.<sup>153</sup>

(P-1) A beabsichtigt, *p* herbeizuführen.

(P-2) A weiß, dass er *p* nur dann herbeiführen kann, wenn er *a* tut.

---

(Konklusion) Folglich macht sich A daran, *a* zu tun.

Nach dieser Formulierung wird eine intendierte Maßnahme auf der Grundlage der Relation zwischen Willensakten und kognitiven Akten ergriffen. Eine Person vollzieht dann eine intendierte Handlung, wenn sie ein Ziel hat, welches sie zu erreichen sucht und von dem sie weiß, dass es durch ihr Verhalten herbeigeführt werden kann; Wollen (Willensakte) und Wissen (kognitive Akte) bestimmen ihr Verhalten.

Wendet man die Form des *praktischen Syllogismus* auf den folgenden Fall an, so ergibt sich:<sup>154</sup>

(P-1) Herr Müller will ein Bier bestellen.

(P-2) Herr Müller weiß, dass er mit einem Handzeichen den Ober zu sich rufen kann, um ein Bier zu bestellen.

---

(Konklusion) Herr Müller gibt ein Handzeichen.

Die beabsichtigte Aktion lässt sich als Schluss darstellen, wie obiges Beispiel

---

<sup>153</sup> Vgl. Quante, M.: Theorie des Handelns. In: Gniffke, F./Herold, N. (Hrsg.), Philosophie. Problemfelder und Disziplinen, Münster (1996), S. 1-18, S. 7.

<sup>154</sup> Vgl. Ebd.



zeigt. Herr Müller hat die Absicht, ein Bier zu bestellen (P-1). Er weiß, dass er diese mittels eines Handzeichens realisieren kann (P-2). Das Handzeichen wird ausgeführt als konkrete intendierte Handlung durch die „Intentions-Wissens-Struktur“ des vorherigen praktischen Schlusses. Die handlungs-relevante Absicht und das einschlägige Wissen hinsichtlich der Handlung werden als „primärer Grund“<sup>155</sup> zusammengefasst. Der primäre Grund ist diejenige Einheit von Absicht und Wissen, welche die Handlung aus der Perspektive des Handelnden verständlich macht. Ein Ereignis ist dann eine Handlung, wenn es durch einen primären Grund verursacht wird, was dann als beabsichtigte Handlung beschrieben werden kann. Demnach zeigt sich, dass die relevante Absicht, das relevante Wissen und die Handlung nicht unabhängig voneinander sind, sondern im Geflecht ihrer sinngebenden und verstehbaren logischen Zusammenhänge bestehen.<sup>156</sup> Für eine Bewertung der beabsichtigten Handlung ist daher sowohl die Absicht als auch das Wissen des Handelnden zu berücksichtigen, da die beabsichtigte Handlung durch den primären Grund verursacht wird.

Nun beziehen wir zusätzlich das einer Handlung zugrunde liegende Wissen mit ein (Inkaufnahme). Im Fall der Inkaufnahme ist davon auszugehen, dass der Akteur *S* eine Handlung *h* wegen der Auswirkung *a* initiiert, nicht aber um der Auswirkung *b* willen. Zugleich ist *S* davon überzeugt, dass *h* auch *b* aufweist. Wenn nun *b* rechtlich oder moralisch zu verurteilen ist, dann wird *S* sich nicht dadurch entlasten können, dass er nur an Auswirkung *a* interessiert war. Folgender Fall illustriert diesen Zusammenhang: Ein Arzt *S* operiert eine Schwangere [*h*]. Die Operation ist lebensrettend für die Frau [*a*]. Zugleich hat

---

<sup>155</sup> Vgl. Davidson, D.: Handlung und Ereignis. Frankfurt am M. (1985), S. 20.

<sup>156</sup> Vgl. Quante (1996), S. 7.

die Operation den Tod des Fetus [b] zur Folge. Unter diesen Umständen scheint für manche die Tötung des Fetus zulässig zu sein. Das handlungstheoretisch Wesentliche ist aber vielmehr, dass es sich um eine „beabsichtigte“ Maßnahme handelt, da für die moralische Bewertung jenseits der Absicht auch die kognitiven Anteile (der Arzt verfügt über das Wissen, dass der Fetus durch die Operation getötet würde) des primären Grundes relevant sind.<sup>157</sup>

Bezogen auf unser Thema: Was die indirekte von der aktiven, direkten Euthanasie unterscheidet, ist lediglich, dass bei Ersterer der Tod als mögliche Folge nicht beabsichtigt, sondern bloß in Kauf genommen wird, während bei Letzterer der Tod beabsichtigt wird. Es geht um den Tod des Patienten, der durch Tun oder Unterlassen entweder absichtlich herbeigeführt oder zumindest in Kauf genommen werden soll, dessen sicheres Eintreten dem Verursacher bewusst ist. Man betrachte folgende Fälle:<sup>158</sup>

Fall (e): *Bei einem terminal krebserkrankten Patienten wird auf dessen Wunsch hin eine interkurrente Pneumonie nicht mehr behandelt, woran der Patient stirbt.*

Fall (f): *Bei einem terminal beatmungspflichtigen Patienten wird auf dessen Wunsch hin der Respirator abgestellt; er stirbt an Sauerstoffmangel.*

Fall (g): *Ein terminal krebserkrankter Patient erhält auf seinen Wunsch hin eine tödliche Spritze.*

Die Fälle (e) und (f) können als in Kauf genommener Tod beschrieben werden.

---

<sup>157</sup> Vgl. Quante (1996), S. 15.

<sup>158</sup> Vgl. Schöne-Seifert, B.: Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (1997), S. 205-226, S. 217/218.

Im Falle (g) dagegen liegt ein direktes Bewirken des Patiententodes vor: in den Fällen (e) und (f) im Gegensatz zum Fall (g) wird der Tod bloß vorhergesehen, nicht aber beabsichtigt. Der Arzt weiß jedoch, dass seine Maßnahme den Eintritt des Patiententodes beschleunigt. In den Fällen (e) und (f) sowie im Fall (g) sind ist die ärztliche Maßnahme als eine beabsichtigte Handlung zu betrachten.

Zu jeder beabsichtigten Handlung bzw. zu jedem primären Grund gehören sowohl evaluativ-volitionale als auch kognitive Aspekte,<sup>159</sup> denn jeder Handlungsgrund schließt Willen (z. B. Schmerzlinderung) und Wissen (in Kauf genommenen Tod) gleichermaßen mit ein. Es liegt daher auf der Hand, dass der Arzt eine Behandlung mit der Absicht, Schmerzen zu lindern, immer auch mit dem Wissen, dass seine Maßnahme zum Patiententod führen wird, ausübt. Sie ist folglich eine beabsichtigte Aktion. Bei ethischer Betrachtung einer konkreten Handlung ist es ebenfalls eindeutig, dass die nicht direkt beabsichtigten, sondern bloß in Kauf genommenen Aspekte und Folgen vom Handelnden zu verantworten sind.

### **3. Fazit**

Aktive Euthanasie bedeutet Herbeiführung des Todes durch vorsätzliches ärztliches Verfahren auf Wunsch des Patienten. Es handelt sich um die direkt gewollte und aktiv in die Tat umgesetzte Lebensverkürzung bei unheilbar kranken und schwerstleidenden Patienten in mehr oder weniger großer

---

<sup>159</sup> Vgl. Siep, L./Quante, M.: Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen? In: Holderegger, A. (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (1999), S. 47, Fußnote 15.

Todesnähe. Bei passiver Euthanasie wird dagegen durch Abbruch oder Unterlassung bzw. Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ebenfalls durch therapeutische indizierte Gabe von Schmerzmitteln der Patiententod in Kauf genommen.

Gemäß heutiger medizinischer und juristischer Urteile ist im Falle aktiver Euthanasie in erster Linie der Arzt, im Falle passiver Euthanasie hingegen die Krankheit für den Tod des Patienten verantwortlich. Aktive Euthanasie sei demnach unzulässig, passive Euthanasie hingegen akzeptabel. In der ethischen Diskussion wird aber ein umstrittenes Beispiel, das einem Übergangsbereich zugehört, einmal als aktive, zum anderen als passive Euthanasie beschrieben: Ist der Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme auch dann ein Akt passiver Euthanasie, wenn der Abbruch durch aktives Abstellen eines technischen Apparats, etwa eines Beatmungsgeräts, erfolgt? Ist unter denselben Bedingungen die Herbeiführung des Todes durch Verhungern- oder Verdurstenlassen – also ohne gezielte physische Einwirkung – ein Akt passiver oder ein Akt aktiver Euthanasie?<sup>160</sup>

Wie oben erörtert, ist eine Gegenüberstellung von Handeln (Tun) und Unterlassen vor allem im Rahmen des Übergangsbereichs nicht sinnvoll, wenn zwischen aktiver und passiver Euthanasie unterschieden werden soll. Zwei verschiedene ärztliche Entscheidungen seien als Beispiel angeführt:<sup>161</sup>

*„Ein Arzt schließt einen Patienten, der in bewusstlosem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert wurde, ans Beatmungsgerät an, beurteilt aber den Zustand des Patienten nach zwei Tagen als derart hoffnungslos, dass er das*

---

<sup>160</sup> Vgl. Birnbacher (1992), S. 53.

<sup>161</sup> Vgl. Kuitert, H. M.: Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben. Gütersloh (1991), S. 42/43.

*Gerät wieder abstellt. Ein anderer Arzt bekommt ebenfalls einen ähnlichen Patienten auf seine Station verlegt, um ihn an das Gerät anzuschließen, beurteilt den Zustand des Patienten jedoch von vornherein als ebenso hoffnungslos wie im ersten Beispiel, sodass er das Beatmungsgerät gar nicht erst einschaltet.“*

Handeln und Unterlassen führen zum gleichen Ergebnis und der Patient stirbt in beiden Fällen. Die Ärzte wissen, dass ihre Entscheidungen den Todeseintritt des Patienten beschleunigen werden. Es ist daher zu bezweifeln, dass prinzipiell derjenige Arzt, der das Gerät gar nicht erst einschaltet (Unterlassen), eine geringere Verantwortung trägt, als jener Arzt, der aktiv das Gerät abstellt (Handeln). Ebenso ist zu bezweifeln, dass prinzipiell das Gegenteil der Fall ist. Um das Beispiel des Kindes mit der Spina bifida, das eine Lungenentzündung bekommt, nicht mit Antibiotika behandelt wird und seiner Krankheit erliegt, wieder aufzugreifen: Welches ist die Todesursache des Kindes? Der Arzt unterlässt es in dieser Situation bewusst, ein bestimmtes Medikament zu verabreichen, womit er das Kind dem Tod anheimfallen lässt. Dem bewussten Therapieverzicht kommt kausale Bedeutung zu. Ebenfalls als Handlung, die ein Ereignis verursacht hat, ist das beabsichtigte Unterlassen zu bewerten.

Gefragt werden muss in solchem Kontext, was der Arzt mit seinem Handeln beabsichtigte. Im Allgemeinen wirkt die nicht zugelassene aktive Euthanasie „direkt“ auf den Patiententod hin, die zugelassene passive nur „indirekt“. Wie ist der Begriff *indirekt* zu interpretieren? Begutachtet man die Schmerzbekämpfung im terminalen Sterbeprozess, so stelle man sich einen Patienten vor, der an unheilbarem Krebs leidet. Ihm steht mit hoher Wahrscheinlichkeit

das Schicksal bevor, unter quälenden Schmerzen sterben zu müssen. Der Arzt kann bis zum Schluss lediglich schmerzstillende Medikamente verabreichen. Die am häufigsten verwendeten Arzneimittel dämpfen die Aktivität des zentralen Nervensystems, so dass Schmerzreize nicht oder kaum noch das Gehirn erreichen. Als Nebenwirkung des ärztlichen Handelns, bzw. dieser Präparate kann der Eintritt des Patiententodes beschleunigt werden. Folglich nimmt das ärztliche Handeln mit dem Ziel, Schmerzen zu lindern oder wenigstens erträglich zu machen, eine Beschleunigung des Todes als bekannte und akzeptierte Nebenwirkung in Kauf.

Die Verabreichung schmerzstillender Mittel hat zwei Folgen, wovon die eine beabsichtigt und vorhersehbar ist (Schmerzen zu lindern), während die andere voraussehbar, aber nicht gewollt ist (das Leben wird einem schnelleren Ende zugeführt). Eine Verantwortung des Arztes für lediglich vorhergesehene, wenn auch nicht intendierte Aspekte seiner Aktivitäten, ist zu fordern, denn, wie bereits gezeigt wurde, setzt sich eine beabsichtigte Handlung aus Wissen und Willen des Handelnden zusammen; sowohl die Absichts- als auch die Wissenskomponente ist in die Bewertung der Handlung einzubeziehen. Der Arzt ist demnach für, wenn auch ungewollte, so aber doch deutlich vorhergesehene Verhältnisse und Ereignisse verantwortlich.

Zwischen der Unterlassung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen oder der Verabreichung schmerzstillender Mittel, die den Tod in Kauf nehmen, und solchen Handlungen, die den Tod bewusst herbeiführen, besteht dabei in Hinsicht auf die ethische Bewertung kein ausschlaggebender prinzipieller Unterschied. Die These, es gäbe zwischen Tun und Unterlassen bzw. Beabsichtigen und Inkaufnehmen in medizinischen Entscheidungsprozessen

am Lebensende entscheidende moralische Differenzen, scheint daher nicht überzeugend zu sein, zumindest aus *philosophischer Sicht*. Auf dieser Basis kann nicht zwischen zulässigen und unzulässigen Fällen von Euthanasie unterschieden werden. Dabei sollte das Vorhandensein einer Diskrepanz zwischen beiden Varianten jedoch nicht in Frage gestellt werden. In dieser kontroversen Situation könnte die Selbstbestimmung des Betroffenen bezogen darauf, was für ihn zuträglich ist, einen hohen Stellenwert beanspruchen. Dieser Ausweg wird im anschließenden Kapitel näher beschrieben und diskutiert.

## KAPITEL V

### AUTONOMIE DES PATIENTEN UND SELBSTBESTIMMTES STERBEN

Angesicht der Pluralität der Lebensanschauungen und Wertvorstellungen in der modernen Gesellschaft trifft jeder Mensch über sich selbst und sein Leben individuell freie Entscheidungen, weil er im Allgemeinen selbst am besten weiß, was sein Wohlergehen befördert. Daraus ergeben sich positive Konsequenzen für den Betroffenen. Selbstverständlich wird Autonomie auch als ein Persönlichkeitsideal und auch als Ausdruck der Menschenwürde betrachtet, da mit der Würde der Person ihre Autonomie unabdingbar verbunden ist. Der Mensch verwirklicht sich als zu selbstverantwortlichem Handeln fähiges Wesen dann, wenn er autonom handelt. Die Autonomie mit Selbstbeherrschung und Selbstachtung führt zur Wahrung der Würde des Menschen. In den autonomen Entscheidungen selbst liegt nämlich dessen Würde.

Dieser Autonomiegedanke gewinnt auch im Gesundheitswesen an Bedeutung. Die Autonomie endet nicht am Krankenbett. Die Patientenbehandlung darf nicht nur einfach der Fremdbestimmung durch den Arzt anheimfallen, der dem Patienten ohne Kenntnis von dessen Willen vorschreibt, was für sein Wohl zu tun und zu lassen sei. Denn grundsätzlich ist der Patient – von Selbstbestimmung geleitet – an seinem eigenen Wohl orientiert. Der Begriff der Patientenautonomie ist also zu einem wichtigen Anliegen innerhalb des medizinischen Diskurses geworden. Vor allem innerhalb der Euthanasiedebatte rückt das Autonomieargument in den Mittelpunkt.

Im Folgenden wird daher das Autonomieverständnis in der Debatte um aktive



Euthanasie untersucht. Wir werden darauf später zurückkommen. Zunächst werde ich einen kurzen Blick auf die philosophischen Autonomiekonzeptionen zweier wichtiger Autoren werfen: *Immanuel Kant (1724-1804)* und *John Stuart Mill (1806-1873)*, die in den derzeitigen medizinischen Debatten (bezüglich des Autonomiegedankens) immer wieder zitiert werden.

## **1. Das philosophische Autonomieverständnis bei Kant und Mill**

Der Terminus „Autonomie“ entstammt dem Griechischen und setzt sich aus den Begriffen *autos* (selbst) und *nomos* (Gesetz) zusammen. Ehemals wurde darunter die innere und äußere politische Freiheit, d. h. das Recht der Stadtstaaten auf staatliche Unabhängigkeit und auf Setzung eigener Rechtsnormen verstanden. Autonomie als philosophischen Begriff hat Kant auf der Basis eines aufgeklärten, mündigen Selbstverständnisses entwickelt.<sup>162</sup> Als zentrales ethisches Prinzip spielt der Begriff der Autonomie seit Kant eine entscheidende Rolle als Kern des der praktischen Philosophie zugrunde liegenden Menschenbildes.

(1) Kant beschreibt den Menschen als Doppelwesen; als Natur- und als Vernunftwesen. Als Naturwesen (*homo phaenomenon*) lässt der Mensch sich einfach von „Neigungen“ und „Begierden“ (z. B. Verfolgung des Strebens nach Glück) treiben und ist seinem naturgegebenen Begehren willenlos unterworfen. Der Mensch ist seiner Naturwüchsigkeit, sprich seinen Impulsen, Wünschen, Bedürfnissen, schicksalhaft ausgesetzt; er handelt insofern *heteronom*. Auf der anderen Seite kann der Mensch aber diese Impulse, Wünsche, Bedürfnisse von

---

<sup>162</sup> Vgl. Pieper, A.: Stichwort. Autonomie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993), S. 95-98, S. 93.

einem „objektiven“ Standpunkt aus betrachten. Als Vernunftwesen (homo noumenon) hat er in sich selbst die Möglichkeit, seine Neigungen selbstkritisch zu reflektieren und eine von ihnen distanzierte Haltung einzunehmen. Er befreit sich von der Naturwüchsigkeit. Als solcher ist er *frei*.

Der Mensch bildet eine subjektive Handlungsregel (Maxime) und prüft die Maxime von der „selbstkritischen“ und „objektiven“ Perspektive aus. Danach fragt er sich, ob er die Maxime als eine allgemeingültige Regel wollen kann. Sofern er rational ist, stimmt die vorgegebene subjektive Maxime mit dem objektiven Wollen überein. Auf diese Weise folgt er als vernünftiges Wesen bewusst dem „allgemeinen Gesetz“ (bekannt unter „kategorischer Imperativ“). Mit dessen Hilfe kann der rationale Mensch sich bei jeder einzelnen Handlungsentscheidung klar machen, dass er die subjektive Maxime von einem Standpunkt des „unparteiischen Zuschauers“<sup>163</sup> objektiv akzeptieren kann und übt damit eine vernünftige Selbstbestimmung über sich aus. Der Mensch kann sich also willentlich an einem „selbstverpflichtenden Sollen aus Vernunft“ orientieren. Insofern ist er *autonom*.

*„Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Wollens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Wollen zugleich als allgemeines Gesetz begriffen seien.“<sup>164</sup>*

Zugleich sind nur Maximen, die dem allgemeinen Gesetz genügen,

---

<sup>163</sup> Kant, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. 393.

<sup>164</sup> Ebd., 435.

„moralisch“: *“Man muss wollen können, dass eine Maxime unserer Handlung ein allgemeines Gesetz werde: dies ist der Kanon der moralischen Beurtheilung derselben überhaupt.“*<sup>165</sup>

Der Mensch handelt nur moralisch, wenn er als Vernunftswesen autonom agiert. Durch die Autonomie wird er zu einem moralischen Wesen und erhält dadurch seine Würde.

*„Also ist Sittlichkeit und die Menschheit, so fern sie derselben fähig ist, dasjenige, was allein Würde hat. [...] Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.“*<sup>166</sup>

Die Kant'sche Autonomieauffassung entspricht einer Autonomievorstellung als grundsätzlicher Verfasstheit des „rationalen Menschen“; Der Mensch macht aus freier Zustimmung heraus seine Maximen zum allgemeinen Gesetz, nämlich Sittengesetz; diese Selbstbindung ist nicht erzwingbar, sie ist ein Freiheitsentschluss. Ausschließlich unter diesem selbstgegebenen Gesetz ist er menschenwürdig.

(2) Mill versteht unter der Autonomie eines Menschen etwas anderes als Kant. Bei ihm steht die „individuelle Freiheit“ mit „anti-paternalistischer“<sup>167</sup> Haltung im Zentrum. In seiner bahnbrechenden Abhandlung »On Liberty« (1859) definiert Mill die bürgerliche oder soziale Freiheit bzw. die Frage nach dem Wesen und den Grenzen der Macht, welche die Gesellschaft rechtmäßig

---

<sup>165</sup> Ebd., 424.

<sup>166</sup> Ebd., 435.

<sup>167</sup> Vgl. Wils (1999), S. 188.

über die Individuen ausüben darf: es geht ihm um die Begrenzung der Regierungsgewalt sowie der Gewalt der Gesellschaft über den Einzelnen. Sowohl die politische als auch die soziale Freiheit des Individuums ist gefährdet, da sie in wachsendem Maße von der Gesellschaft eingeschränkt wird. Damit stellt Mill das Verhältnis von Staat und Gesellschaft zum Einzelnen in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Um die Grenze der rechtmäßigen Machtausübung der Gesellschaft über das Individuum festzulegen, formuliert Mill einen Grundsatz, der im Folgenden als Freiheitsprinzip bezeichnet wird:

*„Dieses Prinzip lautet: dass der einzige Grund, aus dem die Menschheit, einzeln oder vereint, sich in die Handlungsfreiheit eines ihrer Mitglieder einzumengen befugt ist, der ist: sich selbst zu schützen. Dass der einzige Zweck, um dessentwillen man Zwang gegen den Willen eines Mitglieds einer zivilisierten Gemeinschaft rechtmäßig ausüben darf, der ist: die Schädigung anderer zu verhüten. Das eigene Wohl, sei es das physische oder das moralische, ist keine genügende Rechtfertigung. Man kann einen Menschen nicht rechtmäßig zwingen, etwas zu tun oder zu lassen, weil dies besser für ihn wäre. [...] Nur insofern sein Verhalten andere in Mitleidenschaft zieht, ist jemand der Gesellschaft verantwortlich. Soweit er dagegen selbst betroffen ist, bleibt seine Unabhängigkeit von Rechts wegen unbeschränkt. Über sich selbst, über seinen eigenen Körper und Geist ist der einzelne souveräner Herrscher.“<sup>168</sup>*

Über das eigene Wohl bestimmt nur der Betroffene, nicht ein anderer. Nur

---

<sup>168</sup> Mill (1974), S. 16.

derjenige, der als souveräner Herrscher über sich selbst entscheidet, weiß, was ihm zum Glück gereicht, welche seine Präferenzen sind:

*„Jeder schützt seine eigene Gesundheit, sei sie körperlicher, geistiger oder seelischer Natur, am besten selbst.“<sup>169</sup>*

Über die Art und Weise, wie Menschen diesen Ratschlag befolgen, können und müssen sie selbst befinden. Niemand anderes kann es beurteilen. Autonome Entscheidungen führen am ehesten zum eigenen Glück. In der medizinischen Praxis könnte die freie Entscheidung des Patienten bezüglich seines Glücks als Patientenwohl angesehen werden. Die Perspektive des betroffenen Patienten könnte sich am Selbstwohl orientieren. Dies gilt, falls der Arzt bereit ist, sie zu respektieren, solange sie von einem urteilsfähigen Patienten getroffen wird, der versteht, worum es geht, der bewusst und ohne steuernde Einflussnahme Dritter entschieden hat und der durch seine Entscheidung niemanden anderen schädigt.

## **2. Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten in der Diskussion um aktive Euthanasie**

In den Theorien Kants und Mills ist Autonomie bereits als Charakteristikum des Menschen entdeckt worden. Bei Kant hat nur das zur Autonomie fähige Individuum als vernunftbegabtes Wesen die Möglichkeit, ein moralisches und menschenwürdiges Wesen zu werden, Autonomie nämlich gehört zum sittlichen Menschsein dazu. Es handelt sich um eine Autonomie der selbst auferlegten *Sittlichkeit*. Bei Mill hingegen führt die autonome Entscheidung

---

<sup>169</sup> Ebd., S. 21.

zum Glück, weil nur das Individuum selbst weiß, was gut für es ist. Es handelt sich um *individuelle Entscheidung*.

Die gesellschaftlichen Entwicklungen laufen auf eine größere Selbstbestimmung und Individualisierung des Einzelnen hinaus: die zunehmende Akzeptanz individueller Lebensentwürfe und dabei die individuelle Durchsetzung persönlicher Autonomie. Weiterhin wird der Anspruch des Einzelnen auf möglichst umfassende Autonomie für Selbstverwirklichung, als wesentliches Kennzeichen der Menschenwürde erkannt und anerkannt.

Das Verlangen nach Autonomie wird im Klinikalltag ebenfalls unübersehbar, so dass Patientenautonomie immer wieder zur Diskussion gestellt wird. Insbesondere die Selbstbestimmung des Betroffenen am Lebensende steht also im Zentrum der Auseinandersetzung um aktive Euthanasie. Kann der freie Wille des Patienten, über die durchzuführende Therapie und auch über sein „künftiges Geschick“ zu entscheiden, jedoch überhaupt realisiert werden? wenn ja, mit welchem Sinn?

## **2.1 Verlangen nach menschenwürdigem Sterben**

Das Streben nach uneingeschränkter Selbstverwirklichung und persönlichem Glück gilt in der modernen Gesellschaft als eines der bedeutendsten Ziele. Aktivität, Glück und Selbstverantwortung gehören zum autonomen Individuum. Der moderne Mensch betrachtet sich als frei entscheidendes Wesen. Darin wird seine persönliche Würde gesehen. Im Bereich der Medizin hinterlässt dieser Wandel Spuren. Der amerikanische Theologe *J. Fletcher* rückt das Selbstbestimmungsrecht des Menschen eindeutig als eine der grundlegenden Begründungen für die aktive Euthanasie in den Vordergrund. Er entwickelt das

Konzept der „Kontrolle“ und damit der „Todeskontrolle“ und betont vehement das Herr-sein über den eigenen Körper und die enorme Relevanz des Respekts vor der autonomen Entscheidung.<sup>170</sup>

Nach Fletcher ist Kontrolle die Basis von Freiheit und Verantwortung. Ohne sie wäre der Mensch kein moralisches Wesen, sondern eine „Puppe“.<sup>171</sup> Kontrolle und Todeskontrolle ist eine „*Sache menschlicher Würde*“<sup>172</sup>. Es gehört zur Würde der Person frei zu sein, eine Wahl treffen und Verantwortung übernehmen zu können. Wenn der Kranke sich sinnlosem Leiden unterwürfe, sei er nicht mehr Herr über seinen Körper. Hier beginnt die Pflicht zur Kontrolle.<sup>173</sup> Der Mensch muss sein eigenes Gewissensurteil fällen und darf sich nicht durch Berufung auf angeblich universelle Regeln zu entschuldigen suchen. Man versucht deshalb, mit aktiver Euthanasie die Kontrolle über den Tod, welche man durch moderne Technologien verloren zu haben glaubte, zurück zu gewinnen. Deshalb muss man aktive Euthanasie nicht als etwas Unmoralisches ansehen, ganz im Gegenteil. Vielmehr gehört nach Fletcher zur Würde der menschlichen Persönlichkeit, eine verstandesmäßige Kontrolle über das eigene Leben und dessen Ende auszuüben.

Unerträgliche Schmerzen bergen jedoch die Gefahr, Selbstbesitz, Selbstbestimmung und persönliche Integrität sowie Wahlfähigkeit zu verlieren. Dieser Verlust zerstört zugleich die Würde, weil sich der moderne Mensch durch die Verwirklichung seiner Selbstbestimmung als würdiges Wesen

---

<sup>170</sup> Vgl. Fletcher, J.: *Morals and Medicine. The Moral Problems of Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia.* Princeton (1979), S. 11.

<sup>171</sup> Vgl. Fletcher, J.: *The "Right" to Live and the "Right" to Die.* In: Kohl, M. (Hrsg.), *Beneficent Euthanasia.* Buffalo (1975), S. 44-53, S. 49.

<sup>172</sup> Fletcher, J.: *Leben ohne Moral?* Gütersloh (1969), S. 64. Titel der englischen Originalausgabe: *Moral Responsibility. Situation Ethics at Work.* Philadelphia (1967).

<sup>173</sup> Vgl. Fletcher (1975), S. 49.

anerkannt fühlt. Schon um diese zu bewahren, sei aktive Euthanasie notwendig. Der Arzt hat daher die Pflicht, das Verlangen nach aktiver Euthanasie zu respektieren, sofern er geprüft hat, ob der Patient eine wohlüberlegte Entscheidung getroffen hat.<sup>174</sup>

Im Falle schweren Leidens und autonomen Verlangens nach Sterbehilfe scheint aktive Euthanasie für den Sterbenden keinen Schaden mehr darzustellen. Vielmehr führt aktive Euthanasie als „act of mercy“ zum Wohl des Patienten schmerzlos einen schnellen Tod im Fall schweren Leidens herbei und kann daher eine hilfreiche Maßnahme darstellen. Zur wohltätigen Euthanasie sind wir vielmehr verpflichtet, denn sinnloses Leiden zuzulassen, ist ein moralisches Übel. Nicht der Tod an sich, sondern der schlechte Tod ist ein Übel. Diesen zu vermeiden, ist Ziel der Euthanasie. Sie will einen guten Tod ermöglichen.<sup>175</sup> Daher ist aktive Euthanasie eigentlich keine Tötung, sondern Leidensmilderung, sofern dem Leidenden nicht anders zu helfen sei als durch aktive Sterbehilfe.<sup>176</sup>

Jeder Mensch hat ein Recht auf zuvorkommende Behandlung, insbesondere der Kranke bedarf der Hilfe eines Begleiters, der dem Leidenden gegenüber verpflichtet ist. Wenn also aktive Euthanasie eine gütige Behandlung bedeutet und ein ausdrückliches Todesverlangen vorliegt, dann ist der Arzt zur aktiven Euthanasie verpflichtet, allerdings nicht in jeder Situation. *M. Kohl* unterscheidet darum zwischen *wohltätiger (beneficent)* Euthanasie und solcher,

---

<sup>174</sup> Vgl. Battin, M. P.: *The Least Worst Death, Essays in Bioethics on the End of Life.* New York u. a. (1994), S. 112. In der Regel steht die Pflicht dem eigenen Recht auf Autonomie gegenüber, die Selbstbestimmung der anderen zu respektieren.

<sup>175</sup> Vgl. Foot, P.: *Euthanasia.* In: *Philosophy and Public Affairs* 6 (1997), S. 85- 95, S. 86.

<sup>176</sup> Vgl. Wolf, J.-C.: *Der intendierte Tod.* In: Holderegger, A. (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht.* Freiburg (1999), S. 76- 97, S. 87.



die dieses Adjektiv nicht verdient. „Beneficent euthanasia“ liegt nur dann vor, wenn zum Wohl des Patienten und mit dessen Akzeptanz ein schneller Tod schmerzlos herbeigeführt wird, nicht aber wenn z. B. ein Patient zum Ziel der Kostenverminderung getötet wird. Nur zu wohltätiger Euthanasie ist der Arzt verpflichtet.<sup>177</sup> Aktive Euthanasie stellt für Kohl eine Erfüllung des Grundbedürfnisses des Menschen nach Würde und Selbstrespekt dar. Würde bedeute nämlich auch, ein Recht darauf zu haben, dass die eigene freie Entscheidung respektiert wird.

Hinzu kommt, dass der Patient laut *N. Hoerster* sogar die Art der Tötung bestimmen könne; er habe also nicht nur das Recht zum Suizid, sondern auch ein Recht, die Verfahrensweise der Sterbehilfe zu bestimmen.<sup>178</sup> Der Sterbende habe ein Recht auf menschenwürdiges Sterben und Abschiednehmen. Das Verlangen nach aktiver Euthanasie müsse daher vom Patienten ausgehen. Er müsse die abgewogene Entscheidung selbst artikulieren, eine bloße Zustimmung zum Vorschlag des Arztes genüge nicht. Beim Verlangen nach würdigem Sterben ist nicht nur das Recht auf Behandlungsverweigerung bzw. -abbruch gemeint, sondern auch das Recht, den Todeszeitpunkt, das tödliche Mittel wie auch den Sterbebeistand selbst bestimmen zu können.<sup>179</sup> Bezüglich des wohlüberlegten Todesverlangens ist Töten nach *H. Tristram Engelhardt jr.* nicht etwa deshalb unmoralisch, weil die Verfügung über das Leben an sich unmoralisch ist, sondern weil die Tötungshandlung allein aufgrund der fehlenden Einwilligung des Patienten unmoralisch wird.

---

<sup>177</sup> Vgl. Kohl, M./Kurtz, P.: A Plea for Beneficent Euthanasia. In: In: Kohl, M. (Hrsg.), *Beneficent Euthanasia*. Buffalo (1975), S. 233-236, S. 233.

<sup>178</sup> Vgl. Hoerster, N.: Plädoyer für Sterbehilfe im Patienteninteresse. In: *Universitas* 46(1991), S. 237-245, S. 245.

<sup>179</sup> Vgl. Humphry, D.: The Case for Rational Suicide. In: *The Euthanasia Review* 1 (1986), S. 172-175.

*„Gegen jedes Argument, das sich auf die Heiligkeit des Lebens stützt, können Gegenargumente vorgebracht werden, welche die Achtung der Wahlfreiheit betreffen. Es kann nicht bewiesen werden, dass das Töten einer anderen Person ein malum in se ist, zumindest nicht unter Verwendung von allgemeinen philosophischen Argumenten, die nicht eine bestimmte ideologische oder religiöse Ansicht voraussetzen. Das Verwerfliche am Mord ist die Tatsache, dass über das Leben einer anderen Person ohne deren Zustimmung verfügt wird. Die Zustimmung verändert die Moralität der Handlung. Eine urteilsfähige Person, die sich das Leben nimmt, gibt sich selbst diese Zustimmung.“<sup>180</sup>*

## **2.2 Beste Garantie für das Wohlergehen und die Wahrung der Interessen der Betroffenen**

In einer pluralistischen Gesellschaft lässt sich nicht allgemein festlegen, was für den Menschen das Beste ist. Es gibt keinen objektiven Standard, welcher festschreibt, dass die Fortsetzung des Lebens unter allen Umständen ein Gut für den Menschen darstellt. Vielmehr ist das Individuum der beste Richter über sein eigenes Gut und Wohlergehen. Welches Leiden ihm unerträglich erscheint, welches Leben er noch als lebenswert und würdig empfindet, welche Schmerzstillung er als akzeptabel betrachtet, kann der Mensch selbst entscheiden, da Leiden etwas Subjektives sind, das von außen kaum zutreffend beschrieben und beurteilt werden kann. Einzig im persönlichen Kontext seines

---

<sup>180</sup> Engelhardt jr., H. T.: Death by Free Choice. In: Brody (Hrsg.), Suicide and Euthanasia. Historical and Contemporary. Philosophy and Medicine, Bd. 35, Boston (1989), S. 264-265.

Lebens sowie seiner Lebensgeschichte kann der Patient die Qualität seines Lebens bewerten. Daher scheint es nur folgerichtig zu sein, dass er über Leben und Tod selbst entscheidet. Die beste Lösung liegt deshalb darin, den informierten und urteilsfähigen Patienten selbst bestimmen zu lassen, ob er weiterleben will oder nicht, zumal der Respekt vor der Autonomie des Patienten dessen Zufriedenheit befördert:

*„people’s interest in making important decisions about their lives for themselves according to their own values or conceptions of a good life, and in being left free to act on those decisions [is respected].”<sup>181</sup>*

Selbstbestimmung freilich bedeutet nicht, tun und lassen zu können, was man will, sondern vielmehr die Fähigkeit, einen Lebensplan bzw. ein Konzept von Werten aufzustellen und darüber entscheiden zu können, mit welchen Maßnahmen man seine Ziele und Werte befördern möchte.<sup>182</sup> Um autonom zu sein, benötigt das Individuum ein Wertesystem, das es selbständig überprüft und reflektiert. Die autonome Patientenentscheidung ist insofern unerlässlich, weil die Frage nach der sinnvollsten Behandlung nicht nur nach medizinischen Kriterien, sondern auch nach Lebenskonzept und Zielen zu beantworten ist. Ob das bestmögliche Leben mittlerweile eine so schlechte Qualität erreicht hat, dass es schlechter ist weiterzuleben als zu sterben, kann nur der Patient beurteilen. Die Bedeutung der Autonomie liegt darin, das Wohlergehen des Patienten zu garantieren, die Selbstbestimmung ist nur dann vollkommen, wenn die getroffene Entscheidung im Interesse des Patienten ist.

---

<sup>181</sup> Brock, D. W.: Voluntary Active Euthanasia. In: HCR 22 (2/1992), S. 10-22. S. 11.

<sup>182</sup> Vgl. Brock, D. W.: Life and Death, Philosophical Essays in Biomedical Ethics. Cambridge (1993), S. 28.

In manchen Fällen *zwingt* der Arzt den unheilbar Kranken zum Weiterleben, d. h. in ein verlängertes Sterben ohne Aussicht auf Besserung. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Kranke normalerweise einen Überlebenswillen haben. Gegen dieses Interesse darf in der Regel nicht verstoßen werden, daher ist jede Tötung verboten. Wie aber ist zu verfahren, wenn der Kranke aber nun am Lebensende ernst und wohlüberlegt den Tod wünscht?

Hoerster will angesichts der gegenwärtigen Meinungspluralität die Theorie der Unverfügbarkeit des Lebens, die sich auf religiöse Autoritäten beruft, nicht mehr akzeptieren. Eine Begründung, das menschliche Leben zu schützen, müsse auf rational-individualistischem Wege, ohne Rekurs auf anfechtbare, metaphysische oder religiöse Voraussetzungen gesucht werden. So gesehen sei die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens kein dem Menschengeschlecht absolut vorgegebener Wert, sondern eine im Interesse menschlicher Individuen existierende „soziale Errungenschaft“. Er argumentiert allerdings auch, dass diese Unverfügbarkeit nicht unbedingt und ausnahmslos zu gelten habe. Hoerster behauptet in seinem Buch »Sterbehilfe im säkularen Staat«: *„Wer in seine Tötung einwillige, zeige eben damit, dass sein Interesse am Weiterleben erloschen sei.“*<sup>183</sup> Entsprechend fordert er, dass das Verlangen des kompetenten Patienten nach aktiver Sterbehilfe zu akzeptieren sei.

*„Nur jener Wunsch eines Individuums kann auch ein Interesse dieses Individuums darstellen, der in dem Sinn rational ist, dass das Individuum ihn auch im Zustand sowohl der Unteilsfähigkeit als auch der Kenntnis aller für sein Zustandekommen relevanten Umstände nicht preisgeben würde.“*<sup>184</sup>

---

<sup>183</sup> Hoerster, N.: Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt am M. (1998), S. 26.

<sup>184</sup> Ebd., S. 28.

Nur ein rationaler Wunsch kann das Lebens- bzw. Sterbensinteresse des Individuums formulieren. Nach Hoerster entspricht es nicht dem Interesse eines Menschen weiterzuleben, wenn das Leben ihm langfristig bis zu seinem natürlichen Ende überwiegend Schmerzen und Frustration bereiten wird. Unter dieser Voraussetzung dürfe sein Selbstbestimmungsrecht über das eigene Leben nicht eingeschränkt werden. Es lässt sich daher rechtfertigen, im Interesse des Individuums eine Ausnahme vom allgemeinen Tötungsverbot zuzulassen. Allein die Interessen des Patienten können und müssen der Maßstab dafür sein, ob ein Akt der Euthanasie moralisch vertretbar ist. Ob das Leben eines Individuums lebenswert oder wertlos ist, ob also ein Weiterleben seinen Interessen entspricht, kann nur vom Standpunkt der Wertungen, der Ziele, Ideale und Präferenzen des Leidenden selbst beurteilt werden. Daher fragt Hoerster, warum im Falle einer dem Wohl des Patienten dienenden Sterbehilfe anders verfahren werden sollte, wenn sie vom individuellen Interessenstandpunkt zum Wohl des Patienten indiziert und von der Einwilligung des Patienten getragen ist. Dem wohlerwogenen Wunsch des einwilligungsfähigen Patienten gemäß den eigenen Interessen müsse der Arzt deshalb Folge leisten. Allerdings muss der Arzt prüfen, ob der Wille des Patienten womöglich auf falschen Annahmen und unbegründeten Ängsten beruht. Im Horizont des Respekts vor der Selbstbestimmung des Individuums kann einzig die rational begründete Entscheidung maßgeblich sein.

### **3. Fazit**

In der säkularen Diskussion wird Autonomie gegenwärtig nicht mehr als das

gefasst, was Kant darunter verstand, nämlich das Handeln nach Maximen, die zwar selbst gegeben, aber verallgemeinerbar sind. Vielmehr wird mit dem Mill'schen Autonomieverständnis gearbeitet. Autonomie bedeutet demnach, dass man jemand an der Ausführung einer autonomen Entscheidung nur dann hindern dürfe, wenn diese einem Dritten schade. In der Regel wisse nur das Individuum selbst, was seinem Wohlergehen zugute komme. Das entspricht dem „neuen“ Zeitgeist. Unabhängig von sozialen Gegebenheiten gestaltet der Einzelne sein Leben selbst und ist Richter über sein eigenes Glück. Vor diesem Hintergrund ist die Diskussion um das Recht auf Selbstbestimmung zu verorten. An dieser Stelle kann man ebenfalls an die Aufnahme der Idee von der Patientenautonomie in den medizinischen Bereich denken. Der Patient im Krankbett wird als autonomes, über sich selbst bestimmendes Individuum betrachtet, dessen Rechte nicht beschnitten werden dürfen.

*„Das Prinzip der Patientenautonomie hat das Arzt-Patient-Verhältnis von einer totalen Abhängigkeit des Patienten von der Autorität des Arztes zu einer Teilhaberschaft an der Entscheidung verschoben. Der Patient wird zwar wegen seiner Krankheit noch als abhängig, angstvoll, verwundbar und ausnützbar erachtet, aber diese Schwäche nimmt ihm nicht das moralische Recht, die ihn betreffenden Entscheidungen selbst zu treffen [...].“<sup>185</sup>*

Die zentrale Frage ist dabei die nach der möglichen Reichweite der Patientenautonomie, insbesondere im Rahmen der Euthanasiedebatte. Dabei

---

<sup>185</sup> Pellegrino, E. D.: Die medizinische Ethik in den USA – Die Situation heute und die Aussichten für morgen. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen mit besonderer Berücksichtigung der Problemstellungen in der BRD. Berlin/Heidelberg/New York (1988), S. 1-20, S. 6.

geht es um den wahrscheinlichen Tatbestand, dass das Leben eines Patienten unwiderruflich zu Ende geht und dass eine weitere Behandlung nicht mehr sinnvoll ist. Die zu realisierende Patientenautonomie, die Vermeidung unerträglicher Schmerzen, der Wunsch des Sterbenden, das sinnlose Siechtum zu beenden und menschenwürdig zu sterben, stehen am Ausgangspunkt der Euthanasiediskussion. In vielen Situationen hat nicht das Leben allein als solches, sondern die Lebensqualität vorrangige Bedeutung. Bei selbstbestimmtem Sterben spielt daher die Lebensqualität des Patienten eine entscheidende Rolle.<sup>186</sup>

Die ärztliche Hilfe, den Wunsch des Patienten nach Befreiung von unerträglichem Leiden zu erfüllen und dessen Lebensqualität zu würdigen, kann ethisch grundsätzlich nicht verboten sein. Überdies kann unter den Bedingungen der modernen Medizin das Wohl des Patienten nicht mehr einfach mit der Erhaltung des physischen Lebens gleichgesetzt werden. Vielmehr gehört zum Wohl des Patienten auch, auf humane Weise sterben zu dürfen. In einer solchen Situation wird der Kranke um den Tod als einer Wohltat bitten. Allerdings ist er bei der Realisierung dieser Wohltat durchaus nicht ganz unabhängig von seinem Arzt.

\*\*\*

Den bisherigen Ausführungen zufolge lassen sich keine überzeugenden philosophischen Argumente dafür finden, dass freiwillige aktive Euthanasie als

---

<sup>186</sup> Wenn der Prozess des Sterbens durch andauernde Bewusstlosigkeit, durch Debilität und Hilflosigkeit, durch Perioden voller Schmerz und Leid deformiert wird, könnte die Behandlung abgebrochen werden. Dabei kommt es letztendlich auf die Entscheidung des Patienten an.

eine unter „allen Umständen“ moralisch verwerfliche Maßnahme zu beurteilen ist. Kann erlaubte Hilfestellung durch bewusst den Tod herbeiführende Aktivitäten in besonderen Fällen gerechtfertigt werden, so gehört zu den gewichtigen, nachvollziehbaren Gründen vielleicht auch, dass das Todesverlangen des leidenden Individuums um seiner selbst willen erfüllt wird. Wünsche nach Befreiung von unerträglichem Leid oder würdelosem Dahinvegetieren sind daher zu rechtfertigen. Weil in Euthanasiesituationen nicht Leben gegen Leben steht, sondern ein Individuum ausschließlich sein eigenes Leben beurteilt und um Hilfe bittet, kann der Tod nicht unbedingt eine „Katastrophe“ bedeuten, falls er ernsthaft und wohlüberlegt gewünscht wurde.<sup>187</sup> Ein notwendiger und bedeutender Aspekt unserer Diskussion ist daher die Berücksichtigung der Selbstbestimmung des Patienten bei irreversiblen Leidenszustand.

Es bleiben noch weitere Aspekte, die zu berücksichtigen sind, wenngleich keine entscheidenden moralischen Differenzen zwischen aktiver und passiver Euthanasie aus handlungstheoretischer Sicht zu konstatieren sind. Eine Reihe von unerwünschten Neben- und Auswirkungseffekten ist Gegenstand der Euthanasiediskussion, insbesondere vor dem Hintergrund der liberalen aktiven Euthanasiepraxis. So wird argumentiert, dass eine Zulassung aktiver Tötungsmaßnahmen unweigerlich zu einer generellen Relativierung des Lebensschutzes und am Ende zu einer schrankenlosen Beseitigung von Kranken und Behinderten führen werde. Diese Kritik wird als „Argument der schiefen Ebene“ formuliert. Das Argument soll im Folgenden diskutiert werden.

---

<sup>187</sup> Vgl. Siep/Quante (1999), S. 52.



## KAPITEL VI

### DAS ARGUMENT DER SCHIEFEN EBENE UND DIE PRAXIS DER EUTHANASIE -AKTIVE EUTHANASIE ALS ERSTER SCHRITT ZUR KATASTROPHE?

Obwohl die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie – sowohl bezüglich der kausalen Struktur von Tun und Unterlassen, als auch der Intentions-Wissens-Struktur zwischen der absichtlichen Herbeiführung des Patiententodes und dessen bloßer Inkaufnahme – *an sich* moralisch nicht von Bedeutung ist, sind jedoch einige wichtige Aspekte zu berücksichtigen. Insbesondere im Hinblick auf die freiwillige Euthanasiepraxis warnen viele Euthanasiegegner vor einer unkontrollierbaren Ausweitung der aktiven Sterbehilfe.

*„Ich lehne die Euthanasie ganz und gar ab. Obwohl sie in sich völlig logisch ist und in fachkundigen, gewissenhaften Händen die humanste Weise darstellten könnte, mit einer solchen Situation fertig zu werden, wäre die Legalisierung der Euthanasie eine äußerst gefährliche Waffe in den Händen des Staates bzw. von unwissenden oder skrupellosen Individuen. Man muss nicht weit zurückgehen in der Geschichte, um zu wissen, welche Verbrechen begangen werden können, wenn Euthanasie legalisiert würde.“<sup>188</sup>*

Könnte Euthanasie, speziell die aktive freiwillige, den ersten Schritt markieren, der uns auf eine „schiefe Ebene“ zur Wiederholung von *schrecklichen historischen Erfahrungen* bringt? Kann die begrenzte Freigabe der *freiwilligen*

---

<sup>188</sup> Lorber, J.: Early Results of Selective Treatment of Spina Bifida Cystica. In: British Medical Journal 27 (1973), S. 201-204, S. 204. Zitiert nach Singer (1994), S. 272.

aktiven Euthanasie ohne Verlangen oder gegen den Willen des Betroffenen schließlich sogar in willkürlicher Verfügbarkeit über das Leben aufgrund ökonomischer Erwägungen, z. B. knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, münden? Sind die warnenden Stimmen überzeugend, dass freiwillige aktive Euthanasie uns zur „Katastrophe“ führen kann? Wie argumentieren sie?

### **1. Worin besteht das „Argument der schiefen Ebene“<sup>189</sup>?**

Mit dem Argument der schiefen Ebene wird die Befürchtung geäußert, dass die Zulassung der Durchführung oder Unterlassung einer bestimmten Maßnahme den ersten Schritt hin auf eine schiefe Ebene darstellen könnte. Ein erster Stritt werde unweigerlich weitere Schritte nach sich ziehen, was zu dramatischen Konsequenzen führen könnte. Das theoretische Gerüst des Arguments der schiefen Ebene lässt sich folgendermaßen beschreiben:

*„Wenn die Durchführung oder Unterlassung einer Handlung H unter den Randbedingungen C zugelassen oder gar legalisiert wird, dann setzt aufgrund der Existenz bestimmter angebbarer Faktoren mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit P ein gradueller Prozess auf ein bestimmtes Endresultat R hin ein, indem sich die Randbedingungen C zunehmend auflösen und schließlich außer Kraft gesetzt sind. Da wir R nicht zu akzeptieren bereit sind und das bestehende Risiko, dass es zu R kommt, nicht eingehen wollen, sollte die Durchführung bzw. Unterlassung von H nicht zugelassen oder legalisiert*

---

<sup>189</sup> In der deutschen Sprache wird das sogenannte *Slippery-Slope-Argument* häufig als das *Argument der schiefen Ebene* oder als *Dambruchargument* bezeichnet.

werden.“<sup>190</sup>

Das Argument der schiefen Ebene spielt eine bedeutende Rolle in der Diskussion um eine Legalisierung der Euthanasie, primär der freiwilligen aktiven Sterbehilfe. Ein starker Einwand dagegen gründet auf der Besorgnis, dass eine schiefe Ebene betreten werde, falls eine generelle Erlaubnis erteilt würde, dem Wunsch eines Patienten, der sich in einem unerträglichen Zustand befindet, nach Euthanasie unter strengen Kontrollen nachzugeben. Man werde aber allmählich unweigerlich immer weiter in eine ausufernde Anwendung von Sterbehilfe auch für Menschen, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern oder keine unerträglichen Leiden haben, deren Weiterleben aber für die Familie eine Belastung darstellt, abrutschen. Schließlich führe Euthanasie zur Elimination jener, welche nicht darum gebeten hätten und deren Interessen aufgrund von Kosten – Nutzen – Rechnungen nicht mehr gewahrt werden. Letztlich führe die Zulassung der Euthanasie zu ähnlich menschenverachtenden Taten, wie sie während des Nationalsozialismus unter dem Schlagwort *Vernichtung lebensunwerten Lebens* begangen wurden.

*„Es beginnt mit sentimental Argumenten und endet mit der brutalen Ausmerzungen aller, von denen andere sich erlauben zu beurteilen, dass ihr Leben nicht lebenswert sei.“<sup>191</sup>*

---

<sup>190</sup> Guckes, B.: Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion. Stuttgart/Jena/Lübeck/Ulm (1997), S. 8.

<sup>191</sup> Spaemann, R.: Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung. In: Stössel, J.-P. (Hrsg.), Tüchtig oder tot. Freiburg (1991), S. 133-147, S. 174.

Durch nachdrückliche Warnung vor den katastrophalen Auswirkungen einer Freigabe, versuchen die Verfechter des Arguments der schiefen Ebene die Legalisierung der Euthanasie zu verhindern. Die Gefahren der Verstrickung in illegale Praktiken seien nicht kontrollierbar und nicht zu verhüten, sobald der erste Schritt getan ist.

Falls Handlung  $H_0$  erlaubt wird, sei damit auch Handlung  $H_1$  ( $H_2$ ,  $H_3$ ,  $H_4$ ...) autorisiert, bis schließlich die unmittelbar ins Verderben führende Handlung  $H_n$  zugelassen wird. Auch wenn die Einleitung einer Maßnahme unter strengen Voraussetzungen erfolge, würden sich die Anforderungen ständig lockern, bis das Ende der schiefen Ebene erreicht sei. Also müsse gemäß dem Grundsatz *principiis obsta!* auf die Zulassung der Handlung  $H_0$  grundsätzlich verzichtet werden.<sup>192</sup>

Somit ist vorstellbar, dass der erste Schritt auf dem Weg zu einem kontinuierlichen Prozess unkontrollierbare Folgen zeitigt, die nicht wünschenswert sind. Die Konsequenzen der Freigabe des ersten Schritts führen zwangsläufig, geradezu automatisch, zum zweiten, dritten und weiteren Schritten. Dadurch werden überzeugende Gründe geliefert, bereits von der initialen Handlung Abstand zu nehmen. Das Risiko, dass eine Maßnahme eine unerwünschte weitere Entwicklung nach sich zieht, erlaubt jedoch keine „sicheren“ Prognosen über zukünftige Auswirkungen. Es handelt sich lediglich um *probabilistische Aussagen*, die mit einer Wahrscheinlichkeit in Bezug auf die Realisierung der weiteren Schritte behaftet sind. Es bleibt also noch unklar, wie denn die einzelnen Schritte unweigerlich aufeinander folgen sollen.<sup>193</sup>

Überdies ist das Argument der schiefen Ebene hinsichtlich der befürchteten

---

<sup>192</sup> Vgl. Guckes (1997), S. 5.

<sup>193</sup> Eine gute Analyse der Problematik um das Argument der schiefen Ebene bietet R. G. Frey in seinem Aufsatz »The Fear of a Slippery Slope« (1998).

Folgen fast immer von großem *Pessimismus* begleitet.<sup>194</sup> Den Verfechtern des Arguments der schiefen Ebene zufolge bestehen keinerlei hinlängliche Sicherheitsvorkehrungen, die die Wahrscheinlichkeit eines Ausuferns zu unterbinden in der Lage seien. Über adäquate Maßnahmen, die diesem Zweck dienen sollen, ließe sich aber natürlich in einer öffentlichen Debatte in einer liberalen Gesellschaft, in der die aktive freiwillige Euthanasie praktiziert wird, diskutieren. Es könnten Vorsichtsmaßnahmen und Kontrollmechanismen entwickelt und geprüft werden, um zu gewährleisten, dass die lebensbeendende ärztliche Praxis ausschließlich unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Leidensminderung des Betroffenen als solche akzeptiert wird. Folglich gehöre es zur Aufgabe der Verfechter des Arguments der schiefen Ebene, den *Mechanismus* plausibel zu erklären, welcher angeblich einen zwangsläufigen Dambruch nach sich ziehe, ungeachtet von Sicherheitsvorkehrungen, die ein Abrutschen verhindern könnten.<sup>195</sup>

Die *Pessimisten* befürchten, dass die freiwillige aktive Euthanasie, die dem Postulat des Respekts vor der Autonomie und der Befreiung von unerträglichen Leiden des Betroffenen den obersten Rang einräumt, sich zu nicht freiwilliger oder sogar zu unfreiwilliger Euthanasie ausweiten werde. Schließlich könnte dies den Ausgangspunkt der schiefen Ebene darstellen und zu schrecklichem „Massenmord“ verführen. Obwohl ein gewichtiger moralischer Unterschied darin besteht, ob jemand Personen, die ihr Dahinscheiden wünschen, Sterbehilfe anbietet, oder Personen, die ihren Lebenswillen signalisiert haben,

---

<sup>194</sup> Vgl. Frey, R. G.: The Fear of a Slippery Slope. In: Dworkin, G./Frey, R. G./Bok, S. (Hrsg.), *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge University Press (1998), S. 43-63, S. 46.

<sup>195</sup> Die meisten Verfechter des Arguments der schiefen Ebene behaupten, dass keine hinreichenden Sicherheitsvorkehrungen existierten, die das Abrutschen verhindern könnten.

das Leben nimmt, propagieren die Verfechter stets nichts als die Warnung des Risikos, dass die begrenzte freiwillige aktive Euthanasie in Richtung unfreiwilliger aktiver Euthanasie und schließlich in einen Massenmord, ähnlich dem „nationalsozialistischen Euthanasieprogramm“ abrutschen werde.

Um den Bezug zum Argument der schiefen Ebene in der aktiven Euthanasiepraxis zu verstehen, werden wir zunächst einen kurzen Blick auf die Geschichte des *Euthnasieprogramms* im Nationalsozialismus werfen.

## 2. „NS-Euthanasie“ im Dritten Reich

Bereits in den 1890er Jahren setzte mit dem *rassenhygienischen Diskurs* eine Diskussion um die Tötung auf Verlangen und die Vernichtung lebensunwerten Lebens ein. Die Struktur des rassenhygienischen Paradigmas kann in vier Leitlinien aufgeschlüsselt werden:<sup>196</sup>

- Die Rassenhygiene stützte sich auf die darwinistischen Prinzipien, und zwar auf die von der darwinistischen Evolutions- und Selektionstheorie aufgezeigten Entwicklungsgesetze. Insbesondere wurde versucht, die darwinistische Deszendenztheorie auf soziale Phänomene zu übertragen. Von dieser Prämisse ausgehend, konstituierte sich der Sozialdarwinismus als Naturlehre der Gesellschaft.

*„Wer vermöchte es noch zu leugnen, dass in der Tat die auf dem Felde der Naturerkenntnis gewonnenen Resultate auf sämtliche Zweige*

---

<sup>196</sup> Vgl. Schmuhl, H.-W.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung ›lebensunwerten Lebens‹ 1890-1945. Göttingen (1992), S. 49-70.

*menschlichen Denkens und Forschens umgestaltend wirken und schon gewirkt haben?“<sup>197</sup>*

- Die Rassenhygiene setzte den für die selektionistische Phase des Sozialdarwinismus charakteristischen Primat des Selektionsprinzips voraus. Dieser Primat war mit der typischen teleologischen Dimension des Evolutionstheorems dergestalt verbunden, dass der naturale Evolutionsprozess im Allgemeinen in Richtung auf eine allmähliche Vervollkommnung voranschreiten werde.

*„Wir dürfen [...] vertrauensvoll eine Zukunft von riesiger Dauer erhoffen [...] da die natürliche Zuchtwahl nur für den Vorteil der Geschöpfe wirkt, so werden alle körperlichen Fähigkeiten und geistigen Gaben immer mehr nach Vervollkommnung streben.“<sup>198</sup>*

- Die Rassenhygiene empfing dynamisierende Impulse aus der Dichotomie von Degenerationstheorien und Züchtungsutopien. In der Natur konnten sich durch die Anforderungen des Kampfes ums Dasein die stärkeren, angepassten Varianten fortpflanzen. „Unter den Wilden“ wurden damit die an Körper und Geist Schwachen bald eliminiert, die „natürliche Auswahl“ führte zur „Aussortierung“ der Unterlegenen. Erst der „Zivilisationsprozess“ setzte die selektiven

---

<sup>197</sup> Von Hellwald, F.: Die Geschichtsphilosophie und die Naturwissenschaften. In: Das Ausland 46 (1873), S. 168-173, S. 168. Zitiert nach Schmuhl (1992), S. 50.

<sup>198</sup> Darwin, C.: Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl. Stuttgart (1967), S. 676. Titel der englischen Originalausgabe: On the Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservation of Favored Races in the Struggle for Life. London (1859).

Mechanismen der natürlichen Zuchtauswahl außer Kraft. Wegen der zivilisatorisch bedingten „Gegenauslese“ erhielten dann auch die „schwachen“ Individuen die Chance sich fortzupflanzen. Das Umgehen der Mechanismen, durch welche die Schwachen aussortiert wurden, sei „äußerst nachteilig“ für die jeweilige Population. Man brauche deshalb die „künstliche Züchtung“ zur „Stärkung der Rasse“, d. h. Programme für einen manipulativen Eingriff des Menschen in seine Entwicklung.

*„Wir sind geworden; wir haben keinen Grund, anzunehmen, dass wir bereits der Endpunkt der Entwicklungskette sind, als deren Glied wir uns zu betrachten gelernt haben. Werden wir weiter [...] Lernen wir die Bedingungen kennen, unter denen die Entstehung der Gattung Mensch möglich war, und versuchen wir, die Ursachen lebendig zu erhalten, die unsere Vorfahren zu uns umgemodelt haben! Dann wird sich ja finden, wozu sie uns weiter ummodelln werden.“<sup>199</sup>*

- Die Rassenhygiene entwickelte auf Grundlage einer bioorganischen Metaphorik einen dezidierten Antiindividualismus, der den Wert des Menschenlebens gegenüber der als höhere Seinsstufe begriffenen Gesellschaft relativierte. Der Einzelne wurde im Hinblick auf dem übergeordneten „Sozialkörper“ preisgegeben, falls er für das Wohlergehen des Ganzen als nutzlos beurteilt wurde.

*„Wer ist der dauernde körperliche Lebensträger? Das Individuum ist*

---

<sup>199</sup> Tille, A.: Von Darwin bis Nietzsche. Ein Buch Entwicklungsethik. Leipzig (1895), S. 153.



*es nicht, seine Lebensform zerfällt. Es gehört eine Vielheit von ähnlich gestalteten Individuen, die sich miteinander verbinden [...], dazu, die lebende Form dauernd zu erhalten.*<sup>200</sup>

Aus der Übertragung (oft missverstandener) darwinistischer Ideen auf die menschliche Gesellschaft ergab sich für viele Theoretiker die Forderung, dass alle Mechanismen, die die natürliche Selektion unter Menschen beeinträchtigen oder verhindern, außer Kraft zu setzen seien. Nur auf diese Weise könne eine kontinuierliche „Qualitätsminderung“ der Rasse vermieden, möglicherweise sogar deren Stärkung erreicht werden. Um die insgesamt als heilsam und notwendig angesehene „natürliche“ Selektion auch in der menschlichen Gesellschaft zu etablieren bzw. zu befördern, musste die Fortpflanzung der „minderwertigen“ Exemplare der menschlichen Gattung unterbunden werden, was sich auf unterschiedlichen Wegen erreichen ließe. Es wurden primär zwei Arten von Maßnahmen diskutiert: (i) die Verhinderung der Fortpflanzung erblich belasteter Personen durch Eheverbote und Zwangssterilisation; (ii) Euthanasie von Neugeborenen und Kranken. Zur Rechtfertigung wurden „humanere“ Motive, insbesondere das Mitleidmotiv und utilitaristische Überlegungen, vorgegeben.

In den nach dem Ersten Weltkrieg aufgekommen allgemeinen Diskurs über den Wert des einzelnen Menschen fügt sich schließlich die Forderung nach einer *Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens für wertlose Wesen in der Gesellschaft* ein. Im Jahr 1920 veröffentlichten *Karl Binding (1841-1920)*, Leipziger Rechtsprofessor, und *Alfred Hoche (1865-1943)*, Freiburger

---

<sup>200</sup> Ploetz, A.: Die Begriffe Rasse und Gesellschaft und die hiervon abgeleiteten Disziplinen. In: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1 (1904), S. 2-26. S. 5. Zitiert nach Schmuhl (1992), S. 69.

Psychiatrieordinarius, ihre gemeinsame Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form«. In Anbetracht mangelnder Lebensqualität warfen sie die Frage auf: „*Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, dass ihre Fortdauer für die Lebensträger selbst wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?*“<sup>201</sup>

K. Binding definiert *Euthanasie* im Zusammenhang ärztlicher Therapie am Lebensende, die berechtigterweise und straffrei zur Abkürzung der Schmerzen eines Sterbenden eingesetzt werden dürfe, sobald der Tod definitiv und unmittelbar bevorstünde. Die Einwilligung des Sterbenden sei dabei nicht unerlässlich. So beschreibt er Euthanasie als „heilenden Eingriff“ am Lebensende.<sup>202</sup> Demnach böte sich eine Einteilung der für eine Freigabe der Tötung in Betracht kommenden Menschen, deren Ableben für die Betroffenen persönlich eine Erlösung und für die Gesellschaft eine finanzielle Entlastung darstelle, in drei Gruppen an:<sup>203</sup>

- Die erste Gruppe bestehe aus Schwerstkranken und Verwundeten, die keine Genesung zu erwarten und den Wunsch nach Erlösung zu erkennen gegeben hätten. Die Freigabe der Tötung auf Verlangen hält er für eine „Pflicht gesetzlichen Mitleids“.
  
- Die zweite Gruppe bestehe aus den unheilbar „Blödsinnigen“, deren

---

<sup>201</sup> Binding, K.: Rechtliche Ausführung. In: Binding, K./Hoche, A. (Hrsg.), Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig (1920), S. 3-41, S. 27.

<sup>202</sup> Vgl. Ebd., S. 19.

<sup>203</sup> Vgl. Ebd., S. 29-33.

Leben absolut sinnlos sei und gleichzeitig eine Ressourcen-Belastung für die Gesellschaft, die Familien und das Pflegepersonal darstelle. Seinem Urteil zufolge besäßen diese Menschen keinen „zu brechender Lebenswillen“.

- Die dritte Gruppe, die als „Mittelgruppe“ bezeichnet wird, bildeten nach K. Binding komatöse und dadurch entscheidungsunfähige Menschen, die nur noch als namenloses Elend dahin vegetierten. Er plädiert auch hier für eine Freigabe der Tötung, selbst wenn eine Einwilligung nicht vorliege.

Dabei fügt Binding seiner Forderung nach Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens konkrete Ausführungsbestimmungen hinzu. Auf Antrag des Patienten, seines Arztes oder einer Person seines Vertrauens solle eine „Staatsbehörde“, die mit zwei Ärzten und einem Juristen besetzt werden soll, von Fall zu Fall entscheiden. Nach einstimmigem Beschluss sei der Tötungsakt schmerzlos zu vollziehen.

Der zweite Teil der Schrift beinhaltet „Ärztliche Bemerkungen“ des Psychiaters A. Hoche, denen zufolge einzig der Wert eines Menschenlebens für die Gesellschaft über sein Existenzrecht entscheide. Speziell die von Binding in der zweiten Gruppe zusammengefassten unheilbar „Blödsinnigen“, seien für die Gesellschaft wertlos. Ein „geistig Toter“ sei nicht imstande, einen subjektiven Anspruch auf Leben zu erheben. Folglich werde auch kein solcher Anspruch verletzt.<sup>204</sup> Daher sollten diese „Defektmenschen“ von der Fort-

---

<sup>204</sup> Vgl. Hoche, A.: Ärztliche Bemerkungen. In: Binding, K./Hoche, A. (Hrsg.), Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig

pflanzung ausgeschlossen werden. Ihre Arbeitsunfähigkeit sei dabei der ausschlaggebende Grund für ihre Vernichtung.<sup>205</sup>

*„Eine neue Zeit wird kommen, die von dem Standpunkt einer höheren Sittlichkeit aus aufhören wird, die Forderungen eines überspannten Humanitätsbegriffes und einer Überschätzung des Wertes der Existenz schlechthin mit schweren Opfern dauernd in die Tat umzusetzen.“<sup>206</sup>*

Die Schrift von Binding und Hoche löste heftige Debatten sowohl um eine Freigabe der Tötung auf Verlangen als auch eine Freigabe der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ aus.

Auf dem Hintergrund der Auseinandersetzung hinsichtlich der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, die von „rassenhygienischen Ansichten“ sowie der Idee einer „sozialen Nützlichkeitsmoral“ geprägt waren, entstand im Nationalsozialismus der Gedanke der „Vernichtungspraxis“: (i) unter Betonung der gleichsam Gültigkeit des Selektionsprinzips für die menschlichen Sozialstrukturen wird zur Erhöhung der Erbgutqualität in erster Linie die *Nichtfortpflanzung der allerungünstigsten Varianten* proklamiert. Zunehmend kam die Sterilisation als sicherste Methode verglichen mit Eheverbot und Asylisierung ins Gespräch.<sup>207</sup> Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom Juli 1933 wurde die Zwangssterilisation als rassenhygienische Maßnahme getroffen und rasch in die Praxis umgesetzt.

---

(1920), S. 43-62, S. 58.

<sup>205</sup> Vgl. Ebd., S. 57.

<sup>206</sup> Vgl. Ebd., S. 62.

<sup>207</sup> Vgl. Bormuth, M.: Medizin im Nationalsozialismus. *Einführung*. In: Wiesing, U. (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart (2004), S. 43-51, S. 44.

(ii) Legitimiert durch die politisch wirksame Rassenideologie wurden ab 1934 weit über dreihunderttausend Menschen operativ zwangssterilisiert, was rund sechstausend Menschen das Leben kostete. Eine Ausweitung erfuhren diese „Eingriffe“ ab 1939 mit der Ermordung von Kranken. Die Idee der *Vernichtung lebensunwerten Lebens* wurde vorwiegend an psychiatrisch erkrankten Patienten realisiert. Diese ungleich radikalere Methode zur *Ausmerzungen von Kranken* wurde als „Euthanasie“ deklariert. Basierend auf Angaben über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Patienten wurden Menschen als lebenswert oder -unwert eingestuft.

Die Grundzüge der Euthanasie als Synthese von rassenhygienischem Paradigma und der Vernichtung lebensunwerten Lebens können folgendermaßen zusammengefasst werden:<sup>208</sup>

- Das mit Lebenswerten, die sich an körperlichen Tauglichkeitsmerkmalen orientierten, operierende Argumentationsschema;
- die Verabsolutierung überindividueller Sozialstrukturen, verbunden mit der Relativierung der individuellen Existenz;
- die Synthese von utilitaristischem Kalkül und Mitleidmotiv [wobei utilitaristisch lediglich nutzenberechnend und Nutzen einen auf irgendeine Weise kalkulierten Nutzen für die Allgemeinheit bedeutet];
- die expansive Tendenz, die nach und nach zu einer Einbeziehung weiterer als krank oder behindert stigmatisierter randständiger Gruppen in den Vernichtungsgedanken führte und nicht zuletzt auch unter dem Eindruck des 1. Weltkrieges und der wirtschaftlichen Notlage der Kriegs- und Nachkriegszeit erfolgte.

---

<sup>208</sup> Vgl. Schmuhl (1992), S. 113.

Im Zentrum der aktuell geführten Euthanasiedebatte, insbesondere der Kontroverse über die Zulässigkeit der freiwilligen aktiven Euthanasie, stehen das Individuum und dessen Interessen. Das Individuum bestimmt den Wert seines Lebens *für sich selbst* nach seinem Wohlergehen und seinen Willensbekundungen. Die verbrecherische „NS-Euthanasie“ als Programm zum Massenmord ist diesem Postulat gegenüber mit dem Verweis auf *Kollektivinteressen* gerechtfertigt worden. Der Respekt vor der Autonomie des Individuums stand demnach nicht im Vordergrund. Es ging also um das *mörderische rassenideologische Programm* der übermächtigen Diktatur.

*„Euthanasie bedeutet jetzt nicht mehr Erleichterung des Sterbens, in welcher kontroverser Sinn das bisher auch verstanden werden konnte, sondern Ausmerzungen von lebensunwürdigen Menschen (Geistesgestörte, Erbgeschädigte, Schwerkranke, alte Menschen) kraft staatlicher Anordnung, ohne Frage nach Zustimmung oder Nicht-Zustimmung der Betroffenen oder ihrer Angehörigen.“<sup>209</sup>*

Die allein an der *Innenperspektive* der Betroffenen ausgerichtete gegenwärtige Euthanasiediskussion kann kaum mit der *Außenperspektive* der nationalsozialistischen Euthanasie als *Vernichtung lebensunwerten Lebens* verglichen werden. Für die während des Nationalsozialismus praktizierte Unmenschlichkeit sowie für den Rassenwahn des NS-Regimes ist „Euthanasie“ kein angemessener Begriff. Die im Dritten Reich vorgenommenen Menschenversuche und „Rassenzüchtungen“ haben mit dem

---

<sup>209</sup> Eid (1985), S. 12-24, S. 21.

Terminus *Euthanasie*, wie er derzeit in der Diskussion Verwendung findet, nichts gemein.

Kann das „Argument der schiefen Ebene“ noch als sachdienlich aufrechterhalten werden, auch wenn die wesentliche Differenz zwischen den Zielen der „NS-Euthanasie“ und dem Verständnis des aktuell zur Debatte stehenden Begriffs der Sterbehilfe zureichend beschrieben ist? Wie bereits gezeigt wurde, lässt sich der Rassenwahn des NS-Regimes (in seiner Verachtung der Rücksicht auf Autonomie und Leiden der Betroffenen, wie sie u. a. in unmenschlichen „pseudomedizinischen“ Versuchen und Rassenzüchtungen zum Ausdruck kam) nicht mit der *gegenwärtigen Euthanasie* (als fürsorgliche ärztlicher Praxis) verglichen werden. Es findet sich kein überzeugender Grund dafür, dass Euthanasie in einer mit den Regulationsinstrumenten einer öffentlichen Debatte und Kontrolle ausgestatteten liberalen Gesellschaft, in Richtung auf Massenmordprogramme hin abrutschen könnte. Dennoch erheben die Euthanasiegegner weiterhin Einwände gegen aktive Euthanasie im Hinblick auf das Argument der schiefen Ebene:<sup>210</sup> Selbst eine durch demokratische Gesetzgebung limitierte Euthanasiepraxis, für die als Beispiel vorwiegend das niederländische Modell beleuchtet wird, würde einer unkontrollierbaren Ausweitung zum Opfer fallen. Können die jüngsten Erfahrungen der Niederländer als eine Begründung für ihr Argument herhalten?

Diese vermögen als ein „Experiment“ angesehen werden, das demonstriert, *wie aktive Euthanasie in einer liberalen Gesellschaft gestaltet werden kann*. Zunächst ist es daher notwendig, die Entwicklungsprozesse der liberalen

---

<sup>210</sup> In Bezug auf das Argument der schiefen Ebene führen die Verfechter dieses Arguments als Beispiel häufig die Erfahrungen im NS und in den Niederlanden an.

offenen Euthanasediskussion darzustellen, um die niederländische Situation beleuchten zu können.

### **3. Selbstbestimmtes Sterben in den Niederlanden**

Wie verlief die Entwicklung, die niederländische Ärzte an ihren Patienten ohne Befürchtung von Strafverfolgung Euthanasie praktizieren lässt? Aus welchem Grund werden unter bestimmten Umständen derartige Maßnahmen „geduldet“?

Der niederländische Ethiker Bert Gordijn führt dies auf die typisch niederländische Mentalität zurück, radikale Positionen zu meiden und in Streitfragen stets Kompromisse zu suchen.<sup>211</sup> Die Niederlande seien einerseits von den konservativen Ideen des Calvinismus, andererseits von liberalem Handel geprägt. Konflikte zwischen zwei widerstreitenden Ansprüchen würden traditionellerweise durch eine Politik der *gedogen* (Duldung) gelöst: man hält zwar an den strikten Vorschriften fest, beschreibt aber präzise in Form von bedingenden Voraussetzungen und Durchführungsrichtlinien jenen Handlungsspielraum, in dem Zuwiderhandlungen gegen das dogmatische Gesetz ungeahndet bleiben. Falls die Konfliktkonstellation keine für beide Parteien befriedigende Lösung eröffne, so werde grundsätzlich die Ansicht vertreten, eher ein kleines Übel in Kauf nehmen zu können, als in engstirnigem Beharren auf der eigenen Position ein größeres Übel zu riskieren.

Auch was die Euthanasie betrifft, ist die *gedogen*-Politik das Resultat einer Abwägung zwischen divergenten Interessen: zum einen soll Euthanasie weitestgehend verhindert werden; zum anderen soll bestmögliche Kontrolle

---

<sup>211</sup> Vgl. Gordijn, B.: Euthanasie in den Niederlanden - eine kritische Betrachtung. Berliner Medizinischen Schriften 19 (1997), S. 14-17.



über die Euthanasiepraxis gewährleistet werden. Man ist bemüht, ein größeres Übel (unkontrollierte Euthanasiemaßnahmen) durch „Duldung“ eines kleineren Übels (Duldung der Euthanasie unter strengen Voraussetzungen) zu verhindern. Daneben ist zu bedenken, dass in den Niederlanden bereits lange über die Zulässigkeit der Euthanasie „öffentlich“ diskutiert und über eine liberalere Euthanasieregelung nachgedacht wurde.

### **3.1 Die Hintergründe der öffentlichen Euthanasiediskussion - Die kurze Geschichte der offenen niederländischen Euthanasiepraxis**

(1) Die niederländische Euthanasiedebatte begann in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts. 1967 wurde die niederländische Öffentlichkeit erstmals mit einem Fall irreversiblen Komas konfrontiert. Eine 21-jährige Frau war im April 1966 nach einer Operation ins Koma gefallen. Die Ärzte hielten ihren Zustand für irreversibel. Der behandelnde Arzt wollte das Beatmungsgerät entfernen, wogegen sich der Vater der Patientin heftig zur Wehr setzte. Zur Diskussion gestellt wurde, ob Menschen in einem derartigen Zustand als lebendig oder als tot zu betrachten seien, und ob die Versorgung komatöser Patienten mit Sauerstoff und Nahrung zu einem gegebenen Zeitpunkt unter bestimmten Umständen eingestellt werden dürfe.<sup>212</sup>

Zwei Jahre darauf erschien das Buch »Medizinische Macht und medizinische Ethik« (1969) des niederländischen Arztes *J. H. van den Berg*. Vor dem Hintergrund des raschen technischen Fortschritts in der Medizin sei es unumgänglich, das Problem der Sterbehilfe neu zu bewerten. So proklamiert er

---

<sup>212</sup> Vgl. Griffiths, J./Bood, A./Weyers, H.: *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam (1998), S. 47. Zitiert nach Grundmann, A.: *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*. Aachen (2004), S. 34.

im seinem Buch eine „neue Devise“: Die Lebensverlängerung sei nicht unter allen Umständen indiziert, sondern ausschließlich dann, falls sie *sinnvoll* sei. Sobald die Mittel der kurativen Medizin ausgeschöpft seien, solle es dem Arzt gestattet sein, das Leben des Patienten zu beenden. Zwei Optionen stünden dem Arzt zur Verfügung, um eine Beendigung des Lebens herbeizuführen: Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen oder Tötung.<sup>213</sup> Die Thesen van den Berg entfachten in den Niederlanden eine heftige öffentliche Diskussion.

(2) 1973 kam es in Leuwarden zu einem Präzedenzfall, der die öffentliche Euthanasiedebatte erneut belebte. Die Ärztin Dr. G. Postma beendete das Leben ihrer terminal kranken Mutter auf deren ausdrückliches Verlangen, indem sie ihr auf wiederholte Bitte hin eine Spritze mit 200 mg Morphinum verabreichte, die zum Tode führte. Die Seniorin war nach einer Gehirnblutung teilweise gelähmt, taub und konnte nur noch mühsam sprechen. Im Pflegeheim musste sie an einen Stuhl gebunden werden, damit sie nicht herunter fiel. Mehrfach hatte sie sowohl das Pflegepersonal als auch ihre Tochter um Sterbehilfe gebeten. „*Schließlich, so die Ärztin, konnte ich den Anblick meiner Mutter nicht mehr aushalten – ein menschliches Wrack, das in diesem Stuhl hing.*“<sup>214</sup>

Dr. Postma wurde wegen der Tötung ihrer Mutter angeklagt. Die für ein solches Delikt vorgesehene Strafe liegt bei zwölf Jahren Haft.<sup>215</sup> Sie wurde

---

<sup>213</sup> Van den Berg, J. H.: *Medische macht en medische etiek*. Nierkerk (1969), S. 53. Zitiert nach Gordijn (1997), S. 8.

<sup>214</sup> Vgl. Singer, P.: *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*. Erlangen (1998), S. 146. Titel der englischen Originalausgabe: *Rethinking Life & Death*. Melbourne (1984).

<sup>215</sup> Das geltende niederländische Strafgesetzbuch stammt aus dem Jahr 1881 und ist seit 1886 in Kraft. Im Art. 293 und 294 nStGB ist die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung geregelt.

Art. 293 nStGB (Tötung auf Verlangen) lautet: Wer einen anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin seines Lebens beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.

zwar schuldig gesprochen, jedoch nur zu einer Woche Haft verurteilt, die zu einem Jahr auf Bewährung ausgesetzt wurde. In der Begründung des milden Urteils wurde argumentiert, dass die Betroffene erstens *unheilbar* krank, zweitens ihr Leiden *untragbar* gewesen sei und sie sich drittens bereits *in der Sterbephase* befunden habe. Zudem sei die Tötungshandlung aufgrund deren *wiederholten, ernsthaften Verlangens* erfolgt. Im Hinblick auf diesen Fall formulierte das Gericht in Leuwarden erstmalig Kriterien bezüglich ärztlicher lebensbeendender Maßnahmen. Insbesondere wird demzufolge ärztliche Behandlung, die zwar lebensverkürzend wirkt, in erster Linie aber der Schmerzlinderung dient, wegen Notstands im Sinne eines übermächtigen psychischen Einflusses (Art. 40 nStGB<sup>216</sup>) unter bestimmten Umständen für entschuldigbar erklärt. Seither spielt dieser Fall in der Rechtsprechung eine bedeutende Rolle.

Anlässlich des Urteils im Fall Dr. Postma wurde im Jahre 1973 die niederländische Gesellschaft für freiwillige Euthanasie („Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie“; NVVE) gegründet. Im Übrigen veröffentlichte die Königliche Niederländische Medizinische Gesellschaft zur Förderung der Heilkunde (KNMG; Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering Geneeskunst) im Mai 1973 einen als vorläufig bezeichneten Standpunkt zur Sterbehilfe:<sup>217</sup>

---

Art 294 nStGB (Beihilfe zur Selbsttötung) lautet: Wer einen anderen vorsätzlich zum Selbstmord antreibt, ihm dabei behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn der Selbstmord folgt, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.

<sup>216</sup> Obwohl Art. 293 nStGB ein Verbot der Tötung auf Verlangen deklariert, hat die Rechtsprechung in Anknüpfung an Art. 40 nStGB entsprechende Grundsätze für den rechtfertigenden Notstand entwickelt. Art. 40 nStGB lautet: Nicht strafbar ist, wer eine Tat begeht, zu der er durch einen übermächtigen Einfluss gedrängt wird.

<sup>217</sup> Hoofdbestuur KNMG MC (1973), S. 587-588. Zitiert nach Grundmann (2004), S. 41.

- Die KNMG erkennt jedem Patienten das Recht zu, eine medizinische Behandlung zu verweigern. Verlange er ausdrücklich den Abbruch einer Behandlung, so sei der Arzt verpflichtet, diesem Willen Folge zu leisten.
- Eventuell lebensverkürzende Schmerzbekämpfung, also indirekte Sterbehilfe, ist nach Auffassung des Präsidiums zulässig und gehört nicht zur Euthanasie.
- Aktive Sterbehilfe auf Verlangen des Patienten wird ebenfalls für unzulässig gehalten. Die KNMG schlug jedoch zugleich vor, dass der Arzt Anspruch darauf habe, sich vor Gericht auf Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe zu berufen. Sei ein Arzt bereit, aktive Sterbehilfe auf Verlangen zu leisten, so solle er sich aber zuvor in bestmöglichem Umfang mit Kollegen, Pflegekräften, Angehörigen des Patienten und gegebenenfalls auch mit der Staatsanwaltschaft beraten.

(3) Acht Jahre nach der Entscheidung von Leeuwarden verurteilte das Bezirksgericht Rotterdam am 01. 12. 1981 eine Nichtärztin (Mitglied der NVVE), die Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hatte, zu einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten, die auf ein Jahr zur Bewährung ausgesetzt wurde. Hier formulierte das Gericht Bedingungen für die Zulässigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung. Es ist sorgfältig abzuwägen zwischen dem Verlangen des Patienten nach Sterbehilfe, der ärztlichen Pflicht, das Leben des Patienten zu erhalten, und der ärztlichen Rechtfertigung wegen Notstandes. Für eine erfolgreiche Berufung des Arztes auf Notstand müssen nach Auffassung des

Gerichts einschränkende Bedingungen gegeben sein. Zu den Sorgfaltspflichten gehört,<sup>218</sup>

- dass der Patient sein körperliches oder psychisches Leiden als unerträglich erfährt,
- dass sowohl das Leiden als auch das Verlangen nach Sterbehilfe dauerhaft ist,
- dass der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, freiwillig gefasst ist,
- dass der Patient seine Situation richtig einschätzt, die Alternativen kennt und sie gegeneinander abwägt,
- dass es keine andere Lösung zur Verbesserung der Situation gibt,
- dass mit dem Tod anderen kein unnötiges Leid zugefügt wird.

Um eine nachträgliche, genaue Überprüfung zu ermöglichen, legte das Gericht drei prozedurale Sorgfaltspflichten fest.<sup>219</sup>

- die Entscheidung, Sterbehilfe zu leisten, darf nicht durch eine Person allein getroffen werden;
- ein Arzt muss hinzugezogen werden. Er bestimmt das anzuwendende Mittel;
- die Sorgfaltspflicht ist strikt einzuhalten.

Das Rotterdamer Gericht formulierte verallgemeinerungsfähige Kriterien für den Fall des rechtfertigenden Notstandes. Die Gerichtsentscheidung

---

<sup>218</sup> Vgl. Scholten, H.-J.: Niederlande. In: Eser, A.(Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation. Freiburg (1991), S. 453-500, S. 474.

<sup>219</sup> Vgl. Ebd.

signalisierte damit einen Wendepunkt in der Euthanasiedebatte.

1984 urteilte das höchste niederländische Gericht erstmal in einem Fall von aktiver Euthanasie. In dem als Alkmaar-Fall bekannt gewordenen Prozess sprachen die Richter einen Arzt frei, der einer 95-jährigen Frau, die in den Gerichtsakten Frau B genannt wurde, auf deren ernsthaftes, mehrfaches Verlangen tödlich wirkende Medikamente gespritzt hatte. Die Frau war seit über sechs Jahren bei ihrem Hausarzt in Behandlung. Eine Woche vor ihrem Tod erkrankte sie akut, verlor das Bewusstsein und konnte nach ihrem Erwachen weder essen noch trinken. Sie erklärte ihrem Hausarzt, dass sie ein derartiges Erlebnis nicht noch einmal ertragen könne. Immer eindringlicher hatte sie nach aktiver Euthanasie verlangt. Im Alter von 93 Jahren bat sie ihren Hausarzt zudem schriftlich um aktive Euthanasie für den Fall, dass sie sich in einem Zustand befände, der eine Genesung zu würdigem Leben nicht erwarten ließe. Der Hausarzt hatte mit einem Kollegen und auch mit dem Sohn der Patientin gesprochen, bevor er die Medikamente verabreichte.

Hinsichtlich der ärztlichen Entscheidung, Sterbehilfe zu leisten, wies das oberste Gericht darauf hin, dass der Fall unter Berücksichtigung der verantwortungsvollen ärztlichen Beurteilung im Sinne der Richtlinien geltender ärztlichen Ethik betrachtet werden müsse. Die ärztliche Pflicht, Leben zu erhalten, habe im Konflikt gestanden mit derjenigen, unerträgliches Leiden zu beenden. Die Entscheidung, den ausdrücklichen, andauernden und wohlüberlegten Wunsch nach Sterbehilfe zu gewähren, könne den Arzt nicht strafbar machen, wenn keine Aussicht auf Besserung bestehe und das Leiden nicht zu lindern sei.

Zur Zeit des Alkmaar-Falles veröffentlichte die Königliche Niederländische

Medizinische Gesellschaft zur Förderung der Heilkunde (KNMG) 1984 eine umfassende Stellungnahme zur freiwilligen Euthanasie: „Standpunkt in Sachen aktiver Sterbehilfe auf Verlangen“ („Standpunt inzake euthanasie“). Zunächst äußerte die KNMG, dass sie den Begriff Euthanasie nur für Maßnahmen benutzt sehen wolle, bei denen das Leben eines einsichtsfähigen Menschen auf dessen wiederholtes Verlangen, bei unheilbarer Krankheit und entsprechendem Leiden beendet wird. Das ausdrückliche Verlangen des Betroffenen ist dabei das Kernelement. Euthanasie muss sich grundsätzlich auf das Verlangen des Leidenden gründen. Die hin und wieder getroffene Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Sterbehilfe sei daher nicht korrekt. Sterbehilfe nämlich könne niemals unfreiwillig stattfinden. Hinzu kommt, dass eine Unterscheidung zwischen aktiver, passiver und indirekter Euthanasie in der Veröffentlichung der KNMG nicht vorgenommen wird.

*„Unter Euthanasie versteht das Präsidium alle Handlungen, die darauf abzielen, eines Menschen Leben auf dessen Verlangen hin zu beenden. Eine weitere Unterteilung dieses Begriffes in passive Euthanasie und aktive Euthanasie und Hilfe bei einer Selbsttötung hält die Mehrheit des Präsidiums in moralischer Hinsicht für überflüssig und unerwünscht.“<sup>220</sup>*

Der Stellungnahme der KNMG zufolge seien Ärzte die einzigen Mitglieder in der Gesellschaft, die die Sachkunde haben, aktive Euthanasie medizinisch-pharmakologisch korrekt durchzuführen und zwischen einem pathologischen Sterbewunsch und berechtigtem Todesverlangen zu unterscheiden. Überdies sieht die KNMG die Euthanasie als wichtigen Bestandteil der vertrauensvollen

---

<sup>220</sup> Scholten (1991), S. 489.

Arzt-Patient-Beziehung. Folglich seien Ärzte verpflichtet, für akzeptable und praktische Regelungen der Euthanasie zu sorgen. Damit betrachtet die KNMG Euthanasie nicht als unrechtmäßige Handlung, sondern als Maßnahme, die durchaus auch zu den Aufgaben des Arztes gehört. Sie fasst die in den Urteilsbegründungen genannten Kriterien für die Durchführung aktiver Euthanasie folgendermaßen zusammen:<sup>221</sup>

- Es muss ein freiwilliger, ernsthafter und wiederholter Wunsch des Patienten nach aktiver Euthanasie vorliegen.
- Die Situation muss für den leidenden Patienten unerträglich und hoffnungslos sein.
- Der Patient muss vollständig über Krankheitsverlauf, Prognose und Therapiemöglichkeiten aufgeklärt sein.
- Es darf keine therapeutischen oder pflegerischen Alternativen zur aktiven Euthanasie geben.
- Vor der Durchführung der aktiven Euthanasie muss der behandelnde Arzt einen Kollegen zu Rat ziehen.

Die Richtlinien der KNMG haben bedeutendes Gewicht in der öffentlichen Meinungsbildung erlangt. Seit Beginn der 80er Jahre wird vorrangig die Frage diskutiert, ob Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen legalisiert werden könne.

(4) Die aus drei Ärzten und drei Juristen bestehende *Remmelink-Kommission* untersuchte 1990 im Auftrag des niederländischen Parlaments die Praxis der

---

<sup>221</sup> Vgl. Ebd., S. 489/490.



Euthanasie, insbesondere die medizinische Vorgehensweise im Hinblick auf Entscheidungen am Lebensende. 1990 einigten sich KNMG und Justizministerium darauf, hinsichtlich Euthanasie und medizinisch assistiertem Suizid eine für das ganze Land vereinheitlichte Meldeprozedur einzuführen. Vor 1990 wurden Fälle von Lebensbeendigung, falls überhaupt, vom Arzt gemeldet, entweder bei der Polizei, beim Leichenbeschauer oder direkt bei der Staatsanwaltschaft. Im September 1991 wurden die Recherchen der *Remmelink-Studie* veröffentlicht. Daraufhin beschloss das Parlament 1994 die sogenannte „Meldeprozedur-Euthanasie“, die Fälle von aktiver Euthanasie und medizinisch assistiertem Suizid dem zuständigen Leichenbeschauer zu melden hatte. Die Meldepflicht ist inzwischen in das „Gesetz über die Leichenschau und Leichenbestattung“<sup>222</sup> aufgenommen worden.

Wenn in den Niederlanden eine Person verstorben ist, muss zu deren Begräbnis oder Kremation eine Erlaubnis vom zuständigen Standesbeamten eingeholt werden. Die Erlaubnis wird erst dann gegeben, wenn dem Standesbeamten entweder ein Totenschein, ausgestellt vom behandelnden Arzt bzw. vom Leichenbeschauer, oder aber eine Erklärung des Staatsanwalts vorliegt mit dem Inhalt, dass gegen eine Bestattung des Verstorbenen keine Einwände vorliegen. Der behandelnde Arzt bzw. der Leichenbeschauer dürfen nur in dem Fall einen Totenschein ausstellen, wenn sie die Überzeugung erlangt haben, dass der Tod als Folge einer natürlichen Todesursache – also Alter oder Krankheit – eingetreten ist. Euthanasie, medizinisch assistierter Suizid und Tötung ohne ausdrückliche Bitte des Patienten zählen zu den nicht-natürlichen

---

<sup>222</sup> Art. 10 des Bestattungsgesetzes lautet: Wenn der gemeindliche Leichenbeschauer glaubt, keinen Totenschein ausstellen zu können, erstattet er unverzüglich durch Ausfüllen eines durch den Justizminister festgestellten Formulars Bericht an den Staatsanwalt und benachrichtigt überdies unverzüglich den Standesbeamten.

Todesursachen.<sup>223</sup> Der Arzt, der einem Patienten Euthanasie geleistet hat, darf keinen Totenschein ausstellen.<sup>224</sup> Er muss den Leichenbeschauer informieren, der die Staatsanwaltschaft einschaltet. Danach entscheidet der Staatsanwalt eine eventuelle Strafverfolgung. Sind „die bestimmten Bedingungen“<sup>225</sup> bei der Lebensbeendigung erfüllt, leitet der Staatsanwalt keine strafrechtlichen Ermittlungen gegen den behandelnden Arzt ein. Mit der Einführung der Meldeprozedur zielt der Gesetzgeber auf folgendes ab:<sup>226</sup>

- Die Überprüfbarkeit von Maßnahmen, die eine Lebensbeendigung des Patienten zur Folge haben, soll bleibend sichergestellt werden.
- Ärzte sollen über ihre lebensbeendenden Maßnahmen Auskunft erteilen.
- Die Kenntnis der Ärzte über Euthanasie sowie ihr Wissen über das damit verbundene praktische Handeln soll gefördert werden.

---

<sup>223</sup> Kalkman-Bogerd, L. B.: Juridische aspekten van stervensbegleitung. In: Ethiek & recht in de gezondheidszorg 3 (1994), S. 201-300, S. 208. Zitiert nach Gordijn, B.: Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Berliner Medizinethische Schriften. Heft 14/15 (1997), S. 67-74, S. 69.

<sup>224</sup> Stellt der Arzt einen Totenschein aus, macht er sich nach Art. 81 des Leichenbestattungsgesetzes strafbar. Im Fall des Todeseintritts nach Einstellung bzw. Nicht-Behandlung aufgrund medizinischer Abwägungen, die besagen, dass eine Weiterbehandlung sinnlos sei, oder nach Gabe einer starken Dosis Schmerzmittel darf der Arzt einen Totenschein ausstellen.

<sup>225</sup> Obwohl die Tötung auf Verlangen immer noch verboten blieb, sollten Ärzte vor der Strafverfolgung geschützt werden, wenn sie bestimmte *Sorgfaltspflichten* einhielten. Dabei handelt es sich um Folgende:

1. Es liegt ein ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen des über seinen Zustand vollständig unterrichteten Patienten nach Tötung vor.
2. Es muss ein für den Patienten unerträgliches Leiden vorliegen.
3. Der Patient muss irreversibel unheilbar krank sein.
4. Es muss ein weiterer unabhängiger Arzt konsultiert werden.
5. Nur der behandelnde oder der konsultierte Arzt darf die Euthanasie vornehmen.
6. Der Arzt muss dabei die größtmögliche Sorgfalt anwenden.
7. Der Arzt muss einen ausführlichen schriftlichen Bericht anfertigen.

<sup>226</sup> Vgl. Van der Wal, G./Van der Maas, P. J.: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, De praktijk en de meldingsprocedure. Den Haag (1996), S. 25. Zitiert nach Gordijn (1997), S. 13.

- Die Meldeweise soll vereinheitlicht werden.

Empirische Untersuchungen (1990/1991) haben gezeigt, dass die Anzahl der gemeldeten Euthanasiehandlungen sehr gering ist (41%). Die Regierung hat daher vorgeschlagen, interdisziplinäre Kommissionen zu gründen, die als Vermittler zwischen Leichenbeschauer und Staatsanwaltschaft die Übereinstimmung des ärztlichen Handelns mit den gesetzlichen Vorgaben kontrollieren sollen. Auf ministeriellen Beschluss vom 27. 05. 1998 wurden fünf *Regionale Kontrollkommissionen* zwischen Leichenbeschauer und Staatsanwaltschaft eingerichtet, denen jeweils ein Jurist als Vorsitzender, ein Mediziner und ein Fachmann für Ethik angehört. Ihre Einschätzung war für die Entscheidung des Staatsanwalts von großem Gewicht.

Seit dem Sommer 1999 arbeitete das niederländische Parlament an Gesetzen, die eine weiterreichende Liberalisierung der Euthanasieregeln zum Gegenstand hat. Ende November 2000 hat die zweite Kammer (Abgeordnetenhaus) einem Gesetzentwurf zur „Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und Hilfe zur Selbsttötung“ zugestimmt. Das Gesetz gleicht dabei weitgehend den Beschlüssen von 1994 und 1998. Allerdings muss (i) jetzt nicht mehr in jedem Fall die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden. Zu dem Gesetz gehören (ii) Strukturänderungen und ein im Strafgesetzbuch verankerter Strafausschließungsgrund. Der Strafausschließungsgrund bezieht sich auf Ärzte, die unter Beachtung der Sorgfaltsbestimmungen aktive Sterbehilfe und Suizidbegleitung geleistet haben. Euthanasie und Beihilfe zum Suizid bleiben jedoch nach wie vor vom das Strafgesetz verboten. Darüber hinaus sind neue Regelungen für Kinder und Jugendliche getroffen worden. Kinder im Alter von

zwölf bis sechzehn Jahren können mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten, Jugendliche im Alter ab sechzehn Jahren ohne deren Zustimmung um Euthanasie bitten. Bei Euthanasie von dementen Patienten wird auf Strafverfolgung verzichtet, wenn sie zuvor bei vollem Bewusstsein das Sterbeverlangen schriftlich eingefordert hatten.

Der Gesetzentwurf wurde am 10. 04. 2001 durch die erste Kammer (Senat) ratifiziert. „Das Gesetz zur Kontrolle bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“ ist schließlich in Kraft getreten. Allerdings sind Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung nach wie vor grundsätzlich strafbar. Es wird aber eine Ausnahme für Ärzte gemacht, die unter gewissen Voraussetzungen und unter Kontrollen eine Lebensbeendigung vornehmen.<sup>227</sup>

Das korrigierte Gesetz führt, wie wir sahen, zu einer konsequenten Entscheidung einer Gesellschaft, die sich lange und ausführlich mit den Situationen am Lebensende in der modernen Medizin auseinandergesetzt hat und seither praktiziert wird.

---

<sup>227</sup> Die Artikel 293 und 294 nStGB wurden daraufhin wie folgt geändert:

Artikel 293 lautet (Tötung auf Verlangen):

Abs. 1: Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.

Abs. 2: Die in Absatz 1 genannte Handlung ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat.

Artikel 294 StGB lautet (Beihilfe zum Suizid):

Abs. 1: Wer einen anderen vorsätzlich zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung begangen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.

Abs. 2 : Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung begangen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend.

Mit der Legalisierung der aktiven Euthanasie und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid ist jedoch die Debatte um die moralische und rechtliche Zulässigkeit der Euthanasie, insbesondere der aktiven Euthanasie, keineswegs beendet. Bezüglich des niederländischen Modells befürchten viele Euthanasiegegner nichtkontrollierbare Ausweitung der Euthanasiepraxis. Hat sich in den Niederlanden eine „*Kultur des Tötens*“<sup>228</sup> etabliert, wovor seit langem gewarnt wurde?

Im Folgenden werde ich die Situation seit Einführung der liberalen Euthanasiepraxis in den Niederlanden anhand empirischer Daten untersuchen. Vor allem im Hinblick auf das „Argument der schiefen Ebene“ kann das niederländische Modell darüber aufklären, welche Aspekte der Euthanasiepraxis bisher nicht in den Blick genommen wurden.

### **3.2 Bereits auf der schiefen Ebene? - Empirische Resultate der ärztlichen lebensbeendenden Praxis in den Niederlanden**

Insgesamt existieren in den Niederlanden drei große empirische Studien über ärztliche lebensbeendende Praxis. Die Tatbestände der ersten Studie der *Remmelink-Kommission* wurden im September 1991 veröffentlicht.<sup>229</sup> Nach offiziellem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes zur prozeduralen Regelung der Euthanasie von 1994 wurde Anfang 1995 nochmals eine Studie angefertigt, deren Resultate Ende 1996 veröffentlicht wurden. Im Juni 2003 wurden die neuesten Daten der in den Jahren 2001 und 2002 landesweit durchgeführten empirischen Studie publiziert.

---

<sup>228</sup> Ach, J. S./Gaidt, A.: Wehret den Anfängen? Anmerkungen zum Argument der »schiefen Ebene« in der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte. In: Frewer, A./Eickhoff, G. (Hrsg.), Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. (2000), S. 424-447, S. 425.

<sup>229</sup> Am 18.01. 1990 berief das niederländische Parlament eine Kommission ein, die die ärztliche Praxis auf dem Gebiet der Sterbehilfe untersuchen sollte.

In den Ermittlungen ging es nicht nur um aktive freiwillige Euthanasie und Beihilfe zum Suizid, sondern auch darum, die aktive freiwillige Euthanasie im Kontext sämtlicher medizinischer Entscheidungen zu sehen, die Ärzte *in dem Wissen* treffen, dass der Patiententod herbeiführt werden kann: nämlich die Entscheidungen, keine Behandlungen durchzuführen (Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch); schmerzstillenden Medikamenten zu verabreichen.<sup>230</sup> Hinzu kommt, dass die Bereitschaft der niederländischen Ärzte, aktive Euthanasie ohne Verlangen zu leisten, sowie das Meinungsbild der niederländischen Ärzte bzw. Bevölkerung über Euthanasiemaßnahmen als ärztliche berufliche Praxis dokumentiert.

---

<sup>230</sup> Im vierten Kapitel zeigte sich bereits, dass zwischen aktiver und passiver Euthanasie, zumindest aus philosophischer Sicht, moralisch nicht entschieden werden könne.

**Tabelle 1: Die Häufigkeit der lebensbeendenden Praxis**

	Anteil der Todesfälle (Anzahl)		
	1990/1991	1995/1996	2001/2002
Bitte um Euthanasie (Beendigung des Lebens auf Wunsch des Patienten)	7% (8.900)	7,1% (9.700)	6,9% (9.700)
Aktive Sterbehilfe auf Verlangen	1,8% (2.318)	2,4% (3.256)	2,6% (3.650)
Aktive Sterbehilfe ohne Verlangen	0,8% (1.030)	0,7% (950)	0,7% (982)
Passive Sterbehilfe	17,5% (22.538)	20,2% (27.406)	20,2% (28.356)
Indirekte Sterbehilfe	17,5% (22.538)	19,1% (25.914)	20,1% (28.216)
Beihilfe zur Selbsttötung	0,3% (386)	0,3% (407)	0,2% (281)
<b>Sterbehilfefälle insgesamt</b>	<b>37,9%</b> <b>(48.810)</b>	<b>42,7%</b> <b>(57.933)</b>	<b>43,8%</b> <b>(61.485)</b>
<b>Todesfälle insgesamt</b>	<b>100%</b> <b>(128.786)</b>	<b>100%</b> <b>(135.675)</b>	<b>100%</b> <b>(140.377)</b>

Quelle: *Nederlands Juristenblad (NJB) 2003, S. 1256.*

In den Niederlanden starben 1995 ca. 136.000 Menschen. Dabei ging es in etwa 58.000 Fällen um ärztliche lebensbeendende Praxis. Davon baten etwa 9.700 Patienten bei klarem Bewusstsein um Euthanasie.<sup>231</sup> Jedoch in nur ca. 3.200 Fällen dieser Gruppe (ca. ein Drittel) konnten Patienten artikulieren, dass es tatsächlich ihr selbstbestimmter Wunsch sei zu sterben und an diesen wurde dann auch aktive Sterbehilfe auf Verlangen durchgeführt.<sup>232</sup> Gegenüber 1990 ist die Zahl der Fälle um etwa 900 gestiegen, der Anteil der Fälle ist jedoch,

<sup>231</sup> In den Niederlanden wird der Begriff Euthanasie lediglich für die vom Patienten freiwillig gewünschte aktive Sterbehilfe verwendet, wie bereits gezeigt wurde.

<sup>232</sup> 1990 baten ca. 8900 Patienten bei klarem Bewusstsein um Euthanasie. In etwa 2300 Fällen wurde Euthanasie durchgeführt.

prozentual gesehen, in etwa gleich geblieben. 1995 leisteten Ärzte in etwa 400 (0,3%) Fällen Suizidhilfe. Auch diese Zahl ist gegenüber der von 1990 nahezu unverändert geblieben. Im Jahr 2001 beträgt die geschätzte Gesamtzahl der Wünsche nach Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung etwa 9.700. Etwa 3900 (39%) davon sind realisiert worden.

Die Ermittlungen zeigten, dass aktive Euthanasie und Beihilfe zum Suizid weit weniger verbreitet sind, als andere ärztliche Entscheidungen, die bekanntermaßen das Leben verkürzen oder das Risiko der Lebensverkürzung beinhalten. 1990 handelte es sich bei etwa 22.500 (17,5%) Fällen um Entscheidungen für Behandlungsverzicht oder -abbruch, bei weiteren ca. 22.500 (17,5%) Fällen um Entscheidungen für Schmerzbehandlungen, deren lebensverkürzende Wirkung den Ärzten genau bekannt war. 1995 handelte es sich bei etwa 27.400 (20,2%) Fällen um Entscheidungen für einen Behandlungsverzicht oder -abbruch, wobei eine eventuelle Lebensverkürzung in Kauf genommen wurde. In etwa 26.000 (19,1%) Fällen handelte es sich um Entscheidungen für Schmerzbehandlungen. Dabei wurden schmerzlindernde Medikamente in einer Dosierung verordnet, die mit hoher Sicherheit lebensverkürzend wirkten. Des Weiteren zeigen die Ermittlungen für das Jahr 2001 sowie auch die für die Jahre 1990 und 1995, dass passive bzw. indirekte Sterbehilfe (20,2% bzw. 20,1%) viel häufiger realisiert wurden als aktive (2,6%).



**Tabelle 2: Behandlungsverzicht bzw. -abbruch in den Jahren 1990 und 1995**

Behandlungsverzicht bzw. -abbruch (100%)		1990	1995
Auf Wunsch des Patienten (5 %)		5.800 (4,5%)	5.200 (3,8%)
Ohne Bitte des Patienten	mit der ausdrücklichen Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (16%)	2.670 (2,1%)	14.200 (10,5%)
	mit der nachgeordneten Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (14%)	3.170 (2,5%)	
	unter Hinnahme der Wahrscheinlichkeit, dass das Leben verkürzt wird (65%)	10.850 (8,4%)	7.900 (5,8%)

*Quelle: »Den Tod fürchte ich nicht – aber das Sterben«. Ausweg Euthanasie? Zur Euthanasiediskussion in Deutschland und Holland, Diakonie Forum 19 (1999), S. 32.*

1995 wurde in etwa 27.400 Fällen entschieden, eine das Leben des schwerkranken Patienten aufrechterhaltende medizinische Behandlung einzustellen bzw. keine weiteren lebensverlängernden Behandlungen mehr zu beginnen und eine Beschleunigung des Sterbens in Kauf genommen.<sup>233</sup> Dabei wurde in 5.200 Fällen der ausdrückliche Patientenwunsch ausgeführt. Bemerkenswert ist, dass in der Mehrzahl (95%) der Fälle ohne ausdrückliche Bitte des Patienten nach Lebensverkürzung gehandelt wurde. Die Ursache liegt in der Regel darin, dass der Patient im Entscheidungsmoment bereits nicht mehr einwilligungsfähig war. In etwa 14.200 Fällen bestand die ausdrückliche

<sup>233</sup> Der Abbruch oder die Nichtaufnahme einer medizinisch als sinnlos betrachteten Behandlung ist in den Niederlanden nicht strafbar, auch wenn der Patient nicht zustimmt. Darüber hinaus ist passive Euthanasie (auch ohne Verlangen des Patienten) im Allgemeinen akzeptiert. Daher glaube ich, dass die Gefahren des Missbrauchs bei passiver im Vergleich zu aktiver Euthanasie größer sind, als oft angenommen wird.

Absicht des Arztes darin, das Lebensende zu beschleunigen, in etwa 7.900 Fällen hatte der Arzt die Lebensverkürzung bewusst in Kauf genommen. 1990 hatte der Arzt in etwa 2.670 Fällen die ausdrückliche Absicht, das Lebensende zu beschleunigen. In etwa 3.179 Fällen war es nachgeordnete Absicht. In etwa 10.850 Fällen hatte er die Lebensverkürzung zumindest gewiss einkalkuliert.

**Tabelle 3: Intensivierung der Schmerz- und Symptombehandlung in den Jahren 1990 und 1995**

Intensivierung der Schmerz- und Symptombehandlungen (100%)	1990	1995
Mit der ausdrücklichen Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (6%)	1.350 (1%)	2.000 (1,5%)
Mit der nachgeordneten Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (30%)	6.750 (5,2%)	2.850 (2,1%)
Unter Hinnahme der Wahrscheinlichkeit, dass das Leben verkürzt wird (64%)	14.400 (11,3%)	15.150 (11,1%)

*Quelle: »Den Tod fürchte ich nicht – aber das Sterben«. Ausweg Euthanasie? Zur Euthanasiediskussion in Deutschland und Holland, Diakonie Forum 19 (1999), S. 32.*

1995 wurden in etwa 25.900 Fällen schmerzlindernde Medikamente, die die hohe Wahrscheinlichkeit lebensverkürzender Wirkung beinhalteten, verordnet. In etwa 2.000 dieser Fälle war es die ausdrückliche Absicht des Arztes, das Lebensende zu beschleunigen, in weiteren 2.850 Fällen die partielle Absicht. In der Mehrzahl der Fälle hatte der Arzt die Gewissheit, dass das verabreichte Medikament zur Lebensverkürzung führen würde. Wie aus den obigen beiden Tabellen zu entnehmen ist, führten die medizinischen Entscheidungen in allen Fällen zu beschleunigtem *Patiententod mit Wissen des Arztes*.

**Tabelle 4: Aktive Euthanasie ohne Verlangen**

	1990	1995	2001
Aktive Sterbehilfe ohne Verlangen	0,8% (1.030)	0,7% (950)	0,7% (982)

*Quelle: Nederlands Juristenblad (NJB) 2003, S. 1256.*

Euthanasiegegner kritisierten, dass in etwa 1000 Fällen ärztlicher aktiver Lebensbeendigung kein ausdrücklicher Patientenwunsch gegeben war. Euthanasie ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten hat sich im Jahre 2001 gegenüber den Jahren 1990 und 1995 jedoch nicht maßgeblich geändert.

Es handelt sich um Fälle, bei denen der Arzt mit der ausdrücklichen Absicht, das Lebensende zu beschleunigen, ein Medikament verabreichte, ohne dass der Patient ausdrücklich darum gebeten hatte. Die Untersuchungskommission beschreibt diese Fälle als „Patienten kurz vor dem Tod, die eindeutig schwer litten“. Die Ursache, mit dem Patienten nicht zu sprechen, liege in dessen Unfähigkeit, Wünsche zu artikulieren. Der Arzt habe die Lebensbeendigung des Patienten eindeutig als in dessen Interesse gesehen und folglich eine weitere medizinische Behandlung für sinnlos gehalten.<sup>234</sup>

---

<sup>234</sup> Vgl. Gordijn (1997), S. 24.

**Tabelle 5: Die Bereitschaft niederländischer Ärzte, aktive Sterbehilfe ohne Verlangen des Patienten zu leisten (2001/2002)**

	Anteil der befragten Ärzten
Mindestens einmal aktive Sterbehilfe ohne Verlangen geleistet. (In den vergangenen beiden Jahren mindestens einmal aktive Sterbehilfe ohne Verlangen geleistet)	13% (5%)
Niemals aktive Sterbehilfe ohne Verlangen geleistet, aber für vorstellbar gehalten	16%
Würde keinesfalls aktive Sterbehilfe ohne Verlangen leisten	71%

*Quelle: Grundmann, A: Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Aachen (2004), S. 209.*

Der Anteil der Ärzte, die keinesfalls zur Leistung von Sterbehilfe ohne Verlangen des Patienten bereit sind, ist im Vergleich der Untersuchungen von 1990/1991 und 1995/1996 stark gestiegen. 1990/1991 lehnten nur 41% der Ärzte die aktive Euthanasie ohne Verlangen des Patienten ab, 1995/1996 waren es 45%.

Die Bereitschaft der Ärzte, aktive Sterbehilfe nur dann zu leisten, wenn ein konkretes Patientenverlangen vorliegt, ist aufgrund Verabschiedung des Sterbehilfegesetzes und der vorausgegangenen Diskussion mit dem deutlichen Anstieg auf 71% gestärkt worden. Die niederländische Regierung kann diese Zahlen als Beleg für die Überzeugung werten, dass bedingte Legalisierung der aktiven Euthanasie auf Verlangen zu einem vermehrten Lebensschutz führt.<sup>235</sup>

<sup>235</sup> Vgl. Grundmann (2004), S. 209.

#### 4. Fazit

(1) Die drei umfangreichen empirischen Untersuchungen über ärztliche lebensbeendende Praxis zeigen, dass passive, indirekte Euthanasie sehr viel häufiger stattfindet als aktive Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid. In zahlreichen Fällen wurde passive, indirekte Sterbehilfe ohne ausdrückliches Patientenverlangen durchgeführt, wobei die Ärzte wissen, dass Entscheidungen über Behandlungsverzicht oder -abbruch, Schmerz- oder Symptombehandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit lebensverkürzend wirken.<sup>236</sup> Dabei darf die Gefahr des Missbrauchs nicht übersehen werden, weil sich das Argument der schiefen Ebene auf *jegliche Form* von Sterbehilfe anwenden lässt. Das Missbrauchsargument spricht damit nicht nur gegen die unkontrollierte Freigabe der aktiven Euthanasie, sondern auch gegen Euthanasie schlechthin. Folglich sollte auch passive Euthanasie transparenter und unter besser kontrollierten Bedingungen vollzogen werden,<sup>237</sup> denn die in vielen Ländern allgemein verbreitete und akzeptierte passive, indirekte Euthanasie ist kaum von der Gefahr des Missbrauchs freizusprechen.

(2) Nicht jede medizinische Behandlung ist gleichermaßen effektiv. In gewissen Fällen verursacht eine Weiterbehandlung mehr schädliche als erwünschte Resultate. Es gehört zur Professionalität des Arztes, Behandlungen anzubieten, bei denen eine verantwortbare Balance zwischen Schädigung und Heilungsverantwortung eingehalten wird.<sup>238</sup>

---

<sup>236</sup> Nichtsdestoweniger haben Ärzte sich der Verantwortung zu stellen, wie ich im vierten Kapitel dargelegt habe.

<sup>237</sup> Vgl. Schöne-Seifert (1997), S. 224.

<sup>238</sup> Allerdings solle ein einwilligungsfähiger Patient am Lebensende selbst darüber entscheiden dürfen, wann ihm lebensverlängernde Behandlungen nicht mehr sinnvoll

Einzig der Sachverstand der Ärzte ist dazu berufen, lebensbeendende Entscheidungen medizinisch-pharmakologisch korrekt zu treffen und Euthanasie bei berechtigtem Patientenverlangen durchzuführen. Die Mehrheit der niederländischen Ärzte begreift Euthanasie im Sinne der Patientenautonomie, der lebensverlängernden und lebensbeendenden Entscheidungen als akzeptierten Bestandteil ihrer beruflichen Praxis:

**Tabelle 6 : Euthanasie als ärztliche berufliche Praxis**

	1990	1995	2001
Mindestens einmal aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet	54%	53%	57%
Niemals aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet, aber für denkbar gehalten	34%	35%	32%
Niemals aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung leisten, aber an anderen Arzt verweisen	8%	9%	10%
Niemals aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung leisten, nicht an anderen Arzt verweisen	4%	3%	1%

*Quelle: Grundmann (2004), S. 206. / Gordijn, B.: Euthanasie in den Niederlanden - eine kritische Betrachtung. Berliner Medizinethische Schriften (1997), S. 21.*

Mehr als die Hälfte der Ärzte haben aktive Sterbehilfe bereits einmal ausgeführt, über 30% der befragten Ärzte sind bereit, unter entsprechenden Umständen Sterbehilfe zu leisten. Von nur wenigen Ärzten wird Euthanasie bzw. medizinisch assistierter Suizid wirklich strikt abgelehnt. Dabei hat sich im Vergleich zu den Ermittlungen von 1990/1991, 1995/1996 und 2001/2002 nur wenig verändert.

---

erscheinen. Falls er lebensverlängernde Maßnahmen verweigert, sollte der Arzt dies respektieren.

(3) Die niederländische Bevölkerung hat ein durchaus positives Meinungsbild gegenüber der ärztlichen Hilfespflicht im Falle der Euthanasie.

**Tabelle 7: Meinungsbild der niederländischen Bevölkerung gegenüber der Patientenautonomie im Fall der Euthanasie 2001/2002**

	Anteil der befragten Personen, die mit dieser Aussage einverstanden sind
Der Arzt darf auf Bitten eines schwerstkranken Patienten dessen Leben beenden.	82%
Der Arzt muss alles veranlassen, den kranken Patienten am Leben zu erhalten.	31%
Der Arzt muss eine Behandlung abbrechen, wenn der Patient darum bittet.	80%
Jeder hat das Recht, über eigenes Leben und eigenen Tod zu entscheiden.	68%
Der Arzt darf, wenn er unter bestimmten Anforderungen aktive Sterbehilfe leistet, nicht strafbar gemacht werden.	92%

*Quelle: Grundmann, A: Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Aachen (2004), S. 209.*

(4) Euthanasiegegner führen häufig Palliativmedizin als Alternative zur Euthanasie an, da sie der Auffassung sind, dass Euthanasie Palliativmedizin verhindere. Euthanasie könne nur dann in Anspruch genommen werden, wenn Palliativmedizin nicht ausreiche.

Die liberalisierte Euthanasie-Politik der niederländischen Regierung zeigt auch Auswirkungen auf die Palliativmedizin. Seit Jahrzehnten gibt es ein



umfassendes Angebot an häuslicher Pflege, neben den öffentlich-rechtlichen Institutionen auch zahlreiche private Pflegedienste. Angemessene Hilfe am Lebensende wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern in der eigenen Wohnung gewährleistet. Niemand muss diese Hilfe aus finanziellen Gründen entbehren. Patienten, deren Zustand nach ärztlicher Einschätzung „präfinal“ ist, haben grundsätzlich Anspruch auf finanzielle Hilfe aus staatlichen Mitteln. Pflegeindikation und Bedarfsermittlung werden von Pflegespezialisten regionaler Instanzen (RIO: „regional indicatie orgaan“) erstellt. Zurzeit wird der Prozess von den vorläufig an sechs Universitätskliniken mit entsprechendem Etat ausgestatteten „Zentren für die Entwicklung der Palliativen Versorgung“ (COPZ) energisch vorangetrieben.

Die Palliativmedizin, die ihren Ausgang von der Hospiz- und Palliativbewegung in England nahm, wird von der WHO (1990) wie folgt definiert:

*„Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht.*

*Die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychosozialen und spirituellen Problemen besitzt Priorität.*

*Die Behandlung strebt die bestmögliche Lebensqualität an, das Sterben soll weder beschleunigt noch hinausgezögert werden.“<sup>239</sup>*

---

<sup>239</sup> Radbruch, L./Zech, D.: Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin. In: Aulbert, E./Klaschik, E./Pichlmaier, H. (Hrsg.), Palliativmedizin – Die Alternativ zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland (Beiträge zur Palliativmedizin, Bd. 2.). Stuttgart /New York (1998), S. 53-64, S. 53.

Palliativmedizin verfolgt Ziele, die sich auf einer herkömmlichen Krankenstation oder in einer Arztpraxis nicht realisieren lassen. Sie

- sorgt für Schmerzlinderung und Symptombehandlung,
- integriert psychische und spirituelle Bedürfnisse,
- trifft Maßnahmen, um das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv wie möglich zu gestalten,
- bietet der Familie während der Erkrankung des Patienten, auch in der Trauerphase Unterstützung an
- bejaht das Leben und sieht das Sterben als unausbleiblichen, aber organischen Prozess an,
- will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögen.

Neben der umfassenden Pflege zählt die Haltung gegenüber dem Sterbeprozess zu den Charakteristika der Palliativmedizin. In den Niederlanden werden Euthanasie und palliative Versorgung allgemein nicht als sich gegenseitig ausschließend, sondern als komplementär betrachtet:

*„Man unternimmt einerseits [...] nichts, was den Patienten künstlich und unnötig am Leben erhalten würde, vielmehr akzeptiert man seinen doch unvermeidlichen Tod. Dies impliziert, dass viele medizinische Behandlungen ihren Sinn verlieren und daher eingestellt werden. [...] In der Palliativmedizin wird andererseits auch nichts unternommen, um das Leben des Patienten*

---

<sup>240</sup> Jansens, R./Gordijn, B: Palliativmedizin in den Niederlanden. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 123 (1998), S. 432-435, S. 432.

*bewusst zu verkürzen.* <sup>240</sup>

Die niederländische Palliativmedizin äußert sich nicht zur Beschleunigung des Todes, schließt aber Euthanasie nicht *expressis verbis* aus. 1996 äußerte der niederländische Gesundheitsminister, dass Euthanasie ein würdiges Ende guter Palliativmedizin ausmachen könne. Zwar wird einerseits behauptet, dass eine bessere palliativmedizinische Versorgung etliche Euthanasie-Fälle verhindern könnte, andererseits aber wird daran festgehalten, dass Euthanasie die bedeutendste Maßnahme für ein menschwürdiges Sterben darstelle.

## SCHLUSSBEMERKUNG

Am 01. 02. 2006 erschien in der FAZ ein „interessanter“ Artikel von Edgar Dahl, einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Zentrums für Dermatologie und Andrologie der Universität Gießen, in dem der Autor das Ausmaß illegaler Sterbehilfe in Ländern mit liberaler Gesetzgebung und solchen mit restriktiverer Rechtssprechung vergleicht. Die dem Artikel zugrunde liegende Studie, die unlängst in der Fachzeitschrift »Palliative Medicine (18)« (Jan. 2006) publiziert wurde, ermittelte für Großbritannien, wo aktive Euthanasie offiziell verboten ist, eine Zahl von 3000 Fällen gesetzeswidrigen Tötungen für das Jahr 2004. Davon entfielen 936 Tötungsdelikte auf freiwillige aktive Sterbehilfe und 1929 auf unfreiwillige passive Euthanasie.<sup>241</sup> Ähnliche Untersuchungen in den USA, Australien, Schweden und Italien, in denen die ärztliche Sterbehilfe ebenso scharfen Einschränkungen unterliegt, erbrachten eine vergleichbar hohe Zahl an Verstößen gegen geltende Richtlinien. Es ließ sich ferner zeigen, dass in vielen Fällen, in denen lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder eingestellt wurden, (USA: 15%, Australien: 20%, Italien/Schweden: >50%), eine Einwilligung des Patienten, auch des urteilsfähigen, nicht vorlag. Aus den Erhebungen lässt sich einerseits entnehmen, dass die Missbrauchsgefahren der passiven Euthanasie mindestens ebenso groß sind wie die der aktiven Sterbehilfe. Andererseits relativiert sich vor dem Hintergrund der neuen Daten die Zahl der vielzitierten *1000 Fälle*

---

<sup>241</sup> Möglicherweise ist hier nicht unfreiwillige passive Euthanasie, sondern *nicht-freiwillige* passive Euthanasie gemeint. Der Begriff *Euthanasie* legt nahe, dass es sich um ärztliche Behandlungsmaßnahmen zur Herbeiführung eines *guten Todes* für Patienten am Lebensende handelt. Es ist daher gar nicht zu verstehen, warum Tötung eines Menschen, der weiterleben möchte, als guter Tod benannt werden kann. Vielmehr gilt unfreiwillige Euthanasie, gleichgültig ob aktiv oder passiv, als *Mord*.

illegal geleisteter aktiver Euthanasie in den Niederlanden, die seit geraumer Zeit für ihre freizügige Euthanasiegesetzgebung bekannt sind. So bleibt zu konstatieren, dass der Euthanasiemissbrauch in Staaten strenger Reglementierungen denjenigen in Staaten liberalerer Gesetzgebungen bei weitem übertrifft. Dieser Tatbestand sollte den Verfechtern einer restriktiven Euthanasiepraxis zu denken geben, dass Patienten im Rahmen solch enger Freiräume nicht vor unrechtmäßiger Sterbehilfe gefeit sind. Edgar Dahl führt uns mit diesen „überraschenden“ Informationen zu der Einsicht, dass eine liberale Gesetzgebung offensichtlich den höchsten Grad der Selbstbestimmung des Patienten garantiert.

## LITERATURVERZEICHNIS

### A

- Ach, J. S./Gaidt, A.: Herausforderung der Bioethik. Stuttgart-Bad Cannstatt (1993).
- /Gaidt, A.: Am Rande des Abgrunds? Anmerkungen zu einem Argument gegen die moderne Euthanasie-Debatte. In: Ethik in der Medizin 6 (1994), S. 172-188.
- , Grenzen des Lebens – Grenzen der Medizin. Ist moralisch erlaubt, was medizinisch machbar ist? Münster (1997).
- /Gaidt, A.: Wehret den Anfängen? Anmerkungen zum Argument der »schiefen Ebene« in der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte. In: Frewer, A./Eickhoff, C. (Hrsg.), Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am M. (2000), S. 424-447.
- /Runtenberg, C.: Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik. Frankfurt am M. (2002).
- Admiraal, P. von: 20 Jahre Erfahrung mit der Euthanasie in den Niederlanden. Berliner medizinethische Schriften 2 (1996).
- Ahrens, S.: Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis. In: Siegrist, J./Hendel-Kramer, A. (Hrsg.), Weg zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung. München (1979), S. 83-112.
- Anschütz, F.: Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche. Darmstadt (1998).
- Anscombe, G. E. M.: Absicht. Freiburg (1986), Titel der englischen Originalausgabe: Intention. Oxford (1957).
- Anselm, R.: Jenseits von Laienmedizin und hippokratischem Paternalismus. Theologisch-ethische Überlegungen zum Problem der Selbstbestimmung in der Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 91-107.
- Apel, K.-O.: Neue Versuche über Erklären und Verstehen. Frankfurt am M. (1978)
- Arnold, W.: Tradition und Kritik. Festschrift für Rudolf Zocher zum 80. Geburtstag. Stuttgart (1967).
- Arntz, K.: Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moraltheologie. Münster (1996).
- Assheuer, T./Jessen, J.: Auf schiefer Ebene. Ein Gespräch mit Jürgen Habermas

über Gefahren der Gentechnik und neue Menschenbilder. In: Die Zeit 05/2002.

Atrott, H. H.: Sterbehilfe in der Gegenwart. Regensburg (1990).

Aulbert, E./Albrecht, G.: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart (1997).

---/Gordijn, B.: Palliativmedizin – die Alternative zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland ; mit 11 Tabellen. Stuttgart (1998).

---/Aurnhammer, K.: Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität. Stuttgart (2000).

Autiero, A./Goertz, S./Striet, M.: Endliche Autonomie. Interdisziplinäre Perspektiven auf ein theologisch-ethisches Programm. Münster (2004).

## **B**

Bacon, F.: Über die Würde und den Fortgang der Wissenschaften. Darmstadt (1966). Englischer Originaltitel: Advancement of learning (1783).

Barz, W.: Das Problem der Intentionalität. Paderborn (2004).

Battin, M. P.: The Least Worst Death, Essays in Bioethics on the End of Life. New York (1994).

Bayertz, K.: GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung. Reinbek (1987).

---, Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik. Reinbek (1991a).

---, Drei Typen ethischer Argumentation. In: Sass, H.-N. (Hrsg.), Genomanalyse und Gentherapie. Ethische Herausforderungen in der Humanmedizin. Berlin (1991b), S. 291-316.

---, Wissenschaft als moralisches Problem. Die ethische Besonderheit der Biowissenschaften. In: Lenk, H. (Hrsg.), Wissenschaft und Ethik. Stuttgart (1991c), S. 286-305.

---, Autonomie und Biologie. In: Evolution und Ethik. Biologische Grundlagen der Moral? Stuttgart (1993). S. 327-359.

---, Verantwortung - Prinzip oder Problem? Darmstadt (1995).

---, Utopien der Menschengzucht und Dystopien der Degeneration – die Genese der wissenschaftlichen Steuerung menschlicher Fortpflanzung. In: Weingart, P./Kroll, J./Bayertz, K. (Hrsg.), Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am M. (1996), S. 27-137.

- , Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall. Frankfurt am M. (1998).
- , Dissens in Fragen von Leben und Tod: Können wir damit leben? In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Bd. 99 (1999a), S. 39-46.
- , Art. Menschenwürde/ Art. Verantwortung. In: Sandkühler, H. J. (Hrsg.), Enzyklopädie Philosophie. Hamburg (1999b), S. 824-826/S. 1683-1686.
- , Warum moralisch sein? Paderborn (2002a).
- /Frewer, A.: Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens. Dokumente zur Medizinethik am Lebensende. Erlangen (2002b).
- , Warum überhaupt moralisch sein? München (2004).
- Beauchamp, T. L.: Art. Paternalism. In: Reich, W. T. (Hrsg.), Encyclopedia of Bioethics. Bd. 3. New York (1978), S. 1194-1201.
- /Faden, R.: A History and Theory of Informed Consent. Oxford (1986).
- /Childress, J.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford (1989).
- , Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. (1999), S. 265-286.
- Beckmann, J. P.: Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 44 (1998), S. 143-156.
- Benzendörfer, U.: Herausforderung Ethik in der Medizin: Beiträge aus der Medizinischen Hochschule Hannover. Frankfurt am M. (1994), S. 9-26.
- , Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München (1999).
- Betzler, M./Guckes, B.: Harry G. Frankfurt. Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Berlin (2001).
- Bieri, P.: Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. Frankfurt am M. (2005).
- Bierich, J. R.: Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Tübingen (1992).
- Binding, K.: Rechtliche Ausführung. In: Binding, K./Hoche, A. (Hrsg.), Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig (1920), S. 3-41.



- Birnbacher, D.: Das Tötungsverbot aus der Sicht des klassischen Utilitarismus. In: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am M. (1992a), S. 25-50.
- , Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe. In: Hepp, H. (Hrsg.), Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben! Düsseldorf (1992b), S. 50- 73.
- , Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Ach, J. S./Gaidt, A. (Hrsg.), Herausforderung der Bioethik. Stuttgart-Bad Cannstatt (1993), S. 45-67.
- , Tun und Unterlassen. Stuttgart (1995)
- , Patientenautonomie und ärztliche Ethik am Beispiel der prädiktiven Diagnostik. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2 (1997), S. 105-119.
- /Hoerster, N.: Texte zur Ethik. München (2003a)
- , Analytische Einführung in die Ethik. Berlin (2003b)
- , Bioethik zwischen Natur und Interesse. Frankfurt am M. (2006).
- Bobbert, M.: Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung. In: Düwell, K./Steigleder, M. (Hrsg.), Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt am M. (2003), S. 314-322.
- Böckle, F.: Schmerz und Leid, anthropologisch. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 40 (1994), S. 55-57.
- Bonelli, J.: Leben - Sterben - Euthanasie? Wien (2000)
- Bormann, F.-J.: Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion. In: ThPh 76 (2001), S. 63-99.
- , Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 29-38.
- Bormuth, M.: Medizin im Nationalsozialismus. *Einführung*. In: Wiesing, U. (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart (2004), S. 43-51.
- Borttscheller, G.: Die Bedeutung des Patientenwillens im Bereich der Sterbehilfe. Bonn (2002).
- Brandtstädter, J.: Entwicklung, Intentionalität, Handeln. Stuttgart (2001).
- Brock, D. W.: Voluntary Active Euthanasia. In: HCR 22 (2/1992), S. 10-22.
- , Life and Death. Philosophical Essays in Biomedical Ethics. Cambridge (1993).

Brown, B. F.: On Killing and Letting Die. In: PACPA 53 (1979).

Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztliche Sterbegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 76 (1998), S. A 2366-2367.

---, Empfehlung zur Patientenaufklärung. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), S. B 940-942.

## **C**

Callahan, D.: Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben. München (1998), S. 236. Titel der englischen Originalausgabe: *The Troubled Dream of Life, Living with Morality*. New York (1993).

Childress, J. F.: Prioritäten in der Gesundheitsfürsorge. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), *Medizin und Ethik*. (1999), S. 311-327.

## **D**

Darwin, C.: Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl. Stuttgart (1967), S. 676. Titel der englischen Originalausgabe: *On the Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservation of Favored Races in the Struggle for Life*. London (1859).

Daub, U.: Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Freiburg (1994).

Davidson, D.: Handlung und Ereignis. Frankfurt am M. (1985). Titel der englischen Originalausgabe: *Essays on Actions and Events*. Oxford (1980).

Die Zeit: Hättest du mich abgetrieben? In: *Die Zeit* 07/2001.

Diehl, V./Thomas, H.: *Menschlichkeit der Medizin*. Herford (1993).

Dietrich, S.: Die Würde des Menschen ist antastbar. In: *FAZ*, 27. Okt. (2001).

Doenicke, A./Aulbert, E.: *Schmerz – eine interdisziplinäre Herausforderung*. Berlin (1986).

Düffel, J. von: *Intentionalität als Absichtlichkeit. Erkenntnistheoretische Untersuchungen im Rahmen eines einheitlichen Grundverständnisses von Subjektivität*. Stuttgart (1991).

Durak, E./Renesse, M. von: Euthanasie-Gesetz in den Niederlanden. In: *Die Zeit*, 11. April (2001).

Düwell, K./Steigleder, M.: *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt am M. (2003).

## **E**

Eckart, W.: *Geschichte der Medizin*. Berlin/Heidelberg (1990).

- Ehlers, A. P. F.: Die ärztliche Aufklärung vor medizinischen Eingriffen. Bestandsaufnahme und Kritik. München (1986).
- Eibach, U.: Recht auf Leben - Recht auf Sterben. anthropologische Grundlegung einer medizinischen Ethik. Wuppertal (1974).
- , Der leidende Mensch vor Gott. Krankheit und Behinderung als Herausforderung unseres Bildes von Gott und dem Menschen. Theologie in Seelsorge. Beratung und Diakonie/2 (1991).
- , Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S. 215-231.
- /Schaefer, K.: Aus der Forschung. Autonomie von Patienten und Patientenwünsche bei Dialysepatienten. Ergebnisse einer Patientenbefragung und Kommentar aus ethischer Sicht. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S. 261-272.
- , Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben. Wuppertal (1998).
- , Menschenwürde, Autonomie und die biomedizinische Manipulation und Planung des Lebens. Wetzlar (2001).
- Eid, V.: Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mainz (1985).
- Eigler, J.: Medizintechnischer Fortschritt und ärztliches Ethos. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2 (1997), S. 157-168.
- Eisenbart, B.: Patienten-Testament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Alternativen zur Verwirklichung der Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes. Göttingen (1998).
- Eisler, R.: Kant-Lexikon. Nachschlagewerk zu Kants sämtlichen Schriften, Briefen und handschriftlichen Nachlass. Hildesheim (2002).
- Engel, H. J.: Ärztliche Aufklärung aus der Sicht von Gesunden. Untersuchungen zum Informationsstand, -interesse und -bedürfnis über medizinische Fragen bei Lehrern und Angehörigen von Industriebetrieben. Münster (1977).
- Engelhardt, D. von: Art. Gesundheit. In: Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung. Freiburg (1989), S. 408-424.
- , Euthanasie in historischer Perspektive. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993), S. 15-25.
- , Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der Disziplinen zwischen

Forschung und Therapie. Basel (1997).

---, Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung. München (1999).

Engelhardt jr., H. T.: Death by Free Choice. In: Brody (Hrsg.), Suicide and Euthanasia. Historical and Contemporary. Philosophy and Medicine, Bd. 35, Boston (1989), S. 264-265.

---, The Foundations of Bioethics. Oxford (1996).

---, Die Prinzipien der Bioethik. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. (1999), S. 96-117.

Engelhart, K: Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart (1978).

Erhardt, H. E.: Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit. In: Baltzer, J. (Hrsg.), Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Patienten. Sozialpolitik und Recht, Bd. 12. Köln (1986), S. 41-57.

Eser, A.: Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation. Freiburg (1991).

## **F**

Ferreira, N.: Revisiting euthanasia. A comparative analysis of a right to die in dignity. Bremen (2005).

Feuerstein, E./Kuhlmann, E.: Neopaternalismus und Patientenautonomie: Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Dies. (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern (1999), S. 9-15.

Fischer, J.: Aktive und passive Sterbehilfe. In: Zeitschrift für evangelische Ethik 40 (1996), S. 110-127.

Fletcher, J.: Leben ohne Moral? Gütersloh (1969), Title der englischen Originalausgabe: Moral Responsibility. Situation Ethics at Work. Philadelphia (1969).

---, The "Right" to Live an the "Right" to Die. In: Kohl, M. (Hrsg.), Benificent Euthanasia. Buffalo (1975), S. 44-53.

---, Moral and Medicine. The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artifical Insemination, Sterilization, Euthanasia. Princeton (1979).

Foot, P.: Euthanasia. In: Philosophy and Public Affairs 6 (1997), S. 85- 95.

Frey, R. G.: The Fear of a Slippery Slope. In: Dworkin, G./Frey, R. G./Bok, S. (Hrsg.), Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, Cambridge University

Press (1998), S. 43-63.

Fuchs, T.: Was heißt „töten“? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. In: Ethik in der Medizin 9 (1997), S. 78-90.

Füllmich, R.: Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Über das Recht des nicht entscheidungsfähigen Patienten, künstlich lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen. Frankfurt am M. (1990).

## **G**

Gahl, K.: Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Kahlke, W./Reiter-Theil, S. (Hrsg.), Ethik in der Medizin. Stuttgart (1995), S. 23-33.

Geilen, G.: Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht. Bielefeld (1963).

Gerhardt, V.: Was ist, wer wird ein Mensch? Frisst die biotechnische Revolution ihre Kinder? In: Der Tagesspiegel, 01. Juni (2001).

Gerkan, R.: Euthanasie. In: Das monistische Jahrhundert 2 (17. Mai 1913), S. 169-174.

Gethmann, C. F./Scherer, G.: Person und Sinnerfahrung. Philosophische Grundlagen und interdisziplinäre Perspektiven. Darmstadt (1993).

Geyer-Kordesch, J.: Leiden, Sterben und Tod. Münster (1986).

Giese, C.: Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des "Informed Consent" in der Diskussion. Münster (2002).

---, Eingebettet in Krankenakten. Würde und Autonomie des Patienten. In: Autiero, A./Goertz, S./Striet, M. (Hrsg.), Endliche Autonomie. Interdisziplinäre Perspektiven auf ein theologisch-ethisches Programm. Münster (2004), S. 305-324.

Gilligan, C.: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München (1996). Titel der englischen Originalausgabe: In a different voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge (1982).

Gordijn, B.: Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Berliner Medizinethische Schriften. Heft 14/15 (1997a), S. 67-74.

---, Euthanasie in den Niederlanden - eine kritische Betrachtung. Berliner Medizinischen Schriften 19 (1997b), S. 14-17.

---, Euthanasie: strafbar und doch zugestanden? Die niederländische Duldungspolitik in Sachen Euthanasie. Ethik in der Medizin 10 (1998), S. 12-25.

---, Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden. Stuttgart (2000).

---, Freiwillige aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 126 (2001), S. 1307-1308.

Göckenjan, G.: Kurieren und Staat machen Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt am M. (1985).

Graw, M.: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Anforderungen an den Arzt, geprägt durch die Rechtsprechung. In: Die medizinische Welt 46 (1995), S. 165-171.

Gräfrath, B.: John Stuart Mill: Über die Freiheit. Paderborn (1992).

Griffiths, J./Bood, A./Weyers, H.: Euthanasia and Law in the Netherlands. Amsterdam (1998).

Grundmann, A.: Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Aachen (2004).

Gründel, J.: Ethos des Arztes und Ethik ärztlichen Handelns aus moraltheologischer Sicht. In: Zander, J. (Hrsg.), Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf (1976), S. 105-131.

Guckes, B.: Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion. Stuttgart/Jena/Lübeck/Ulm (1997).

## **H**

Habermas, J.: Die Herausforderung der ökologischen Ethik. Grundtexte der gegenwärtigen tier- und ökoethischen Diskussion. Frankfurt am M. (1997).

---, Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt am M. (2001).

Harrer, F.: Ärztliche Verantwortung und Aufklärung. Wien (1999)

Harris, J.: Der Wert des Lebens. Einführung in die medizinische Ethik. Berlin (1995).

Hartmann, F.: Die Verantwortung des Arztes und die Verantwortung des Kranken. In: Benzendörfer, U. (Hrsg.), Herausforderung Ethik in der Medizin: Beiträge aus der Medizinischen Hochschule Hannover. Frankfurt am M. (1994), S. 9-26.

Hegselmann, R.: Moralische Aufklärung, moralische Integrität und die schiefe Bahn. In: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am M. (1992), S. 197-226.

- Heidinger, A.: Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung. In: Harrer, F./Graf, A.-H. (Hrsg.), *Ärztliche Verantwortung und Aufklärung*. Wien (1999).
- Heinrich, D.: *Ausweg Euthanasie? "Den Tod fürchte ich nicht - aber das Sterben"*; zur Euthanasiediskussion in Deutschland und Holland; Hintergrund, Problemstand, Perspektiven. Münster (1999).
- Hellwald, F. von: Die Geschichtsphilosophie und die Naturwissenschaften. In: *Das Ausland* 46 (1873), S. 168-173.
- Helmchen, H.: Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: Kisker, K.P./Lauter, H./Meyer, J.-E./Müller, C./Strömgen, E. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 2. Berlin (1986), S. 310-354.
- /Kanowski, S./Koch, H.-G.: Forschung mit dementen Kranken: Forschungsbedarf und Einwilligungproblematik. In: *Ethik in der Medizin* (1989), S. 83-98.
- Herbst, M.: *Der Mensch und sein Tod. Grundsätze der ärztlichen Sterbegleitung*. Frankfurt am M. (2001).
- Hoche, A.: *Ärztliche Bemerkungen*. In: Binding, K./Hoche, A. (Hrsg.), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig (1920), S. 43-62
- Hoerster, N.: Zur Bedeutung des Prinzips der Menschenwürde. In: *Juristische Schulung* 82,2 (1983), S. 93-96.
- , *Plädoyer für Sterbehilfe im Patienteninteresse*. In: *Universitas* 46 (1991), S. 237-245.
- , *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt am M. (1998).
- , *Tötungsverbot und Sterbehilfe*. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), *Medizin und Ethik*. (1999), S. 287-296.
- , *Ethik und Interesse*. Stuttgart (2003).
- Holderegger, A.: *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*. Freiburg (2000).
- Holzem, C.: *Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext*. Münster (1999).
- Honecker, M.: Christus Medicus. In: *Kerygma und Dogma* 4 (1985), S. 307-323.

Höffe, O.: Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte. Tübingen (1992).

---/Bittner, R.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Ein kooperativer Kommentar. Frankfurt am M. (1993).

---, Wessen Menschenwürde? Der Streit um das therapeutische Klonen: Das Programm für die Entwicklung des Menschen ist von Anfang an gegeben. In: Die Zeit 06/2001.

---, Medizin ohne Ethik? Frankfurt am M. (2002a).

---, Lexikon der Ethik. München (2002b).

---, Immanuel Kant. München (2004).

Hospers, J.: Human Conduct. Problems of Ethics. New York (1972).

Höver, G.: Leiden. 27. Internationaler Fachkongress für Moraltheologie und Sozialethik. Münster (2007).

Hucklenbroich, P.: Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven. Münster (2001).

Husebù, S./Klaschik, E./Clemens, K. E.: Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik ; mit vielen Beispielen aus der Praxis. Berlin (2003).

Hume, D.: Eine Untersuchung über den menschlichen Verstand. Hamburg (1984). Englischer Originaltitel: An Enquiry Concerning Human Understanding (1748).

---, Dialoge über natürliche Religion. Über Selbstmord und Unsterblichkeit der Seele. Stuttgart (1994). Englischer Originaltitel: Dialogues concerning natural religion (1779).

Humphry, D.: The Case for Rational Suicide. In: The Euthanasia Review 1 (1986), S. 172-175.

Huxley, A.: Schöne neue Welt. Ein Roman der Zukunft. Frankfurt am M. (2001). Titel der englischen Originalausgabe: Brave New World. Garden City, NY (1932).

## **I**

Irrgang, B.: Grundriß der medizinischen Ethik, München/Basel/Reinhardt (1995).

## **J**

Jansens, R./Gordijn, B.: Palliativmedizin in den Niederlanden. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 123 (1998), S. 432-435.



Jaspers, K.: Philosophie. Bd.1-3. Berlin.

Jonas, H.: Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt am M. (1984).

---, Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt am M. (1987).

---, Humanexperimente. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. (1999), S. 232-253.

Jost, A.: Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen (1895).

## **K**

Kahl, J.: Das Recht auf Leben. Von Anfang bis Ende Person. In: Rheinischer Merkur 19 (2001).

Kant, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Berlin (1968).

---, Eine Vorlesung über Ethik. Frankfurt am M. (1990)

Kennedy, L.: Sterbehilfe. Ein Plädoyer. München (1991).

Kern, B.-R./Laufs, A.: Die ärztliche Aufklärungspflicht. Berlin/Heidelberg/ New York (1983).

Kessler, H.: Gesinnungsterror. Der Rechtsphilosoph Norbert Hoerster wird wegen seiner Thesen zur Sterbehilfe am Reden gehindert. In: Die Zeit 03/1999.

Kipke, R.: Mensch und Person. Der Begriff der Person in der Bioethik und die Frage nach dem Lebensrecht aller Menschen. Berlin (2001).

Knauer, P.: Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik. Frankfurt am M. (2002).

Knevels, W./Böckle, F./Schmalenberg, E.: Euthanasie – Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben. Hamburg (1975).

Koffler, J.: Mit-Leid. Geschichte und Problematik eines ethischen Grundwortes. Würzburg (2001).

Kohl, M.: Beneficent Euthanasia. Buffalo (1975).

Korff, W.: Lexikon der Bioethik. Bd. 1-3. Gütersloh (1998).

Körtner, U. H. J.: Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik. München (1996).

---, Therapieverzicht am Lebensende? Ethische Fragen des medizinisch assistierten Sterbens. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 15-38.

Kuhlmann, A.: Wider die Verdinglichung des Menschen. Jürgen Habermas warnt vor dem Verlust der Freiheit durch die Eingriffe der Biomedizin. In: Die Zeit 39/2001.

Kuhlmann, E.: Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Ethik in der Medizin (1999), S. 146-161.

Kuhse, H.: Menschliches Leben und seine Würde. Fragen des Lebens und des Sterbens. Medizinethische Materialien 41 (1990).

---, Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind. In: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am M. (1992), S. 51-70.

---/Singer, P.: Muss dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener. Erlangen (1993). Titel der englischen Originalausgabe: Should the baby live? The problem of handicapped infants. Oxford (1985).

---, Die Heiligkeit des Lebens in der Medizin. Eine philosophische Kritik. Erlangen (1994), S. 98. Titel der englischen Originalausgabe: The Sanctity-of-Life-Doctrine in Medicine - A Critique. Oxford (1987).

Kuitert, H. M.: Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben. Gütersloh (1991).

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart (1972).

---, Erfülltes Leben – würdiges Sterben. Gütersloh (2004).

Kundera, M.: Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins. Frankfurt am M. (2002). Titel der französische Ausgabe: L'insoutenable légèreté de l'être. Paris (1984).

Kütemeyer, M.: Köperschmerz – Angst – Seelenschmerz als ärztliches Problem. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 40 (1994), S. 3-13.

## **L**

Lain Entralgo, P.: Arzt und Patient. Zwischenmenschliche Beziehung in der Geschichte in der Medizin. München (1969).

Lang, E.: Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin 8 (1996).

Lanzerath, D.: Art. Krankheit. In: Korff, von W./Beck, L./Mikat, P. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik. Gütersloh (1998), S. 478-485.

---, Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg/München (2000).

Lauter, H.: Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. In: Ethik in der Medizin (1996), S. 68-78.

Leibold, G.: Schmerzen lindern. Ursachen durch Ganzheitstherapie heilen. Wiesbaden (1994).

Leicht, R.: Der Tod in Weiß. Erlösung durch die Spritze? Ärzte müssen beim Sterben helfen. Das Leben aber dürfen sie nicht beenden. In: Die Zeit 17/2001.

Leist, A.: Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am M. (1990).

---, Das Dilemma der aktiven Euthanasie. Gefahren und Ambivalenzen des Versuchs, aus Töten eine soziale Praxis zu machen. Berliner medizin-ethische Schriften 5 (1996).

Lempp, R.: Der Arzt, das therapeutische Team und der Patient im modernen Krankenhaus. Hat der Mensch noch eine Chance? In: Bierich, J.R. (Hrsg.), Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Tübingen (1992), S. 34-48.

Lohner, A.: Personalität und Menschenwürde. Eine theologische Auseinandersetzung mit den Thesen der "neuen Bioethiker". Regensburg (2000).

Lorber, J.: Early Results of Selective Treatment of Spina Bifida Cystica. In: British Medical Journal 27 (1973), S. 201-204.

Ludwig, R.: Kant für Anfänger. Der kategorische Imperativ. Eine Lese-Einführung. München (2002).

Lutterotti, M. von: Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht und passive Sterbehilfe. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993), S. 3-14.

---, Der Arzt, das Tötungsverbot und die Kontroverse zwischen deontologischer und konsequentialistischer Ethik. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 40 (1994), S. 119-131.

## **M**

MacIntyre, A. C.: Der Verlust der Tugend. Zur moralischen Krise der Gegenwart. Frankfurt am M. (1995). Titel der englischen Originalausgabe: After Virtue. A Study in Moral Theory. London (1981).

- Mackie, J. L.: Ethik. Die Erfindung des moralisch Richtigen und Falschen. Stuttgart (1983). Titel der englischen Originalausgabe: Ethics. Inventing Right and Wrong. London (1977).
- Marek, J. C: Intentionalität und Kausalität. Probleme Intentionalist. Handlungstheorien. Graz (1979).
- Markl, H.: Freiheit, Verantwortung, Menschenwürde: Warum Lebenswissenschaften mehr als Biologie. In: Die Zeit, 25. Juni (2001).
- Matouschek, E.: Gewandelte Auffassungen über Sterben und Tod. Heidelberg (1991).
- May, A. T.: Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Münster (2002).
- Merks, K.-W.: Sittliche Autonomie. Wissenssoziologische Studie zu Genese und Bedeutsamkeit eines Begriffs. In: Autiero, A./Goertz, S./Striet, M. (Hrsg.), Endliche Autonomie. Interdisziplinäre Perspektiven auf ein theologisch-ethisches Programm. Münster (2004), S. 11-48.
- Mill, J.S.: Über die Freiheit. Stuttgart (1974). Englischer Originaltitel: On liberty (1859).
- Moor, P.: Freiheit zum Tode. Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben. Euthanasie und Ethik. Reinbek (1973).
- Morus, Th.: Utopia. In: Grassi, v. E. (Hrsg.), Philosophie des Humanismus und der Renaissance. Reinbek (1960). Englischer Originaltitel: Utopia (1518).
- Müller, A. W.: Tötung auf Verlangen - Wohltat oder Untat? Stuttgart (1997).
- Müri, W.: Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen. Darmstadt (1986).
- N**
- Nager, F.: Gesundheit, Krankheit, Heilung, Tod. Betrachtungen eines Arztes. Luzern (1998).
- Nationaler Ethikrat: Biobanken für die Forschung. Stellungnahme. Berlin (2004).
- Neumann, G.: Patientenautonomie und humanes Sterben. Berliner medizinethische Schriften 14/15 (1997).
- Nida-Rümelin, J.: Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart (1996).

---, Über menschliche Freiheit. Stuttgart (2005).

Nisters, T.: Kants kategorischer Imperativ als Leitfaden humaner Praxis. Freiburg (1989).

Nogradi-Häcker, A.: Die Personwerdung des Menschen. Zur Ethik Peter Singers. Münster (1994).

## **P**

Parsons, T.: Encyclopedia of bioethics, Band 4. New York (1951), S. 2076-2084.

Paton, H. J.: Der kategorische Imperativ. Eine Untersuchung über Kants Moralphilosophie. Berlin (1962). Titel der englischen Originalausgabe: The categorical imperative. A study in Kant's moral philosophy. London (1953).

Payk, T. R.: Töten aus Mitleid? Über das Recht und die Pflicht zu sterben. Leipzig (2004).

Pellegrino, E. D.: Die medizinische Ethik in den USA – Die Situation heute und die Aussichten für morgen. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen mit besonderer Berücksichtigung der Problemstellungen in der BRD. Berlin/Heidelberg/New York (1988), S. 1-20.

Peschke, K. H.: Tragfähigkeit und Grenzen des Prinzips der Doppelwirkung. In: Studia Moralia 26 (1988), S. 101-117.

Picker, E.: Menschenwürde und Menschenleben. Das Auseinanderdriften zweier fundamentaler Werte als Ausdruck der wachsenden Relativierung des Menschen. Stuttgart (2002).

Pieper, A.: Autonomie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993), S. 95-98.

---/Thurnherr, U.: Angewandte Ethik. Eine Einführung. München (1998).

Ploetz, A.: Die Begriffe Rasse und Gesellschaft und die hiervon abgeleiteten Disziplinen. In: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1 (1904), S. 2-26.

Potthoff, T.: Euthanasie in der Antike. Münster (1982).

Pschyrembel, W.: klinisches Wörterbuch. Mit klinischen Syndromen und nomina anatomica. Berlin (1990).

## **Q**

Quante, M.: Natur, Natürlichkeit und der naturalistische Fehlschluss. Zur begrenzten Brauchbarkeit eines klassischen philosophischen Arguments in der biomedizinischen Ethik. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 40 (1994),

S. 289-305.

---, Theorie des Handelns. In: Gniffke, F./Herold, N. (Hrsg.), Philosophie. Problemfelder und Disziplinen, Münster (1996), S. 1-18.

---, Passiv, indirekte und aktive Sterbehilfe – deskriptive und ethisch tragfähige Unterscheidungen? In: Ethik in der Medizin 4 (1998), S. 206-226.

---, Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Frankfurt am M. (2002).

---, Einführung in die Allgemeine Ethik. Darmstadt (2003a).

---/Vieth, A.: Welche Prinzipien braucht die Medizinethik? Zum Ansatz von Beauchamp und Childress. In: Düwell, K./Steigleder, M. (Hrsg.), Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt am M. (2003b), 136-151.

## **R**

Rachels, J.: Aktive und Passive Sterbehilfe. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. (1999), S. 254-264.

Radbruch, L./Zech, D.: Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin. In: Aulbert, E./Klaschik, E./Pichlmaier, H. (Hrsg.), Palliativmedizin – Die Alternativ zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland (Beiträge zur Palliativmedizin, Bd. 2.). Stuttgart /New York (1998). S. 53-64.

Rager, G.: Medizin als Wissenschaft und ärztliches Handeln. In: Honnefelder, L./Rager, G. (Hrsg.), Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlage einer medizinischen Ethik. Frankfurt am M./Leipzig (1994), S. 15-52.

---, Beginn, Personalität und Würde des Menschen. Freiburg/München (1998).

Ramsey, P.: The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics. New Haven/ London (1973).

Rau, J.: Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß. Berliner Rede, 18. Mai 2001 in der Staatsbibliothek Berlin.

Rechenbach, B. C.: Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung. In: Leist, A. (Hrsg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am M. (1990), S. 318-348.

Rethmann, A.-P./Rottbeck, R. M.: Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 55-71.

Reuter, B.: Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande - ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland? Frankfurt am M. (2001).

Ricken, F.: Allgemeine Ethik. Stuttgart (1998).

Römelt, J.: Autonomie und Sterben. Reicht eine Ethik der Selbstbestimmung zur Humanisierung des Todes? In: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 3-14.

Rössler, D.: Zwischen Krankheit und Gesundheit. Über die Beziehungen zwischen Arzt und Patient. In: Bierich, J. R. (Hrsg.), Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Tübingen (1992), S. 11-22.

---, Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – ethische Aspekte. In: Ethik in der Medizin (1996), S. 59-67.

Ruch, M.: Der Tod in der Grauzone. Die Sterbehilfe ist im deutschen Recht nicht vorgesehen. In: Die Zeit 17/2001.

## S

Sass, H.-M.: Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten. Medizinethische Materialien 78 (1992).

---, Medizin und Ethik. Stuttgart (1999).

Schaefer, H.: Medizinische Ethik. Heidelberg (1983).

Schermelleh-Engel, K.: Kompetenz und Schmerzbewältigung. Zur kognitiv-emotionalen Verarbeitung chronischer Schmerzen. Göttingen (1996).

Schmuhl, H.-W.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung ›lebensunwerten Lebens‹ 1890-1945. Göttingen (1992).

Schnoor, C.: Kants kategorischer Imperativ als Kriterium der Richtigkeit des Handelns. Tübingen (1989).

Schockenhoff, E.: Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“. Regensburg (1991).

Scholten, H.-J.: Niederlande. In: Eser, A. (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation. Freiburg (1991), S. 453-500.

Schöne-Seifert, B.: Verzicht auf Lebensunterhalt: offene Fragen. In: Ethik in der Medizin 1 (1989), S. 143-161.

---, Medizinethik. In: Nida-Rümelin, J. (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart (1996), S. 552-648.

---, Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (1997), S. 205-226.

- , Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger, A. (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (1999), S. 98-116.
- Schönecker, D./Wood, A. W.: Kants „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“. Ein einführender Kommentar. Paderborn (2004).
- Schoor, M.: Lebensschutz an der Schwelle des Todes. Eine verfassungsrechtliche Abhandlung zur aktiven (direkten) Sterbehilfe und zur Problematik des einverständlichen bzw. einseitigen Behandlungsabbruchs. Konstanz (2002).
- Schroeder-Kurth, T. M.: Das "Slippery-Slope"-Argument in der Medizin und Medizinethik. Medizinethische Materialien 95 (1994).
- , Selbstbestimmung und Manipulation. Zu einem menschenwürdigen Umgang mit den Möglichkeiten der Medizinischen Genetik. Berliner medizinethische Schriften 11 (1996).
- Schulze, U./Niewohner, S.: Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge. Münster (2004).
- Searle, J. R.: Intentionalität. eine Abhandlung zur Philosophie des Geistes. Frankfurt am M. (1987). Titel der englischen Originalausgabe: Intentionality. An essay in the philosophy of mind. Cambridge (1983).
- Seidler, E.: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart (1996).
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. München (1995).
- Siep, L./Quante, M.: Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen? In: Holderegger, A. (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht. Freiburg (1999), S. 37-55.
- , Konkrete Ethik. Grundlagen der Natur- und Kulturethik. Frankfurt am M. (2004).
- Simon, A.: Sterbehilfe. In: Düwell, K./Steigleder, M. (Hrsg.), Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt am M. (2003a), S. 306-313.
- , Compliance oder die Verantwortung des Patienten im Prozess der medizinischen Dienstleistung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003b), 21-28.
- Singer, P.: Bioethik und akademische Freiheit. In: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am M. (1992), S. 312-326.



- , Je mehr wir für andere leben, desto zufriedener leben wir. In: Deschner, K. (Hrsg.), *Woran ich glaube*. Gütersloh (1993).
- , *Praktische Ethik*. Stuttgart (1994). Titel der englischen Originalausgabe: *Practical Ethics*. Cambridge (1979). – Second Edition (1993).
- , *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*. Erlangen (1998), S. 146. Titel der englischen Originalausgabe: *Rethinking Life & Death*. Melbourne (1984).
- , *Schwangerschaftsabbruch und ethische Güterabwägung*. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), *Medizin und Ethik*. (1999), S. 139-159.
- , *Nicht alles Leben ist heilig*. In: SPIGEL, 25. Nov. (2001).
- Spaemann, R.: *Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung*. In: Stössel, J.-P. (Hrsg.), *Tüchtig oder tot*. Freiburg (1991), S. 133-147.
- , „Die Euthanasie: Wir dürfen das Tabu nicht aufgeben“ In: *Die Zeit*, 12. Juni (1992).
- , *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen "etwas" und "jemand"*. Stuttgart (1998).
- Spiewak, M.: *Das lange Sterben des Walter K.. Wie der Wunsch nach einem würdigen Lebensende im Räderwerk von Krankenhaus, Pflegeheim und Gerichten untergeht*. In: *Die Zeit* 17/2001.
- Splett, J.: *Recht auf den Tod?* In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 42 (1996), S. 57-61.
- Steckmann, U.: *Patientenautonomie und Paternalismus in der Medizin*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7 (2002), S. 73-100.
- Stoeckle, B.: *Hilfen für physisch und psychisch Kranke*. In: Gründel, J. (Hrsg.), *Leben aus christlicher Verantwortung. Ein Grundkurs der Moral* 3. Düsseldorf (1992), S.134-151.
- Stosberg, M.: *Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses*. In: Lang, E./Arnold, K. (Hrsg.), *Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel*. Stuttgart (1996), S. 66-75.
- Ströker, E.: *Ich und die anderen. Die Frage der Mitverantwortung*. Frankfurt am M. (1984).
- Sturma, D.: *Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität*. Paderborn (1997).
- , *Person. Philosophiegeschichte, theoretische Philosophie, praktische*

Philosophie. Paderborn (2001).

## T

Ten Have, H. A. M. J./Welie, J. V. M.: Euthanasie – eine gängige medizinische Praxis? Zur Situation in den Niederlanden. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993), S. 63-72.

Thiele, F.: Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. München (2005).

Tille, A.: Von Darwin bis Nietzsche. Ein Buch Entwicklungsethik. Leipzig (1895), S. 153.

Tooley, M.: Abtreibung und Kindstötung. In: Leist, A. (Hrsg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am M. (1990), S. 157-195.

## V

Valverde, C.: Der Mensch als Person. Philosophische Anthropologie. Paderborn (1999).

Van der Wal, G./Van der Maas, P. J.: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, De praktijk en de meldingsprocedure.

Van den Berg, J. H.: Medische macht en medische etiek. Nierkerk (1969), S. 53. Zitiert nach Gordijn, B.: Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung. In: Berliner Medizinische Schriften, Heft 19 (1997).

Van den Beld, A.: Töten oder Sterbenlassen – gibt es einen Unterschied? In: Zeitschrift für evangelische Ethik 35 (1991), S. 60-71.

Viefhues, H.: Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik. (1999), S. 17-39.

Vogel, P.: Kausalität und Freiheit in der Pädagogik. Studien im Anschluß an die Freiheitsantinomie bei Kant. Frankfurt am M. (1990).

Voll, D.: Die Einwilligung im Arztrecht. Eine Untersuchung zu den straf-, zivil- und verfassungsrechtlichen Grundlagen, insbesondere bei Sterilisation und Transplantation unter Berücksichtigung des Betreuungsgesetzes. Recht und Medizin, Bd. 35. Frankfurt am M. (1996).

Vollmann, J.: Das Informed Consent - Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischem und medizinischem Perspektiv. In: Kettner, M. (Hrsg.), Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt am M. (2000), S. 253-279.

---, Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. Klinische Praxis und medizinethische Analyse. In: Der Nervenarzt 9 (2002), 709-714.

## W

- Waller, H. D.: Grenzen der Therapie und Ethik der Patientenaufklärung. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 3 (1998), S. 127-139.
- Wehrmann, E.: Die letzte Hürde. Der lange Weg Hollands zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In: Die Zeit 16/2001.
- Weingart, P./Kroll, J./Bayertz, K.: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am M. (1996).
- Weiß, A. W.: Sittlicher Wert und nichtsittliche Werte: Zur Relevanz der Unterscheidung in der moraltheologischen Diskussion um deontologische Normen. Freiburg (1996).
- Weisser, U.: Hippokrates. In: Engelhardt, D. von/Hartmann, F. (Hrsg.), Klassiker der Medizin, München (1991), S. 11-19.
- Wernstedt, T.: Sterbehilfe in Europa. Frankfurt am M. (2004).
- Wieland, W.: Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Heidelberg (1986).
- Wiesing, U.: Zur Verantwortung des Arztes. Stuttgart (1995).
- , Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart (2004).
- Wills, J.-P./Wolff, M.: Ethik ohne Chance? Erkundungen im techno-logischen Zeitalter. Tübingen (1991).
- , Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn (1999).
- Winau, R.: Technik und Medizin. Düsseldorf (1993).
- Winnacker, E.-L.: Freiheitsgrade. Von den Aufgabe und der Verantwortung des Forschers. Bericht des Präsidenten der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 04. Juli (2001).
- Wolbert, W.: Der Mensch als Mittel und Zweck. Die Idee der Menschenwürde in normativer Ethik und Metaethik. Münster (1987).
- Wolf, J.-C.: Sterben, Tod und Tötung. In: Bayertz, K. (Hrsg.), Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik. Reinbek (1991a), S. 262-267.
- , Euthanasie auf abschüssiger Bahn. In: Zeitschrift für Pädagogik 37 (1991), S. 267-283.
- , Der intendierte Tod. In: Holderegger, A. (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer

und theologischer Sicht. Freiburg (1999), S. 76- 97.

Wolf, U.: Philosophie und Öffentlichkeit – Anmerkungen zur Euthanasie-  
debatte. In: Hegselmann, R./Merkel, R. (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie.  
Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt am M. (1992), S. 181-196.

Wolff, H. P.: Arzt und Patient. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), Medizin und Ethik.  
Stuttgart (1999), S. 184-211.

Wright, G. H. von: Handlung, Norm und Intention. Untersuchungen zur  
deontischen Logik. Berlin (1977).

Wunderli, J.: Euthanasie oder über die Würde des Sterbens. Stuttgart (1974).

## **Y**

Yalom, I. D.: Und Nietzsche weinte. München (2005), Titel der englischen  
Originalausgabe: When Nietzsche wept. New York (1992).

## **Z**

Zimmermann-Acklin, M.: Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung.  
Freiburg (1997).