

Universitätsklinikum Ulm

Zentrum für Innere Medizin

Klinik für Innere Medizin I

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Thomas Seufferlein

Sektion Nephrologie, Leiter: Prof. Dr. Bernd Schröppel

Betreuer: Prof. i.R. Dr. Frieder Keller

**Argumente für und wider Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe –  
Analyse des aktuellen Diskurses in medizinischen Fachzeitschriften  
mit Bezug zum „Ulmer Fall“**

**Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

von

**Rosmarie Elisabeth Thalsofer**

aus Krumbach

2019

**Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth**

**1. Berichterstatter: Prof. i.R. Dr. Frieder Keller**

**2. Berichterstatter: Prof. Dr. Christian Lenk**

**Tag der Promotion: 10.01.2019**

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	I
1. Einleitung.....	1
1.1. Rechtliche Regelung der Sterbehilfe.....	3
1.2. Die Debatte um Sterbehilfe im Bundestag .....	5
1.3. Stellungnahmen seitens der Bundesärztekammer und des Deutschen Ethikrates . .....	11
1.4. Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur „schmerzlosen Selbsttötung“ in „extremen Ausnahmesituationen“ .....	15
1.5. Aktueller Forschungsstand zur Tötung auf Verlangen .....	18
1.6. Fragestellung und Zielsetzung .....	32
2. Material und Methoden.....	34
2.1. Grundlegende Prinzipien der Ethik.....	34
2.2. Begriffsdefinitionen .....	46
2.3. Literaturrecherche zum Ulmer Fall.....	52
2.4. Erfassung des medizinethischen Fachdiskurses .....	53
2.5. Die qualitative Inhaltsanalyse .....	56
2.6. Praktische Anwendung der Hermeneutik zur Literaturanalyse .....	64
2.7. Der Ulmer Fall .....	69
3. Ergebnisse .....	78
3.1. Die aktuelle Fachdiskussion über die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ . .....	78
4. Diskussion.....	184
4.1. Abwägung der Argumente.....	184

4.2. Die Tötung auf Verlangen bei terminal erkrankten Patienten und Einordnung des Ulmer Falls .....	203
5. Zusammenfassung.....	224
6. Literaturverzeichnis.....	226
7. Anhang .....	251
8. Curriculum vitae .....	280

## 1. Einleitung

Nachdem 2009 eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe erfolgte, steht in Deutschland nun die Suizidbeihilfe und die Tötung auf Verlangen, auch aktive Sterbehilfe genannt, im Zentrum gesellschaftlicher Debatten. In der deutschen Bevölkerung ist zeitweise eine Befürwortung der Sterbehilfe festzustellen (Ternieden 2014, Callsen 2014). Im Jahr 2008 ereignete sich am Universitätsklinikum Ulm ein Sterbehilfefall, der mediales Interesse hervorrief. Ein Chirurgieprofessor und dessen Mutter waren angeklagt, dem todkranken Vater beziehungsweise Ehemann am Universitätsklinikum Ulm aktive Sterbehilfe geleistet zu haben. Die Anklage lautete „gemeinschaftliche Tötung auf Verlangen“. Der Fall wurde 2014 am Landgericht Ulm verhandelt. Die immense Medienresonanz und die intensive Darstellung von Sterbehilfefällen in der Presse spiegelt das Bedürfnis der Bevölkerung an einer Aufarbeitung des Themenkomplexes um Sterbeprozess und Sterbehilfe wider. Dies schlägt sich im politischen Diskurs nieder. Die Brisanz der aktuellen Debatte um Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen zeigt sich an der Berichterstattung der Presse, welche zum einen durch die Quantität ihrer Beiträge hervorsticht und zum anderen von Emotionalität geprägt ist. Die Presse bedient sich dabei der Beleuchtung von Einzelschicksalen, Justizfällen und dem Blick ins Ausland. Anstoß des großen Interesses der Medien sind neben den Neuregelungen im Ausland, wie beispielsweise die Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei Kindern in Belgien, Umfragen, die auf die zunehmende Befürwortung der Tötung auf Verlangen und dem Drang nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe in der Bevölkerung hindeuten. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten.

Die Hilfe zur Selbsttötung stellt kein neues Thema dar, sondern ist Teil eines Diskurses, der schon von jeher besteht. Schon in der Antike setzten sich die Menschen mit dem Tod, dem Suizid und der Hilfe zur Selbsttötung auseinander. Bereits die Stoiker hatten eine Auffassung von einem „guten Sterben“. Für sie bedeutete „Euthanasie“ mit „einem irgendwie beschaffenen Tod nach der rechten Art“ als „Weiser“ zu enden (Benzenhöfer 2009 S.30). Seneca sah es als hohes Gut an, selbstbestimmt sterben zu können. Er selbst wurde aber von Nero im Jahre 65 n. Chr. zum Suizid gezwungen, nachdem er in Ungnade gefallen war (Benzenhöfer 2009 S.30). Auch sind viele prominente Beispiele für die Suizidbeihilfe und die Tötung auf Verlangen aus der Neuzeit bekannt. So verlangte Sigmund Freud von seinem Arzt Max Schur Sterbehilfe, als er im Exil erkrankte und sein Leiden unerträglich geworden

war. Sigmund Freud starb am 23. September 1939 im Zuge einer tödlichen Dosis Morphin nach dreitägigem Koma (Piontkowski 2014 S.8).

Beispiele aus Vergangenheit und Gegenwart zeigen, dass die Suizidbeihilfe ein gesellschaftliches Thema ist. Dabei drängt sich die Frage auf, wie Patienten im terminalen Stadium einer unheilbaren Erkrankung geholfen werden kann, wenn sie sterben wollen und die Palliativversorgung an ihre Grenzen kommt (Gavela 2013 S.1).

Im Besonderen die Regelung der Tötung auf Verlangen stellt eine brisante gesellschaftliche Aufgabe dar. Dies verlangt von den Medizinethikern, sich dem ethischen Dilemma Sterbehilfe neu anzunehmen. Aufgabe der Medizinethik muss es sein, die Argumente im Themenkomplex der Tötung auf Verlangen auf ihre Evidenz, Schlüssigkeit, sowie Relevanz hin zu prüfen und so letztlich zu einer Einordnung der Argumente und einer ethischen Einschätzung der Tötung auf Verlangen zu gelangen. Mein Forschungsvorhaben soll sich der ethischen Einordnung und Aufarbeitung der Tötung auf Verlangen widmen und zur Aufarbeitung des „Ulmer Falls“ beitragen.

Im Folgenden wird nach Klärung der Sterbehilfe-Terminologie eine kurze Darlegung der aktuellen politischen Debatte erfolgen. Ergänzend wird auf die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates eingegangen, um einen Eindruck über die politische Relevanz der Sterbehilfe im aktuellen Meinungsbildungs- Prozess zu vermitteln. Dabei sollen die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe im Kontext der anderen Sterbehilfe-Formen eine Einordnung erfahren.

## 1.1. Rechtliche Regelung der Sterbehilfe

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Sterbehilfe bisher nicht Gegenstand expliziter gesetzlicher Regelungen. Im konkreten Fall wird geprüft, ob die den Fremdtötungsparagrafen §211 (Mord), §§212 und 213 (Totschlag) und §216 (Tötung auf Verlangen) des deutschen Strafgesetzbuches (StGB) zugrunde liegenden Tatbestände erfüllt sind (Weiffen 2015). Dementsprechend ist die Tötung auf Verlangen in Deutschland nach §216 des Strafgesetzbuches verboten. Das deutsche Strafgesetzbuch beinhaltet zunächst keinen Sondertatbestand der Selbstmordbeteiligung (Gavela 2013 S.14). Dies war die Folge bewusster und kontinuierlicher Entscheidungen des Gesetzgebers (Gavela 2013 S.14f). In der Rechtsprechung wird geprüft, ob andere Straftatbestände wie Totschlag oder unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB) erfüllt werden. Wird die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt oder nahen Angehörigen geleistet, ist ferner die Garantenstellung, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen auch eine Unterlassung als Straftat gewertet werden kann (Weiffen 2015).

Im November 2015 wurde ein neuer Paragraf zur Suizidbeihilfe im Bundestag beschlossen. Im neuen Paragrafen 217 heißt es: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Angehörige und nahestehende Personen des Sterbenden sollen im Einzelfall von dieser Strafandrohung ausgenommen sein. Ebenso sollen Einzelfallentscheidungen von Ärzten, die Suizidbeihilfe leisten, straffrei bleiben (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2017).

Die passive Sterbehilfe ist seit Juni 2009 im „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ zum Umgang mit der Patientenverfügung neuregelt. Dieses Gesetz beinhaltet, dass der Wille des Patienten unabhängig von Art und Stadium seiner Erkrankung unbedingt zu achten ist, sofern eine gültige Patientenverfügung vorliegt. Falls keine Patientenverfügung existiert oder die dort formulierten Umstände nicht auf die aktuelle Behandlungssituation zutreffen, haben Betreuer und Arzt den mutmaßlichen Wunsch des Patienten zu ermitteln und dementsprechend zu handeln. Nach wie vor bleiben Patientenverfügungen, die sich auf die rechtlich untersagte Tötung auf Verlangen beziehen, ungültig (Weiffen 2015).

Tabelle 1: Rechtliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland bezogen auf die verschiedenen Formen der Sterbehilfe. Quellen: Weiffen 2015, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2017

Form der Sterbehilfe	Rechtliche Regelung in Deutschland
Passive Sterbehilfe	Die Gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen ist im „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ festgehalten.
Beihilfe zur Selbsttötung	<p>Im konkreten Fall Prüfung des Fremdtötungsparagrafen § 211 (Mord), §§ 212, 213 (Totschlag), § 216 (Tötung auf Verlangen), sowie §323c (unterlassene Hilfeleistung) des Strafgesetzbuches (StGB)</p> <p>Zustimmung des Bundestages zum neuen Paragrafen 217 am 5. November 2015. Darin heißt es: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Einzelfallentscheidungen von Ärzten, die Suizidbeihilfe leisten, sollen weiterhin straffrei bleiben. Ebenso sollen Angehörige und nahestehende Personen des Sterbenden im Einzelfall von dieser Strafandrohung ausgenommen sein.</p>
Tötung auf Verlangen	Verbot der Tötung auf Verlangen im § 216 des StGB festgehalten

## 1.2. Die Debatte um Sterbehilfe im Bundestag

Die Sterbehilfe war seit ihrer Verrechtlichung im Zuge der Reichsgründung 1871 in Deutschland generell verboten (Preidel 2016 S.13). Auch während des Nationalsozialistischen Regimes und der Tötung kranker und behinderter Menschen unter dem „Euthanasie“-Begriff blieb diese Regelung bestehen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Thema Sterbehilfe tabuisiert (Preidel 2016 S.13). Die Bundesärztekammer veröffentlichte 1979 erste Richtlinien zur Sterbebegleitung und thematisierte in diesem Zuge die passive Sterbehilfe (Hohendorf 2013 S.147). Um 1980 wurde das Thema erstmals wieder im politischen Rahmen aufgegriffen (Preidel 2016 S.13). Durch den Fortschritt in der Medizin häuften sich zunehmend Situationen, in denen Patienten künstlich am Leben erhalten wurden, obwohl man den mutmaßlichen Willen dieser Patienten nicht kannte. Im Jahre 1985 berieten sich die Mitglieder des Bundestags erstmals über die passive Sterbehilfe (Preidel 2016 S.14). Insbesondere in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurde in Deutschland vorwiegend über die passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten verhandelt (Hohendorf 2013 S.148).

Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts auch bei entscheidungsunfähigen Patienten wurde mit dem Kemptener Urteil des Bundesgerichtshofes betont (Hohendorf 2013 S.148). Nachdem der Bundesgerichtshof die Bedeutung der Patientenverfügungen im Jahre 2006 bekräftigt hatte, verabschiedete der Bundestag 2009 eine gesetzliche Regelung (Hohendorf 2013 S.148f). Im Folgenden trat zunehmend die Beihilfe zur Selbsttötung in den Vordergrund politischer Debatten um Sterbehilfe (Preidel 2016 S.16). Sterbehilfevereine wie die deutsche Sektion der „Dignitas“, welche gewerbsmäßig Sterbehilfe anbieten, wurden gegründet und nutzen die rechtliche Grauzone (Preidel 2016 S.16). In der Politik gab es verschiedene Vorstöße, die Suizidbeihilfe zu verbieten, die sich jedoch nicht durchsetzen konnten (Preidel 2016 S.17).

Die Abgeordneten des Bundestages diskutierten in den vergangenen Jahren, insbesondere 2014 und 2015, über eine mögliche Gesetzesänderung zur Sterbehilfe. Im Vordergrund stand dabei die Beihilfe zum Suizid (Dickentmann 2014). Die Tötung auf Verlangen war primär nicht Gegenstand der politischen Debatte. Bereits 2012 war die Sterbehilfe Thema im Bundestag, führte aber zu keiner Gesetzesänderung. Nun nahmen sich die Bundestagsab-

geordneten erneut dem Thema Suizidbeihilfe an. Dabei zeichneten sich verschiedene Positionen ab, welche sich in entsprechenden fraktionsübergreifenden Positionspapieren niederschlugen (Schulte von Drach 2014). Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Mehrheit der Unionsfraktion forderten ein umfassendes Verbot der organisierten Hilfe zur Selbsttötung sowie ein Ausbau des Palliativ- und Hospizwesens (Mayr 2014).

Am 13.11.2014 wurde im Bundestag ausführlich über die Sterbehilfe in Form einer Orientierungsdebatte beraten. Streitpunkt der Debatte stellte die Frage nach einer Verrechtlichung der Beihilfe zum Suizid dar (Schmoll 2014). Im Rahmen dieser Debatte konnten die Bundestagsabgeordneten ihre Positionen begründen. 48 Redner legten je in einer fünfminütigen Rede ihre persönliche Sicht dar (Woratschka 2014). In der Presse wurde auf die lange Dauer der Debatte von ca. vier Stunden und 30 Minuten hingewiesen. Bundestagspräsident Norbert Lammert sagte in seiner Begrüßungsrede im Bundestag, die angestrebte Reform der Sterbehilfe in Deutschland sei der „vielleicht anspruchsvollste Gesetzgebungsprozess dieser Legislaturperiode“ (Mayr 2014). Das Parlament müsse abwägen, wie viel Selbstbestimmung dem Einzelnen zukommt und welche Rolle Ärzte dabei spielen sollen (Schmoll 2014). Lammert wies darauf hin, dass sich der Bundestag wegen der besonderen Ansprüche dieses Gesetzgebungsverfahrens dreimal beraten werde (Deutscher Bundestag 2014a). Eine Entscheidung solle 2015 gefällt werden (Meiritz 2014).

Betont wurde in Presseberichten, dass die Orientierungsdebatte emotional besetzt gewesen sei. Der Spiegel titulierte: „Bundestag: Abgeordnete werden in Sterbehilfe-Debatte persönlich“ und „Ungewöhnlich emotional hat der Bundestag über Sterbehilfe und Sterbebegleitung beraten“ (Meiritz 2014). Die Süddeutsche Zeitung titulierte mit einem Zitat von Katrin Vogler von den Linken: „Beim Sterben wird’s persönlich“ (Schulte von Drach 2014). Laut Spiegel brachten mehrere Abgeordnete persönliche Erfahrungen mit Sterbenden in die Debatte ein.

Die unterschiedlichen Positionen, die sich im Vorfeld abgezeichnet hatten, bestätigten sich in der Orientierungsdebatte. Gröhe warnte vor einer „Verklärung der Selbsttötung“. Volker Kauder sprach von einer „Perversion der Idee“ kommerzieller Sterbehilfevereine. „Die meisten Menschen haben keine Angst vor dem Tod, sondern vor dem Sterben“, sagte Kauder in seiner Rede. „Wir müssen alles dafür tun, dass beim Sterben niemand allein ist.“ (Meiritz 2014). „Es gibt gute Gründe für ein Verbot der organisierten Sterbehilfe“, führte

SPD-Fraktionschef Thomas Oppermann an. An einer gesetzlichen Regelung des ärztlich assistierten Suizids hege er Zweifel. Es sei eine Institutionalisierung des assistierten Suizids zu befürchten. Man müsse innerhalb der Ärzteschaft eine einheitliche Regelung geben (Schmoll 2014).

Peter Hintze (CDU) sprach sich für eine zivilrechtliche Regelung aus, um Rechtssicherheit für Ärzte zu gewährleisten. Es sei mit der Menschenwürde nicht vereinbar, „wenn aus dem Schutz des Lebens ein Zwang zum Qualtod“ werde. Ein Arzt müsse beim friedlichen Einschlafen helfen dürfen. „Das will auch die große Mehrheit der Bevölkerung. Der Deutsche Bundestag sollte dieser Mehrheit eine Stimme geben.“ (Meiritz 2014). Carola Reimann, welche das Positionspapier, an dem Hintze maßgeblich beteiligt war, unterzeichnete, sprach von einem „Flickenteppich an Regelungen in Deutschland“, welche Maßnahmen als Hilfe beim Sterben gegeben werden können (Schmoll 2014). Sie argumentierte für einen assistierten Suizid unter strengen Voraussetzungen und für ein selbstbestimmtes Sterben, sowie entsprechenden Freiraum für die Ärzte (Schmoll 2014). Karl Lauterbach (SPD) setzte sich ebenfalls für ein selbstbestimmtes Sterben ein: Manche Menschen würden es für sich selbst nicht als würdevoll empfinden, dem Leiden hilflos ausgeliefert zu sein. „Diese kleine Gruppe ist auf unsere Hilfe angewiesen. Wir sollten ihnen nicht die Tür verschließen.“ Ziel solle nicht das Angebot der organisierten Sterbehilfe sein, sondern das Schaffen einer Rechtssicherheit für Ärzte (Schmoll 2014). Katrin Vogler (Die Linke) wandte sich ebenfalls gegen jede geschäftsmäßige Sterbehilfe. Das Recht auf Leben sei das grundlegendste Menschenrecht. Doch daraus ergebe sich keine Pflicht zu leben. Sie betonte aber auch, es dürfe nicht auch noch „ein Markt zum Lebensende“ entstehen. „Wir sollten Menschen nicht vermitteln, wann es für sie Zeit wird, freiwillig sterben zu sollen“, sagte Vogler (Schulte von Drach 2014). Vogler, wie auch Katrin Göring-Eckardt, betonten, der Tod dürfe keine leicht erreichbare Dienstleistung werden (Pilath 2014).

Renate Künast (die Grünen) sprach sich erneut gegen ein Verbot von Sterbehilfevereinen aus. Es gebe keine Zahlen, die belegten, dass die Vereine die Suizidrate erhöhten (Meiritz 2014). Elisabeth Scharfenberg (Die Grünen) machte auf die Bedeutung des demographischen Wandels aufmerksam (Schmoll 2014).

Der CDU-Abgeordnete Hubert Hüppe wies drauf hin, dass der Druck auf Schwerkranke, Alte und Behinderte wachsen könnte, freiwillig aus dem Leben zu scheiden, wenn Sterbehilfe

zur Normalität werde (Pilath 2014). Die Abgeordneten betonten das Recht auf Selbstbestimmung und die Würde des Menschen (Schulte von Drach 2014). Alle Redner sprachen sich für eine Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung aus (Meiritz 2014). Die Abgeordneten waren sich einig, dass die Palliativmedizin ausgebaut werden soll (Meiritz 2014, Schulte von Drach 2014).

Fünf fraktionsübergreifende Gruppen von Abgeordneten legten letztlich Gesetzentwürfe vor (Kosfeld 2015):

Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen), Petra Sitte (Die Linke) und Kai Gehring (Bündnis 90/Die Grünen) brachten den Gesetzentwurf „über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“ ein (Kosfeld 2015). Ein Sterbehilfeverein müsse verpflichtet werden, nur Unkosten deckend zu arbeiten. Ein Verbot der Vereine werde keine „Vermeidung von Selbsttötung sein, sondern die Reise ins Ausland“ befördern, schrieb Künast in einem Gastbeitrag für den „Tagesspiegel“ (Mayr 2014).

Die Abgeordneten Patrick Sensburg, Thomas Dörflinger, Peter Beyer und Hubert Hüppe (alle CDU/CSU) legten den Entwurf „über die Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung“ (18/5376) vor (Kosfeld 2015). Dieser Gesetzesentwurf sah eine Verschärfung des Strafrechts vor (Hausding 2015). Demnach sollte sowohl die Anstiftung, als auch die Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt werden (Hausding 2015). Ausnahmen für Ärzte und Angehörige oder für bestimmte Krankheitsbilder sollten nicht beinhaltet sein (Hausding 2015).

Die dritte Gruppe um Bundestagsvizepräsident Peter Hintze (CDU/CSU), Carola Reimann, Karl Lauterbach und Burkhard Lischka (alle SPD) erarbeiteten den Gesetzesentwurf „zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“ (Kosfeld 2015). Demnach solle ärztliche Suizidbeihilfe erlaubt sein (Hausding 2015, Mayr 2014). Der Gesetzesentwurf bezieht sich ausschließlich auf volljährige Patienten, die unter einer unheilbaren, tödlichen Krankheit leiden und durch Suizid ein krankheitsbedingtes Leiden abwenden wollen (Hausding 2015). Der Patient müsse an einer unumkehrbaren Erkrankung leiden, die zum Tode führe, und unter großem Leidensdruck stehen. Unter diesen Voraussetzungen solle es einem Arzt, sofern er und ein weiterer Mediziner das Leiden des Patienten nachvollziehen können, erlaubt sein, ein zum Tode führendes Medikament zur Verfügung zu stellen. Gesetzlich solle dies im Bürgerlichen Gesetzbuch im Umfeld des Paragraphen 1901a zur Patientenverfügung festgehalten werden. So wäre das Berufsrecht der Ärzte an der Stelle ausgesetzt (Mayr

2014). Die Arbeitsgruppe schloss dabei Patienten mit Depressionen von dieser Regelung aus. Sie sprach sich auch gegen organisierte Sterbehilfe, z.B. in Form von Sterbehilfevereinen, aus.

Die Gruppe um Michael Brand (CDU/CSU), Kerstin Griese (SPD), Kathrin Vogler (Die Linke) und Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen) hatte ihren Entwurf „Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ betitelt (Kosfeld 2015). Diese Gruppe vertrat die Auffassung, dass Suizidbeihilfe bestraft werden soll, wenn sie regelmäßig angeboten wird. Dies würde sowohl Vereine, als auch Ärzte betreffen, die Sterbehilfe explizit anbieten (Dickentmann 2014).

Eine weitere Gruppe von Abgeordneten um Katja Keul (Bündnis 90/Die Grünen), Sabine Sütterlin-Waack (CDU/CSU), Brigitte Zypries (SPD) und Matthias W. Birkwald (Die Linke) brachte kurzfristig einen Antrag (18/6546) zur Abstimmung ein. Inhalt dieses Entwurfes war es, keine neuen Straftatbestände bei der Sterbehilfe zu schaffen. Eine Änderung des Strafrechts in Bezug auf die Sterbehilfe sei demnach nicht erforderlich ist (Kosfeld 2015).

*Tabelle 2: Am 13.11.2014 wurde im Bundestag über die Suizidbeihilfe in Form einer Orientierungsdebatte beraten. Fünf fraktionsübergreifende Gruppen von Abgeordneten legten anschließend Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Beihilfe zur Selbsttötung im deutschen Bundestag vor. Tabelle 2 zeigt die vorgelegten Gesetzesentwürfe mit ihren vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen. Quellen: Kosfeld 2015, Hausding 2015, Mayr 2015, Dickentmann 2014, Schmoll 2014*

<i>Gesetzesentwürfe</i>	<i>Vorgesehene gesetzliche Neuregelungen</i>
„Über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legalisierung der Suizidbeihilfe</li> <li>▪ Legalisierung der Sterbehilfevereine unter bestimmten Auflagen</li> </ul>
„Über die Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verschärfung des Strafrechts</li> <li>▪ Unterstrafstellung der Suizidbeihilfe</li> </ul>
„Zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe ausschließlich bei volljährigen Patienten, die unter einer unheilbaren, tödlichen Krankheit leiden.</li> </ul>
„Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstrafstellung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe</li> </ul>

Nach der Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses stimmte der Bundestag am 6. November 2015 für die Annahme des Gesetzesentwurfes der Abgeordneten Michael Brand (CDU/CSU), Kerstin Griese (SPD), Kathrin Vogler (Die Linke) und Dr. Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen) (Kosfeld 2015, Hausding 2015). Demnach wurde eine gesetzliche Neuregelung beschlossen, die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe stellt und einen entsprechenden Paragraphen im Strafgesetzbuch schaffen soll (Hausding 2015). Vereine, Organisationen bzw. Einzelpersonen, die mit gewerbsmäßiger Absicht Suizidassistenten anbieten, droht im Falle einer Verurteilung eine Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren (Hausding 2015). Im neu geschaffenen Paragraphen 217 wurde das Verbot in Abs. 1 wie folgt formuliert: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ (Brand et al. 2015 S.5, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2017). In Absatz 2 des §217 heißt es: „Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“ (Brand et al. 2015 S.5). Angehörige oder andere Personen, die dem suizidwilligen nahesteht und im Einzelfall handeln, sind von der Strafandrohung ausgenommen (Hausding 2015). Einzelfallentscheidungen von Ärzten, die Hilfe zum Suizid leisten, sind weiterhin straffrei (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2017).

### 1.3. Stellungnahmen seitens der Bundesärztekammer und des Deutschen Ethikrates

Die Bundesärztekammer sprach sich in ihren Richtlinien zur Sterbebegleitung aus dem Jahre 2004 gegen die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid aus (Bundesärztekammer 2004). Die Bundesärztekammer gab eine Umfrage unter 527 Ärzten zur ärztlichen Suizidbeihilfe in Auftrag. Das Ergebnis dieser Umfrage wurde im Jahre 2010 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Hohendorf 2013 S.150). Demnach lehnten 61 Prozent der Ärzte eine Unterstützung beim Suizid in jedem Fall ab (Simon 2010). Aber 37 Prozent der Befragten gaben an, dazu unter bestimmten Bedingungen bereit zu sein (Simon 2010). Eine Regelung des ärztlich begleiteten Suizids wurde von 62 Prozent der Befragten abgelehnt, während 30 Prozent der Befragten eine Regelung befürworteten (Simon 2010). Die Bundesärztekammer überarbeitete auch im Zuge dessen ihre Grundsätze zur Sterbebegleitung und veröffentlichte 2011 die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (Hohendorf 2013 S.150). Der Satz „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ (Bundesärztekammer 2011) ersetzte die Formulierung „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ (Bundesärztekammer 2004) der Grundsätze zur Sterbebegleitung aus dem Jahre 2004 (Hohendorf 2013 S.150).

Die neue offene Formulierung bedeutete die Respektierung der Gewissensentscheidung des Arztes in der Frage der Beihilfe zum Suizid (Hohendorf 2013 S.150). Allerdings führte dies zu Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft, sodass der Deutsche Ärztetag im selben Jahr eine Änderung der Musterberufsordnung beschloss, in der es hieß, dass Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen (Hohendorf 2013 S.150). Neun Landesärztekammern übernahmen das Verbot in ihre Musterberufsordnung. Die übrigen acht Landesärztekammern sahen von einer Änderung ihrer Berufsordnung in diesem Punkt ab (Hohendorf 2013 S.151), sodass die Suizidbeihilfe aus standesrechtlicher Sicht in Deutschland uneinheitlich geregelt ist.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, spricht sich für ein Verbot der organisierten Sterbehilfe in Deutschland aus. Im „Spiegel“ sagte er, dass den Sterbehilfe-Vereinen, die sogar für die Ausübung der Sterbehilfe werben, das „Handwerk gelegt“ werden müsse (Bundesärztekammer 2014). Weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf sieht Montgomery nicht gegeben (Bundesärztekammer 2014). Zur Orientierungsdebatte

im Bundestag äußerte sich Montgomery wie folgt: „Es ist gut, dass sich der Bundestag viel Zeit genommen hat, um sich intensiv mit dem sensiblen Thema der Sterbehilfe zu beschäftigen. Denn hier stoßen unterschiedliche ethische Einstellungen, religiöse Überzeugungen und individuelle Erfahrungen aufeinander. Die Redebeiträge aber auch die bereits im Vorfeld bekannt gewordenen Initiativen der verschiedenen Parlamentariergruppen haben gezeigt, dass es einen großen Konsens gibt, Sterbehilfevereinen das Handwerk zu legen. Ebenso unstrittig ist es, die Palliativmedizin, die Schmerztherapie und die Hospizarbeit in Deutschland weiter auszubauen. Der Vorstoß von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe für eine bessere Finanzierung palliativmedizinischer Angebote ist hier ein wichtiger Schritt. In der weitergehenden Debatte über eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids haben wir immer wieder klargestellt, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist. Vielmehr formulieren die Berufsordnungen der Landesärztekammern einheitlich und bundesweit, dass es die Aufgabe von Ärzten ist, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Das Berufsethos verpflichtet den Arzt, ‚Hilfe zum Leben zu leisten, nicht Hilfe zum Sterben.‘“ (Bundesärztekammer 2014).

Neben der Bundesärztekammer nimmt auch der Deutsche Ethikrat Stellung zur Sterbehilfedebatte. Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Christiane Woopen forderte Montgomery im Gespräch mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung auf, endlich die Gewissensentscheidung von Ärzten in tragischen Ausnahmesituationen zu akzeptieren (Schmoll 2014). Damit wäre eine ungeheure Entlastung für die Ärzte verbunden. Woopen stimmte Montgomery darin zu, dass die Beihilfe zum Suizid niemals zur ärztlichen Aufgabe werden könne (Schmoll 2014). Der Deutsche Ethikrat beriet sich am 27.11.2014 in einer öffentlichen Plenarsitzung zum Thema Beihilfe zur Selbsttötung. Gegenstand der Plenarsitzung waren die ethische und rechtliche Verortung der Begriffe Würde, Selbstbestimmung und Autonomie, sowie Suizidprävention, die Sicht der Palliativmedizin und das Selbst- bzw. Fremdverständnis des ärztlichen Auftrags. Daneben spielten die Rolle der Sterbehilfeorganisationen, mögliche gesetzliche Regelungsmodelle und deren Implikationen eine Rolle. Konsens bestand unter den Ratsmitgliedern in der Ansicht, dass „[...] ärztliche Suizidbeihilfe als Gewissensentscheidung im Einzelfall möglich sein sollte, ohne dass sie ein reguläres Angebot der Ärzteschaft oder die Aufgabe des Arztes wäre.“ Weiterhin waren sich die Ratsmitglie-

der darüber einig, dass die geltende Rechtslage ausreichend sei. Probleme sieht der Nationale Ethikrat im derzeit uneinheitlich geregelten ärztlichen Standesrecht in den verschiedenen Landesärztekammern. Im Falle einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe wurde diskutiert, ob praktikable Lösungen gefunden werden können, die das Sterben in der Privatsphäre belassen und das Arzt-Patienten-Verhältnis schützen. Laut der Ratsvorsitzenden Christiane Woopen gebe es keine optimale gesetzgeberische Lösung. Nur wenn Selbstbestimmung, Lebensorientierung, Solidarität und Integrität des ärztlichen Berufs ausreichend berücksichtigt werden, gebe es eine möglichst gute Lösung (Deutscher Ethikrat 2014b).

Am 18.12.2014 sprach der Deutsche Ethikrat dann eine Ad-hoc-Empfehlung aus (Deutscher Ethikrat 2014a). Mit dieser Empfehlung knüpft der Rat an seine Einschätzung von 2012 an, dass ein gesetzliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung, abgesehen von der gewerbsmäßig organisierten Suizidbeihilfe, mehr Probleme schafft als löst. Ebenso knüpft der Rat an seine Einschätzung an, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) unverändert erhalten bleiben soll (Richter-Kuhlmann 2014). Mit seiner Ad-hoc-Empfehlung begrüßt der Deutsche Ethikrat, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich stärken will. Für vereinsamte und psychisch kranke Menschen bedarf es laut Ethikrat anderer Maßnahmen zur Suizidprävention, wie etwa der Ausbau von Beratungsangeboten, die gezielte Weiterbildung von Mitarbeitern und eine gute psychiatrische sowie psychotherapeutische Versorgung.

Der Nationale Ethikrat sieht in der aktuellen Gesetzeslage, wonach die Beihilfe zu einem im rechtlichen Sinne frei verantwortlichen Suizids nicht strafbar ist, „im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates.“ Nach diesen Prinzipien ist der Suizid abstrakt-generell nicht Unrecht, da ansonsten von einer allgemeinen, erzwingbaren Rechtspflicht zum Leben ausgegangen werden müsse, was den Rechtsprinzipien widerspräche. Vor diesem Hintergrund spricht sich der Deutsche Ethikrat dafür aus, das derzeit geltende Strafrecht nicht grundsätzlich zu ändern. „Eine eigene gesetzliche Regulierung etwa der ärztlichen Suizidbeihilfe lehnt die Mehrheit des Ethikrates ebenso ab wie jede Regulierung der Suizidbeihilfe für eine andere Berufsgruppe, auch weil auf diese Weise gleichsam ‚erlaubte Normalfälle‘ einer Suizidbeihilfe definiert würden.“ Die Mehrheit des Ethikrates spricht sich dafür aus, dass Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote zur Suizidbeihilfe untersagt werden sollten, wenn sie öffentlich erfolgen und auf Wiederholung angelegt sind. Denn damit könne der Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis entstehen.

Durch diese Forderung sieht der Ethikrat soziale Normen und Überzeugungen, in denen sich der Respekt vor dem menschlichen Leben widerspiegelt, geschützt. Eine Suizidbeihilfe, die einen Art Normalfall und keine Ausnahmesituation darstellen würde, könne den Respekt vor dem Leben schwächen. Weiterhin müsse der Gefahr der Fremdbestimmung in solchen Situationen vorgebeugt werden. Der Deutsche Ethikrat unterstützt das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs, welches in den Grundsätzen der Bundesärztekammer formuliert wurde und wonach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstelle. Jeder Patient solle sich darauf verlassen können, dass im Arzt-Patient-Verhältnis ein offenes Gespräch über suizidale Gedanken möglich sei, bei dem der Arzt eine lebensorientierende Beratung gibt.

Demnach empfiehlt die Mehrheit des Rates, dass sich die Ärztekammern einheitlich dafür aussprechen, dass Gewissensentscheidungen im Rahmen eines vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis in Ausnahmesituationen respektiert werden, aber auch betonen, dass die Suizidbeihilfe keine ärztliche Aufgabe sei. Ferner rät der Deutsche Ethikrat die gesetzliche Stärkung suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen. Zudem ist eine Mehrheit des Ethikrates der Ansicht, dass der Gesetzgeber im Betäubungsmittelrecht klarstellen sollte, dass eine im Ausnahmefall erfolgende Verschreibung von Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Beihilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid nicht strafbar ist (Deutscher Ethikrat 2014a).

#### 1.4. Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur „schmerzlosen Selbsttötung“ in „extremen Ausnahmesituationen“

Das Bundesverwaltungsgericht urteilte am 02.03.2017 in einem Fall (Hermes 2017), der im Zuge des Urteils mediale Aufmerksamkeit erregte. Die Ehefrau des Klägers litt seit einem Unfall im Jahr 2002 unter einer Querschnittslähmung vom Hals abwärts und wurde künstlich beatmet. Sie litt an starken Schmerzen und häufig auftretenden Krampfanfällen und befand sich in einer Situation, die sie als „unerträglich und entwürdigend“ empfand (Bundesverwaltungsgericht 2017, Hermes 2017, Zeit Online 2017). Ihr Antrag zur Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis eines Betäubungsmittels im Jahr 2004 wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) abgelehnt mit der Begründung, dass die Erlaubnis mit dem Ziel des Suizids nicht vom Betäubungsmittelgesetz gedeckt werde. Im Jahr 2005 beging die Ehefrau des Klägers unter Zuhilfenahme eines Sterbehilfevereins in der Schweiz Suizid (Bundesverwaltungsgericht 2017, Hermes 2017).

Der Witwer klagte auf Feststellung der Rechtswidrigkeit des Versagungsbescheids. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte entschied am 19.07.2012, dass der Kläger Anspruch auf die Prüfung der Begründetheit der Klage durch die nationalen Gerichte habe, nachdem die Instanzgerichte und das Bundesverfassungsgericht die Klage mangels Klagebefugnis abgewiesen hatten. Der Europäische Gerichtshof begründete sein Urteil mit dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (Hermes 2017, Zeit Online 2017).

Das Bundesverwaltungsgericht urteilte, dass der Versagungsbescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte rechtswidrig gewesen sei, wobei die Leipziger Richter eine Ausnahmesituation gelten ließen (Hermes 2017). In der Pressemitteilung wurde dies wie folgt formuliert: „Nach den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes ist es grundsätzlich nicht möglich, den Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung zu erlauben. Hiervon ist im Lichte des genannten Selbstbestimmungsrechts in Extremfällen eine Ausnahme für schwer und unheilbar kranke Patienten zu machen, wenn sie wegen ihrer unerträglichen Leidenssituation frei und ernsthaft entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen, und ihnen keine zumutbare Alternative - etwa durch einen palliativmedizinisch begleiteten Behandlungsabbruch - zur Verfügung steht. Ihnen darf der Zugang zu einem verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel, das eine würdige und

schmerzlose Selbsttötung erlaubt, nicht verwehrt sein. Deshalb hätte das BfArM prüfen müssen, ob hier ein solcher Ausnahmefall gegeben war. Diese Prüfung lässt sich nach dem Tod der Ehefrau des Klägers nicht mehr nachholen.“ (Bundesverwaltungsgericht 2017).

Das Urteil stieß seitens der Bundesärztekammer auf lautstarke Kritik (Zeit Online 2017). Der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery äußerte sich zur Urteilsfindung wie folgt: „Man muss sich doch die Frage stellen, ob das Bundesverwaltungsgericht Leipzig tatsächlich die wirklich grundlegenden Diskussionen im Deutschen Bundestag wie auch die entsprechenden Beschlüsse zur Sterbebegleitung wahrgenommen hat [...] Welcher Beamte im BfArM soll denn dann entscheiden, wann eine ‚extreme Ausnahmesituation‘ vorliegt? Eine solche Bürokratieethik ist unverantwortlich“. Weiter kritisierte Montgomery, „[d]ass eine so grundsätzliche ethische Frage wie die der ärztlich assistierten Selbsttötung auf einen bloßen Verwaltungsakt reduziert werden soll [...].“ (Hillienhof 2017).

Ebenso wurde das Urteil von der Deutschen Stiftung für Patientenschutz als „praxisfern“ kritisiert. Der Vorstand der Deutschen Stiftung für Patientenschutz, Eugen Byrsch, gab zu bedenken, dass unerträgliches Leid weder juristisch noch ethisch genau zu definieren sei (Hillienhof 2017). Er bezeichnete die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts als einen „Schlag ins Gesicht der Suizidprävention“ (Zeit Online 2017).

Christian Geyer schrieb in seinem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, dass die Frage laute, ob sich mit Berufung auf das Bundesverwaltungsgericht in Zukunft ein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Selbsttötung erheben ließe, und ob ein solcher Anspruch mit dem Urteil faktisch eingeräumt würde: „Das Urteil hätte dann eine Institution geschaffen - nämlich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), gegen das sich die Klage richtete -, die fortan auf Antrag und nach der obligaten ‚Einzelfallprüfung‘ Suizidhilfe leisten müsste. Das würde jedoch erkennbar das Kriterium der Geschäftsmäßigkeit erfüllen, welches im Gesetz von 2015 verboten wurde.“ (Geyer 2017). Letztlich würde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte so „Hüter der Betäubungsmittel“, sodass eine Institution geschaffen werde, die entscheidet, welches Leid bzw. welche Unzumutbarkeit sich auf die Selbstbestimmung und das allgemeine Persönlichkeitsrecht berufen dürfe. Geyer kritisierte dies scharf: „Wir hätten es bei diesem Institut gleichsam mit einem Empathie-Komitee zu tun, welches aber nur vorgibt, dem selbstbestimmten Willen der Suizidwilligen zu folgen. In Wirklichkeit ist es nicht nur Herr über den Giftschränk, sondern auch über

die Selbstbestimmung. Es befindet, welche Gründe zum Sterben reichen und welche nicht.“  
(Geyer 2017).

## 1.5. Aktueller Forschungsstand zur Tötung auf Verlangen

Die fachliche Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe geht bis weit in die Antike zurück. Bei Hippokrates wird dem Arzt die Hilfe zur Selbsttötung klar untersagt. Schon immer setzten sich die Menschen mit dem Tod, dem Sterbeprozess und Suizid auseinander. Dementsprechend vielfältig und unübersichtlich ist die Literatur dazu. Aufgabe meines Forschungsvorhabens soll es nicht sein, die Literatur zur Tötung auf Verlangen im Detail darzulegen. Diese kurze Abhandlung zum Forschungsstand soll lediglich einen Überblick über die zentralen Begriffe und Argumente im Kontext der Tötung auf Verlangen geben und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

### 1.5.1. Der Autonomiebegriff

Die Selbstbestimmung als oberstes ethisches Prinzip, welches eine Legalisierung der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen rechtfertigt, bildet das Hauptargument für die Suizidbeihilfe und die Tötung auf Verlangen (Pöltner 2006 S.262, Hick 2007 S.80). Dem Autonomieprinzip nach müssen Entscheidungen, die eine mündige Person über ihre eigenen Angelegenheiten trifft, respektiert werden (Beauchamp u. Childress 2001 S. 63ff). Selbstbestimmtes Handeln ist als zentrale menschliche Fähigkeit anzusehen und an sich wertvoll (Dietrich 2009 S.276). Das Autonomieprinzip schützt mündige Personen vor Fremdbestimmung und ermöglicht ihnen, ihr Leben entsprechend ihrer Interessen und Wertvorstellungen zu gestalten (Dietrich 2009 S.276). Das individuelle Freiheitsrecht, autonom über die Gestaltung des eigenen Lebens bestimmen zu können, ist im Art. 2 Abs. 1 des deutschen Grundgesetzes verankert: „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.“ (Deutscher Bundestag 2014b).

Die Menschenwürde fußt auf dem Prinzip der selbstverantworteten Willensentscheidung (Kant 1785). Dem Menschen kommt Würde zu, da er sich seines Verstandes bedienen und sittlich handeln kann. Folglich soll der Mensch nicht fremd bestimmt werden (Kreß 2007 S.960f). Das Selbstbestimmungsrecht manifestiert sich in der Medizinethik im Prinzip der Patientenautonomie (Preidel 2016 S.5). Die sittliche Selbstbestimmung impliziert auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dies beinhaltet das Recht über das „Wie“ und „Wann“

des Sterbens selbst verfügen zu können (Pöltner 2006 S.262). Dieser Argumentationsansatz rechtfertigt die Beendigung eines von der betroffenen Person als unwürdig oder unerträglich empfundenen Lebens. Demnach folgt aus dem Respekt vor der Autonomie das Recht, auf Verlangen getötet zu werden (Pöltner 2006 S.262). Nur wenn die Sterbehilfe auf der Respektierung individueller Autonomie basiert, ist eine solche Handlung klar von der „Tötung lebensunwerten Lebens“ im Sinne rassistischen Gedankengutes zu unterscheiden. Wert und Unwert kann „[...] nur vom Wertungsstandpunkt jenes Menschen aus entschieden werden, dem dieses Leben gehört!“ (Hoerster 1989 S.293). Nach Hoerster stellt die Tötung auf Verlangen „kein Übel, sondern eine Wohltat“ dar und dient „im umfassenden Sinn seinen Interessenten“ (Hoerster 1989 S.293).

Fuchs (1997 S.78ff) dagegen führt an, dass gerade der Wunsch getötet zu werden einer Extremsituation entspringe und daher eine unbeeinflusste Selbstbestimmung nicht möglich sei. Schockenhoff (2000 S.466) stellt sich die Frage, ob nicht die Unterstellung souveräner Selbstbestimmung in der Situation extremer Schwäche wie beim Sterben „[...] auf einer abstrakten Konstruktion beruhe, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird [...]“. Weiter argumentiert Schockenhoff (2000 S.466f), dass eine „unabhängige Lebensrechnung“ als „letzter Akt autonomer Selbstbestimmung“ im wirklichen Leben nur selten vorkomme, insbesondere in der Sterbesituation, bei der die mögliche Erfahrung des Lebenssinnes nur dann gelingt, wenn auf die Solidarität und Nähe anderer Menschen gebaut werden kann. Die Beurteilung des eigenen Lebenswerts steht immer im Zusammenhang mit der Wertschätzung, die sterbende Menschen in ihrem Umfeld noch erfahren. Deshalb ist nach Schockenhoff (2000 S.467) die gedankliche Unterscheidungslinie, die gesellschaftliche Erwägungen und heteronome Fremdinteressen aus der autonomen Beurteilung des verbleibenden Lebensinteresses ausschließen soll, nicht durchzuhalten. Ferner ist zu berücksichtigen, dass Autonomie und ein autonomer Wunsch nicht zwingend zusammenfallen. Respekt vor der Autonomie bedeutet daher nicht, dass eine Pflicht zur Erfüllung autonom geäußerter Wünsche besteht (Pöltner 2006 S.266).

Allerdings existiert für Ärzte, welche es ablehnen dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen zu folgen, ebenfalls die Möglichkeit sich auf ihre Autonomie zu berufen und nicht Sterbehilfe zu leisten (Dietrich 2007 S.276). Der Autonomie-Begriff hat nach Pöltner (2006 S.266) immer auch eine personale Komponente. Wer Autonomie achtet, achtet daher jemanden,

das heißt das Leben eines Menschen. Eine Tötung auf Verlangen widerspricht diesem Ansatz. Andererseits besteht in einer pluralistischen Gesellschaft kein grundlegender moralischer Konsens, sodass strittige Fragen so weit wie möglich der betroffenen Person selbst überlassen werden sollten (Hoerster 1998 S.154ff, Merkel 1991 S. 84ff).

### 1.5.2. Die Menschenwürde

Sowohl die Befürworter, als auch die Gegner der Tötung auf Verlangen führen die Menschenwürde als Begründung für ihren Standpunkt an (Hochgrebe 2004 S.106).

Befürworter argumentieren, die Tötung auf Verlangen solle Patienten, welche sich in schweren Leidenszuständen befinden und ihr Leben als würdelos empfinden, einen würdevollen Tod ermöglichen. Die Befürworter sehen in der Menschenwürde ein Hauptargument zur Rechtfertigung der Tötung auf Verlangen. Die Tötung auf Verlangen ermöglicht demnach dem Betroffenen ein würdevolles Sterben und einen würdevollen Tod. Die Tötung auf Verlangen zur Wahrung der Menschenwürde zeichnet sich nur dadurch aus, dass die Wiederherstellung des für die betroffene Person lebenswerten Lebens nicht möglich ist und nur die Alternative der Tötung bleibt (Pöltner 2006 S.270). Dieser Ansatz setzt jedoch das Gleichsetzen von Würde und Lebenswert und die Option, dass ein Mensch seine Würde im Zusammenhang mit Krankheit und Leiden verlieren kann, voraus. Es geht also letztlich auch um die Frage, welchen Wert das menschliche Leben hat, ob das Leben seinen Wert beziehungsweise seine Würde verlieren kann und falls ja, unter welchen Umständen (Preidel 2016 S.6). Nach Pöltner (2006 S.270) ist nicht die Existenz eines Menschen, sondern höchstens deren Umstände menschenunwürdig. Dementsprechend kann zwar jemand unter menschenunwürdigen Umständen sterben, wobei aber die Umstände des Sterbens unwürdig sind- nicht das Sterben selbst (Pöltner 2006 S.271). Ferner bedeutet menschenwürdig Sterben nicht, getötet zu werden, sondern dass die Würde eines Sterbenden geachtet wird im Sinne eines Sterbebeistandes in der Fülle seiner mitmenschlichen und palliativ-medizinischen Möglichkeiten (Pöltner 2006 S.271).

Gegner der Tötung auf Verlangen argumentieren, dass der Verlust der Würde durch den herbeigeführten Tod nicht abgewendet werden könne. Demnach stellt gerade die Tötung selbst einen Würdeverlust dar (Hochgrebe 2004 S.106).

### 1.5.3. Prinzip der Wohltätigkeit und das Mitleidsargument

Die Unmenschlichkeit, jemandem die Tötung zu verweigern, der diese aus reiflicher Überlegung wegen unerträglichem Leiden wünscht, wird häufig im Rahmen des Mitleidsarguments bei der Befürwortung der Tötung auf Verlangen angeführt (Pöltner 2006 S.263). Befürworter der Tötung auf Verlangen sehen im Mitleid das Prinzip der Wohltätigkeit und der Humanität erfüllt. „Wenn ein Mensch sterben und von schweren Leiden befreit werden will, dann ist die Paternalisierung einer solchen Person unter der Berufung auf Arztpflicht und ‚Heiligkeit des Lebens‘ eine unerträgliche Demütigung. Es werden ihr nämlich Ideale aufgezwungen, die sie gar nicht teilt.“ (Wolf 2000 S.224). In diesem Zusammenhang wird auch von der ärztlichen Pflicht zur Leidensminderung gesprochen. Demnach ist ein Arzt verpflichtet, Leiden zu lindern, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, auch wenn mit den entsprechenden Maßnahmen eine Lebensverkürzung einhergeht (Hick 2007 S.82).

Mitleid bedeutet das Mittragen und Mitempfinden „im Sinne eines einfühlsamen Mitgehens mit dem Leidenden.“ (Virt 1998 S.19). Mitleid kann aber auch mit Abwehrreaktionen verbunden sein, da der Mitleidende seine Angst vor dem Leid auf den Leidenden projiziert (Pöltner 2006 S.267).

### 1.5.4. Tötungsverbot und Lebensschutzprinzip

Das Tötungsverbot wird im Diskurs um die Tötung auf Verlangen als Kontraargument angeführt. Ebenso wird teilweise mit dem Lebensschutzprinzip und „der Unantastbarkeit des Lebens“ bzw. „Unverfügbarkeit des Lebens“ argumentiert (Bleischwitz 1986 S.52f). Auch die „Ehrfurcht vor dem Leben“ taucht als Schlüsselbegriff in diesem Zusammenhang auf.

Die Frage nach der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, auch als Prinzip der Heiligkeit bezeichnet, spielt eine große Rolle in der ethischen Debatte (Hohendorf 2013 S.170). Das Prinzip der Heiligkeit bedeutet, dass das Leben einen absoluten Wert hat und daher die Lebenserhaltung um jeden Preis geboten ist. Mit dem Prinzip der Heiligkeit wird dem Leben ein fundamentaler Wert zugesprochen (Zimmermann-Acklin 2002 S.221, Hohendorf 2013 S.170). Spricht man dem Leben einen fundamentalen Wert zu, ist das Recht auf Leben von der Gesellschaft und dem Einzelnen grundsätzlich zu respektieren und entzieht sich der autonomen Entscheidung des Einzelnen (Hohendorf 2013 S.171). Fraglich ist, ob ein Leben

als „lebensunwert“ eingestuft werden kann. Es gilt zu klären, ob das Leben an sich als Grundwert angesehen wird: „Nur wer Am-Leben-Sein unabhängig von Bewusstseinsqualitäten als selbstständigen Grundwert neben andere Werte wie Lebensfreude usw. stellen möchte, wird die Auffassung vertreten dürfen, direkte Tötung immer und unter allen Umständen als einen in sich unmoralisch, weil wertwidrigen Akt zu verstehen.“ (Wolf 2000 S.86). Sofern das Sterben als Teil des Lebens betrachtet wird, unterliegt es ebenso dem Lebensschutzprinzip (Pöltner 2006 S.271f).

Kontrovers diskutiert wird, ob es ein Recht auf den Tod und im Besonderen das Recht auf Tötung gibt, das die Mitbeteiligung Dritter impliziert (Bleischwitz 1986 S.56f). Der Respekt fremder Autonomie begründet kein Recht im Sinne eines moralischen Anspruchs, von einem anderen getötet zu werden. Denn verbindlich ist nur das eigene Gewissen, sodass ein Dritter im Rahmen der Tötung auf Verlangen den Inhalt des Verlangens prüfen und zu einer eigenen Gewissensentscheidung kommen muss. Das autonome Verlangen des anderen kann nicht binden, sofern es der eigenen Gewissensentscheidung widerspricht. „Respektieren-dürfen“ ist nicht gleichzusetzen mit „Respektieren-müssen“ (Pöltner 2006 S.266f).

#### 1.5.5. Die Rolle des Arztes

Besonders kontrovers wird die Rolle des Arztes im Kontext der Sterbehilfe diskutiert. Der hippokratische Eid untersagt die Tötung auf Verlangen. Demnach widersprechen Tötungshandlungen dem ärztlichen Selbstverständnis als Heiler (Hick 2007 S.85, Preidel 2016 S.6). Ärztliche Tradition und ärztliches Selbstverständnis sind entsprechend des medizinischen Fortschritts im Wandel (Hick 2007 S.85), sodass die Verpflichtungen des hippokratischen Eides teilweise als historisch und nicht mehr bindend angesehen werden (Hick 2007 S.85), wie mit dem Schwangerschaftsabbruch geschehen. Ferner ist fraglich, ob es eine ärztliche Moral jenseits der Medizinethik gibt oder geben sollte (Gutmann 2002 S.177). Die ärztlichen Pflichten sollten demnach aus einem moralischen und rechtlichen Begründungsdiskurs hervorgehen und nicht aus dem Inhalt eines ärztlichen Ethos bestehen (Gutmann 2002 S.178).

Gegner der Tötung auf Verlangen befürchten einen negativen Einfluss des ärztlich assistierten bzw. ausgeführten Suizids auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Beeinträchtigung

des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt. Der Patient könne sich dem Arzt unter Umständen aus Angst vor unerbetener Sterbehilfe nicht mehr anvertrauen. Dies kann eine Abnahme des Vertrauens eines Patienten zu seinem Arzt bis hin zum Misstrauen bedeuten (Hick 2007 S.91, Pöltner 2006 S.279).

Im Gegenzug wird diskutiert, ob die Option der Tötung auf Verlangen das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sogar stärken könnte (Birnbacher 1998 S.130): „Ein allgemein geteiltes Ideal einer vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung existiert nicht“ (Hick 2007 S.91). Allerdings widerspricht die Garantenstellung des Arztes der Ausübung ärztlicher Sterbehilfe (Bleischwitz 1986 S.53). Der Arzt würde sein medizinisches Wissen und Können für beliebige Zwecke einsetzen und unter Umständen verkaufen (Pöltner 2006 S.276).

Es gibt jedoch auch gegensätzliche Argumentationslinien. Das Arzt-Patienten-Verhältnis müsse nach Siep und Quante (2000 S.40) im Kontext der modernen Gesellschaft mit ihrer Wertepluralität gesehen werden. In unserer Rechtsordnung, welche viele Werte und Überzeugungen zulässt, haben die Würde und Grundrechte des Individuums den höchsten Stellenwert. Dementsprechend „[...] tritt an die Stelle der tradierten Konzeption des Arzt-Patienten-Verhältnisses die Vorstellung der Interaktion zwischen autonomen Patienten und Arzt, die sich in der Priorität des Modells der informierten Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen manifestiert.“ (Siep u. Quante S.40). Dies lässt nach Siep und Quante einen selbstbestimmten Tod plausibel erscheinen.

Das Beharren auf dem primären Ziel ärztlichen Handelns wird als „Konservatismus der Standesethik“ kritisiert, der „[...] in Konflikt gerät mit dem Anspruch der Gesellschaft auf eine Neudefinition der ärztlichen Rolle, nach der der Arzt nicht mehr nur Heiler und Lebenserhalter, sondern auch Helfer ist, der seine Hilfe nicht nur nach selbstgesetzten, sondern auch nach den jeweils individuellen Maßstäben des Patienten bemisst.“ (Birnbacher 1998 S.134). Schockenhoff sagt hierzu: „Liberale Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie begehen häufig einen argumentativen Kurzschluß, indem sie die geforderte Bereitschaft zu einvernehmlichen Tötungshandlungen mit einem partnerschaftlichen Modell des gegenseitigen Respekts zwischen Arzt und Patient gleichsetzen, während eine ärztliche Haltung, die sich der Alternative des Tötens verweigert, als paternalistische Entmündigung des Patienten dargestellt wird.“ (Schockenhoff 2000 S.466).

Ferner sind gesellschaftliche Ansprüche, in diesem Fall an die Ärzteschaft, nicht zwingend bindend, sondern auf ihre Verbindlichkeit hin zu prüfen (Pöltner 2006 S.277). Nach Schockenhoff (2000 S.470) kann selbst ein als Höchstprinzip fungierender Autonomiegedanke den Arzt nicht einseitig zu einem beliebigen Handeln verpflichten, das mit seiner ärztlichen Grundhaltung unvereinbar wäre. Für die zukünftige Entwicklung des Arztbildes ist von folgenreicher Bedeutung, ob die Bindung ärztlichen Handelns an die Willensbestimmung des Patienten als eine notwendige und unerlässliche, aber allein noch nicht hinreichende Bedingung angesehen wird, oder ob das Autonomieprinzip als einziger Legitimationsmaßstab ärztlichen Handelns gelten soll (Schockenhoff 2000 S.470f). Demnach gilt es zu klären, wie viel Tragweite der Autonomie des Patienten im Rahmen ärztlicher Handlungsentscheidungen eingeräumt werden darf und soll.

#### 1.5.6. Die Aktiv-Passiv-Unterscheidung

Sowohl von Seiten der Befürworter, als auch von Gegnern der Tötung auf Verlangen wird die Unterscheidung zwischen passiver Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen im Sinne einer aktiven Handlung argumentativ aufgegriffen. Entscheidend ist dabei, ob der Unterschied zwischen aktivem Tun und passivem Unterlassen als moralisch relevant eingestuft wird. Nach Siep und Quante (2000 S.45f) deckt sich die Aktiv-Passiv-Unterscheidung nicht mit der Tun-Unterlassen-Unterscheidung oder dem Unterschied zwischen Beabsichtigen und Inkaufnehmen. Die Tun-Unterlassen-Unterscheidung bewegt sich im Bereich der philosophischen Handlungstheorie (Siep u. Quante 2000 S.46). Die Problematik der Argumentation mit der Tun-Unterlassen-Unterscheidung liegt nach Siep und Quante (2000 S.47f) im Fehlen eines realen, von subjektiven Bewertungen unabhängigen Fundamentes für die Unterscheidung von Tun und Unterlassen. Weiterhin könne man die Unterscheidung von Tun und Unterlassen auch nicht dadurch begründen, dass man dem Tun, nicht aber dem Unterlassen eine kausale Wirksamkeit zuspricht. Denn auch eine Unterlassungshandlung ist kausal relevant, da sie ebenso ein raum-zeitlich reales Ereignis ist.

Einige Verfasser medizinethischer Beiträge argumentieren in diesem Zusammenhang mit dem Ziel einer Handlung. Man kann argumentieren, dass sich die Tötung auf Verlangen und die passive Sterbehilfe bezüglich ihres Handlungszieles moralisch nicht wesentlich unterscheiden (Hick 2007 S.83), da in beiden Fällen die Leidensminderung Ziel der Handlung ist.

In beiden Fällen ist der Tod Mittel zur Leidensminderung (Hick 2007 S.83). Andererseits kann der Tod nie ein Mittel zur Leidensminderung sein, weil eine solche Minderung nur in Verbindung der Existenz eines Menschen möglich ist und diese Existenz voraussetzt. So unterscheiden sich Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen zwar nicht hinsichtlich der möglichen Todesfolge, jedoch in den der Handlung zugrundeliegenden Absichten und dem Handlungsziel (Pöltner 2006 S.274f). Nach Pöltner (2006 S.274f) besteht im Falle der passiven Sterbehilfe das Handlungsziel im Sterbenkönnen, wogegen die aktive Form der Sterbehilfe den Tod um des Todes willen zum Ziel hat. Dabei handelt es sich beim Sterbenkönnen um die biologische Leidensminderung, die Befreiung des Sterbenden vor Schmerz- und Angstzuständen und die Vermeidung einer sinnlosen Lebensverlängerung, die Leidensverlängerung bedeuten würde. Der dadurch möglicherweise früher eintretende Tod wird lediglich in Kauf genommen.

Bei der sittlichen Beurteilung einer Handlung muss die volle Handlungsstruktur berücksichtigt werden. Neben dem Handlungsziel spielt demnach auch die Todesursache eine Rolle. Beim Sterbenlassen besteht die Todesursache im irreversiblen Prozess in Folge von Alter oder Krankheit. Bei der Tötung auf Verlangen ist die Todesursache in einer Fremdotsache zu sehen (Pöltner 2006 S.274f). Dem entgegensetzen ist, dass sowohl bei der Tötung auf Verlangen, als auch bei der passiven Sterbehilfe die Handlung des Arztes das den Tod auslösende Moment ist (Hick 2007 S.83).

Nach Schockenhoff ist die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe von eminenter moralischer Bedeutung, da sie „[...] dem Sterbenden das Recht auf seinen eigenen Tod [einräumt], nicht im Sinn der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinn einer bewußten Annahme des Todes, die von seiten der Ärzte und der Angehörigen durch palliative Schmerzbekämpfung und menschlichen Sterbebeistand unterstützt wird.“ (Schockenhoff 2000 S.464f). Während der Patient bei der Sterbehilfe im Sinne von Unterlassungshandlungen seinen eigenen Tod stirbt an Ursachen, deren Bekämpfung medizinisch nicht mehr sinnvoll bzw. barmherzig ist, greift die Tötung auf Verlangen dem eigenen Tod des Menschen vor und verwandelt ihn in ein „gezielt herbeigeführtes, bewußt geplantes Ereignis“ (Schockenhoff 2000 S.464f).

### 1.5.7. Fragliche Notwendigkeit einer Neuregelung

Von einigen Autoren wird die Notwendigkeit einer Neuregelung der Tötung auf Verlangen in Frage gestellt. Daher befasst sich die Forschung um Sterbehilfe auch mit der Schmerztherapie und stellt sich die Frage, inwiefern eine Schmerzbeseitigung sichergestellt werden kann. Auch stellt die Häufigkeit des Suizidwunsches bei körperlich Schwerstkranken einen Forschungsgegenstand dar. Gegner der Tötung auf Verlangen sehen das Leidensargument als Argument für die Tötung auf Verlangen nicht gegeben, da sie der Ansicht sind, dass die Schmerztherapie eine ausreichende Schmerzausschaltung darstellt und der Suizid auf Grund von Schmerzen selten ist.

Jedoch gelingt nicht in allen Fällen die Schmerzausschaltung. Anästhesisten sprechen von etwa 5% der Fälle, bei denen die Schmerzen nicht in den Griff zu bekommen sind (Pöltner 2006 S.267). Ferner können Suizidwünsche aus einer Lebenslage heraus entstehen, die von Vereinsamung geprägt ist. Demnach würden Suizidwünsche durch entsprechende Betreuung und menschliche Zuwendung häufig revidiert werden (Pöltner 2006 S.265). Nach Schockenhoff (2000 S.467) zeige die Erfahrung der Hospizbewegung, dass ein ernsthafter Wunsch nach Tötung auf Verlangen noch seltener geäußert wird, wenn der Patient weiß, dass er in der letzten Sterbephase mit einer wirksamen Schmerzbekämpfung und menschlichem Beistand rechnen kann.

### 1.5.8. Aspekte im Kontext von Umsetzbarkeit der Tötung auf Verlangen in eine gesetzliche Regelung

Einige Medizinethiker bestreiten generell die Umsetzbarkeit der Tötung auf Verlangen in eine gesetzliche Regelung. Autonomie, Freiwilligkeit und Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches werden als Voraussetzungen eines Gesetzes zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen diskutiert. Es ist fraglich, inwiefern diese Prinzipien gewährleistet werden können. Zum Teil wird in der medizinethischen Diskussion sogar bezweifelt, dass eine freiwillige Entscheidung und freiwilliges Handeln überhaupt möglich sei (Hick 2007 S.86).

Einen Weg zur Gewährleistung einer selbstbestimmten Entscheidung des betroffenen Patienten sehen die Befürworter der Tötung auf Verlangen im niederländischen Recht erfüllt.

Im niederländischen Rechtssystem wird die Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung zur eigenen Tötung anerkannt, wobei der Arzt aber bestimmte Sorgfaltspflichten zu erfüllen hat (Hoven 2016 S.6). Der Arzt muss prüfen, ob sich der betroffene Patient in einem erheblichen Leidenszustand befindet, die bestehenden Optionen und Alternativen ausreichend reflektiert hat, und psychisch gesund ist. Ferner muss im Vorfeld ein unabhängiger Konsiliararzt zu Rate gezogen werden, der seine Einschätzung, ob die Einwilligungsvoraussetzungen erfüllt sind, dokumentiert. Der Fall muss nachträglich durch eine Kontrollkommission, bestehend aus Medizinern, Juristen und Ethikern, geprüft werden. Diese nachträgliche Untersuchung und die Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung bei mangelnder Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen soll gewährleisten, dass die Ärzte mit Sorgfalt handeln und der präventive Schutz des Patienten gestärkt wird (Hoven 2016 S.6).

Thema der Debatte ist auch der Suizid im Kontext von Depressionen. Depressive Stimmungen spielen in vielen Fällen von Suizid eine Rolle (Stadler 1991 S.41). Der Patient unterliegt in den einzelnen Sterbephasen wechselnden Stimmungen, sodass der in einem depressiven Stadium geäußerte Wunsch nach Sterbehilfe nicht zwingend dauerhaft sein muss und von einem neuen Lebensschub abgelöst werden kann, der möglicherweise mit einer Annahme des Todesschicksals einhergeht (Schockenhoff 2000 S.467). Ferner sind einige Gegner der Sterbehilfe der Ansicht, dass es keine Bilanzselbstmorde gibt und der Suizidwunsch immer auf Ursachen beruht, die behandelbar sind (Pöltner 2006 S.280).

Weiterhin besteht eine Irrtumsmöglichkeit, in dem Sinne, dass die vorgesehenen Bedingungen, unter denen Sterbehilfe erlaubt sein soll, nicht gegeben sind und so fälschlicherweise Sterbehilfe geleistet wird. Ferner wird die Vergrößerung der rechtlichen Grauzone diskutiert, die statt zu einer Verbesserung der Rechtslage zu Verunsicherung führen würde. Einige Autoren sehen jedoch in der bestehenden Grauzone einen Grund für eine gesetzliche Regelung gegeben, da eine Kontrolle der Grauzone und der in dieser Grauzone praktizierten Sterbehilfe erfolgen müsse (Pöltner 2006 S.280).

Ein weiteres Problem besteht in der Grenzziehung einer gesetzlichen Regelung und der Indikation. Eine Eingrenzung auf genau definierte gesetzliche Ausnahmen ist nur schwer kontrollierbar und geht mit engen Bedingungen einher. Die Einhaltung dieser Bedingungen bedeutet einen großen bürokratischen Aufwand (Pöltner 2006 S.280). Befürchtet wird daher, „[...] ob Moral auf diese Weise nicht in administrative Prozeduren aufgelöst wird.“ (Virt

1998 S.29). Fraglich ist dabei, ob sich aus Extremfällen überhaupt Handlungsregeln gewinnen lassen. Auch wenn es Konfliktfälle gibt, an deren Ende die Tötung auf Verlangen stehen mag, so kann daraus nicht gefolgert werden, dass diese Konfliktfälle einer gesetzlichen Regelung unterworfen werden können oder müssen. Eine solche Regelung würde dem Extremfall seine Extremstellung nehmen (Pöltner 2006 S.281).

Neben der Zulässigkeit, die bedeutet, dass eine Handlung rechtlich erlaubt ist, ist auch eine Duldung der Tötung auf Verlangen, wie in den Niederlanden praktiziert, denkbar. Die Sterbehilfe ist in den Niederlanden nicht generell legalisiert. Die Patienten haben weder Anspruch auf Sterbehilfe, noch werden die Ärzte dazu verpflichtet, Suizidbeihilfe zu leisten bzw. das Leben eines Patienten auf dessen Verlangen hin zu beenden. Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe sind nach wie vor Straftaten. Jedoch besteht seit 2002 eine gesetzliche Ausnahmeregelung, die Ärzte von der Strafbarkeit ausnimmt, wenn sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen handeln (Mackor 2016).

#### 1.5.9. Diskutierte Folgen einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen

Durch eine mögliche Aufhebung des Verbots der Tötung auf Verlangen wird ein Dambruch befürchtet. Dies ist insbesondere in Deutschland aufgrund des massiven Missbrauchs des „Euthanasie“-Begriffs durch den Nationalsozialismus ein großes Thema. Die Aufarbeitung des Missbrauchs des „Euthanasie“-Begriffs und der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Nationalsozialismus ist auch ein großes Forschungsfeld der Sterbehilfe. Dabei gilt es, die Ursachen für den damaligen Dambruch aufzudecken. Stadler findet einen Erklärungsansatz in der wirtschaftlichen Motivation der Nationalsozialisten im sozialen Sektor Geld zu sparen, um größere finanzielle Mittel für ihren „Vernichtungskrieg“ zur Verfügung zu haben (Stadler 1991 S.68f). Daneben findet Stadler im „therapeutischen Idealismus“ der Ärzte einen Grund für den Dambruch. Demnach bestehe ein Problem der heilenden Berufe in der „Dialektik von Heilen und Vernichten“ (Roth u. Aly 1989, Stadler 1991 S.72). Neben Stadler widmet sich Benzenhöfer intensiv der historischen Aufarbeitung der „Euthanasie“.

Gegner der Tötung auf Verlangen führen die Möglichkeit von Missbrauch als Kontraargument einer Legalisierung an. Auch der Einfluss von objektiven Interessenslagen wird diskutiert (Spaemann u. Fuchs 1997 S.14). Die Befürchtung, dass die Tötung auf Verlangen das Bemühen um pflegerische und palliative Alternativen verdrängen kann und als der aufwandslosere, schnellere und kostengünstigere Weg zum Ziel eines ruhigen Todes bzw. der Befreiung von Leidenszuständen angesehen wird, ist nach Schockenhoff nicht aus der Luft gegriffen. Die Forderung nach der Tötung auf Verlangen komme gesellschaftlichen Entwicklungen wie der zunehmenden Vereinzelung der Menschen, der demographischen Entwicklung hin zur Überalterung und der Kostenexplosion im Gesundheitswesen durchaus entgegen (Schockenhoff 2000 S. 468f). Im Sinne einer „schiefen Ebene“ wird der schrittweise Übergang der Tötung auf Verlangen in die Tötung ohne Verlangen befürchtet (Spaemann u. Fuchs 1997 S.22). Denn sofern die Tötung auf Verlangen nur Schwerstkranken gewährt wird, besteht kein Grund sie dann anderen Personenkreisen vorzuenthalten (Pöltner 2006 S.279f). Sofern das Tötungsverbot teilweise aufgehoben wird, könnten Tötungshandlungen auch in anderen Bereichen vermehrt akzeptiert werden (Hick 2007 S.89). Es besteht die Gefahr, dass die Tötung auf Verlangen unter dem Mitleidsmotiv dann vom Personenkreis der Kranken zunehmend auf andere Personenkreise ausgeweitet wird und schließlich in einer Tötung ohne ausdrückliches Verlangen mündet (Hick 2007 S.89). In diesem Kontext muss auch die Enttabuisierung und die Tötungsenthemmung als mögliche Folge einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen als Argument angeführt werden (Spaemann u. Fuchs 1997 S.21). Die fatalen Folgen, die mit einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen einhergehen würden, rechtfertigen ein Verbot dieser (Hick 2007 S.90).

Eine Zunahme der Tötung auf Verlangen konnte aber in den Niederlanden nicht nachgewiesen werden. So gingen die Autoren Pijnenborg, van der Maas, van Delden und Looman (1993) bei ihrer Untersuchung im Jahr 1993 davon aus, dass eher mit einer Abnahme der Fälle von „Euthanasie“ ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten zu rechnen sei. Schlussfolgerungen, die auf einen „Dambruch“ hinweisen, ließen sich aus ihren Ergebnissen nicht ableiten, so die Autoren (Wernstedt 2000). Es ist fraglich, ob sich die oft behauptete schiefe Ebene empirisch nachweisen lässt (Hick 2007 S.90).

Sofern diese schiefe Ebene besteht, ist es gegebenenfalls möglich, diese durch gesetzliche Regelungen aufzuhalten. Diese Theorie müsste von den Gegnern der Tötung auf Verlangen

widerlegt werden (Hick 2007 S.90). Ferner ist das Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten nicht das Ergebnis eines schleichenden Prozesses des Dammbrochs, sondern vielmehr Ergebnis einer Vernichtungsideologie (Hick 2007 S.90).

#### 1.5.10. Sterbehilfe im gesellschaftlichen Kontext

Gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen wird der Solidaritätsgedanke angeführt. Einige Medizinethiker sehen die Tötung auf Verlangen im Widerspruch zum Solidaritätsprinzip (Spaemann u. Fuchs 1997 S.25f). Der Schutz Dritter wird teilweise als Argument gegen die Sterbehilfe angeführt. Weiterhin wird ein Problem in einer möglichen veränderten sozialen Lage der kranken und alten Menschen gesehen. Durch Zulassung der Tötung auf Verlangen könnten sich demnach alte und kranke Menschen zur Sterbehilfe verpflichtet fühlen, um ihren Mitmenschen nicht zur Last zu fallen (Spaemann u. Fuchs 1997 S.20).

Es sind Gesellschaftsformen denkbar, bei denen von den Mitgliedern einer Gesellschaft der Suizid erwartet wird. Beispielsweise hat der Stamm der Zuruaha, ein kleines, im brasilianischen Amazonasdschungel lebendes Indianervolk, weltweite Bekanntheit errungen durch den im Stamm allgemeinen Hang zum Suizid. So gibt es unter den Zuruaha keine Menschen im Greisenalter und kaum Familien, die kein Familienmitglied durch die Selbsttötung verloren haben. Der Suizid eines Familienmitglieds oder -angehörigen wird nicht betrauert (Kamphausen 2011).

Die Verfügbarkeit der Tötung auf Verlangen könnte alte und kranke Menschen unter enormen Druck setzen (Hick 2007 S.92). Möglicherweise könnte die allgemein in einer Gesellschaft vorherrschende Toleranz gegenüber diesen Menschen stark sinken und mit einer Entsolidarisierung einhergehen (Spaemann u. Fuchs 1997 S.20). Unter dem Vorwand des Mitleidarguments könnten Nützlichkeitsabwägungen den Platz der Solidarität einnehmen (Pöltner 2006 S.279). Stadler (1991 S.133) argumentiert, eine rechtliche Verankerung der Tötung auf Verlangen setze die Existenz Kranker zur Disposition. Aus Recht würde die „Pflicht zum Selbstmord“ (Spaemann u. Fuchs 1997 S.19).

Gegner der Sterbehilfe sehen die Rechtssicherheit als wichtigen Faktor in der Gesellschaft an. Durch die Legalisierung der Sterbehilfe könnte diese Sicherheit im Grundrecht auf Leben und körperlicher Unversehrtheit bedroht sein (Bleischwitz 1986 S.57). Die sinkende

Toleranz gegenüber kranken Menschen kann mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation schwerkranker Patienten und verminderter Ressourcen für das Palliativwesen einhergehen, da die kostengünstigere Alternative der Tötung auf Verlangen besteht (Hick 2007 S.93). So ist es möglich, dass eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen letztlich auf ökonomischen Interessen basiert und eine Eindämmung der wachsenden Kosten für Pflege und medizinische Behandlung zum eigentlichen Ziel hat (Preidel 2016 S.7).

Befürworter der Sterbehilfe führen als Argument an, dass der Sterbeprozess nicht von der künstlichen Verlängerung des Lebens durch den Fortschritt der modernen Medizin bestimmt werden dürfe (Bleischwitz 1986 S.57). Dem möglicherweise zunehmenden Druck auf die Patientengruppe der Kranken und Alten könne mittels restriktiven Anforderungen an die Durchführung der Tötung auf Verlangen entgegengewirkt werden (Hick 2007 S.92). Geeignete Steuerungsmaßnahmen könnten die möglicherweise verschlechterte Versorgungssituation kranker Patienten verhindern, was letztlich auf einer politischen Entscheidung beruht (Hick 2007 S.93).

Bei der ethischen Beurteilung dieser Argumente spielt vor allem die Einordnung des Individualrechts gegenüber dem Kollektiv eine Rolle. Zentrale Fragen dabei sind, wie viel Raum dem Individualrecht eingeräumt werden darf und andererseits wie viel Einschränkungen vom Individuum für das allgemeine Wohl erwartet werden können bzw. sollen. Nach Spemann und Fuchs (1997 S.18) finden alle Handlungen Dritter, die den Selbstmord eines Menschen beeinflussen, innerhalb eines Beziehungsnetzes statt und unterliegen deshalb dessen Gesetzen. Nach Siep und Quante (2000 S.45) könne man eine Pflicht, sein Leben bis zum Ende aushalten zu müssen, individualethisch nicht begründen. Eine solche Pflicht könne allenfalls mit dem Beitrag des Individuums zum Schutz der anderen in der Gesellschaft begründet werden. Dementsprechend ist im Falle der Tötung auf Verlangen auf den ausdrücklichen Wunsch der betreffenden Person hin unabhängig von möglichen Folgehandlungen kein kategorisches Verbot vertretbar.

## 1.6. Fragestellung und Zielsetzung

Die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe stellen medizinethische Konfliktfälle dar. Dem individuellen Wunsch des Patienten nach einem vorzeitigen Tod stehen gesellschaftlichen Interessen gegenüber. Das Dilemma äußert sich in widerstreitenden Argumenten.

Aufgrund der Kontroverse zum Thema Tötung auf Verlangen und der dabei zugleich aktuell hohen Brisanz ist eine Auseinandersetzung von Seiten der Medizinethik gefordert. Da die Regelung der Sterbehilfe das Gesundheitssystem und die Mediziner im Besonderen betrifft, muss sich die Medizinethik dieser Thematik widmen. Aufgabe der Medizinethik ist es dabei, eine ethische Aufarbeitung des Themas vorzunehmen. Eine schlüssige Position zum Thema Tötung auf Verlangen konnte bisher noch nicht gefunden werden. Auch stellt die unzureichende Abgrenzung der Diskussionen hinsichtlich der verschiedenen Formen der Sterbehilfe ein Problem dar. Die Präsenz des Themas und die Fülle an Einstellungen und Ansichten dazu erfordern eine wissenschaftliche Untersuchung, die die Argumente im ethischen Diskurs analysiert.

Neben der allgemeinen Präsenz des Themas bildet einen weiteren Ausgangspunkt meiner Dissertation der 2008 am Universitätsklinikum Ulm erfolgte Sterbehilfefall. Dieser wurde 2014 am Landgericht Ulm verhandelt und macht so im Besonderen eine Auseinandersetzung mit dem Thema Tötung auf Verlangen von Zugehörigen der Universität Ulm nötig.

Im Rahmen dieser Dissertation soll eine Analyse der Argumente, die in der Debatte um die Tötung auf Verlangen vorherrschend sind, vorgenommen werden. Dabei wird vom bestehenden medizinethischen Diskurs ausgegangen. Es sollen auch wissenschaftlich fundierte Positionen aufgegriffen werden. Zunächst gilt es die relevanten und in der Diskussion vorherrschenden Argumente ausfindig zu machen. Aufgrund der Fülle der Beiträge wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es soll nur ein bestimmter Zeitraum untersucht werden. Analysiert wird der Diskussionsprozess der Jahre 2000 bis 2016. Mit der Verabschiedung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 rückten die verschiedenen Formen der Sterbehilfe in Deutschland in den Vordergrund (Preidel 2016 S.16). Ferner geht es in dieser Arbeit um die Untersuchung der Tötung auf Verlangen im heutigen gesellschaftlichen Kontext. Daher macht eine Aufarbeitung zeitlich weit zurückliegender Literatur keinen Sinn.

Die relevanten Argumente im Disput um die Tötung auf Verlangen sollen im Rahmen dieser Arbeit eine ethische Analyse erfahren durch die Anwendung ethischer Modelle und Methoden im Sinne eines „multiple-approach“-Vorhabens. Die Analyse soll im umschriebenen Bereich der Tötung auf Verlangen erfolgen. So steht die Tötung auf Verlangen bei terminal Erkrankten im Mittelpunkt. Die Tötung auf Verlangen bei Kindern und bei psychisch Erkrankten soll nicht Gegenstand des Forschungsvorhabens sein. Die Eingrenzung des Personenkreises erscheint sinnvoll, da dieser Fokus Einfluss auf die Anwendung und Relevanz der Argumente haben kann. Die Sterbehilfe bei terminal Erkrankten betrifft außerdem den Personenkreis, über den in der aktuellen gesellschaftlichen Debatte um mögliche Neuregelungen der Sterbehilfe in Deutschland vorwiegend diskutiert wird. Ferner wird so eine engmaschige und schlüssige Argumentationsstruktur im Kontext des Ulmer Falls ermöglicht.

Die ethische Analyse der Argumente soll einen Beitrag zur ethischen Einordnung der Tötung auf Verlangen und so letztlich einen Beitrag zur Debatte um Sterbehilfe darstellen. Daraus ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen:

1. Welche Argumente für und wider Tötung auf Verlangen sind im aktuellen medizinethischen Fachdiskurs vorherrschend?
2. Wie sind die Argumente für und wider der Tötung auf Verlangen bei terminal Erkrankten zu bewerten?
3. Ist die Tötung auf Verlangen konkret bei terminal Erkrankten ethisch höherwertig einzustufen als ein generelles Verbot der Tötung überhaupt?

Neben der allgemeinen Analyse der Argumente soll eine Aufarbeitung des Ulmer Falls erfolgen, die sich folgenden Fragestellungen widmet:

1. Lassen sich die Ergebnisse auf den Ulmer Fall übertragen?
2. Wie lässt sich der Ulmer Fall ethisch einordnen?

Die zuvor erfolgte ethische Analyse der Argumente kann möglicherweise direkt zur Aufarbeitung des Ulmer Falls beitragen, während die Anwendung der Argumente auf den Ulmer Fall wiederum Aufschluss über die Anwendbarkeit und Evidenz der Argumente selbst gibt. So soll letztlich durch die Anwendung wissenschaftlich anerkannter ethischer Methoden und Modelle in Kombination mit den erarbeiteten Fragestellungen und Forschungsansätzen ein Beitrag zur ethischen Einordnung der Tötung auf Verlangen unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes geleistet werden.

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Grundlegende Prinzipien der Ethik

Es lassen sich vier Stufen der wertebezogenen Entscheidungen in der Medizin abgrenzen (Stahl u. Emanuel 2017). Ethik steht über Moral. Es besteht dabei eine gewisse Analogie zur Theorie der Moralentwicklung nach Lawrence Kohlberg.

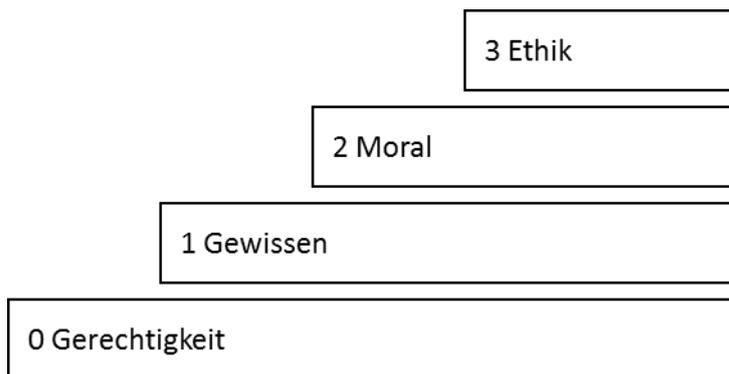


Abbildung 1: Vier Stufen der wertebezogenen Entscheidungen in der Medizin. Quelle: Stahl u. Emanuel 2017

Kohlberg (1976) unterscheidet drei Hauptniveaus des moralischen Urteilens. Auf der präkonventionellen Ebene begreift eine Person erstmals, dass es neben der eigenen Sichtweise auch andere Sichtweisen gibt. Die erste Stufe der präkonventionellen Ebene besteht in der Orientierung an Strafe und Gehorsam. Die betreffende Person befolgt die Regeln, die von den Autoritäten vorgegeben werden, um Strafen zu vermeiden. In der zweiten Stufe, der instrumentell-relativistische Orientierung, erkennt eine Person bereits die Gegenseitigkeit menschlichen Verhaltens, das heißt sie reagiert auf das Verhalten von Mitmenschen mit gleichartigem Verhalten (Kohlberg 1976).

Im Zuge der konventionellen Ebene (dritte Stufe) werden moralische Erwartungen anderer Personen erkannt. Die betroffene Person richtet auch selbst moralische Erwartungen an das Verhalten der Mitmenschen (Kohlberg 1976).

In der vierten Stufe, der Orientierung an Gesetz und Ordnung, begreift die Person die Bedeutung moralischer Normen und Regeln für die Gesellschaft. Der Einzelne befolgt diese Regeln, um zum Funktionieren der Gesellschaft beizutragen.

Wird die fünfte Stufe, die postkonventionelle Ebene, erreicht, werden moralische Normen nur noch als handlungsleitend angesehen, wenn sie entsprechend gut begründet sind. Die betreffende Person hinterfragt bestehende moralische Regeln (Kohlberg 1976).

In der sechsten Stufe, der Orientierung am universalen ethischen Prinzip, orientiert sich die Moralbegründung am Respekt für die Mitmenschen. Der Einzelne orientiert sich an ethischen Prinzipien, die universal gelten, und richtet sein Handeln nach diesen selbst gewählten Prinzipien aus. Konflikte sollen argumentativ gelöst werden, wobei die Sichtweise aller Beteiligten Berücksichtigung finden sollte (Kohlberg 1976).

### 2.1.1. Forschungsbereich

Im Rahmen meines Forschungsvorhabens geht es um die ethische Aufarbeitung der Tötung auf Verlangen bei terminal Erkrankten. Dieses Forschungsvorhaben bewegt sich im Wissenschaftsbereich der Medizinethik. Daher gilt es zu klären, was man unter Medizinethik versteht. Zentrale Begriffe in diesem Zusammenhang wie „Moral“ und „Ethik“ müssen eine Definition und Abgrenzung erfahren.

### 2.1.2. Der Wissenschaftsbereich Ethik

Die philosophische Ethik blickt auf eine lange Tradition zurück. Aristoteles etablierte sie als Teilbereich der Philosophie im vierten vorchristlichen Jahrhundert mit dem Ziel, die bestehende Moral im Zuge der neu entstandenen griechischen Stadtgesellschaft auf ihren Sinn hin zu prüfen. In der Neuzeit ist verstärkt eine Pluralität der Vorstellungen vom guten Leben festzustellen. Eine umfassende und allgemein anerkannte Moralinstanz gibt es nicht mehr, sodass evaluative Fragen des guten Lebens und normative Fragen des moralisch Richtigen in der Ethik eine zunehmende Bedeutung erhalten (Marckmann 2015 S.4).

In der gegenwärtigen philosophischen Ethikdiskussion wird „Ethik“ als eine Fachdisziplin verstanden, die auch als Synonym zur „Moralphilosophie“ verwendet wird. Sie rechtfertigt ethische Normen, entwickelt konsistente ethische Theorien und thematisiert die Sprache der Moral (Knoepffler 2010 S.18).

Die Ethik ist nicht nur als theoretische, sondern als eine sittlich-praktische Disziplin zu verstehen, deren Ziel nach Aristoteles nicht die Erkenntnis, sondern das Handeln ist. Die Ethik ist eine Disziplin der praktischen Philosophie und zählt zur normativen Wissenschaft, d.h. die Ethik beschreibt nicht, wie faktisch gehandelt wird, sondern erörtert, wie gehandelt werden soll (Pöltner 2006 S.19).

Sie lässt sich in Metaethik, deskriptive Ethik und normative Ethik unterteilen. Die Metaethik befasst sich mit der Moralsprache und reflektiert die Methoden, welche zur Begründung inhaltlicher moralischer Aussagen dienen (Knoepffler et al. 2006 S.10). Sie klärt sowohl allgemeine Begriffe, als auch Strukturen moralischen Argumentierens (Marckmann 2015 S.5). Die Metaethik ist strikt-normativ, setzt axiomatisch eine Werteregulierung voran und begründet dementsprechend keine Werte und Normen (Knoepffler et al. 2006 S.10). Die deskriptive Ethik beinhaltet die Erfassung und Beschreibung der Moral und ist auch unter dem Synonym empirische Ethik geläufig, da sich dieser Bereich der Ethik empirischen Untersuchungen zuwendet (Müller-Busch et al. 2007). Im Vordergrund steht die Beschreibung von empirisch ermittelten moralischen Haltungen, welche eine Klärung in ihrem soziologischen, historischen und psychologischen Zusammenhang erfahren (Marckmann 2015 S.5). Die deskriptive Ethik beschreibt das im Selbstverständnis des Menschen enthaltene Werte- und Normensystem im Zusammenhang mit beispielsweise Redewendungen und Verhaltensweisen, wobei ebenfalls auf die Begründung von Normen verzichtet wird (Knoepffler et al. 2006 S.10). Zunehmend werden Methoden der empirischen Sozialforschung genutzt (Marckmann 2015 S.5).

Im Gegensatz dazu bemüht sich die normative Ethik, Werte, Normen und Handlungsprinzipien zu entdecken oder zu entwickeln (Knoepffler et al. 2006 S.10f). Sie befasst sich mit der Frage nach moralisch gutem und schlechtem Handeln (Müller-Busch et al. 2007). In diesem Teilbereich der Ethik werden Rekonstruktion und Kritik von Moral, sowie die Formulierung und Begründung ethischer Handlungsnormen vorgenommen. Zur normativen Ethik zählen die Bereichsethiken und die Fundamentaethik, die sich wesentlich mit der Begründung allgemeiner moralischer Fragen befasst (Müller-Busch et al. 2007). Die Medizinethik stellt eine solche Bereichsethik dar. Aufgabenstellungen der Bereichsethiken sind die Identifizierung moralischer Problemstellungen eines bestimmten Handlungsbereichs, die Rekon-

struktion der Moral in diesem Kontext und die Kritik und Begründung von moralischen Normen für diesen Handlungsbereich. Die Bereichsethiken werden auch als angewandte Ethik bezeichnet (Müller-Busch et al. 2007).

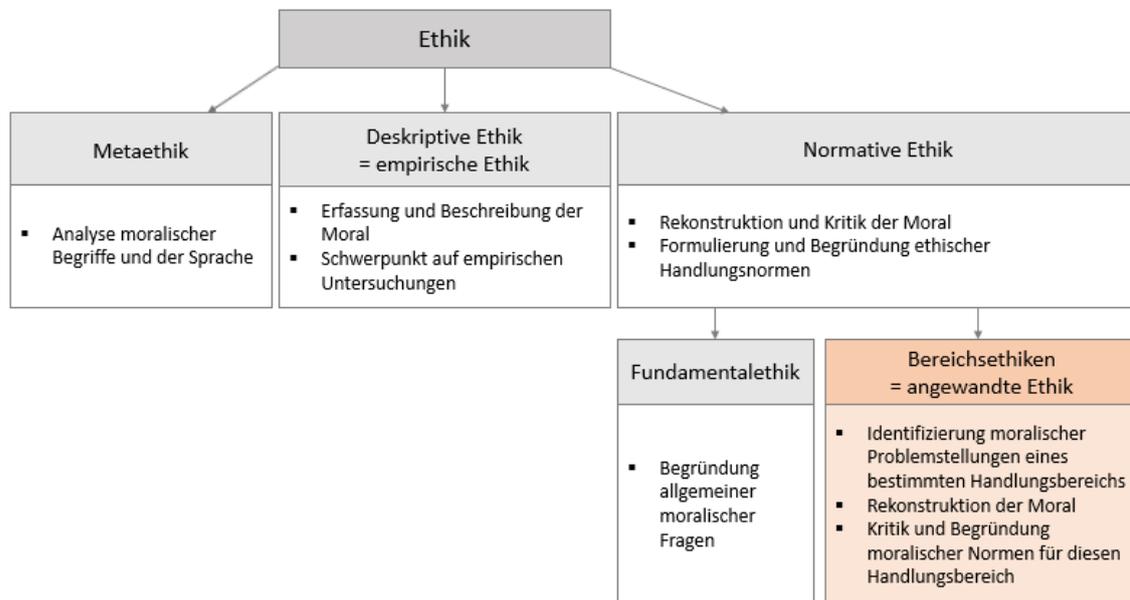


Abbildung 2: Wissenschaftsbereich Ethik. Abbildung 2 zeigt die Unterteilung des Wissenschaftsbereichs Ethik in seine Teildisziplinen und die Arbeitsfelder sowie Aufgabenbereiche dieser. Quellen: Müller-Busch et al. 2007, Knoepffler et al. 2006

### 2.1.3. Der „Moral“-Begriff

Die Moral ist Hauptgegenstand der Ethik. Sie ist entweder gesellschaftliche Konvention oder die Gesamtheit anerkannter Werte, Normen und Ideale innerhalb ethischer Theorien und damit einhergehender Einstellungen (Knoepffler 2010 S.18). Der Begriff „Moral“ leitet sich vom lateinischen Wort „mos“ ab und beschreibt zunächst die Gesamtheit der akzeptierten Verhaltensnormen, welche durch tradierte Verhaltensregeln eine Stabilisierung erfahren. Moral ist zunächst ein soziologischer Begriff und stellt als solches ein komplexes Ganzes aus kollektiv geteilten, zum Teil individuellen und teils gruppenspezifischen Überzeugungen über richtiges Handeln dar (Birnbacher 2007 S.7).

In der heutigen ethischen und philosophischen Diskussion wird der Moralbegriff auf verschiedene Weise verwendet (Werner 2005 S.215). Moral wird in seiner heutigen Verwendungsweise nicht mehr zwangsläufig als Gesamtheit der Verhaltensnormen oder gar Gewohnheiten gesehen, sondern beschreibt meist die Teilmenge dieser Normen (Werner

2005 S.215). Der Einzelne ist dann moralisch, wenn seine Einstellungen diesen Konventionen bzw. Werten, Normen und Idealen einer ethischen Theorie entsprechen (Knoepffler 2010 S.18). Dabei tritt die Moral dem Individuum als etwas objektiv Gegebenes gegenüber, zu dem moralische Überzeugungen, gesellschaftliche Institutionen, moralische Normen, Wertvorstellungen und Ideale zählen. Mit dem Moralbegriff als soziologischem Terminus sind auch subjektive Momente verbunden, wie beispielsweise Schuldgefühle oder ein Gerechtigkeitsgefühl. Diese resultieren aus der Verinnerlichung moralischer Überzeugungen durch das Individuum (Birnbacher 2007 S.7f).

Im heutigen Gebrauch des Begriffs ist eine zunehmende „Verinnerlichung“ zu beobachten. Während der Moralbegriff ursprünglich eher auf Außenaspekte des Verhaltens bezogen war und so auch als Bezeichnung für nichtmenschliche Naturvorgänge diente, bezieht er sich heute auf die Verhaltensnormen und -Orientierungen eines Moralsubjektes und dessen Überzeugungen von der Gültigkeit gewisser Werte (Werner 2005 S.215). Diese „Verinnerlichung“ beinhaltet, dass die Moral an sich mit einer Reflexion über Normen und Handlungen verbunden und dementsprechend im Zuge einer Reflexion entstanden ist (Werner 2005 S. 216). Dementsprechend ist es fraglich, inwiefern der Moralbegriff als ein neutraler Terminus betrachtet werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch vom „Neutralitätsproblem“ die Rede (Kettner 2002 S.412).

Kettner (2002 S.412) schlägt vor, die Moraldefinition aus der Sprachpraxis der Akteure selbst zu gewinnen. Demnach löst sich das „[...] Neutralitätsproblem als ein Scheinproblem auf [...]“, sobald man die „[...] Beschreibungsfrage rein empirisch-hermeneutisch [...]“ angeht. Allerdings ist fraglich, inwiefern die hermeneutische Herangehensweise tatsächlich eine empirische Methode im Sinne strikter Wertneutralität ist (Werner 2005 S.225). Werner argumentiert wie folgt: „Das Verstehen des Sinns einer Äußerung ist demnach nicht vollständig ablösbar von Stellungnahmen zur Gültigkeit dieser Äußerung. Damit möglich wird, was Gadamer ‚Horizontverschmelzung‘ genannt hat, muss der Hermeneutiker zumindest virtuell in die Rolle eines Teilnehmers am untersuchten Sprachspiel schlüpfen, ohne dabei das Gepäck seiner eigenen Überzeugungen abwerfen zu dürfen. Vielmehr muss er diese Überzeugungen gerade zum Zweck der Verständigung über den ‚Gegenstand‘ ins Spiel bringen und fruchtbar machen.“ (Werner 2005 S.225).

Eine weitere Möglichkeit zur Klärung des Moralbegriffs besteht in der bewussten Beschränkung auf die Nominaldefinition des Begriffs „moralisch“ (Werner 2005 S.228). Hare erklärt dies folgendermaßen: „Wir geben einfach zu, daß das Wort mehrdeutig, ja sogar vage ist, und definieren dann eine seiner Verwendungsweisen so, daß damit der Gebrauch von »sollte« und »muß« erfaßt wird, an dem wir primär interessiert sind.“ (Hare 1992 S.103f). Der Begriff „moralisch“ wird so definiert, dass dasjenige, was die eigene ethische Theorie begründen kann, davon getroffen wird (Werner 2005 S.228).

Auch Birnbacher (2007 S.12) sieht ein Problem in der „definition of morality“ (Birnbacher 2007 S.12). Birnbacher (2007 S.12) versucht, dieses Problem zu lösen, indem er der Moral bestimmte Kennzeichen zuspricht: Der Handlungsbezug stellt das zentrale Kennzeichen der Moral dar. Im Mittelpunkt der Moral stehen Urteile, die menschliches Handeln als positiv oder negativ bewerten. Moralische Urteile sind kategorisch, das heißt sie bewerten Handlungen unabhängig von den Motiven und Interessen des Handelnden (Birnbacher 2007 S.13). Zwar besteht eine Korrelation zwischen den Motiven des Handelnden und dem Urteil über die Handlung selbst, aber im Einzelfall können ethisch gute Motive zu ethisch schlechten Handlungen führen, genauso wie aus moralisch schlechten Motiven moralisch gute Handlungen resultieren können (Birnbacher 2007 S.21). Handlungszentrierung und Kategorizität sind Kennzeichen des Moralischen, die weitestgehend unbestritten und in der Moralphilosophie allgemein anerkannt sind (Birnbacher 2007 S.23). Ferner beanspruchen moralische Urteile Intersubjektivität. Moralische Urteile appellieren an die Vernunft und reklamieren eine über das einzelne Subjekt hinausgehende Verbindlichkeit. Dabei erheben sie Anspruch auf Allgemeingültigkeit (Birnbacher 2007 S.24). Die Allgemeingültigkeit ist jedoch ein der Kategorizität untergeordnetes Kennzeichen, da sie nicht wie die Kategorizität als Mittel zur Lösung konkreter Konflikte notwendig ist (von der Pfordten 2010 S.12f).

Die universalistische Interpretation versteht das moralische Urteil als ein Urteil, welches Anspruch darauf erhebt, von jedem Verständigen autonom nachvollzogen und anerkannt zu werden (Birnbacher 2007 S.26). Das partikularistische Moralverständnis versteht im Gegensatz zum universalistischen Moralverständnis die Moral nicht zwingend als System mit universellem Geltungs- und Ewigkeitsanspruch (Birnbacher 2007 S.27). Nach Birnbacher stellt ein weiteres Kennzeichen die Universalisierbarkeit dar, das heißt moralische Urteile bewerten Handlungen ausschließlich aufgrund von Faktoren, „[...] die durch Ausdrücke von logisch allgemeiner Form ausgedrückt werden.“ (Birnbacher 2007 S.13). Diese Kennzeichen

sind eher als Forderungen zu verstehen, die bestimmte Formen der Ethik an die Moral stellen. Es ist umstritten, ob sie auf jede Moral zutreffen und sofern dies der Fall sein sollte, notwendige im Begriff der Moral liegende Eigenschaften darstellen (Birnbacher 2007 S.23).

Zum Verhältnis von moralischen Bewertungen und moralischen Forderungen legt Birnbacher dar, dass nicht alles, was wir moralisch positiv bewerten, auch vorschreiben. Demnach erkennen nahezu alle Ethiksysteme neben moralisch guten Handlungen, die eingefordert werden können im Sinne einer Verpflichtung, auch moralisch gute Handlungen, zu denen ein Mensch nicht verpflichtet werden kann, zum Beispiel weil dies eine Überforderung für den Menschen darstellen würde. Die moralische Bewertung hat Vorrang vor der moralischen Forderung und ist ihr gegenüber höher einzuordnen (Birnbacher 2007 S.14). In der katholischen Moraltheorie wird beispielsweise zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen, beziehungsweise supererogatorischen Handlungen unterschieden. Supererogatorisch sind Handlungen, wenn der Handelnde aus eigener Initiative mehr als seine moralische Pflicht tut (Witschen 2006).

#### 2.1.4. Das Verhältnis von Ethik und Moral

Ethik und Moral sind von ihrer Wortgeschichte her nahezu gleichbedeutend (Birnbacher 2007 S.1). Beide Begrifflichkeiten stammen vom griechischen Wort „ethos“ und vom lateinischen „mos“ ab, was so viel wie Sitte, Gewohnheit, Üblichkeit bedeutet (Birnbacher 2007 S.1). Im gegenwärtigen deutschen Sprachgebrauch werden die Begriffe Ethik und Moral in ihrer Bedeutung vielfältig eingesetzt. Innerhalb der Philosophie wird klar zwischen den Begriffen „Ethik“ und „Moral“ unterschieden. Die Unterscheidung wird von einigen Moralphilosophen abweichend vorgenommen. Ethik wird häufig als Theorie der Moral beschreiben. Nach Birnbacher ist der erste Schritt einer ethischen Analyse eine phänomenologische Bestandserfassung der Moral. Nahezu alle ethischen Theorien enthalten eine Phänomenologie oder lückenhafte Beschreibungen des „moralischen Sprachspiels“, der in der Gesellschaft des Ethikers vorherrscht, und seiner Regeln und Strukturen. Auch sogenannte „Moralreformer“, die dem vorherrschendem Moralsystem neue Alternativen gegenüberstellen, nehmen eine Rekonstruktion der geltenden Moral vor. Dies gibt dem Ethiker, der sich als

„Moralrefomer“ sieht, unter anderem auch die Möglichkeit Ansatzpunkte für seine aufgezeigten Alternativen im geltenden Normensystem aufzuzeigen. Die Ethik stellt die „Theorie der Moral“ dar (Werner 2005 S.216).

Jedoch ist der Übergang von der Ethik zur Moral und umgekehrt ein fließender (Birnbacher 2003 S.114f), sodass sich bei der Trennung von Ethik und Moral eine gewisse Ambivalenz zeigt (Werner 2005 S.216f). In aktuellen Ansätzen der Moralphilosophie wird daher der Versuch unternommen, die Moralexplikation von der normativen Moralbegründung zu trennen. Bei der rekonstruktiven Ethik handelt es sich um ethische Theorien, die vorwiegend die geltende Moral beschreiben und sich bei ihrer Analyse weitestgehend auf die Phänomenologie der geltenden Moral beschränken. Dabei wird auf die Begründung moralischer Beurteilungsprinzipien verzichtet (Birnbacher 2007 S.64). Ziel ist es, das Sprachspiel der Moral von einem Standpunkt aus, der eben losgelöst von diesem Sprachspiel ist, zu beschreiben und gegebenenfalls zu begründen (Birnbacher 2003 S.2f). Dabei werden Ethik und Moral klar getrennt. Gert (1998 S.6) bemängelt, dass in der Normativen Ethik nicht ausreichend zwischen der Aufgabe der Moralexplikation und der Aufgabe der Moralbegründung unterschieden worden sei. Die unzureichende Trennung kann demnach zur einer normativistischen Verzerrung der Moral führen, da die Moral von vornherein in Verbindung mit wertenden Vorannahmen steht. Ferner besteht die Gefahr von Fehlschlüssen, wenn die Darstellung der faktischen Moral die Begründbarkeit ethischer Norm- oder Werturteile präjudiziert (Werner 2005 S.218).

Nach Birnbacher liegen der „Ethik“ gegenüber der „Moral“ sechs Aufgabenstellungen zugrunde (Birnbacher 2007 S.57):

1. Phänomenologie der Moral: Die Ethik nimmt sich weniger der Beschreibung statistischer Verteilungen bestimmter Moralvorstellungen an. Auch erhebt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr muss sie ihren Gegenstandsbereich deskriptiv erfassen und will „[...] ein Bild von der Einheit und Vielfalt, der Entstehung und Funktion moralischer Maßstäbe und den Funktionen des ‚moralischen Sprachspiels‘ [...]“ (Birnbacher 2007) vermitteln.
2. Normativ-ethische und metaethische Analyse der Moral: Eine Aufgabe der Ethik besteht in der Klärung und Rekonstruktion der Moralinhalte, sowie der sprachlichen

und argumentativen Mittel, die der Formulierung dieser Inhalte dienen. Dabei besteht das Ziel der Analyse darin, Inhalte, Zusammenhänge, Strukturen und Argumentationsformen durchsichtig und verständlich zu machen (Birnbacher 2007 S.57). Die normativ-ethische Analyse wendet sich den Inhalten der Moral zu. Die metaethische Analyse beschäftigt sich unter anderem mit den sprachlichen und argumentativen Mitteln, die für die Moral kennzeichnend sind (Birnbacher 2007 S.58). Sie besteht in der Analyse der Argumentationsweisen, mit denen in bestimmten Moralsystemen moralische Urteile und Ideale begründet werden, und untersucht die moralische Sprache, das heißt in moralischen Urteilen vorkommende Ausdrücke wie „Sollen“ oder „Pflicht“ (Birnbacher 2007 S.58).

3. Moral- und Ethikkritik: Die Ethik soll die Konsistenz und Plausibilität ihrer moralischen Normenkonstruktionen prüfen. Ebenso soll der moralische Standpunkt, der einem Urteil zugrunde liegt, durch die Ethik auf seine Voraussetzungen hin geprüft werden.
4. Normenkonstruktion: Der Ethiker kann selbst normative Positionen vertreten und für moralische Problemlagen Lösungsansätze vorschlagen. Normenkonstruktionen reichen von komplexen Ansätzen eines Gesamtsystems der Moral bis zu Lösungsansätzen für kasuistische Einzelfälle (Birnbacher 2007 S.61).
5. Ontologie und Erkenntnistheorie der Moral: Nach Birnbacher sind Fragen der Ontologie der Moral Fragestellungen nach der Seinsweise moralischer Sachverhalte: „Gibt es moralische Sachverhalte? Können moralische Urteile im Sinne einer Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung mit diesen Sachverhalten wahr oder falsch sein?“ (Birnbacher 2007). Fragen nach der Erkenntnistheorie sind Fragen nach der Erkennbarkeit moralischer Sachverhalte, sowie nach den Mitteln und Verfahren, die zur Erkenntnis taugen sollen (Birnbacher 2007 S.62).
6. Moralpragmatik: Die Moralpragmatik stellt dann einen Aufgabenbereich der Ethik dar, wenn sich die Ethik konstruktiv mit der Entwicklung moralischer Normen auseinandersetzt. Daher sind Gegenstand der Moralpragmatik Fragen nach praktisch-politischen Umsetzungen, pädagogischer Vermittlung und der möglichen institutionellen Verankerung. Moralpragmatische Überlegungen spielen bei der Frage nach einer möglichen Umsetzung moralischer Normen in Rechtsnormen eine große

Rolle. Dabei ist es Aufgabe der Moralpragmatik zu untersuchen, unter welchen Bedingungen eine Umsetzung von moralischen Normen in rechtliche Normen erforderlich bzw. vertretbar ist. Die Moralpragmatik stellt eine Aufgabe dar, bei deren Bearbeitung es sinnvoll erscheint, andere Disziplinen (z.B. Medizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Rechtswissenschaft) hinzuzuziehen (Birnbacher 2007 S.62).

Nach Birnbacher befindet sich die „Ethik“ gegenüber der „Moral“ auf einer Metaebene und hat ein ähnliches Verhältnis zur „Moral“ wie z.B. die Rechtsphilosophie zum Recht. Sie tritt zwar mit der „Moral“ in Wechselwirkung, tut dies jedoch von einem übergeordneten Standpunkt aus (Birnbacher 2007 S.2f). Der Standpunkt der Ethik als Theorie der Moral setzt sich in den zu in einer Gesellschaft akzeptierten moralischen „Selbstverständlichkeiten“ und auch zu den vom jeweiligen Moralphilosophen vertretenen moralischen Grundsätzen in ein distanziert-reflektierendes Verhältnis (Birnbacher 2007 S.4f). Idealtypisch ist die Ethik theorieorientiert, während die Moral praxisorientiert ist. Ursprünglich bezieht sich die Ethik auf das individuelle Handeln, während die Moral gesellschaftliche Normen regelt. Moralische Kontroversen stehen i.d.R. in engem Zusammenhang mit handlungsbezogenen Entscheidungen. Zwar sind ethische Kontroversen durch praktische Probleme motiviert, sie sind jedoch weitestgehend handlungsentlastet, führen also eher selten zu einer praktischen oder politischen Umsetzung (Birnbacher 2007 S.5). Die Ethik ist im Vergleich zu Moral stärker an methodische Ideale, wie z.B. Rationalität und Systematik, gebunden. Das Einhalten des Ideals der Rationalität führt zur kritischen Hinterfragung von Autoritäten, Sitten und Traditionen (Birnbacher 2007 S.5). Kohärenz und Systematik tragen zur Aufdeckung in sich widersprüchlicher Normensysteme bei (Birnbacher 2007 S.6).

#### 2.1.5. Was ist Medizinethik?

Viele Entscheidungen in der Medizin sind nicht allein durch naturwissenschaftliches Wissen begründbar, da für den Patienten wichtige Faktoren wie Lebensqualität und Wohlbefinden auf einem Fundament individueller und gesellschaftlicher Wertvorstellungen stehen. Moderne Gesellschaften fördern eine Vielfalt an Wertvorstellungen und Lebensentwürfen, woraus ganz unterschiedliche Erwartungen der Patienten an ihr Leben resultieren (Wiesemann et al. 2005 S.14). Die Medizinethik, im Englischen als Bioethics, Medical oder Biome-

dical Ethics bezeichnet (Knoepffler et al. 2006 S.105), macht es sich zur Aufgabe, den verantwortlichen Umgang mit den medizinischen Möglichkeiten zu untersuchen (Wiesemann et al. 2005 S.15). Als Wissenschaftsdisziplin ist sie die methodisch-kritische Reflexion von Handlungen und Haltungen unter dem Gesichtspunkt der Sittlichkeit, wobei sie Handlungen und Haltungen im speziellen Bereich der Medizin beleuchtet. Sie behandelt ethische Probleme der Gesundheit und des Gesundheitswesens. Somit befasst sich die Medizinethik mit ärztlichem und pflegerischem Handeln, dem Verhalten des Patienten, Handlungssituationen in Institutionen wie Krankenhaus oder Pflegeheim und der Organisation des Gesundheitswesens (institutionelles Handeln) (Pöltner 2006 S.21). Es besteht eine innere Zusammengehörigkeit von Medizin und Ethik in dem Sinne, dass die Ethik ein konstitutives Moment der Medizin darstellt (Pöltner 2006 S.23). Medizinisches Handeln ist immer hinsichtlich der pragmatischen Differenz (richtig und falsch) und der moralischen Differenz (gut und böse) zu beurteilen (Honnefelder 1994 S.135), muss also sowohl fachlich kompetent, als auch sittlich zu verantworten sein (Pöltner 2006 S.25f).

Jedoch darf die Medizinethik nicht als eine Wissenschaft verstanden werden, die Handlungsrezepte liefert. Vielmehr hilft sie, ethische Probleme ans Licht zu bringen, Begriffe zu klären, Argumente zu prüfen, Kriterien für Güterabwägungen beizusteuern und Methoden für die ethische Urteilsbildung zu finden (Pöltner 2006 S.27). Sie macht es sich zur Aufgabe, die moralische Dimension der Medizin als gesellschaftliches Teilsystem methodisch zu reflektieren. Dabei wird zunächst versucht, die moralische Dynamik bereichsspezifischer Konflikte durch deskriptiv-hermeneutische Herangehensweise aufzuzeigen und verständlich zu machen. Ziel ist es, durch Erhellung und Strukturierung der moralischen Konfliktstrukturen zur Lösung solcher Konflikte beizutragen (Knoepffler et al. 2006 S.106).

Eine „deskriptive“ Medizinethik verbleibt in der beobachtenden bzw. beschreibenden Position, während sich eine „normative“ Medizinethik um die Erarbeitung normativer Vorgaben bemüht. Dabei muss sie sich auf kritisch ausgewiesene Normenkataloge oder Prinzipien beziehen und Anspruch auf Objektivität erheben. Die ethische Hermeneutik (Kunstlehre des Verstehens) trägt in diesem Zusammenhang zur Aufarbeitung und Klärung normativer Vorverständnisse bei (Knoepffler et al. 2006 S.106). Die Ethik benennt die Prinzipien auf die hin ärztliches Handeln zu orientieren ist (Patientenwohl, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit).

Medizinethik soll auch handlungsleitend sein und eine Hilfe in ethischen Konfliktfällen darstellen. Ärztliches Handeln soll sich an ethischen Prinzipien ausrichten. Ethik weist den Weg in ethischen Konfliktfällen im klinischen Alltag.

## 2.2. Begriffsdefinitionen

### 2.2.1. Terminologie im bisherigen Diskurs

Der Begriff „Sterbehilfe“ kann zum einen als Hilfe *beim* Sterben im Sinne von Sterbebeistand bzw. Sterbebegleitung, zum anderen als Hilfe *zum* Sterben im Sinne der gezielten Herbeiführung des Todes verstanden werden. Zunehmend wird der Ausdruck „Sterbehilfe“ in letztgenannter Bedeutung verwendet und ersetzt so den Begriff der „Euthanasie“ (Pöltner 2006 S.251).

„Sterbehilfe“ beschreibt ein breites Spektrum an unterschiedlichen medizinischen Maßnahmen, die auch mit unterschiedlichem normativem Gehalt einhergehen (Oduncu 2008 S.229). Der Begriff umschreibt Handlungen, die eine Person ausführt, um eine andere Person mit Sterbewunsch darin zu unterstützen, diesen Sterbewunsch in die Tat umzusetzen (Preidel 2016 S.3). Diese Handlungen können von der Bereitstellung von Tötungsmitteln bis hin zur Tötung auf Verlangen reichen (Preidel 2016 S.3).

Im englischsprachigen Raum ist der Begriff „euthanasia“ vorherrschend (Leser 2013). Diese Begrifflichkeit geht auf das griechische Wort „Euthanatos“ zurück, was so viel heißt wie „guter Tod“. Hiermit ist ein nicht gewaltsamer, sanfter Tod ohne Qualen gemeint (Pöltner 2006 S.251). Dementsprechend ist der „Euthanasie“-Begriff im Sinne von Handlungen, die zum „sanften“ Tod und zur Erlösung von hauptsächlich physischem Leiden führen, zu verstehen (Gavela 2013 S.2). Allerdings ist die Vorstellung vom schönen Tod hier außerhalb des medizinisch-ärztlichen Kontextes zu sehen. Bis zum 19. Jahrhundert blieb der „Euthanasie“-Begriff überwiegend positiv besetzt (Oduncu 2008 S.231). Die Gleichsetzung von „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ geht auf das Werk „Euthanasia medica“ des Philosophen Francis Bacon (1561-1626) zurück (Oduncu 2008 S.231f). Abgesehen von einigen theoretisch-utopischen Gesellschaftsmodellen wurde die Tötung auf Verlangen von sterbenden und schwer kranken Menschen bis zum 19. Jahrhundert aufgrund der hippokratischen Tradition in der Ärzteschaft aber vehement abgelehnt (Oduncu 2007 S.28f). Im 20. Jahrhundert wurde der „Euthanasie“-Begriff durch das Nationalsozialistische Regime für die systematische Ermordung im Rahmen des „Euthanasieprogramms“ missbraucht (Oduncu 2008 S.232). Manche Autoren schlagen daher vor, den Begriff in der Diskussion um Sterbehilfe

außenvorzulassen. Dennoch ist der Begriff etymologisch zutreffend (Gavela 2013 S.2). Sterbehilfe stand erst Anfang der 60er Jahre in Deutschland wieder zur Debatte (Oduncu 2008 S.234). Mit der erneuten Diskussion um Sterbehilfe wurden entsprechende Begriffe zur Abgrenzung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe eingeführt (Oduncu 2008 S.234), die auch heute noch Verwendung finden.

Die passive Sterbehilfe beschreibt Entscheidungen zur Therapiebegrenzung (Hick 2007 S.56). Die „passiv-aktiv“-Unterscheidung bezieht sich auf die Verursachung von Handlungsfolgen. In gleicher Weise taucht auch das Begriffspaar „Tun-Unterlassen“ im Diskurs auf (Pöltner 2006 S.252). Die passive Sterbehilfe ist durch das „Geschehenlassen“ des Sterbens gekennzeichnet (Hick 2007 S.57). Dementsprechend ist in der Diskussion auch häufig von „Sterbenlassen“ die Rede (Preidel 2016 S.3). Diese Form der Sterbehilfe kann durch Unterlassen oder durch den Abbruch einer Therapie erfolgen (Hick 2007 S.54). Der Arzt lässt durch sein Nicht-Handeln oder auch durch aktives Handeln, zum Beispiel durch Abschalten eines Beatmungsgerätes, zu, dass etwas geschieht (Hick 2007 S.57, Konietzko 2012 S.364). Im englischsprachigen Raum wird von „non-treatment-decisions“ (Therapiebegrenzungsentscheidungen) gesprochen (Hick 2007 S.57).

Während die passive Sterbehilfe Maßnahmen umfasst, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung erfolgen, beziehen sich die anderen Formen der Sterbehilfe nicht zwangsläufig auf eine Person, die in ärztlicher Betreuung ist, und können unabhängig vom Gesundheitszustand dieser Person gesehen werden (Preidel 2016 S.3).

Neben der passiven stellt die indirekte Sterbehilfe eine weitere Form der Sterbehilfe dar. Indirekte Sterbehilfe bedeutet, dass im Rahmen einer medizinischen Behandlung Mittel zur Linderung von Beschwerden eingesetzt werden, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können (Hohendorf 2013 S.156). Die Erhaltung der Lebensqualität ist hierbei das primäre Ziel. Die damit möglicherweise einhergehende Lebensverkürzung wird lediglich in Kauf genommen und stellt nicht das Ziel der medizinischen Maßnahme dar (Hick 2007 S.75). Diese Form der Sterbehilfe wird in der Literatur auch als „indirekt aktive Sterbehilfe“ bezeichnet. Dabei bezieht sich der Ausdruck „indirekt“ auf die Handlungsintention (Pöltner 2006 S.252). In diesem Zusammenhang taucht im Diskurs auch der Begriff der „terminalen Sedierung“ auf. Darunter versteht man die gezielte, bis zum Tode anhaltende Aus-

schaltung des Bewusstseins des Patienten mit sedativ wirkenden Substanzen (Benzodiazepine, Neuroleptika, Barbiturate) (Bosshard 2008). Palliative Maßnahmen zur Erhaltung der Lebensqualität wirken nicht in allen Fällen lebensverkürzend. Bei einer hochdosierten Opioidtherapie zur Schmerzlinderung vermutet man sogar eine lebensverlängernde Wirkung, während sedierende Therapien, zum Beispiel mit Benzodiazepinen, einen lebensverkürzenden Effekt haben können (Hick 2007 S.75). Die palliative Sedierung kann nach Bedarf dosiert und bei Besserung beendet werden.

Unter Suizidbeihilfe versteht man die Bereitstellung einer tödlich wirkenden Substanz, um einem Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen (Preidel 2016 S.3). Der Sterbewillige führt die Handlung, die zum Tode führt, selbst aus (Preidel 2016 S.3).

Von Suizidbeihilfe, passiver und indirekter Sterbehilfe wird die aktive Sterbehilfe abgegrenzt. Bei der freiwilligen aktiven Sterbehilfe (voluntary euthanasia) führt die Person, welche Sterbehilfe leistet, aktiv die gewünschte Tötung durch (Preidel 2016 S.4), zum Beispiel durch die gezielte Gabe einer Substanz, die zum Tode führt (Pöltner 2006 S.252). Der Begriff der „Tötung auf Verlangen“ wird synonym zum Begriff der „freiwilligen aktiven Sterbehilfe“ verwendet. Hiervon kann die unfreiwillige aktive Sterbehilfe (non-voluntary euthanasia) abgegrenzt werden. Hiermit ist die Ausübung der aktiven Sterbehilfe gemeint, bei der gegen den Willen der betroffenen Person Sterbehilfe geleistet wird oder ohne das Einholen einer möglich gewesenem Willensäußerung, des mutmaßlichen Willens. Bei der nicht-freiwilligen aktiven Sterbehilfe ist die betreffende Person unfähig zur Willensäußerung. Dies ist beispielsweise bei Neugeborenen oder komatösen Patienten der Fall (Pöltner 2006 S.252). Aktive Sterbehilfe unterscheidet sich von anderen Tötungshandlungen durch das Handlungsziel. Eigentliches Handlungsziel ist nicht die Tötung selbst, also der Mord in böser Absicht, sondern die Befreiung des Patienten von einem Leiden, das in guter Absicht und auf anderem Wege nicht gelindert werden kann (Hick 2007 S.78).

## 2.2.2. Terminologie im Rahmen des Forschungsvorhabens

Die Begriffe zur Sterbehilfe, wie „aktive“, „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe, sind weder im deutschen Gesetz, noch in der Musterberufsordnung oder den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer erwähnt (Melching 2015 S.261). Sie werden teils missverstanden und falsch verwendet. Dies zeigt sich insbesondere bei der Unterscheidung von passiver Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen bzw. aktiver Sterbehilfe. Zum Teil wird der Abbruch einer mechanischen Beatmung von Ärzten als aktive Sterbehilfe eingeordnet, da der Abbruch der mechanischen Beatmung mit einer aktiven Handlung einhergeht (Vollmann 2001 S.3f). Eine Untersuchung hat gezeigt, dass selbst Vormundschaftsrichter die Begriffe in der Vergangenheit falsch einordneten. 34,5 Prozent der Richter gaben an, dass der Abbruch einer künstlichen Beatmung zur unzulässigen aktiven Sterbehilfe zählt (Melching 2015 S.261). Trotz des aktiven Tuns handelt es sich in diesem Fall um einen Behandlungsabbruch und damit um passive Sterbehilfe (Vollmann 2001 S.3f). Auch der Begriff der „aktiven Sterbehilfe“ selbst ist irreführend, da manche Autoren die Freiwilligkeit des Sterbewunsches im „Sterbehilfe“-Begriff implizieren, während andere dies nicht tun. Ferner können die verschiedenen Formen der Sterbehilfe wegen moralischer Vorentscheidungen aufgrund einer einengenden Begriffswahl missverstanden werden (Vollmann 2001 S.3f, Oduncu 2016 S.229).

Die unzureichende Abgrenzung der Begrifflichkeiten stiftet zusätzliche Verwirrung und führt zu großer Unsicherheit auf dem ohnehin schwierigen medizinethischen Gebiet der Sterbehilfe. Eine klare Abgrenzung der Begrifflichkeiten ist jedoch von Bedeutung, um den richtigen Rahmen für einen notwendigen Diskurs zu schaffen. Der Nationale Ethikrat empfiehlt in seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2006 die Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und stattdessen die Begriffe „Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen“ für die Beschreibung von Entscheidungen und Handlungen am Lebensende zu verwenden (Nationaler Ethikrat 2006 S. 53ff).

Der Deutsche Ethikrat definiert diese Begrifflichkeiten wie folgt:

„Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Lösen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber

auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden.“ (Nationaler Ethikrat 2006 S.53). Dabei sollen die Fähigkeiten, sowie der Wille des Patienten auch in der Sterbephase betont und so lange erhalten werden, wie dies medizinisch möglich ist und vom Patienten erwünscht wird (Nationaler Ethikrat 2006 S.53).

Unter den Begriff „Therapien am Lebensende“ fallen „[...] alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.“ (Deutscher Ethikrat 2006 S.54). In diesem Zusammenhang soll auf den Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ verzichtet werden (Deutscher Ethikrat 2006 S.54).

Die Abgrenzung zur Tötung besteht durch Unterlassen, zum Beispiel Unterlassen bei infauster Prognose. Die Indikation für eine Maßnahme ergibt sich aus Diagnose und Prognose.

Der Begriff „Sterbenlassen“ soll den Begriff der „passiven Sterbehilfe“ ersetzen. Von „Sterbenlassen“ ist die Rede, „[...] wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre.“ (Deutscher Ethikrat 2006 S.54). Dies umfasst sowohl den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen in dem Sinne, dass das Einleiten einer solchen Maßnahme unterlassen wird, als auch den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Auch aktive Handlungen, die zum Behandlungsabbruch führen, fallen unter den Begriff des „Sterbenlassens“ (Deutscher Ethikrat 2006 S.54).

Der Begriff der „Beihilfe zur Selbsttötung“ wird vom Deutschen Ethikrat wie folgt beschrieben: „Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor.“ (Deutscher Ethikrat 2006 S.55).

Der Begriff der „aktiven Sterbehilfe“ wird durch den Begriff der „Tötung auf Verlangen“ ersetzt: „Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch

nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen.“ (Deutscher Ethikrat 2006 S.55). Im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung wird hierbei die tödliche Handlung nicht vom Betroffenen selbst ausgeführt (Nationaler Ethikrat 2006 S.55).

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wird die vom Deutschen Ethikrat vorgeschlagene Terminologie übernommen, um die genannten Widersprüchlichkeiten vorherrschender Begriffe in den bisherigen Debatten zur Sterbehilfe zu umgehen. Im Falle der passiven Sterbehilfe wird der vom Deutschen Ethikrat vorgeschlagene Terminus „Sterbenlassen“ nicht direkt übernommen, da auch dieser Begriff eine passive Handlung suggeriert und daher das Problem der Aktiv-Passiv-Unterscheidung nicht ausräumen kann. Daher wird der gängige Begriff der „passiven Sterbehilfe“ beibehalten.

Insbesondere vom „Euthanasie“-Begriff wird aufgrund seiner historischen Dimension, die einen unbelasteten Umgang mit diesem Begriff unmöglich macht, Abstand genommen.

*Tabelle 3: Es werden verschiedene Formen der Sterbehilfe unterschieden. Für die Formen der Sterbehilfe werden im Diskurs teils unterschiedliche Termini verwendet. Tabelle 3 zeigt die Termini zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe, die in meinem Forschungsvorhaben gewählt wurden, mit entsprechender Definition und Synonymen. Quellen: Nationaler Ethikrat 2006, Deutscher Ethikrat 2006*

<i>Termini innerhalb des Forschungsvorhabens</i>	<i>Definition</i>	<i>Synonyme</i>
Sterbebegleitung	Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Sterbenden	
Therapien am Lebensende	Medizinische Maßnahmen zur Leidensminderung	Hierunter fällt auch die indirekte Sterbehilfe
Passive Sterbehilfe	Unterlassen oder Abbruch einer lebensverlängernden medizinischen Behandlung	
Beihilfe zur Selbsttötung/ Suizidbeihilfe	Beihilfe zum Suizid durch zur Verfügung Stellen eines todbringenden Mittels oder Hilfe bei der Vorbereitung bzw. Durchführung des Suizids	
Tötung auf Verlangen	Durchführung der Tötung einer Person auf deren ausdrücklichen Wunsch hin	Freiwillige aktive Sterbehilfe, Euthanasie

### 2.3. Literaturrecherche zum Ulmer Fall

Zur Rekonstruktion des Ulmer Falls dienten Presseberichte. Eine Recherche in den Datenbanken „PubMed“ und „Medline“ mit den Suchbegriffen „Sterbehilfe Ulm“, „Sterbehilfefall Ulm“, „Ulmer Fall“, „Sterbehilfe Universitätsklinikum Ulm“, „Sterbehilfe Klinikum Ulm“, „Sterbehilfe Uni Ulm“, „Tötung auf Verlangen Ulm“, „Tötung auf Verlangen Universitätsklinikum Ulm“, „Tötung auf Verlangen Klinikum Ulm“, „Tötung auf Verlangen Uni Ulm“, „Sterbehilfe Baden-Württemberg“, „Sterbehilfefall Baden-Württemberg“, „Tötung auf Verlangen Baden-Württemberg“ ergab, dass es bisher keine wissenschaftlichen Publikationen gibt, die sich mit dem Fall auseinandersetzen, sodass sich das Material auf unwissenschaftliche Quellen begrenzte.

Hierfür wurden wiederholt Literaturrecherchen über die Suchmaschine Google (<https://www.google.com/>) durchgeführt. Die Recherche erfolgte mithilfe der Suchbegriffe „Sterbehilfe Ulm“, „Sterbehilfefall Ulm“, „Ulmer Fall“, „Sterbehilfe Universitätsklinikum Ulm“, „Sterbehilfe Klinikum Ulm“, „Sterbehilfe Uni Ulm“, „Tötung auf Verlangen Ulm“, „Tötung auf Verlangen Universitätsklinikum Ulm“, „Tötung auf Verlangen Klinikum Ulm“, „Tötung auf Verlangen Uni Ulm“, „Sterbehilfe Baden-Württemberg“, „Sterbehilfefall Baden-Württemberg“, „Tötung auf Verlangen Baden-Württemberg“.

Nachdem in diesem ersten Schritt der Recherche Artikel und Beiträge zum „Ulmer Fall“ ermittelt wurden, wurden die Online-Archive der Zeitungen, die diese Beiträge publizierten, erneut mit den obig genannten Suchbegriffen auf weitere Beiträge zum „Ulmer Fall“ hin durchsucht. Dies umfasste die Online-Archive der Publikationsorgane „Schwäbische“ (<https://www.schwaebische.de/>), „Spiegel“ (<https://www.spiegel.de/>), „Südwest Presse“ (<https://www.swp.de/>) und der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (<http://www.faz.net/aktuell/>).

Eine Einsicht der Akten zum Fall im Ulmer Landgericht war auf telefonische Anfrage nicht möglich.

## 2.4. Erfassung des medizinethischen Fachdiskurses

### 2.4.1. Material

Um die vorherrschenden Argumente im ethischen Fachdiskurs zu ermitteln, sollen die Artikel zum Thema „Tötung auf Verlangen“ in einschlägigen medizinischen und medizinethischen Fachzeitschriften im deutschsprachigen Raum im betreffenden Zeitraum untersucht werden. Mithilfe der Fachzeitschriften, die auf aktuelle Strömungen zeitnah reagieren, kann so eine Erfassung der Argumente im aktuellen Fachdiskurs ermöglicht werden. Hierfür mussten zunächst die einschlägigen medizinethischen Fachzeitschriften ermittelt werden. Kriterium für die Auswahl der entsprechenden Journals war die Veröffentlichung in deutscher Sprache, sowie Publikation im deutschsprachigen Raum, da sich die Literaturrecherche primär auf die Debatte um die Tötung auf Verlangen in Deutschland bezieht.

Im deutschsprachigen Raum sind die Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und die „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ etablierte Publikationsorgane in der Medizinethik.

Die Fachzeitschrift „Ethik in der Medizin“ erscheint seit 1989 im Springer-Verlag und ist das offizielle Organ der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. Neben Originalbeiträgen enthält sie Übersichtsarbeiten, Grundsatz- und Sammelreferate zu Schwerpunktthemen, Kasuistiken, aktuelle Informationen, Rezensionen und Diskussionsbeiträge aus dem Bereich der medizinischen Ethik. Schwerpunktmäßig konzentriert sie sich auf die wissenschaftliche Erarbeitung und die interdisziplinäre Kommunikation, sowie die Vermittlung von Medizinethik in allen Anwendungsbereichen (Springer 2017, Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen 2017a).

Im Jahre 2016 erreichte die Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ einen Impact factor von 0,618 (Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen 2017b). Sie zählt einer aktuellen Analyse der Georgetown University zufolge zu den „Top 50 Bioethics Journals in the World“. Der h-index liegt bei 20 (Hakkarinen 2015)<sup>1</sup>. Der Zugang zum Datenmaterial erfolgte über SpringerLink.

---

<sup>1</sup> Hakkarinen analysierte mit Hilfe der „Harzing’s Publisher or Perish software“ über 52000 Artikel, welche seit 1945 publiziert wurden, wobei nahezu alle Artikel der letzten 45 Jahre in der Analyse erfasst wurden. „The selection of journals included nearly all of the Bioethics Research Library’s recommended bioethics journals and then also many of the journals included in ‚Selected Bioethics Journals in The Physician’s Index for Ethics in Medicine‘ by the Philosopher’s Index.“ (<https://bioethics.georgetown.edu/2015/04/top-100-bioethics-journals-in-the-world/>; letzter Zugriff: 07.12.2016)

Die „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ wurde im Jahre 1954 als Zeitschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen gegründet und erschien bis 1992 unter dem Titel ARZT UND CHRIST. Sie wird im Auftrag der Görres-Gesellschaft von Eberhard Schockenhoff, Alois Johannes Buch und Matthias Volkenandt herausgegeben und erscheint vierteljährlich (Zeitschrift für medizinische Ethik 2017). Die „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ wird zufolge der genannten Analyse der Georgetown University zu den „Top 100 Bioethics Journals in the World“ gezählt und hat einen h-index von 12 (Hakkarinen 2015).

#### 2.4.2. Methodik der Literaturrecherche

Es erfolgte die Erfassung und Auswertung von Originalartikeln in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ der Jahre Januar 2000 bis März 2016. Ziel meiner Literaturrecherche war die qualitativ inhaltliche Aufarbeitung in Bezug auf das Thema „Tötung auf Verlangen“ bzw. „aktive Sterbehilfe“. Systematisch wurden die Ausgaben der gewählten Zeitschriften im entsprechenden Zeitraum auf Artikel, welche die Tötung auf Verlangen thematisieren oder diese Thematik tangieren, durchsucht. Die Recherche erfolgte mittels den Schlagwörtern „Sterbehilfe“, „aktive Sterbehilfe“, „Tötung auf Verlangen“, „Euthanasie“, „Entscheidungen am Lebensende“, „Therapie am Lebensende“, „Sterben“, „Tod“. Die Suchbegriffe wurden bewusst weit gefasst, um möglichst alle Artikel zu erfassen. Die Suche mit thematisch eng begrenzten Suchbegriffen, wie beispielsweise „ethische Analyse der aktiven Sterbehilfe“, führte zu unzureichenden Ergebnissen, sodass die Suche auf weit gefasste Begriffe ausgeweitet wurde. Es wurden auch Artikel berücksichtigt, welche sich nicht explizit mit der Sterbehilfe befassen, aber Textpassagen zu dieser Thematik enthalten. Dies hatte zum Ziel möglichst alle Textpassagen zur Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe zu erfassen, um die Diskussion zur Tötung auf Verlangen in den genannten Fachzeitschriften im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 nachvollziehen zu können. Neben der „Tötung auf Verlangen“ fanden auch die „Suizidbeihilfe“ und die „indirekte Sterbehilfe“ Berücksichtigung bei der Recherche, da sich im Zuge der Recherche ein enger inhaltlicher Zusammenhang zwischen diesen Formen der Sterbehilfe abzeichnete. Alle Artikel, welche sich aus dieser Recherche ergaben, wurden daraufhin komplett gelesen.



Abbildung 3: Methodik der Literaturrecherche zu den Argumenten für und wider Sterbehilfe in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“. Die Literaturrecherche umfasst den Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016.

## 2.5. Die qualitative Inhaltsanalyse

### 2.5.1. Die qualitative Inhaltsanalyse in Abgrenzung zu anderen textanalytischen Verfahren

Inhaltsanalytische Verfahren sind wichtiger Bestandteil der empirischen Sozialforschung und haben an Bedeutung gewonnen: „Ob die Antworten auf offene Fragen in der Umfrageforschung, die Texte von Nachrichtensendungen, Zeitungsartikeln oder Intensivinterviews zu analysieren sind, immer kommen inhaltsanalytische Verfahren zum Einsatz.“ (Atteslander 2010 S.195).

Die Inhaltsanalyse fällt unter den Überbegriff der Textanalyse. Diese lässt sich in Inhaltsanalyse und Sprachanalyse unterteilen. Die Inhaltsanalyse wiederum erfährt eine Unterscheidung in empirische, auch als quantitativ bezeichnete, und hermeneutische, auch als qualitativ bezeichnete Inhaltsanalyse (Atteslander 2010 S.195f).

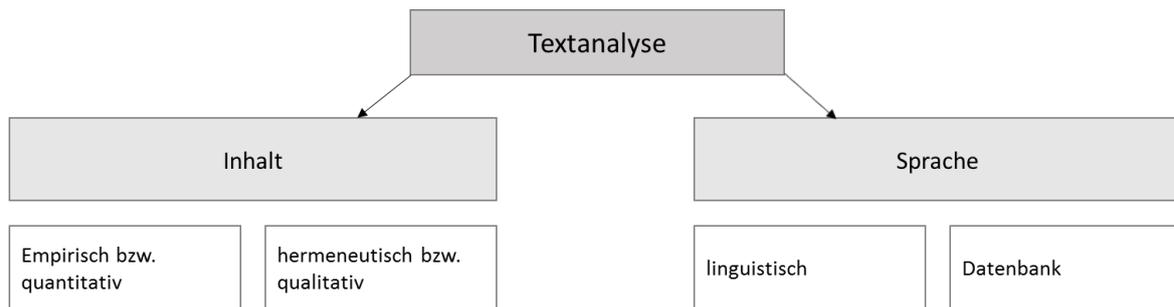


Abbildung 4: Übersicht über die textanalytischen Ansätze. Quelle: Atteslander 2010

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wurde ein hermeneutisches, inhaltsanalytisches Verfahren gewählt. Dieses Verfahren wird auch als qualitative Inhaltsanalyse und „qualitative data analysis“ (QDA) bezeichnet (Atteslander 2010 S.198). Im Vergleich mit anderen textanalytischen Verfahren wird die qualitative Inhaltsanalyse am häufigsten angewandt (Mayring u. Fenzl 2014 S.543). Sie diente im Rahmen dieses Forschungsvorhabens der hermeneutischen Auswertung der aus der Literaturrecherche in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ hervorgehenden Artikel zum Thema Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe.

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt ein Auswertungsverfahren dar, bei welchem Texte, die im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte in der Datenerhebung anfallen,

bearbeitet werden (Mayring u. Fenzl 2014 S.543). Es handelt sich um ein Verfahren zur qualitativ orientierten Textanalyse, bei dem mit den technischen Möglichkeiten der quantitativen Inhaltsanalyse große Mengen an Untersuchungsmaterial bearbeitet werden können (Mayring u. Fenzl 2014 S.543). Die qualitative Inhaltsanalyse ist „kategoriegeleitet“ und unterscheidet sich darin gegenüber anderen Verfahren der Textanalyse. „Kategorien“ sind Analyseaspekte in Form von Kurzformulierungen. Sie sind mit ihren Begriffen mehr oder weniger eng am Ausgangstext orientiert. Sie können hierarchisch in Ober- und Unterkategorien geordnet sein. Die Kategorien als Ganzes bilden das „Kategoriensystem“, welches das eigentliche Instrumentarium der Analyse darstellt. Mit dem Kategoriensystem wird das Textmaterial bearbeitet. Dabei werden nur die Textpassagen berücksichtigt, welche sich auf die Kategorien beziehen (Mayring u. Fenzl 2014 S.544). Die quantitative Inhaltsanalyse weist dabei im Gegensatz zur qualitativen Inhaltsanalyse keine systematisch entwickelten Kriterien oder inhaltsanalytische Regeln auf und geriet so in die Kritik (Mayring 2010 S.602). Quantitative und qualitative Techniken unterscheiden sich in den Grundformen vom Umgang mit Texten (Mayring 2010 S.602). Im Regelfall werden auch bei der qualitativen Inhaltsanalyse Kategorienhäufigkeiten eruiert und statistisch erfasst (Mayring u. Fenzl 2014 S.544). Qualitative und quantitative Verfahren schließen sich nicht aus und können sich gegenseitig ergänzen.

Unter den Begriff der „qualitativen Inhaltsanalyse“ fällt eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze (Atteslander 2010 S.198). Sie sind schwierig zu definieren und ihnen liegt in der Regel keine bestimmte Theorie und kein Paradigma zugrunde. Qualitative Forschung bedient sich verschiedenster Methoden aus einer Vielzahl von wissenschaftlichen Disziplinen und beschränkt sich dabei nicht auf die Sozialwissenschaften (Atteslander 2010 S.211). Je nach Erkenntnisinteresse muss ein adäquates Analyseverfahren gefunden werden. Dabei können bereits bekannte Analyseverfahren entsprechend modifiziert werden (Atteslander 2010 S.198). Im Vordergrund der Analyse steht die Erschließung des gesamten Bedeutungsinhalts, in der Regel um Hypothesen zu finden. Beim induktiven Vorgehen werden vermutete Zusammenhänge ohne expliziten Theoriebezug beschrieben (Atteslander 2010 S.209). Demgegenüber stehen hypothesenprüfende Verfahren (deduktives Vorgehen). Auch das Testen von Hypothesen und das statistische Schließen haben ihre Daseinsberechtigung (Atteslander 2010 S.198 S.209). Nach Klein (2014 S.844) bieten sich beide Verfahren, also das hypothesenprüfende (content analysis), als auch das hypothesensuchende (qualitative

data analysis, QDA), zur Inhaltsanalyse von Zeitungsartikeln an. Beide Verfahren haben ihre Berechtigung, gehen jedoch von einem unterschiedlichen Erkenntnisinteresse aus und können sich ergänzen (Atteslander 2010 S.198).

### 2.5.2. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wurde die Methodik zur qualitativen Inhaltsanalyse aus dem von Mayring entwickelten Verfahren abgeleitet.

Nach Mayring stehen verschiedene Techniken für die qualitative Inhaltsanalyse zur Verfügung. Bei der Technik der Zusammenfassung wird das Textmaterial in inhaltstragende Paraphrasen umformuliert und dann schrittweise reduziert. Der Schritt der Paraphrasierung kann übersprungen und ein Selektionskriterium, über welche Textbestandteile die Zusammenfassung laufen soll, eingeführt werden. Dabei wird durch ein Selektionskriterium festgelegt, über welche Textbestandteile die Zusammenfassung laufen soll. Dies entspricht der induktiven Kategorienbildung (Mayring u. Fenzl 2014 S.547). Dementsprechend wurde im Rahmen dieses Forschungsvorhabens vorgegangen. Im Rahmen der Zusammenfassung stellen die Regeln der Kategoriedefinition und des Abstraktionsniveaus zentrale Aspekte dar. Die Kategoriedefinition beschreibt, über welche Aspekte Kategorien formuliert werden sollen. Das Abstraktionsniveau legt fest, wie allgemein Kategorien formuliert werden sollen. Durch die Zusammenfassung können so gebildete Kategorien zu Hauptkategorien zusammengefasst werden (Mayring u. Fenzl 2014 S.547).

Bei der Technik der Explikation werden einzelne interpretationsbedürftige Textpassagen durch zusätzliches Material verständlich gemacht (Atteslander 2010 S.213). Bei der Technik der Strukturierung handelt es sich um deduktive Kategorienanwendungen. Hierbei wird das Kategoriensystem vorab theoriegeleitet entwickelt und in einem zweiten Schritt an das Textmaterial herangetragen. Mit Hilfe dieser Technik können quantitative Analysen durchgeführt werden. Der Kodierleitfaden stellt das zentrale Hilfsmittel dieser Technik dar. Er enthält für jede Kategorie eine Definition und Ankerbeispiele in Form von typischen Textpassagen und Kodierregeln zur Abgrenzung zwischen den Kategorien. Dieser Leitfaden wird zunächst theoriegeleitet entwickelt, dann am Material weiter ausgebaut und in Tabellenform zusammengestellt (Mayring u. Fenzl 2014 S.548).

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wurden die Technik der Zusammenfassung mittels induktiver Kategorienbildung und die Strukturierung gewählt. Die Strukturierung diente vorab zur Festlegung der Hauptkategorien. Im Vordergrund stand jedoch die induktive Kategorienbildung. Alle Textpassagen zu den Argumenten für und wider Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und indirekter Sterbehilfe wurden entsprechend ihres Inhalts in Kategorien eingeteilt. Die Hauptkategorien erfuhren durch die Technik der Zusammenfassung eine Überarbeitung und Ergänzung.

*Tabelle 4: Mayring entwickelte Techniken für die qualitative Inhaltsanalyse. Tabelle 4 führt die Techniken auf, welche im Rahmen dieses Forschungsvorhabens bei der Inhaltsanalyse verwendet wurden. Weiterhin wird aufgezeigt, in welcher Phase der Inhaltsanalyse die Techniken angewandt wurden und wie dabei vorgegangen wurde. Quellen: Mayring u. Fenzl 2014, Atteslander 2010*

<i>Technik</i>	<i>Phase der qualitativen Inhaltsanalyse</i>	<i>Vorgehen</i>
Strukturierung	Vor Durchgang des Datenmaterials (vor Beginn des induktiven Kodierens), kontinuierliche Evaluation	Deduktive Kategorienbildung: Festlegung von Hauptkategorien, dadurch Bildung eines vorläufigen Kategoriensystems auf Ebene der Hauptkategorien
Zusammenfassung	Während/ nach Durchgang des Datenmaterials	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Induktive Kategorienbildung: Alle Textpassagen zu den Argumenten für und wider Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und indirekter Sterbehilfe werden entsprechend ihres Inhalts in Kategorien eingeteilt</li> <li>• Zusammenfassung der Kategorien zu Hauptkategorien &gt; Ergänzung des Kategoriensystems auf Ebene der Hauptkategorien</li> </ul>

### 2.5.3. Der Forschungsablauf

Am Anfang der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Auflistung der Forschungsfragen (Atteslander 2010 S.208).

Die Quellen wurden speziell auf die ethischen Argumente für und gegen die Tötung auf Verlangen hin untersucht. Folgende Fragestellungen wurden bearbeitet:

1. Welche Argumente für und gegen die Tötung auf Verlangen werden angeführt?
2. Welche Argumentationsmuster sind bei den vorherrschenden Argumenten ausfindig zu machen?
3. Werden zu den entsprechenden Argumenten Gegenargumente vom Verfasser angeführt? Wenn ja welche?
4. Auf welche Form der Sterbehilfe beziehen sich die Argumente? Werden die verschiedenen Formen der Sterbehilfe ausreichend abgegrenzt?
5. Erfolgt eine konkrete Benennung der Personengruppen, auf die sich die Argumente für oder gegen die Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe beziehen?

Die Formulierung der Forschungsfragen ist Voraussetzung für die Auswahl der geeigneten Methode der Inhaltsanalyse. Die Festlegung des Untersuchungsziels hat starken Einfluss auf die weiteren Phasen der Inhaltsanalyse (Atteslander 2010 S.208f).

Im Anschluss an die Formulierung der Forschungsfragen erfolgt die Auswahl des Datenmaterials. Es muss entschieden werden, welche Art und Klasse von Texten untersucht werden soll. Desweiteren müssen Zeitraum und Titelauswahl begründet werden (Atteslander 2010 S.209f). Im Falle dieses Forschungsvorhabens wurden Artikel aus Fachjournals der Medizinethik im Zeitraum der Jahre Januar 2002 bis März 2016 zum Thema Sterbehilfe ausgewählt.

Es erfolgt die Festlegung der Analyseeinheiten. Die Kodiereinheit legt den kleinsten Textbestandteil fest, der ausgewertet werden kann. In diesem Fall umfasst die Kodiereinheit zusammenhängende bedeutungstragende Paraphrasen. Die Kontexteinheit legt fest, welche Informationen für die einzelne Kodierung benutzt werden dürfen, das heißt den maximalen Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann (Mayring u. Fenzl 2014 S.546, Mayring

2010 S.59) - in diesem Falle ein Artikel. Die Auswertungseinheit bestimmt die Materialmenge, der ein Kategoriensystem gegenübergestellt wird (Mayring u. Fenzl 2014 S.546) – in diesem Falle das ganze Textmaterial.

Nun wird der Weg der induktiven Kategorienbildung gewählt. Hierzu muss zunächst eine Kategoriendefinition erfolgen. Zentral ist dabei die Frage, über welche Aspekte die Kategorien formuliert werden sollen (Mayring u. Fenzl 2014 S.547). Dies bilden dann die Hauptkategorien (Mayring u. Fenzl 2014 S.552).

Im Anschluss muss das Abstraktionsniveau bestimmt werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie allgemein die Kategorien formuliert werden sollen (Mayring u. Fenzl 2014 S.547).

Daraufhin kann die induktive Kategorienbildung erfolgen (Mayring u. Fenzl 2014 S.550). Bei diesem Forschungsvorhaben stand das induktive Vorgehen im Vordergrund, das heißt es wurden vorwiegend Kategorien zur Auswertung aus dem Material heraus entwickelt. Dies verhindert, dass ausschließlich die Sichtweise des Forschers den Umgang mit dem Textmaterial bestimmt (Atteslander 2010 S.211). Es wurden alle Äußerungen im Material zur Tötung auf Verlangen, Suizidassistenz und indirekten Sterbehilfe und deren Aspekte kodiert. Es wurden Mehrfachzuordnungen von Textpassagen, welche unterschiedliche Aspekte aufzeigten, zu verschiedenen Kategorien, wenn nötig, zugelassen. Die induktiv generierten Kategorien wurden den zuvor festgelegten Oberkategorien zugeordnet. Sofern notwendig, wurden zusätzliche Oberkategorien eingeführt. So wurde ein vollständiges Kategoriensystem erstellt. Das Kategoriensystem wurde im Zuge der Analyse kontinuierlich evaluiert, überarbeitet und verbessert.

Nach erfolgtem endgültigem Materialdurchgang fand ein Rückbezug auf die Fragestellungen und die Interpretation des Kategoriensystems in qualitativer und quantitativer Dimension statt.

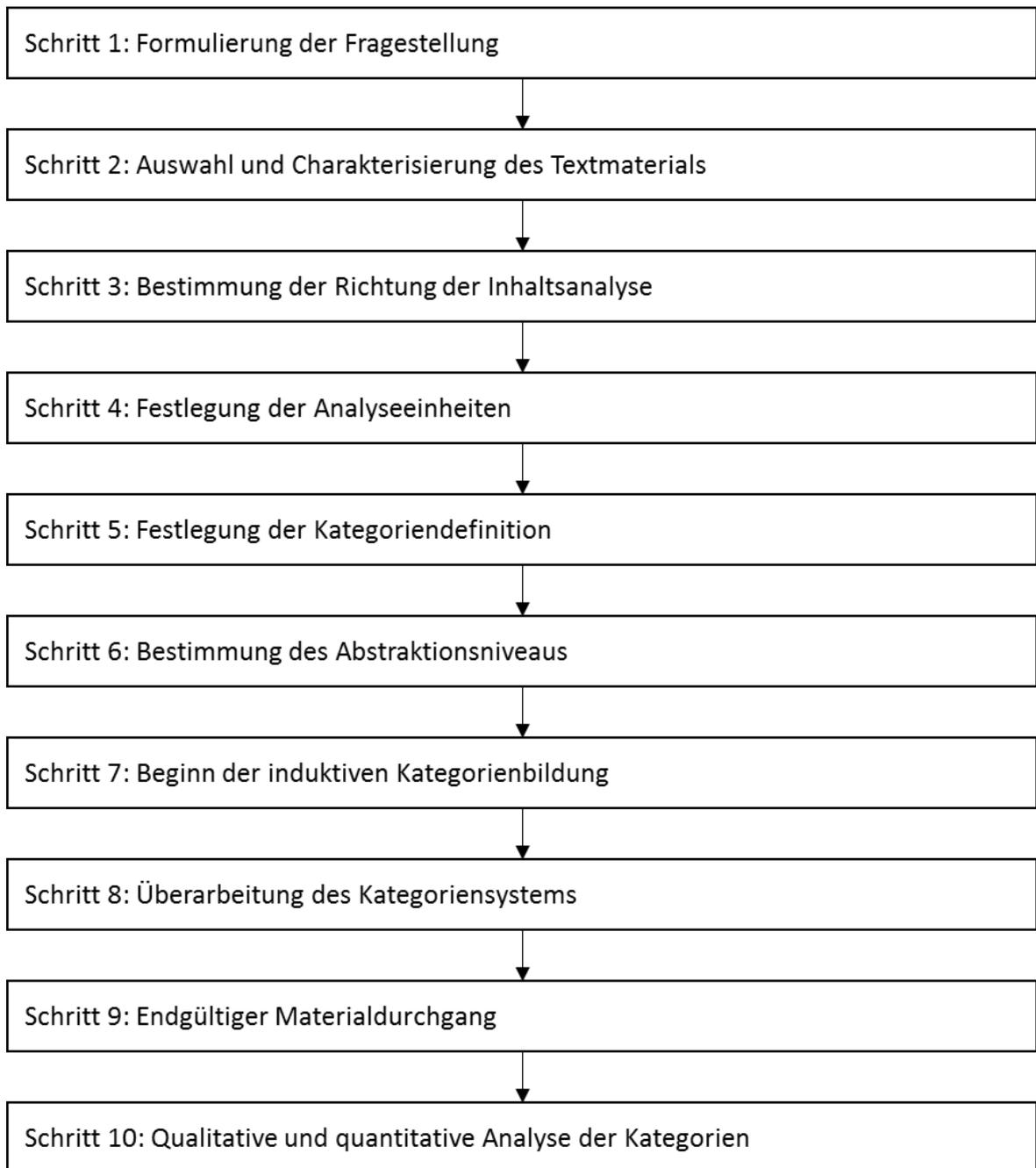


Abbildung 5: Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung nach Mayring in modifizierter Form. Das Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung wurde dem Forschungsdesign individuell angepasst. Quelle: Mayring u. Fenzl 2014 S.550

#### 2.5.4. Computergestützte qualitative Datenanalyse (QDA) mittels MAXQDA

Inhaltsanalytische Methoden sind fester Bestandteil der empirischen Sozialforschung. In den letzten Jahren werden dabei computergestützte Verfahren durch das Aufkommen geeigneter Software immer beliebter (Atteslander 2010 S.195). Bei der QDA-Software findet die Codierung am Bildschirm statt. Hierbei werden wichtige Textpassagen mit Maus oder Cursor markiert und diesen Textstellen wird dann eine Kodierung zugeordnet. Die Programme für QDA haben sich rasant entwickelt. Zum einen fand eine Weiterentwicklung bezüglich der Qualität dieser Programme statt, zum anderen steigerte sich die Anzahl der Produkte auf dem Markt (Atteslander 2010 S.221). Der Kreis der Personen, welche mit QDA-Programmen arbeiten, hat sich enorm erweitert und beschränkt sich nicht länger auf Insider. Insbesondere zeigt sich in der Entwicklung, dass zunehmend auch Texte außerhalb der engeren sozialwissenschaftlichen Forschung mit QDA-Programmen analysiert werden, so auch in den Pflegewissenschaften, Public Health und der Sozialmedizin (Kuckartz 2004 S.14).

Bei der Vielzahl der verfügbaren Programme gibt es nicht „das beste Programm“ für die qualitative Datenanalyse mit dem Computer. Im Rahmen der jeweiligen Forschung muss das der Aufgabenstellung am besten geeignete Programm gefunden werden (Atteslander 2010 S.222). MAXQDA ist ein einfach zu bedienendes und leistungsfähiges Programm (Atteslander 2010 S.222), das den Anforderungen meines Forschungsdesigns entspricht.

Bei der computergestützten Analyse qualitativer Daten handelt es sich um kein standardisiertes Verfahren. Die Ausgestaltung der Analyse hängt vielmehr von Art und Umfang des Materials sowie vom gewählten theoretischen und methodischen Ansatz ab (Kuckartz 2004 S.14).

Die QDA-Software folgt mit der kategorienbasierten Erschließung des Textmaterials der Methodik sozialwissenschaftlicher Analysestile und ermöglicht die Verwaltung von Daten mit schnellem Zugriff auf Textpassagen sowie die Entwicklung eines Kategoriensystems mit übersichtlicher visueller Darstellung (Kuckartz 2004 S.15).

## 2.6. Praktische Anwendung der Hermeneutik zur Literaturanalyse

### 2.6.1. Hermeneutik als Methode der Literaturanalyse

Die Hermeneutik dient als Methodenlehre des Interpretierens von Texten (Bühler 2003 S.5). Sie nahm ihre Anfänge in der Textdeutung in der Antike (Jahraus 2004 S.41). In einer langen Traditionslinie entwickelte sich die Hermeneutik zu einem elaborierten Verfahren der Interpretation (Jahraus 2004 S.41). Im 19. Jahrhundert wird die Hermeneutik für eine Grundlegung der Geisteswissenschaften genutzt (Jahraus 2004 S.40). Dabei tritt die Hermeneutik in dreifacher Gestalt auf. Erstens bezeichnet die Hermeneutik ein allgemeines Modell der methodischen Grundlegung von Wissenschaft, zweitens stellt sie ein spezifisches Modell der methodischen Grundlegung von Geisteswissenschaft dar und drittens ist die Hermeneutik selbst eine methodische Position im Methodenspektrum der Geistes- bzw. Literaturwissenschaft (Jahraus 2004 S.40f).

Der Zustandsbereich der Hermeneutik wird von der reinen Textauslegung auf ein grundsätzliches Verstehen einer Totalität von Sinnphänomenen erweitert (Jahraus 2004 S.41). Aus der „Kunst der Auslegung“ wurde die „Theorie des Verstehens“, welche eine Wendung gegen die Analytische Methodologie der Naturwissenschaften darstellte (Göttner 1973 S.7). Eine praktische Relevanz der Analytischen Methodologie für die Gruppe der „Geisteswissenschaften“ wurde allerdings von Dilthey negiert (Göttner 1973 S.7). In Diltheys Hermeneutik wird das Erkennen durch Verstehen ersetzt. Dabei ist das Leben selbst mit seinen Erlebnis- und Sinnzusammenhängen aller Erfahrungen der Menschen Bedingung einer Theorie des Verstehens (Jahraus 2004 S.44). Der Begriff des Erlebnisses stellt den Zwischenschritt vom Erkennen zum Verstehen dar (Jahraus 2004 S.44). So kann das hermeneutische Prinzip des Verstehens als methodisches Konkurrenzmodell gegenüber dem methodologischen Modell des Erklärens in der Naturwissenschaft gesehen werden (Jahraus 2004 S.44). Hervorzuheben sei dabei die Abgrenzung von Erklären und Verstehen. Verstehen stellt sich als zirkuläre Bewegung zwischen Verstehendem und Verstandenem dar, wohingegen Erklären eine gerichtete Relation der wissenschaftlichen Beobachtung auf ihr Objekt bewirkt (Jahraus 2004 S.45). Das Erklären ist rein rekonstruktiv. Beim Verstehen ist das verstandene Objekt ein anderes als ein nicht-verstandenes. Mit dem Verstehen ist also ein konstruktives Moment verbunden (Jahraus 2004 S.45). Das Verstehen kann im hermeneutischen Zirkel aus Verstehen neues Verstehen hervorgehen lassen (Jahraus 2004 S.44).

Das Zustandekommen dieses hermeneutischen Verfahrens ist überhaupt erst möglich, da der Interpret bereits Vorurteile und ein Vorverständnis hat sowie von seiner persönlichen und geschichtlichen Situation geprägt ist (Göttner 1973 S.22). Diese Voraussetzungen ermöglichen es dem Interpreten eine Beziehung zu dem zu interpretierenden Text aufzubauen. Das erste Verstehen eines Textes ist somit zunächst ein vorurteilhaftes Verstehen des Sinnzusammenhanges des Textes als Ganzen (Göttner 1973 S.22). Der entstandene intuitive Entwurf des Sinnzusammenhanges wird bei der weiteren Auseinandersetzung des Interpreten mit dem Text durch eine Reihe von Techniken geprüft. Dies erfolgt durch philologische Prüfung (z.B. Untersuchungen der Wortbedeutung, der Motive, der Form) und durch historische Prüfung (biographische Zusammenhänge, gesellschaftlicher Kontext, zeitgeschichtliche Lage des Textes). Es gilt zu untersuchen, ob alle Teile des Textes zu dem vermuteten Sinnzusammenhang passen (Göttner 1973 S.23). Auf diese Weise wird der Entwurf des Sinnzusammenhangs immer weiter modifiziert, bis das Verstehen vollendet ist. Die älteren Hermeneutiker wie Dilthey behaupteten, dass das erreichte Verstehen dann keine Einschränkungen mehr habe und sich das „historische Bewußtsein“ bilde, während die jüngeren Vertreter der Hermeneutik dies bestreiten und von der dauerhaften Kopplung des Textverständnisses an das vorurteilshafte Vorverständnis des Interpreten überzeugt sind (Göttner 1973 S.23). Die Berücksichtigung und Beachtung des Einflusses der Position des Interpreten auf die Interpretation ist nach Gadamer mit dem Begriff des „wirkungsgeschichtlichen Bewußtseins“ assoziiert (Göttner 1973 S.24).

### 2.6.2. Kritik an der Hermeneutik

Mit dem Verstehensbegriff sind Probleme verbunden. Zum einen wird von Seiten der Vertreter der Analytischen Methodologie bezweifelt, dass die Ergebnisse des „Verstehens“ der Hermeneutik wissenschaftliche Gültigkeit haben und das „Verstehen“ als wissenschaftliche Methode, die intersubjektive Nachprüfbarkeit gewährleistet, bezeichnet werden kann (Geltungsproblem) (Göttner 1973 S.8). Zum anderen wird die Unschärfe bzw. die Ungenauigkeit des Verstehensbegriffs kritisiert (Sinnproblem) (Göttner 1973 S.8). Von Seiten der Analytischen Methodologie wird die Frage aufgeworfen, was die Hermeneutiker als literaturwissenschaftliches Verfahren beschreiben. Dabei stellen sich drei Problemgruppen heraus (Göttner 1973 S.24):

1. Die Frage nach Bedingungen und der Entwicklung des Verstehens eines Textes
2. Die Frage nach dem logischen Verfahren einer Interpretation
3. Die Frage nach der Überprüfung einer Interpretation

Göttner trägt in seinen Darlegungen zur Frage nach dem logischen Verfahren bei. Laut Göttner sieht die logisch-deduktive Analyse des Forschungsprozesses folgendermaßen aus: Das erste Glied ist die Haupthypothese. Diese Haupthypothese muss durch konkretere Hypothesen differenziert werden, welche selbst wiederum ebenso durch untergeordnete Hypothesen differenziert werden. So ergibt sich eine Hypothesenhierarchie, die einer logischen Abfolge der Hypothesen unterliegt (Göttner 1973 S.25). Am Ende dieser Hierarchie stehen stark spezialisierte Hypothesen, welche die Existenz einer Sache zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort unterstellen (Göttner 1973 S.25). Zur Klärung der Frage nach der Überprüfung einer Textinterpretation hat Göttner folgenden Lösungsansatz: „Die Anweisungen dafür, wie die praktischen Nachforschungen verlaufen sollen, geben andere, von dem gesamten Hypothesenaufbau völlig *unabhängige Regeln*, zum Beispiel solche, die besagen, an einer bestimmten Stelle im Text nachzulesen oder eine bestimmte Quelle auf eine Frage hin einzusehen, usw. Es sind Regeln der Beobachtung, welche die Entscheidung über die Endhypothese fällen.“ (Göttner 1973 S.26). Letztlich entsteht ein „Beobachtungsbericht“, der bestimmt, welche Endhypothesen als verifiziert gelten können. Eine Endhypothese kann so auch der ihr übergeordneten Hypothese ihren Bestätigungsgrad übertragen. Dieses Prinzip kann bis hin zur Haupthypothese angewendet werden im Sinne eines induktiven Bestätigungsprozesses (Göttner 1973 S.27). Dieser Prozess verläuft umgekehrt zur Systematisierung der Hypothesen (Göttner 1973 S.27).

### 2.6.3. Der hermeneutische Zirkel

Von der Allgemeinen Hermeneutik lassen sich außerdem spezielle Hermeneutiken unterscheiden, welche fachspezifische Methodenlehren darstellen (Bühler 2003 S.6). Eine Methodenlehre der Wissenschaft muss zwei zentrale Aufgaben erfüllen: Zum einen muss sie Erkenntnisziele darlegen, zum anderen die nötigen Methoden spezifizieren, sodass diese zielführend sind (Bühler 2003 S.6). Eine Methodenlehre soll außerdem darlegen, wann wissenschaftliche Aussagen als bestätigt gelten und somit verlässlich sind (Bühler 2003 S.6).

„Wo immer also etwas verstanden und dieses Verstehen noch einmal methodisch kontrolliert und theoretisch reflektiert wird und schließlich mit wissenschaftlichem Anspruch betrieben werden soll, kommt man um hermeneutische Voraussetzungen nicht herum. Insofern ist jeder Verstehensakt hermeneutisch ausgewiesen.“ (Jahraus 2004 S.247).

Historisch gesehen geht der hermeneutische Zirkel auf die antike Rhetorik zurück und wurde später auf die neuzeitliche Hermeneutik übertragen (Wüstehube 1998 S.180). Nach Vetter (2014 S.20) geht „[d]er hermeneutische Zirkel [...] auf die *Praxis des Lesens* zurück.“. Er meint inhaltlich die Regel, dass man das Ganze eines Textes aus den Textteilen, also dem Einzelnen, und das Einzelne aus dem Ganzen versteht. Dementsprechend ist der Sinn eines Textes nicht in jedem Satz voll präsent, sodass der Sinn letztlich antizipiert werden muss (Wüstehube 1998 S.180f). Der Leser bringt ein erstes Vorverstehen mit, welches er bei fortschreitender Lektüre mit neuen Details anreichert (Vetter 2014 S.20). Dabei ist der Interpret stets von Vorurteilen und Vorerwartungen geprägt. Das Verstehen eines Textes entsteht immer durch einen Entwurf, welcher mit Erkennen eines ersten Sinnzusammenhanges des Textes aufkommt und den Erwartungen des Lesers vorausgehen (Wüstehube 1998 S.181). Die wachsende Kenntnis der „Teile“ eines Textes führt zu einem genaueren Wissen um „das Ganze“ des Textes. Letztlich führt dies auch zu einem verbesserten Verständnis der Details des Textes (Vetter 2014 S.20). Gadamer betont die Notwendigkeit einer „objektiven Hermeneutik“. Hiermit ist die Herstellung eines sachlichen Einverständnisses gemeint. Der Mittelpunkt der Interpretation soll nicht die seelische Verfassung des Autors sein, sondern das Ganze des Textes muss aus sich selbst heraus verständlich sein (Wüstehube 1998 S.181).

#### 2.6.4. Hermeneutik im Kontext dieser Arbeit

Der hermeneutische Zirkel als humanwissenschaftliche Arbeitsmethode soll im Rahmen der Auseinandersetzung mit der medizinethischen Fachdiskussion um die Tötung auf Verlangen eine wissenschaftliche Herangehensweise an die vorzufindenden Argumente und Argumentationsstrukturen sicherstellen. Durch das Vorgehen im hermeneutischen Zirkel können so bereits im ersten Schritt meiner Analyse zur Tötung auf Verlangen fehlerhafte Argumentationsstrukturen aufgedeckt werden. Die Auseinandersetzung mit dem zu untersuchenden Fachdiskurs soll nicht lediglich eine Wiedergabe dieses Diskurses darstellen, sondern auch zur Einordnung und Bewertung der im Diskurs vorherrschenden Argumente beitragen.

## 2.7. Der Ulmer Fall

### 2.7.1. Falldarstellung

Am Landgericht Ulm wurde 2014 ein Sterbehilfeprozess verhandelt. Ein 44-jähriger Chirurgieprofessor und seine 72-jährige Mutter waren angeklagt, dem todkranken Vater bzw. Ehemann am Universitätsklinikum Ulm 2008 aktive Sterbehilfe geleistet zu haben. Die Anklage lautete „gemeinschaftliche Tötung auf Verlangen“.

Im Jahr 2008 wird der Patient K.A. am Uniklinikum Ulm eingeliefert und leidet zu dieser Zeit bereits an einer idiopathischen Lungenfibrose im Endstadium (Schwäbische 2014). Sein Tod sei eine Frage von Tagen, bestätigten die Ärzte (Lakotta 2014 S.102).

Am 28. Januar 2008 alarmiert die Ehefrau des Patienten, Mechthild, ihren Sohn, einen 44-jährigen Chirurgieprofessor (Schwäbische 2014). Daraufhin begibt sich dieser nach Ulm. Am selbigen Tag leidet K.A. abends in Anwesenheit von Ehefrau und Sohn plötzlich unter akuter Atemnot (Schwäbische 2014). Laut Staatsanwaltschaft reißt sich der Patient die Sauerstoffmaske vom Gesicht und fleht seine Familie an, ihm beim Sterben zu helfen (Schwäbische 2014). Die Ehefrau klingelt daraufhin nach den Krankenschwestern (Lakotta 2014 S.102). Aus der Anklageschrift ist zu entnehmen, dass die Ehefrau und der Sohn übereingekommen sind, dem Patienten selbstständig Morphin zu spritzen, nachdem der Nachtdienstarzt nicht sofort gekommen ist (Schwäbische 2014).

Eine Überdosis Morphin kann bei einer stark vorgeschädigten Lunge zu einer schnellen Atemlähmung führen. Nach Überzeugung der Staatsanwaltschaft haben Mutter und Sohn die Dosierpumpe zur intravenösen Medikamenteninfusion manipuliert, sodass eine Überdosis Morphin verabreicht wurde und der Patient binnen kürzester Zeit an einem Atemstillstand starb. Zum Zeitpunkt der Übereinkunft zwischen Mutter und Sohn und der Tötungshandlung selbst sind nur der Patient, die Ehefrau und der Sohn im Patientenzimmer anwesend (Schwäbische 2014). Eine Krankenschwester entdeckt den leeren Morphinperfusor, als sie ins Zimmer kommt und schlägt Alarm (Schwäbische 2014).

### 2.7.2. Der Prozess

In den zwei Jahren nach dem Tod des Patienten verfasste Oberstaatsanwalt Christof Lehr die Anklage (Lakotta 2014 S.102). Vier Jahre später setzte das Schwurgericht die Hauptverhandlung mit der Anklage „gemeinschaftliche Tötung auf Verlangen“ an (Lakotta 2014 S.102, Schwäbische 2014). Mit welchen Fragen beschäftigte sich die Staatsanwaltschaft bei den Vorermittlungen? Laut Presseberichten setzte sich die Staatsanwaltschaft insbesondere mit der Frage auseinander, wer den Morphin-Perfusor verstellt hat (Schwäbische 2014). Dabei kamen die Anklagevertreter bei den jahrelangen Vorermittlungen zu dem Schluss, dass der Chirurgieprofessor und seine Mutter aktive Sterbehilfe geleistet haben (Schwäbische 2014).

Die zweite Schwurgerichtskammer des Landgerichts Ulm unter dem Vorsitz von Gerd Gugenhan hatte 13 Verhandlungstage angesetzt (Mayer 2014a). Dass die Morphindosis von einem der Angeklagten oder von beiden Angeklagten erhöht wurde, stand aufgrund der Beweislage im Zuge der Vorermittlungen außer Frage (Mayer 2014b). Im Mittelpunkt der Verhandlungen stand die Frage, was zum Tod des Patienten führte: Die überdosierte Morphingabe oder die schwere Erkrankung des Patienten? (Mayer 2014b). Daher war das Verfahren vor allem von den Expertisen der Gutachter bestimmt (Mayer 2014b).

Die Angeklagten hatten sich auf Anraten ihrer vier Verteidiger zu den Tatvorwürfen nicht geäußert (Mayer 2014b). Im Verlauf des Verfahrens wurden 14 renommierte Gutachter vorgeladen (Mayer 2014b), sieben davon von der Verteidigung (Lakotta 2014 S.102). Drei Lungenfachärzte schilderten laut Presseberichten die Symptomatik einer Lungenfibrose im Endstadium (Lakotta 2014 S.103). Nach ihrer Einschätzung komme es immer wieder zu Erstickungsanfällen mit Panik und Todesangst. Jeder Anfall könne der letzte sein (Lakotta 2014 S.103). Sehr viele Patienten nähmen die Atemmaske ab, weil sie diesen Zustand nicht mehr aushielten. In diesen Fällen wäre eine große Menge Morphin notwendig, um einen grausamen Erstickungstod bei vollem Bewusstsein zu vermeiden (Lakotta 2014 S.103). Der Pneumologe Jürgen Behr beschreibt diese Form des Sterbens als besonders qualvoll. Ferner sagt er aus, dass es für die Angehörigen unvorstellbar schlimm sei, dem Kranken bei seinem Todeskampf hilflos zusehen zu müssen (Lakotta 2014 S.103). Über die Klinik Ulm urteilt er in diesem Zusammenhang, dass sie die Familie in dieser Not allein gelassen habe (Lakotta 2014 S.103).

Der Rechtsmediziner Klaus Püschel wurde als Sachverständiger von der Staatsanwaltschaft bestellt (Mayer 2014a). Er gilt als Koryphäe im Bereich der Rechtsmedizin und ist Direktor des gleichnamigen Instituts am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (Mayer 2014a). Klaus Püschel untersuchte die Morphinkonzentration im Venenblut des Verstorbenen und trägt die Ergebnisse seiner Analyse im Rahmen der Verhandlungen vor (Lakotta 2014 S.103). Eine eindeutige Todesursache – ein Blutgerinnsel, eine Vergiftung oder eine ausgeprägte Herzleistungsschwäche – habe beim Patienten nicht festgestellt werden können (Soldt 2014). Püschel beschreibt die „Überdosierung“ des Morphins als „[...] der letzte kleine Faktor, der dem schwerkranken Patienten den Rest gegeben hat.“ (Mayer 2014a). Weiter kam der Experte zu dem Schluss, dass „[...] der Patient ganz am Ende seines Lebens in einer eindeutig palliativen Situation war.“ (Mayer 2014a). Eine Morphingabe sei in einer solchen Situation „ausdrücklich richtig“ (Mayer 2014a).

Der Patient sei am 28. Januar 2008 relativ stabil gewesen, wenn auch auf niedrigem Niveau (Mayer 2014a). Die Entscheidung dazu, dauerhaft beruhigendes Morphin aus einem Perfusor zu verabreichen, sei 34 Stunden vor dem Tod durch die Stationsärzte des Patienten erfolgt (Mayer 2014a). Laut Püschel könne man davon ausgehen, dass der Patient dementsprechend nicht bereits an das Morphin gewöhnt gewesen sei (Mayer 2014a). Die Erhöhung der Morphindosis um das 18-fache in Folge der Manipulation des Perfusors habe eine „sehr starke Anflutungswirkung“ gehabt, sprich sie habe zum schnellen Ableben des Patienten geführt (Mayer 2014a). Püschel sagt dazu: „Der Todeszeitpunkt ist eindeutig durch die Gabe von Morphin vorverlagert worden. Es war relativ zu viel“ (Soldt 2014).

Daraufhin wollen die Verteidiger wissen: „Was ist relativ zu viel? Gibt es einen Grenzwert, der beweist, dass das Morphin zu viel war?“. Püschel antwortet, das Besondere sei eben die Erhöhung der Morphin-Dosis gewesen, deshalb müsse dieser Schritt einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf gehabt haben (Soldt 2014). Weiter Püschel: „Eine kontrollierte Morphingabe wäre aus meiner Sicht der richtige Weg gewesen.“ (Mayer 2014a). Der Verteidiger Thilo Pfordte will von ihm wissen, ob dieser eine andere Todesursache ausschließen könne. Darauf Püschel: „Völlig ausschließen kann ich nie etwas.“ (Lakotta 2014 S.103). Der Sachverständige bleibt bei seiner Einschätzung, dass das Morphin den Todeszeitpunkt nach vorne verlegt habe, auch wenn es sich gegebenenfalls nur um Minuten handeln könne (Lakotta 2014 S.103).

Die Verteidigung lud den Intensivmediziner Uwe Janssens als Gutachter vor. Der ehemalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin hielt Püschels Expertise für praxisfremd und warf ihm vor, die klinischen Umstände vernachlässigt zu haben (Mayer 2014a). So fehle bei Püschel die Bewertung des positiven Effekts der Morphingabe zur Linderung des Leidens gänzlich (Mayer 2014a). Janssens trifft folgende Aussage: „Wenn sich in diesem Gericht Professor Püschels Standpunkt durchsetzt, kann ich morgen in meiner Klinik den Patienten nicht mehr helfen. Dann steht die ganze Palliativmedizin mit einem Bein im Gefängnis.“ (Lakotta 2014 S.103). Über das Verhalten des Sohnes sagt er: „Herr A. hat getan, was die Pflicht der Klinikärzte gewesen wäre. Dafür steht er heute mit einem Tötungsvorwurf vor uns. Das finde ich fatal.“ (Lakotta 2014 S.103).

Für ein weiteres Gutachten beauftragte die Verteidigung den Forensiker Wolfgang Eisenmenger (Lakotta 2014 S.103). Eisenmenger leitete das Rechtsmedizinische Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München und ist hoch angesehen auf dem Gebiet der Rechtsmedizin (Mayer 2014a). Er sieht in der Überdosis Morphin nicht zwingend die Todesursache und vertritt die Auffassung, dass allein die Summe der gravierenden Erkrankungen an Herz und Lunge „[...] den Tod des Patienten zu jedem Zeitpunkt erklären können.“ (Mayer 2014a). Er legt in seiner Aussage dem Gericht dar, dass der Patient neben der Lungenfibrose noch andere schwere Erkrankungen hatte und beschreibt mehrere Szenarien, die ebenfalls Todesursache gewesen sein könnten: Der Patient habe ein zu großes Herz gehabt, das unter dem Stress der Atemnotattacke versagt haben könnte (Lakotta 2014 S.103). Auch wäre es denkbar, dass der Sauerstoffmangel das Organsystem zum Kippen gebracht habe. In einem solchen Fall hätte das Morphin keine Rolle gespielt (Lakotta 2014 S.103). Die Morphingabe müsse nicht zwingend tödlich gewesen sein (Mayer 2014a). Sie habe sogar therapeutischer Natur sein können, weil der Patient in der Stunde vor seinem Tod unter akuter Atemnot litt und die Sauerstoffmaske verweigerte (Mayer 2014a).

Eisenmenger führt seine Einschätzung fort: „Ich habe vernünftige Zweifel, ob der Tod allein auf die Gabe des Morphiums zurückzuführen ist.“ (Mayer 2014a). Laut der Südwest-Presse kam der Chef der Ulmer Rechtsmedizin, Erich Miltner, zu einem ähnlichen Ergebnis wie Eisenmenger (Mayer 2014a). Eisenmenger kritisierte allerdings die Obduktion der Leiche durch die Ulmer Rechtsmedizin: „Aus den Befunden wissen wir sehr wenig, weil nicht alle notwendigen Untersuchungen veranlasst wurden.“ (Mayer 2014a). Die Gutachterin Elke Muhl berichtet zur Höhe der Morphingabe Folgendes: „Ich habe als Intensivmedizinerin oft

so hohe Dosen gegeben, ohne dass eine letale Wirkung eingetreten wäre.“ (Mayer 2014b). Sie sagt weiter: „Wir schauen nicht auf den Wirkstoffspiegel, sondern geben so viel, dass es das Leiden lindert.“ (Lakotta 2014 S.103). „Und wenn der Tod dadurch früher eintritt?“, will der Staatsanwalt wissen. „Dann nehmen wir das in Kauf. In der Sterbesituation ist das ohne Belang“, antwortet Muhl (Lakotta 2014 S.103).

Laut Berichterstattung des Spiegels waren sieben Gutachter der Ansicht, dass die Angeklagten das Leiden des sterbenden Patienten gelindert hätten, um ihm nicht beim qualvollen Ersticken zuzuschauen zu müssen. Diese Gutachter hielten es für fraglich, ob durch die Überdosis Morphin der Todeszeitpunkt vorverlegt wurde (Lakotta 2014 S.103).

#### 2.7.2.1. Die Zeugen

Der Oberarzt am Universitätsklinikums, N.M., wurde als Zeuge geladen. Er sagte vor Gericht aus, dass man jederzeit mit dem Tod des Patienten gerechnet habe. Nach seiner Aussage habe man vereinbart, nur noch die Leiden des Patienten zu lindern (Lakotta 2014 S.102). Der Patient sei an einen Morphin-Perfusor angeschlossen worden und habe bei akuten Atemnotattacken eine Extradosis Morphin erhalten (Lakotta 2014 S.102). Eine solche Extradosis müsse generell von einem Arzt angeordnet werden. Wenn sie als Notfallmedikation im Krankenblatt dokumentiert würde, dürfe auch eine Krankenschwester eine solche Notfallmedikation verabreichen (Lakotta 2014 S.102). N.M. sagte aus, dass er mit dem Sohn eine Absprache getroffen habe. Demnach durfte der Sohn den Perfusor im Notfall selbst betätigen. Jedoch wusste in der Nacht vom 28. Januar 2008 kein Anderer von dieser Absprache (Lakotta 2014 S.102).

Ferner wurde die Nachtschwester E.S., die in der Nacht vom 28. Januar 2008 auf der Station tätig war, als Zeugin vorgeladen (Lakotta 2014 S. 102). Sie schildert die Situation im Patientenzimmer wie folgt: „Die Angehörigen hatten geklingelt. Als ich hereinkam, saß Herr A. im Bett, er hatte seine Atemmaske abgesetzt, er hat um Luft gerungen und wild mit den Armen gefuchelt.“ Daraufhin fragte der Staatsanwalt, ob sie erkannt habe, dass der Patient sterben würde. „Ja“, bestätigt die Zeugin (Lakotta 2014 S. 102). Weiter schildert sie: „Wir versuchten, ihm die Maske wieder aufzusetzen, aber er wollte nicht. Er ließ sich nicht beruhigen.“

M.S., der in der Tatnacht Dienst auf der betreffenden Station hatte, berichtet, die Schwestern hätten ihn alarmiert, da sich jemand am Perfusor zu schaffen gemacht hätte. Allerdings sei er zu diesem Zeitpunkt mit einem anderen Notfall beschäftigt gewesen (Lakotta 2014 S. 102). Er schildert: „Als ich ins Zimmer kam, hatte der Patient bereits Schnappatmung“ (Lakotta 2014 S. 102). Er habe ihn nicht anfassen müssen, um festzustellen, dass der Patient starb. Dann verständigte er die Polizei, da die Krankenschwestern dies so gewollt hätten (Lakotta 2014 S. 102). Auf die Frage hin, ob er zuvor versucht hätte, sich ein Bild von dem Patienten zu machen, antwortet M.S., dass er dies nicht versucht hätte und dass ihm genügt habe, was die Schwestern ihm erzählt hatten (Lakotta 2014 S. 102). Laut M.S. wurden dem Patienten nach Manipulation des Perfusors 27 Milliliter Morphin in 25 Minuten verabreicht, was er als extrem hohe Dosis einstufte (Lakotta 2014 S. 102).

#### 2.7.2.2. Weitere Beweismittel im Verfahren

Laut Berichterstattungen des Spiegels war ein Video, das von der Polizei später am Tatort gedreht wurde, Gegenstand des Verfahrens. Zum Prozessauftakt im März führte der Vorsitzende Richter Gerd Gugenhan besagtes Video vor, das den Patienten in der Todesnacht zeigt (Lakotta 2014 S. 102). Laut Spiegel waren es wackelige Aufnahmen, die vom Kommissar am Tatort gedreht wurden. Auf dem Video sind das Patientenzimmer mit Nachttisch, medizinisches Gerät, eine grüne Spritzenpumpe und der Perfusor zu sehen (Lakotta 2014 S. 102). Weiter werden das Video und die damit einhergehenden Reaktionen im Gerichtssaal wie folgt beschrieben: „Die Kamera schwenkt auf ein Bett, gestreifte Bettwäsche, ein nackter Fuß schaut hervor. Dann sieht man eine bleiche Hand, sie hält eine kleine weiße Marienstatue. Unruhe kommt im Publikum auf. Will man das sehen? Darf man das zeigen? Schließlich gerät auch noch das Gesicht des Toten ins Blickfeld. Frau A. sitzt blass und um Fassung ringend auf der Anklagebank, ihr Sohn fixiert den Staatsanwalt. Der lächelt, wie immer. ‚Ausschalten!‘, rufen Zuschauer.“ (Lakotta 2014 S.102).

### 2.7.2.3. Die Einstellung des Verfahrens

Das Verfahren wurde am sechsten Verhandlungstag auf Antrag der Staatsanwaltschaft eingestellt (Mayer 2014b). Laut Oberstaatsanwalt Christof Lehr sei die Frage, ob es sich „[...] um straflose Hilfe beim Sterben oder strafbare Hilfe zum Sterben [...]“ gehandelt habe, nicht zu klären. Daher nahm er die Anregung der Verteidigung auf, das Verfahren einzustellen (Mayer 2014b). Laut der Südwestpresse zeigte sich die Verteidigung mit dem Ausgang zufrieden, auch wenn sie sich gute Chancen für einen Freispruch ausgerechnet habe (Mayer 2014b). Im Falle eines Freispruchs hätte es zu einer Revision vor dem Bundesgerichtshof kommen können. Laut dem Rechtsanwalt Thilo Pfordte wollte man außerdem den Angeklagten einen längeren Prozessverlauf ersparen (Mayer 2014b). Er will klarstellen, dass es bei diesem Prozess nicht um die rechtliche Würdigung des Problems der aktiven Sterbehilfe gegangen sei (Soldt 2014). Man habe sich auf einer anderen Ebene bewegt. In übereinstimmender Würdigung des Sachverhalts kam man dahin, dass man Hilfe beim Sterben nicht ausschließen könne. Dies habe die Einstellung des Verfahrens ermöglicht (Soldt 2014). Das Gericht erlegte den Angeklagten auf, je 15.000 Euro ans Ulmer Hospiz zu überweisen. Die Unschuldsvermutung bleibt bestehen (Soldt 2014). Die Einstellung des Verfahrens ist endgültig (Mayer 2014b).

### 2.7.3. Hintergründe und Umstände des Ulmer Falls

#### 2.7.3.1. Hinweise auf den Tathergang

Laut Berichterstattungen des Spiegels klingelt die Ehefrau nach den Schwestern, nachdem der Patient sich die Atemmaske vom Gesicht gerissen hatte. Weiter berichtete der Spiegel, dass die Ehefrau und der Sohn daraufhin um einen Arzt bitten, vermutlich weil dieser dem Patienten eine Notfalldosis Morphin hätte verabreichen sollen (Lakotta 2014 S. 102). Als die Krankenschwestern auf das Klingeln der Ehefrau hin im Patientenzimmer auftauchen, finden sie den Patienten ohne Atemmaske und nach Luft ringend vor (Lakotta 2014 S. 102). Daraufhin versuchen sie dem Patienten die Atemmaske wieder aufzusetzen, dieser will das jedoch nicht (Lakotta 2014 S. 102). Anschließend verlassen die Krankenschwestern das Zimmer, um einen Arzt zu suchen. Jedoch ist im entscheidenden Moment kein Arzt greifbar (Lakotta 2014 S. 102). Ferner ist im Krankenblatt das Feld für die Notfallmedikation leer (Lakotta 2014 S. 102). Der Perfusor ist seitens der Klinik auf 5,5 Milliliter Morphin pro Stunde eingestellt (Lakotta 2014 S. 102) und wird von den Pflegekräften regelmäßig kontrolliert (Schwäbische 2014). Laut der Staatsanwaltschaft soll der Perfusor von Ehefrau und Sohn auf 99 Milliliter Morphin pro Stunde hochgedreht worden sein. Dies entspräche der Maximalgeschwindigkeit (Lakotta 2014 S. 102).

Es vergehen 25 Minuten, bis ein Arzt im Zimmer des Patienten auftaucht (Lakotta 2014 S. 102). Der diensthabende Arzt und die Krankenschwestern sehen den Patienten in der Nacht vom 28. Januar 2008 zum ersten Mal (Lakotta 2014 S. 102).

#### 2.7.3.2. Der Gesundheitszustand

Der Patient war 69 Jahre alt (Schwäbische 2014). Er war ein Lungenfacharzt aus Neu-Ulm und regional bekannt (Schwäbische 2014). Der Patient litt an einer idiopathischen Lungenfibrose im Endstadium (Schwäbische 2014). Eine Heilung zum Beispiel durch Lungentransplantation war ausgeschlossen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ihm ein qualvolles Sterben bevorstand (Schwäbische 2014). Neben der Lungenfibrose litt der Patient auch unter einer chronischen Herzschwäche. Laut Aussagen der Gutachter habe sein Herzgewicht bei 580 Gramm gelegen (Soldt 2014).

#### 2.7.3.3. Hinweise auf die Situation vor der Tatnacht

Nach Einlieferung ins Uniklinikum Ulm wird der Patient von seinen Angehörigen besucht. „Das ist mein letzter Auftritt“, verabschiedet sich der Patient von einem guten Freund, ebenfalls Arzt. „Ich kriege jetzt Morphin, es geht nicht mehr lang.“ Dies bestätigte der Freund des Patienten bei einer Aussage vor Gericht (Lakotta 2014 S. 102).

#### 2.7.3.4. Kritik am Uniklinikum Ulm

Die Südwestpresse berichtete Folgendes: „Im Laufe des Verfahrens wurde erhebliche Kritik an der Uniklinik Ulm laut, weil es dort damals offensichtlich überhaupt kein palliativmedizinisches Konzept gab und Ärzte wie Schwestern mit der Situation überfordert waren.“ (Mayer 2014b). Der intensivmedizinische Gutachter Uwe Janssens berichtet bei seiner Aussage vor Gericht, dass die Angehörigen quasi „in Notwehr“ gehandelt hätten- „In richtiger Notwehr, wie ich finde.“ (Mayer 2014b). Der Gutachter Christof Müller-Busch kritisierte das Vorgehen auf der Station deutlich. Bei der Zeugenaussage von M.S. fragt er nach, welches Konzept für eine solche Krisensituation vorgesehen sei. Dabei stellte sich heraus, dass es ein solches Konzept nicht gab (Lakotta 2014 S. 102). Auch zweifelt er offen die palliativmedizinischen Kenntnisse des diensthabenden Arztes an: „Woher haben Sie eigentlich Ihre palliativmedizinischen Kenntnisse?“ (Lakotta 2014 S. 103). Darauf antwortet M.S. laut Spiegelberichten: „Aus Gesprächen mit Kollegen.“ (Lakotta 2014 S. 102).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Die aktuelle Fachdiskussion über die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“

##### 3.1.1. Darstellung des Materials

Anhang 3 zeigt alle Quellen, die in die Auswertung eingingen. Es wurden 106 Artikel zum Thema gefunden, wovon 90 Artikel in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und 16 Artikel in der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ publiziert wurden. Von den 106 untersuchten Artikeln wurden in 37 Artikeln Argumente für und gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder zur Sterbehilfe allgemein genannt. In den restlichen 69 Dokumenten wurde das Thema in einem anderen Kontext beleuchtet oder kurz angeschnitten.

##### 3.1.2. Zeitliche Verteilung der Diskussionsbeiträge

Abbildung 6 zeigt, wie viele Artikel in der untersuchten Zeitspanne der Jahre Januar 2000 bis März 2016 in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ veröffentlicht wurden, die Textpassagen zur Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten.

Abbildung 7 zeigt, wie viele Artikel in den betreffenden Jahren in den genannten Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, die Textabschnitte speziell zu den Argumenten für und wider die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten. Textpassagen zur passiven Sterbehilfe fanden keine Berücksichtigung bei der Auswertung.

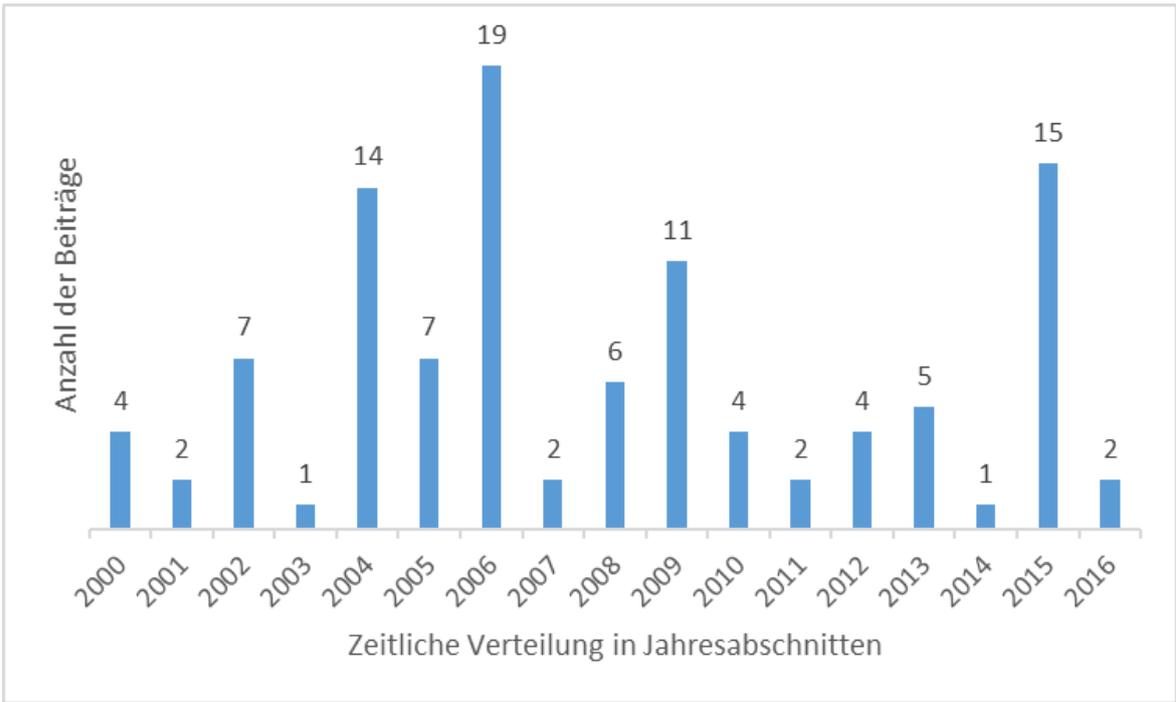


Abbildung 6: Zeitliche Verteilung der Beiträge zur Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Quellen: Die Beiträge sind in Anhang 3 tabellarisch aufgeführt (n=106).

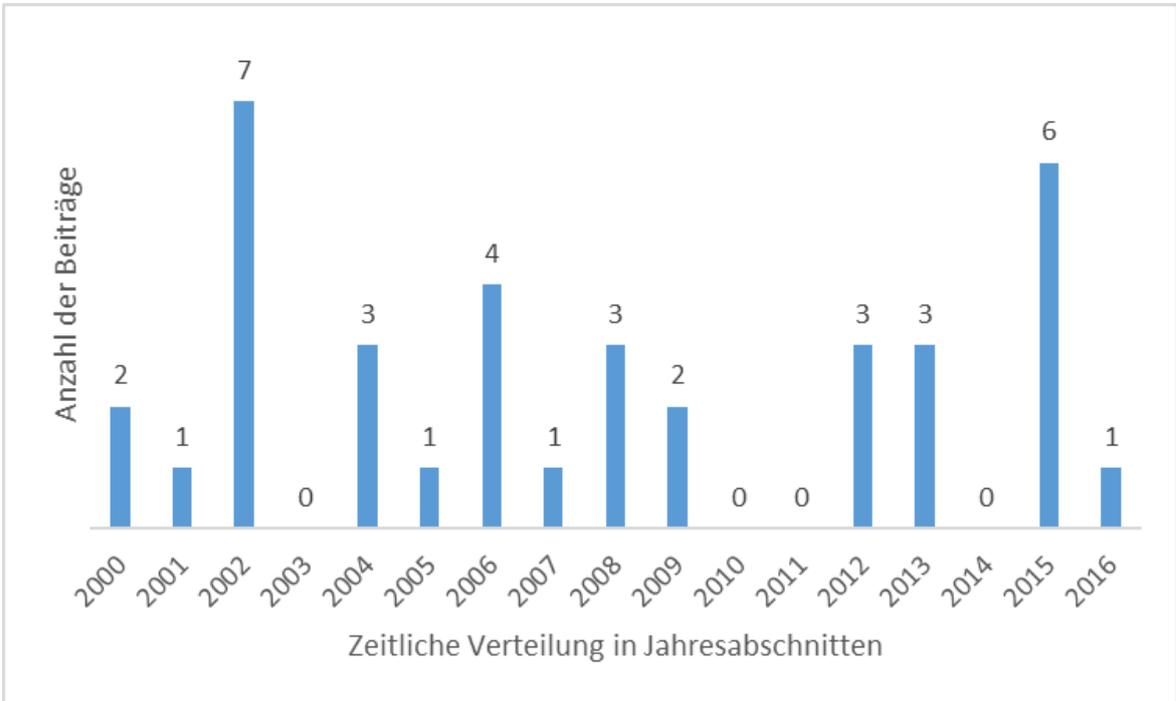


Abbildung 7: Zeitliche Verteilung der Beiträge zu den Argumenten für und wider Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Quellen: Die Beiträge sind in Anhang 3 tabellarisch aufgeführt (n=37).

### 3.1.3. Argumente im veröffentlichten Diskurs um die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe

Es folgt eine Darstellung der Auswertung zu den Argumenten im Diskurs um die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe in den Fachzeitschriften „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 (Abbildungen 6 und 7). Es wurden alle Textstellen in die Auswertung einbezogen, welche Argumente zur Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder beide Formen der Sterbehilfe in Kombination nennen, sowie alle Textstellen, welche einem Artikel zum Thema entspringen und die Form der Sterbehilfe nicht eindeutig benennen. Als Analyseeinheit für die statistische Auswertung der Argumente wurde ein Dokument gewählt. Die Auswertung erfolgte unter der Annahme, dass bei einem Dokument mehrere Unterkategorien codiert sein können, das heißt die Unterkategorien schließen sich nicht wechselseitig aus. Es gingen sowohl Textstellen in die Auswertung ein, bei denen der Autor eines Artikels selbst argumentiert, als auch solche, bei denen der Autor Argumente des Diskurses wiedergibt, also zitiert.

### 3.1.4. Häufigkeit der Beiträge in Bezug auf die untersuchten Formen der Sterbehilfe

Abbildung 8 zeigt, auf welche Form der Sterbehilfe sich die Textpassagen zu den Argumenten und Gegenargumenten bezogen.<sup>2</sup> In 39,5% der Fälle bezog der Autor das genannte Argument auf die Tötung auf Verlangen. In 41% der Fälle wurde das Argument im Zuge der Suizidbeihilfe diskutiert, wobei in 25,9% explizit von der ärztlichen Suizidbeihilfe die Rede war. In 9,5% der Fälle bezog der Autor das Argument sowohl auf die Tötung auf Verlangen als auch auf die Suizidbeihilfe. Es zeigte sich ein Graubereich von 10%, bei dem die Form der Sterbehilfe nicht benannt wurde oder die „Sterbehilfe“ im Allgemeinen - ohne genauere Differenzierung der Form der Sterbehilfe – genannt wurde.

---

<sup>2</sup> In die Auswertung gingen alle codierten Segmente, also Textpassagen zu den Formen der Sterbehilfe, mit ein. Jeder Textpassage zu einem Argument beziehungsweise Gegenargument wurde die vom Autor beschriebene Form der Sterbehilfe durch einen Subcode zugeordnet. Wenn ein Autor innerhalb eines Artikels mehrfach eine Form der Sterbehilfe benannte, wurde jede Benennung in die Auswertung miteinbezogen.

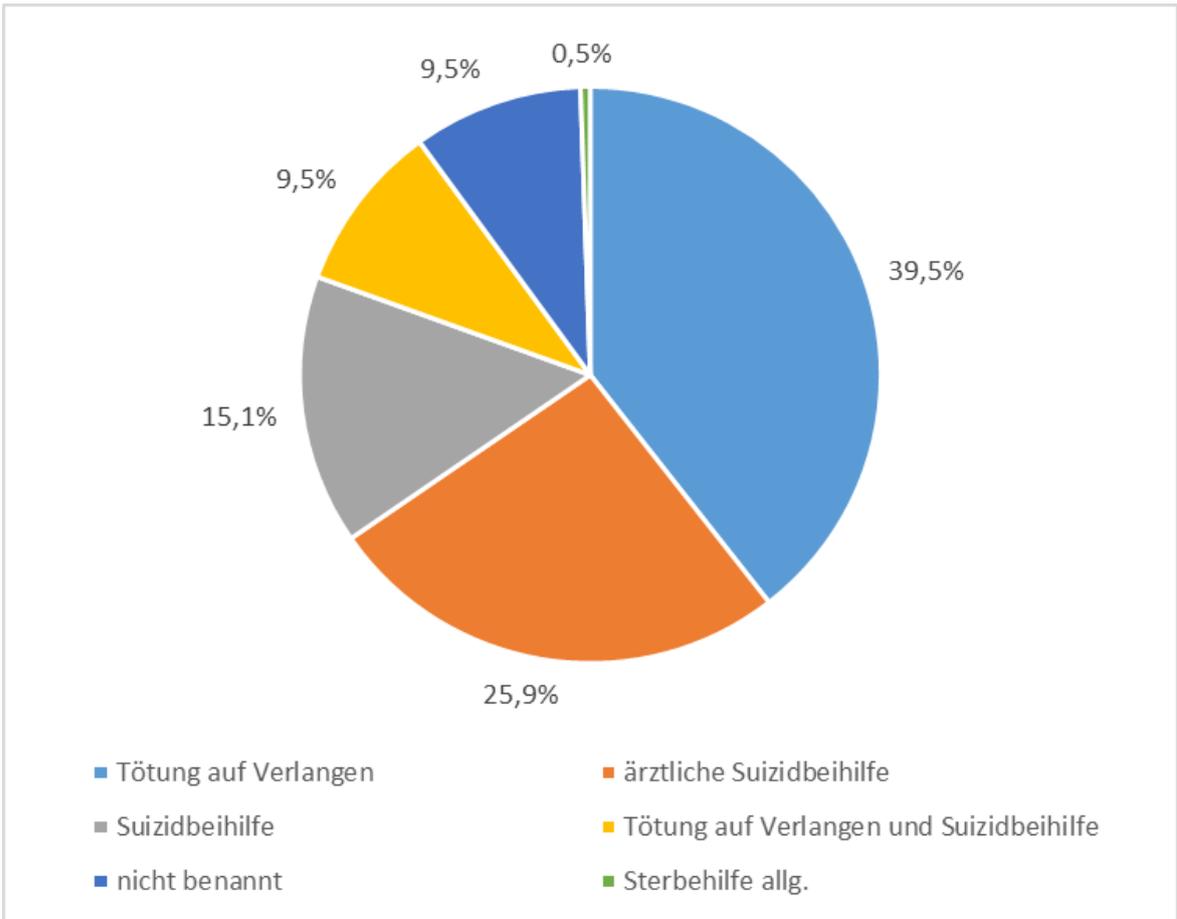


Abbildung 8: Abbildung 8 zeigt, auf welche Form der Sterbehilfe sich die untersuchten Textpassagen zu den Argumenten und Gegenargumenten bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente für oder gegen eine der untersuchten Formen der Sterbehilfe aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet.

### 3.1.5. Contra-Argumente

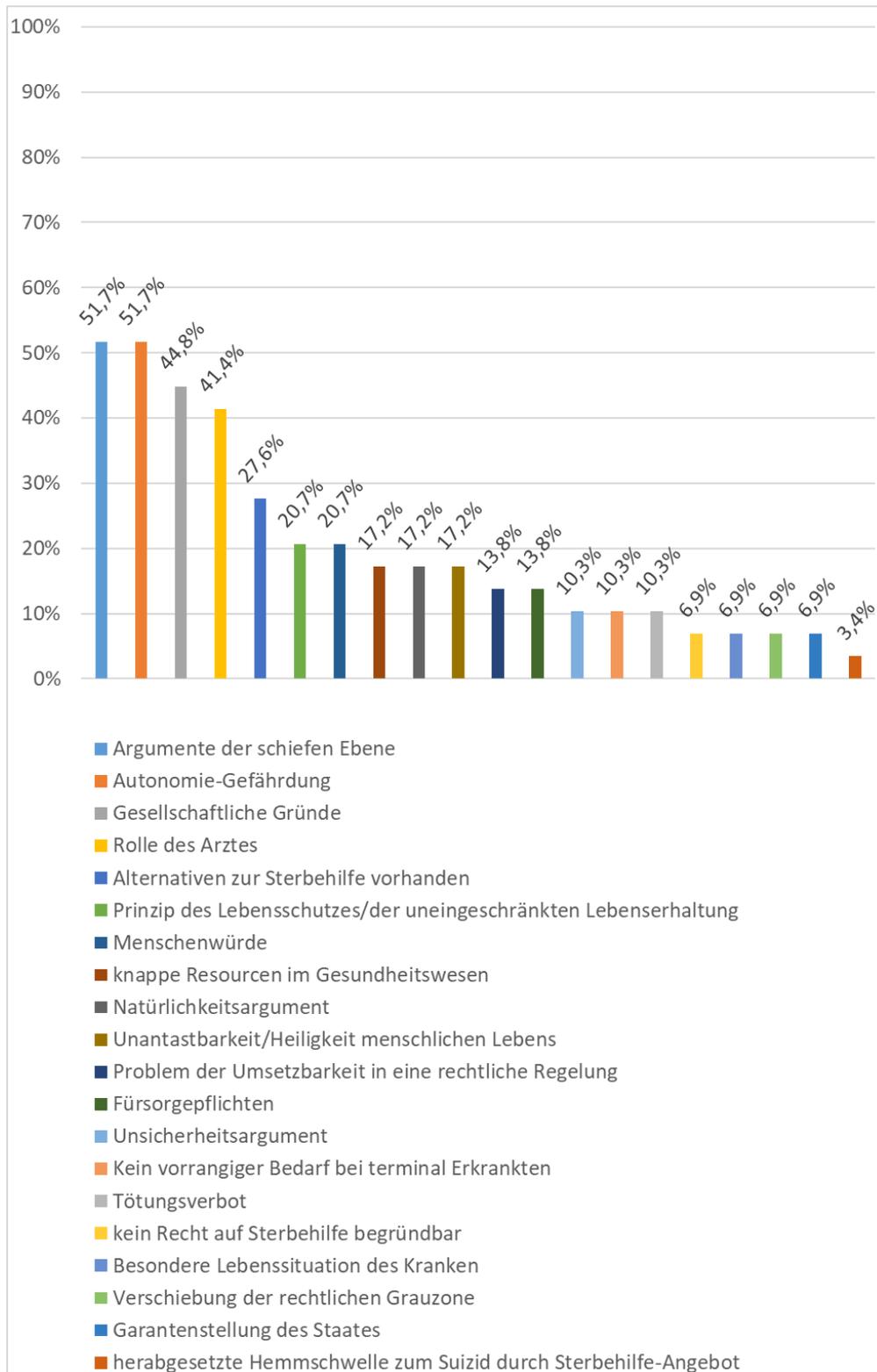


Abbildung 9: Häufigkeit der genannten Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen. In die Auswertung gingen alle Textpassagen ein, welche Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten und einem Beitrag entstammen, der in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ oder der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurde. Nannte ein Autor ein Argument innerhalb eines Beitrags mehrfach, ging nur eine Nennung in die Auswertung mit ein, um statistische Verzerrungen zu vermeiden.

Abbildung 9<sup>3</sup> zeigt die Argumente, die gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe bzw. Sterbehilfe im Allgemeinen angeführt wurden. Neunundzwanzig Textstellen zu den Gegenargumenten gingen in die Auswertung ein, wobei innerhalb eines Artikels jeweils nur eine Textstelle zu einem Argument gewertet wurde. Mehrfachnennungen eines Arguments innerhalb eines Artikels gingen nicht in die Auswertung ein.

Die Argumente der „schiefen Ebene“ und die „Autonomie-Zweifel“ wurden am häufigsten als Argumente gegen die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe angeführt (je 51,7%). Ferner führten die Autoren gesellschaftliche Gründe (44,8%), wie etwa gesellschaftlicher Druck auf kranke Menschen, Entsolidarisierung sowie negative Folgen einer Legalisierung für die Gesellschaft und die Rolle des Arztes (41,4%) als Gegenargumente an. In 27,6 Prozent der Artikel wies der Autor auf die Alternativen zur Sterbehilfe als Contra-Argument hin. In jeweils 20,7 Prozent der Artikel fand sich ein Verweis auf den Lebensschutz bzw. die uneingeschränkte Lebenserhaltung und die Menschenwürde als Contra-Argumente, gefolgt vom Natürlichkeitsargument (17,2%), der Unantastbarkeit menschlichen Lebens (17,2%) und dem Aspekt der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen (17,2%). Das Prinzip der Fürsorgepflicht und das Problem der Umsetzbarkeit in eine rechtliche Regelung fanden in je 13,8% der Artikel Berücksichtigung. Das Tötungsverbot (10,3%), das Unsicherheitsargument (10,3%) sowie der Aspekt, dass kein vorrangiger Bedarf bei terminal erkrankten Patienten bestünde (10,3%), spielten eine untergeordnete Rolle. Vereinzelt wurden auf die Garantenstellung des Staates und der Ärzte (6,9%), die Verschiebung der rechtlichen Grauzone (6,9%) sowie die Argumentation, dass kein Recht auf Sterbehilfe begründbar sei (6,9%), hingewiesen. In 6,9 Prozent der Artikel fand auch die besondere Lebenssituation einer Person, die um Sterbehilfe bittet, Berücksichtigung. In einem Artikel (3,4%) nannte der Autor das Prinzip des Nichtschadens als Argument gegen die Tötung auf Verlangen. Ferner enthielt ein Artikel (3,4%) eine Textstelle zur möglichen Herabsetzung der Hemmschwelle des Einzelnen, um Suizidhilfe zu bitten, sobald ein professionelles Angebot der Sterbehilfe bestünde.

---

<sup>3</sup> Es wurden nur diejenigen Ober-/Unterkategorien aktiviert, welche die Argumente darstellen. Unterkategorien, welche Gegenargumentationslinien darstellen, wurden nicht aktiviert und gingen nicht in die Auswertung ein. MAXQDA analysiert, in wie vielen Dokumenten eine Oberkategorie, unter welche die Unterkategorien von Interesse subsumiert wurden, vergeben wurde. In diesem Falle wird für jede Oberkategorie - also für jedes Argument - folgende Frage beantwortet: „In wie viel Prozent der Fälle (= der Artikel) wurde das Argument xy genannt?“.

### 3.1.5.1. Argumente der schiefen Ebene und des Dammbbruchs

Im Zuge des Argumentes der schiefen Ebene und des Dammbbruchs wurden unterschiedliche Aspekte diskutiert (Abbildung 12). Vorwiegend bezogen sich die Argumente auf die Tötung auf Verlangen (25 codierte Segmente). Bei elf Textpassagen benannten die Autoren die Form der Sterbehilfe nicht. Bei weiteren zehn Textstellen bezogen die Autoren das Argument sowohl auf die Tötung auf Verlangen, als auch auf die Suizidbeihilfe. Neun codierte Segmente in dem untersuchten Teilbereich befassten sich mit der Suizidbeihilfe (Abbildung 10)<sup>4</sup>.

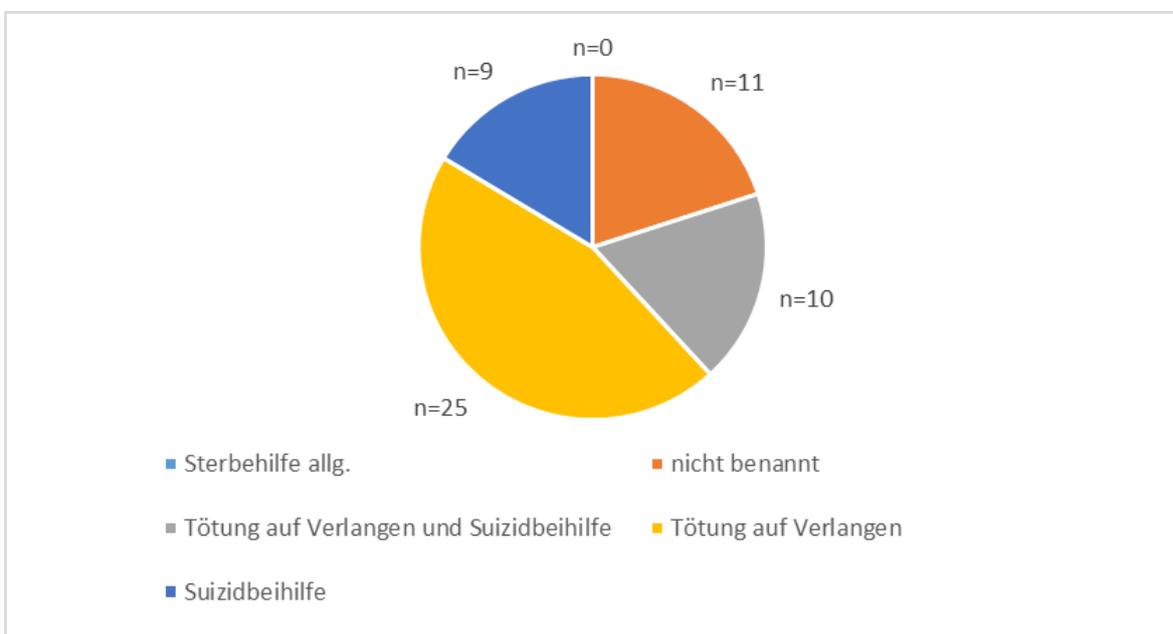


Abbildung 10: Abbildung 10 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument der schiefen Ebene in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

<sup>4</sup> In die Auswertung gingen alle Textpassagen zum „Argument der schiefen Ebene“ ein. Mehrfachnennungen innerhalb eines Artikels wurden berücksichtigt, da die Möglichkeit besteht, dass ein Autor das Argument der schiefen Ebene innerhalb eines Artikels auf unterschiedliche Formen der Sterbehilfe bezieht. Durch die Berücksichtigung aller Textstellen sollte so eine mögliche Verzerrung des Ergebnisses vermieden werden.

Bei den meisten Textpassagen zu den Argumenten der schiefen Ebene zitierten die Autoren den öffentlichen Diskurs. 36 codierte Segmente zeigten eine Wiedergabe des Diskurses durch den Autor. Bei 19 codierten Segmenten konnte eine Argumentation des Autors selbst festgestellt werden (Abbildung 11)<sup>5</sup>.

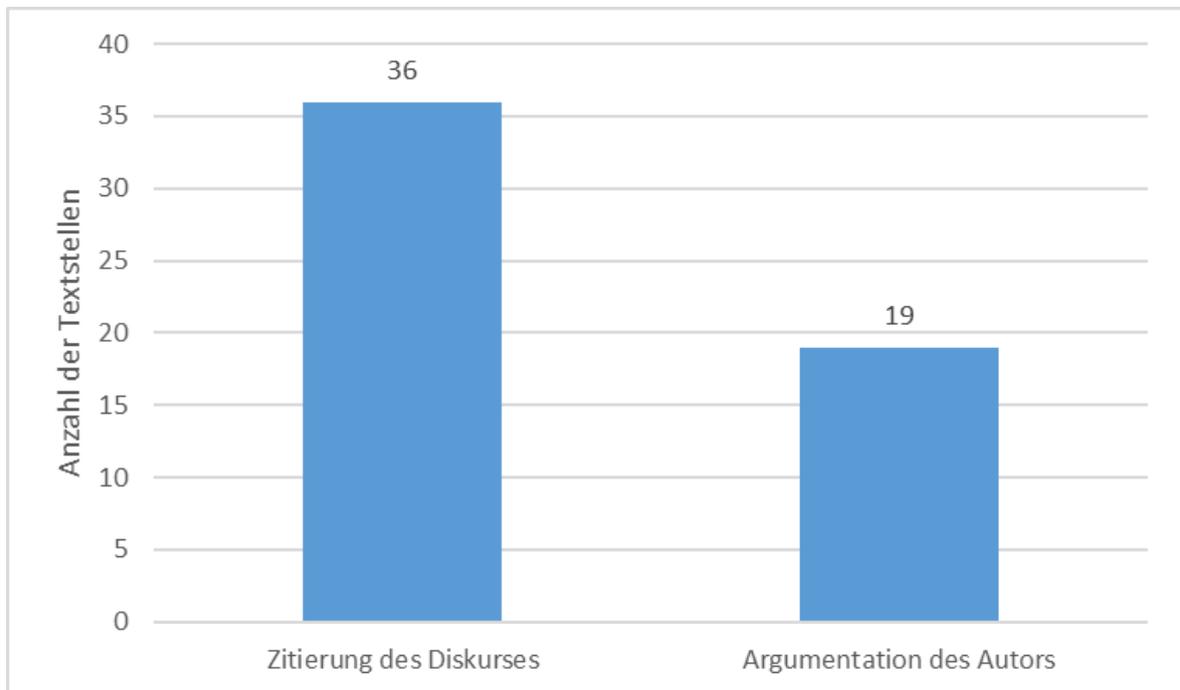


Abbildung 11: In Abbildung 11 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument der schiefen Ebene selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument der schiefen Ebene lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

Schiefe-Bahn-Argumente sind nach Kipke (2008 S.136) insbesondere im Diskurs über Sterbehilfe von großer Bedeutung. Sie sind gegen die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe gerichtet. Schiefe-Ebene-Argumente, oft auch als Dammbrech-Argumente bezeichnet, sind „[...] praktisch-anwendungsorientierte Beweisführungen, die in konkreten problematischen Entscheidungssituationen von den Skeptikern gegenüber einer geplanten politischen Regelung zum Einsatz gebracht werden [...]“ (Fenner

<sup>5</sup> In die Auswertung gingen alle Textpassagen zum „Argument der schiefen Ebene“ ein. Mehrfachnennungen innerhalb eines Artikels wurden berücksichtigt, da die Möglichkeit besteht, dass ein Autor innerhalb eines Artikels zwischen Zitierung und eigener Argumentation wechselt. Indem alle codierten Segmente zu den Argumenten der „schiefen Ebene“ ausgewertet wurden, kann so quantitativ aufgezeigt werden, in wie vielen Fällen zitiert und in wie vielen Fällen argumentiert wurde.

2007 S.201). Man versucht, die Befürworter von der Gefährlichkeit bestimmter Handlungsweisen zu überzeugen, indem man die Aufmerksamkeit auf die zu erwartenden negativen Folgen dieser Handlung lenkt. So soll der Diskurspartner davon abgebracht werden, „[...] auch nur den ersten Schritt zu tun“ (Fenner 2007 S.201). Sobald der erste Schritt gemacht sei, befinde man sich auf der „schiefen Ebene“ und sei in eine Ereigniskette verstrickt, aus der es kein Entkommen mehr gebe (Fenner 2007 S.201).

Im Vordergrund der Argumentation zur schiefen Ebene standen mögliche Ausweitungstendenzen bei Zulassung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe, Missbrauchsgefahr, Tötungsenthemmung und die Befürchtung negativer Folgen. Abbildung 12 zeigt das Argument der schiefen Ebene mit seinen Unterkategorien.

Hauptkategorie A	Contra-Argumente
Oberkategorie II	Argumente der schiefen Ebene
Unterkategorie IA1	Ausweitung auf die Tötung ohne Verlangen
Unterkategorie IA1 α	Ausweitung auf die nichtfreiwillige Tötung
Unterkategorie IA1 β	Ausweitung auf die unfreiwillige Tötung
Unterkategorie IA2	Ausweitung auf andere Personenkreise
Unterkategorie IA3	Missbrauchsgefahr
Unterkategorie IA4	Tötungsenthemmung
Unterkategorie IA5	Folgenabschätzung
Unterkategorie IA6	Dambruchargument mit Verweis auf die „Nazi-Analogie“
Unterkategorie IA7	Beeinträchtigung der Selbstbestimmung

Abbildung 12: Die Argumente der schiefen Ebene mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument der schiefen Ebene ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ zugeordnet.

### *Ausweitung der Tötung auf Verlangen auf die Tötung ohne Verlangen*

Es wird insbesondere die Ausweitung der Tötung auf Verlangen auf die Tötung ohne Verlangen diskutiert (Knaup 2015 S.320, Kipke 2008 S.137, Remenyi 2008 S.122f, Ruß 2002

S.15). Es wird befürchtet, dass die Hemmschwelle für Selbst- und Fremdtötungen schrittweise sinken wird (Knaup 2015 S.320). Kritiker wenden gegen die Tötung auf Verlangen ein, dass die Eingrenzung auf Fälle, bei denen dies dem Willen des Patienten entspricht, auf Dauer nicht haltbar sei. Sei die Tötung auf Verlangen gemäß dem Willen des Patienten erst einmal erlaubt, sei der Damm gebrochen. So könne der Weg von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen beschritten werden (Ruß 2002 S.15). Die Tötung ohne Verlangen stelle die logische Konsequenz und unvermeidbare Folgepraxis der Tötung auf Verlangen dar (Wunder 2005 zit. n. Kipke 2008 S.137). Im Zuge dessen wird die niederländische Praxis diskutiert:

„Zum einen wird vielfach mit der Entwicklung in den Niederlanden argumentiert, wo seit 2002 die Tötung auf Verlangen durch Ärzte erlaubt ist, sofern sie bestimmten Sorgfaltskriterien entspricht. In diese Richtung geht z.B. Michael Wunder, wenn er die Entwicklung der niederländischen Rechtslage und Rechtspraxis der letzten Jahrzehnte nachverfolgt und zu dem Schluss kommt: ‚Die Tötung ohne Verlangen erweist sich als offensichtlich unvermeidbare Begleitpraxis der Tötung auf Verlangen.‘“ (Kipke 2008 S.137)

Die Kritiker des niederländischen Modells sehen in den Zahlen der sogenannten LAWER-Fälle (Life termination act without explicit and persistent request), bei welchen die Tötung eines Patienten auch ohne dessen ausdrückliche Einwilligung erfolgte, Anhaltspunkte dafür, dass ein Ausweitungseffekt besteht und weiterhin zu befürchten ist (Remenyi 2008 S.122).

Neben Textpassagen zur Tötung ohne Verlangen im Allgemeinen gehen einige Autoren auch auf eine mögliche Praxis der nichtfreiwilligen Tötung ein, also der Tötung von Personen, die nicht zur Willensäußerung befähigt sind (Zimmermann-Acklin 2000 S.12, Eibach 2006 S.257f, Kipke 2008 S.137, Gutmann T 2002 S.179, Fenner 2007 S.202):

„Zudem ist damit zu rechnen, dass es aufgrund des ärztlichen Mitleids - wie derzeit in den Niederlanden – zu einer Praxis der nichtfreiwilligen aktiven Sterbehilfe auch bei Menschen kommt, die ihre Wünsche noch nicht oder nicht mehr äußern können.“ (Zimmermann-Acklin 2000, S.12)

Die Praxis könne auf Menschen, die sich noch nicht, wie Neugeborene mit schweren Behinderungen, oder nicht mehr, wie Personen mit Demenz, artikulieren können, ausweiten (Zimmermann-Acklin 2000 S.12). Von der Tötung auf Verlangen sei der Schritt zur Tötung ohne eindeutiges Verlangen leicht zu begründen, wenn man davon ausgeht, dass es „le-

bensunwertes“ Leben gibt. Der Aspekt des „mutmaßlichen Willens“ öffne den Weg zur Erwägung, dass der mutmaßliche Wille zu ermitteln sei, sofern er nicht vorliegt. So könne dieser auf „rational“ oder „allgemein“ begründbaren Wertvorstellungen fußen und die Tür zur Fremdbestimmung und der Tötung „lebensunwerten“ Lebens geöffnet werden (Eibach 2006 S.258). Das Humanitätsgebot mit der Forderung nach Leidbeseitigung stelle eine Ausweitungsfahr dar, da es ebenso für Personen, die nicht mehr oder noch nicht zur Selbstbestimmung befähigt sind, gelten müsse, wenn es ernst genommen werden soll. Ebenso könne mit dem Prinzip der Menschenwürde und der Barmherzigkeit argumentiert werden, wenn von menschenunwürdigem Dasein und der Verweigerung der Tötung auf Verlangen die Rede ist (Kipke 2008 S.137f).

Daneben wird auch die unfreiwillige Tötung genannt, das heißt die Tötung gegen den Willen einer Person (Eibach 2006 S.257f, Kipke 2008 S.137, Gutmann 2002 S.179). Durch die Festlegung des mutmaßlichen Willens mit Hilfe von „allgemein“ und „rational“ begründbaren Wertvorstellungen ist der Weg nicht weit zum gemutmaßten Willen. Letztlich könne dies dazu führen, dass das Urteil der „aufgeklärten Allgemeinheit“ festlegt, ab wann ein Leben im Verlauf einer Krankheit als „lebensunwert“ eingestuft wird. So entscheidet schließlich die Allgemeinheit nach Kriterien, welche sie für „vernünftig“ hält und welche sich zunehmend mit ökonomischen Interessen decken werden. Wenn die Belastung für die Gesellschaft durch die Pflege kranker Personen steigt, werde die Gesellschaft Kriterien für eine „gelenkte Sterblichkeit“ festlegen. So könne es zur Ausweitung der Praxis auf eine Tötung gegen den Willen des Patienten kommen (Eibach 2006 S.258).

#### *Ausweitung der Praxis auf weitere Personenkreise*

Neben der möglichen Ausweitung auf eine Tötung ohne Verlangen wird die Ausweitung auf andere Bevölkerungsgruppen diskutiert (Zimmermann-Acklin 2000 S.11f, Kipke 2008 S.137f, Knaup 2015 S.320, Fenner 2007 S.202, Gutmann 2002 S.180). Selbst wenn mit einem eng umschriebenen Personenkreis begonnen wird, welcher durch die Kriterien der Autonomie und der schweren, unheilbaren Krankheit begründet wird, könne sich dieser Personenkreis schrittweise erweitern (Kipke 2008 S.137). Ferner ist es den Quellen der Autoren zufolge schwierig, eine Grenze zu ziehen zwischen denjenigen Personen, denen Sterbehilfe beziehungsweise Suizidbeihilfe erlaubt sein soll, und denjenigen, welchen es nicht

erlaubt werden kann (Fenner 2007 S.202). Jede Grenzziehung sei letztlich willkürlich (Gutmann 2002 S.180). Die Begrenzung auf Patienten mit bestimmten Krankheiten sei inkonsequent und könne irgendwann aufgegeben werden. Dies würde eine massive Ausweitung der Praxis bedeuten (Kipke 2008 S.138). Es wird auf die Erfahrungen mit der Sterbehilfe-Praxis in den Niederlanden hingewiesen. Demnach habe sich die Tötungspraxis in den Niederlanden auf Personenkreise ausgeweitet, die im ursprünglichen Projekt ausdrücklich davon ausgeschlossen waren - wie nichteinwilligungsfähige Patienten und Patienten außerhalb der Sterbephase, beispielsweise mit schlechter Prognose, AIDS-Erkrankung oder psychischen Erkrankungen (Zimmermann-Acklin 2000 S.12).

### *Das Missbrauchsargument*

Eine weitere schiefe Ebene wird im möglichen Missbrauch gesehen (Kipke 2008 S.137, Henking u. Vollmann 2016, Gutmann 2002 S.180f, Zimmermann-Acklin 2000 S.9 S.11, Zimmermann-Acklin 2009 S.229, Horn et al. 2006 S.287), „[...] der im Falle einer ärztlichen Tötung fatale Konsequenzen nach sich zieht und kaum vollständig durch ein offizielles Kontrollsystem verhindert werden kann.“ (Zimmermann-Acklin 2000 S.11). So könnte durch die Freigabe der Tötung auf Verlangen „[...] die Möglichkeit [eröffnet werden], dass schwache und schutzbedürftige Menschen von Dritten in einen nur scheinbar freiwilligen Tod getrieben werden bzw. dass, wenn keine eindeutige und aktuelle Willensäußerung des Betroffenen vorliegt, sein nur mutmaßlicher Sterbewille von interessierten Dritten missinterpretiert werden könnte.“ (Gutmann 2002 S.180f). Im Zuge dessen werden auch die sozialen Phänomene diskutiert:

„Man wird sich keinen Illusionen darüber hingeben dürfen, wie viele Menschen mit der Pflege ihrer Angehörigen überfordert sind, welches Maß an innerfamiliärer Gewalt gegen alte Menschen herrscht und wie sehr die sozialen und ökonomischen Imperative der Effizienz, die unsere Gesellschaft durchziehen, die Wahrnehmung erzeugen, Alter, Krankheit und Behinderung seien gesellschaftlicher Ballast. Das Missbrauchsargument ist deshalb sehr ernst zu nehmen – allerdings wohl in noch stärkerem Maß für den längst etablierten Bereich vom Behandlungsverzicht und passiver Sterbehilfe, [...]“ (Gutmann 2002 S.181)

Nach Kipke ist bei der ethischen Bewertung seitens der Kritiker entscheidend, „[...] dass es sich nicht um einzelne Missbräuche handeln würde, wie sie bei jeder gesetzlichen Regelung vorkommen, sondern um eine eskalierende Entwicklung, die bereits in der Konstruktion

der Zulassung angelegt ist.“ (Kipke 2008 S.137). Dieser mögliche Missbrauch wird auch im Zuge der Suizidbeihilfe als negative Folge einer Etablierung dieser Praxis (Zimmermann-Acklin 2009 S.229) und Grund der Einführung eines Strafverbots genannt (Henking u. Vollmann 2016).

### *Das Argumentieren mit der Folgenabschätzung*

Die Abschätzung der Folgen der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe stellen einen weiteren Aspekt des Argumentierens mit der schiefen Ebene dar:

„Gegner aktiver Sterbehilfe und assistierter Selbsttötung argumentieren zumeist mit den moralisch inakzeptablen Folgen, die nach ihrer Ansicht eine Zulassung oder Tolerierung dieser Praktiken nach sich ziehen würden.“ (Kipke 2013 S.119).

Im Zuge der Suizidbeihilfe werden negative Folgen einer Zulassung auf die sozialen Pflichten befürchtet (Kipke 2015 S.142 S.151). Zur Vermeidung von Fehlentwicklungen wird dabei von verschiedener Seite ein Strafverbot der Suizidbeihilfe vorgeschlagen (Henking u. Vollmann 2016).

### *Die Tötungsenthemmung*

Die Tötungsenthemmung könnte ebenfalls zu einem „slippery slope“ führen (Gutmann 2002 S.179f, Knaup 2015 S.320). Die Tötung auf Verlangen könne zu Gleichgültigkeit und der Akzeptanz des Tötens in Situationen, welche noch weniger gerechtfertigt werden können, führen. So würde der erste Schritt auf dem Weg zur „moralischen Wildnis“ erfolgen (Giesen 1990 zit. n. Gutmann 2002 S.180). Es könne bereits durch die partielle Freigabe der Tötung auf Verlangen zur Unterhöhlung des Lebensschutzes in anderen Bereichen kommen. Die ‚slippery slope‘-Argumente seien schon aufgrund solcher gravierender Folgen, vor denen sie warnen, ernst zu nehmen (Gutmann 2002 S.179). Die Tötungsenthemmung wird ebenso als Gefahr bei Legalisierung der Suizidbeihilfe gesehen:

„Eine Gefahr, auf die Kritiker der ärztlichen Sterbebeihilfe hinweisen, besteht darin, dass es gute Gründe für die Annahme gibt, dass die Hemmschwelle für Selbst- und Fremdtötungen peu à peu sinken wird.“ (Knaup 2015 S.320).

### *Das Dambruchargument mit Verweis auf die „Nazi-Analogie“*

Das Dambruchargument wurde unter anderem auch mit Verweis auf die „Euthanasie“-Praxis im Nationalsozialismus diskutiert. Nach Oduncu „[waren] aktives Töten und die Beihilfe zur Selbsttötung [...] niemals Ziele der Medizin und dürfen es auch niemals werden. Die Euthanasiepraxis unter dem Naziregime in Deutschland sollte uns dauerhaft eine Lehre sein.“ (Oduncu 2002 S.312). So wird mit Verweis auf die Nazi-Verbrechen teilweise ein genereller Abbruch des Gesprächs bzw. Diskurses gefordert (Zimmermann-Acklin 2000 S.11).

### *Gefahr des „nur scheinbar selbstbestimmten“ Willens und der Aspekt der Fremdbestimmung*

Im Zuge der „schiefen Ebene“ wurde der Aspekt des Patientenwillens berücksichtigt. Es wird befürchtet, dass der Patientenwille nur scheinbar selbstbestimmt ist (Zimmermann-Acklin 2000 S.12, Bleek 2012 S.195). Hier zeigen sich Zweifel an der Erfüllung des Selbstbestimmungsrechts durch die Zulassung der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe. So bestehe im Zuge der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden selbst unter Wahrung der Sicherheitsbarrieren, welche Ausweitungstendenzen verhindern sollen, ein Problem in den Entscheidungsbefugnissen der Ärzte über ihre Patienten, sodass die Selbstbestimmung eher gefährdet werde (Zimmermann-Acklin 2000 S.12). Sozialer Druck auf die Patienten könne ebenfalls dazu führen, dass der Wunsch nach der Suizidbeihilfe nur scheinbar selbstbestimmt ist (Bleek 2012 S.195).

Ebenso wird die Nachvollziehbarkeit des Suizidwunsches einer Person für Dritte als ein mit ausschlaggebendes Kriterium für die Bewilligung der Sterbehilfe kritisiert (Kipke 2008 S.138f, Kipke 2013 S.120f). Dies entspreche nicht dem Selbstbestimmungsrecht und stelle eine Form der Fremdbestimmung dar. Kipke (2008 S.138) rezitiert Spaemann, der argumentiert, das Kriterium der Nachvollziehbarkeit sei eine illegitime Einschränkung: „Eine solche Einschränkung hat nun aber mit dem Prinzip der Selbstbestimmung nichts zu tun, ja sie widerspricht ihr sogar.“ (Spaemann 1997 S.22f). Das Selbstbestimmungsrecht fuße ja im Prinzip der Rationalität. Deshalb sieht Spaemann hier die Ursache für die Schiefe-Bahn-Entwicklung: „Wenn es letzten Endes nicht auf die Selbstbestimmung als solche, sondern auf

die Rationalität des Todeswunsches ankommt, und wenn Dritte über diese Rationalität entscheiden dürfen, dann können diese Dritten auch im Falle der Unfähigkeit des Todeskandidaten zur Selbstbestimmung in stellvertretender Wahrnehmung seines >wohlverstandenen Interesses< über sein Leben entscheiden.“ (Spaemann 1997 S.23f). So widerspreche das Kriterium der Nachvollziehbarkeit letztlich dem Selbstbestimmungsrecht. Den Befürwortern der Tötung auf Verlangen zufolge solle diese nicht jedem zugestanden werden. So komme es zur Vermischung der subjektiven Urteile Betroffener mit den objektiven Urteilen Außenstehender (Bobbert 2003 S.314-322 zit. n. Kipke 2008 S.138f). Wenn nicht die alleinige Lebensbewertung des Patienten ausschlaggebend sei, sondern ebenso die Nachvollziehbarkeit dieser Lebensbewertung, „[...] kommt zur Selbstbewertung notwendig eine Fremdbewertung hinzu.“ (Kipke 2013 S.120). Die Kombination aus dem Prinzip der Selbstbestimmung als Rechtfertigungsgrund und den Zusatzkriterien für die Praxis stellen demnach den Grund für die hohe Wahrscheinlichkeit der ‚schiefen Bahn‘ dar (Bobbert 2003 S.314-322, Spaemann 1997 S.22ff zit. n. Kipke 2008 S.138f).

Nach Kipke bestehe außerdem das Problem, dass der ‚Lebenswert‘ des Patienten, der um Sterbehilfe bittet, eine wichtige Rolle in der Rechtfertigungsstrategie für die Tötung auf Verlangen spielt. Dabei ist allein die subjektive Einschätzung des Lebenswertes durch den Patienten selbst entscheidend. Der Arzt, welcher Sterbehilfe leisten soll, muss die Entscheidung und Handlung der Tötung selbst verantworten. Daher müsse der Arzt den Patientenwillen nachvollziehen können, wobei jedoch die rein subjektive Lebenswerteinschätzung objektiviert werde. Dies könne mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Einfallstor für Fremdbestimmung sein (Kipke 2008 S.139).

### 3.1.5.2. Argumentationen gegen die Argumente „der schiefen Ebene“ und des „Damnbruchs“

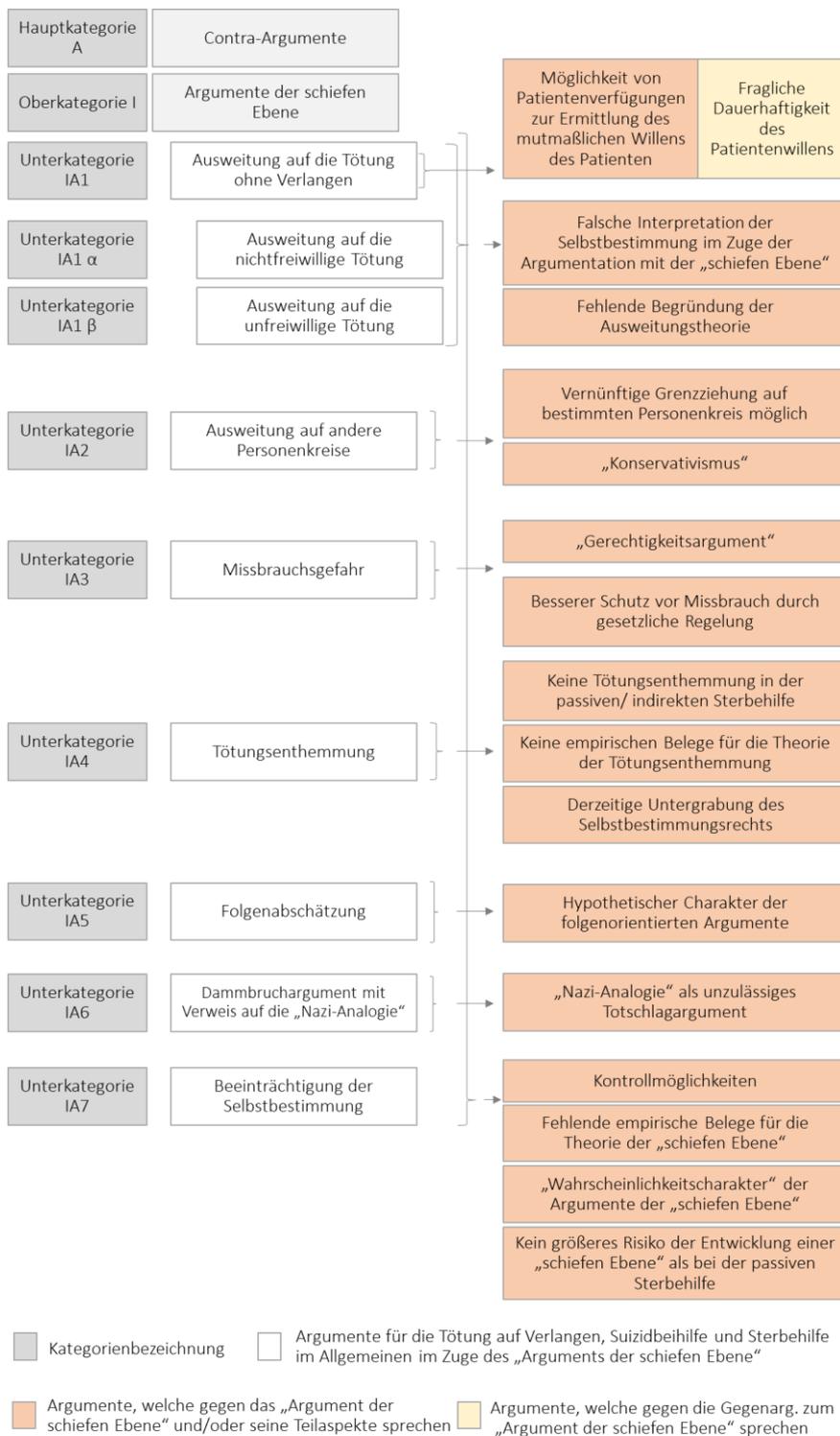


Abbildung 13: Kategoriensystem der Argumente der schiefen Ebene mit Gegenargumenten. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente der schiefen Ebene oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet.

## *Kontrollmöglichkeiten*

Gegen das „Argument der schiefen Ebene“ wird angeführt, dass es Kontrollmöglichkeiten gibt, die die Entwicklung einer „schiefen Bahn“ verhindern könnten (Bleek 2012 S.195, Fenner 2007 S.204, Birnbacher 2012 S.3, Ruß 2002 S.16f). So argumentierte u.a. Birnbacher im Zuge der Suizidbeihilfe:

„Schwach ist auch das von vielen zu hörende Dambruchargument: Wenn Ärzte dem Tod statt dem Leben dienen dürfen, besteht die Gefahr, dass Suizidwünsche wahllos erfüllt werden. Dass in dieser Hinsicht ein Risiko besteht, ist schwer zu leugnen. Aber statt ein gnadenloses Verbot zu erlassen, sollte es Anlass sein, über mögliche Kontrollmöglichkeiten nachzudenken. Auch der Umgang mit Opiaten birgt erhebliche Risiken. Dennoch kommt keiner auf den Gedanken, die deshalb und ungeachtet des Guten, das sie tun, zu verbieten.“ (Birnbacher 2012 S.3)

Ähnliche Aspekte führt Ruß im Kontext der Tötung auf Verlangen an:

„[...] Selbst wenn in den Niederlanden ein Dambruch nachweisbar wäre, würde dies für eine Warnung vor der aktiven Sterbehilfe nicht ausreichen. Denn es steht nirgendwo geschrieben, dass unausweichlich jegliche Praxis genau so auszusehen hat wie die holländische. Vielleicht gibt es andere Regelungsmöglichkeiten, die die Abhängigkeit einer Sterbehilfemaßnahme zumindest von dem mutmaßlichen Willen des Patienten sicherstellen. Sich ausgehend von (vermeintlichen) Erfahrungen mit dem niederländischen Modell auf den Standpunkt zu stellen, jegliche Zulassung einer aktiven Sterbehilfe ziehe die gleichen Konsequenzen nach sich, mutet wie ein echter induktiver Fehlschluss an. Einzelne empirische Befunde sind nicht dazu geeignet, auf Gesetzmäßigkeiten schließen zu lassen; wer dies dennoch versucht, begeht einen logischen Fehler.“ (Ruß 2002 S.16f).

Den Vergleich mit dem niederländischen Modell stellt auch Teil der Argumentation von Fenner zur Suizidbeihilfe dar: Die Straffreiheit der Suizidbeihilfe und Sterbehilfe führe in den Niederlanden nicht zum sprunghaftem Anstieg dieser Aktivitäten (Cavalli 2001 S.29 zit. n. Fenner 2007 S.204). Die Legalisierung der Suizidbeihilfe müsse mit entsprechenden staatlich kontrollierten Rahmenbedingungen, die die rechtlichen Grenzen sicherstellen, verknüpft sein. Bleek zitiert Birnbacher (2006 S.16), wenn er argumentiert, „[d]ie bisherige Erfahrung im US-Bundesstaat Oregon habe aber gezeigt, dass es möglich sei, die Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu kontrollieren.“ (Bleek 2012 S.195). Agnes van der Heide hat in ihrem Vortrag auf der internationalen Tagung „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaften“ darauf hingewiesen, dass bereits vor dem Erlass des Gesetzes im Jahr 2001 in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen praktiziert worden sei und diese Praxis mit dem Gesetz eine Regelung und Kontrolle erfahren habe (Henking 2015 S.260).

Im Kontext der diskutierten Ausweitung auf die nichtfreiwillige Tötung nannte Zimmermann-Acklin die Möglichkeit von Patientenverfügungen, welche von Reform-Befürwortern als Gegenargument zur schiefen Ebene angeführt wird und eine Orientierung am mutmaßlichen Willen des Patienten ermöglichen soll (Zimmermann-Acklin 2000 S.12).

#### *Das Fehlen empirischer Belege für die Entwicklung einer „schiefen Bahn“*

Ferner wird kritisiert, dass empirische Belege eines möglichen Dammbrochs bzw. der Entwicklung einer schiefen Ebene bisher fehlen (Kipke 2008 S.141, Ruß 2002 S.15f, Merkel et u. Häring 2015 S.164, Henking 2015 S.260f). Einige Autoren sehen sogar empirische Belege gegeben, die gegen eine solche Entwicklung sprechen. Ruß argumentiert mit der Praxis in den Niederlanden. In den Untersuchungen von 1990 und 1995 wurde nach „Tötungen ohne ausdrückliches Verlangen“ gefragt. Beiden Erhebungen zufolge existierten diese, sodass für die Kritiker die empirische Realität von Dammbrochen belegt war. Ruß gibt aber zu bedenken, dass „[...] [s]tatistische Daten [...] zuweilen nicht leicht zu interpretieren [sind]. Ein Fehler kann darin bestehen, statistische Gleichzeitigkeiten ohne weiteres als kausale Zusammenhänge zu deuten. Es ist, soweit ich sehe, verkehrt, die Quasi-Legalisierungen der aktiven Sterbehilfe als Kausalfaktor im Sinne der Kritiker anzusehen.“ (Ruß 2002 S.16). Henking berichtet vom Vortrag von Linda Ganzini auf der internationalen Tagung „Assistierter Suizid- Der Stand der Wissenschaften“ im Juni 2015, wonach die Zahlen aus Oregon gegen eine Ausweitungstendenz sprechen und somit die Dammbrochargumente entkräften (Henking 2015 S.260). Die vorgebrachten Dammbrochargumente könnten aufgrund der fehlenden empirischen Belege nicht überzeugen, gibt Urban Wiesing im Zuge seines Vortrags zu bedenken (Henking 2015 S.261). Ähnlich argumentiert Kipke, wenn es um den Teilaspekt der Gefahr negativer Folgen einer Zulassung der Suizidbeihilfe geht: Dieser Argumentationsstrang stehe vor dem Problem, „[...] dass er Annahmen zu gesellschaftlichen Folgen beinhaltet, die empirische Belege verlangen und damit zugleich prinzipiell einer empirischen Widerlegung zugänglich sind.“ (Kipke 2015 S.151). Kipke folgert: „Das soll nicht heißen, dass folgenorientierte Argumente gegen die Zulassung der ärztlichen Suizidassistenz falsch sind. Aber sie haben notgedrungen hypothetischen Charakter.“ (Kipke 2015 S.151). Auch im Zuge des Arguments der Tötungsenthemmung wird die empirische Grundlage in Frage gestellt (Gutmann 2002 S.180).

### *Wahrscheinlichkeitscharakter der Argumente „der schiefen Ebene“*

Ein weiterer Kritikpunkt an den „slippery-slope-Argumenten“ könnte im Wahrscheinlichkeitscharakter dieser Argumente liegen. Demnach handle es sich um Zukunftsprognosen, sodass man immer nur Gründe für die Wahrscheinlichkeit ihres Eintreffens oder Nichteintreffens nennen kann (Fenner 2007 S.202). So bestehe das Problem der „schiefen-Ebene-Argumente“ im Kontext der Suizidbeihilfe und Sterbehilfe darin, dass dem Postulat einer Ereigniskette von unheilbringenden Entwicklungen immer nur Wahrscheinlichkeit zukomme. Dies stelle eine schwache Form des Argumentierens dar. Es könne weder das Eintreten bzw. die Entwicklung negativer Ereignisse, noch die Verhinderung dieser durch entsprechende Maßnahmen prognostiziert werden (Fenner 2007 S.211).

Kipke kritisierte an der Argumentation Michael Wunders, wonach die Tötung ohne Verlangen unvermeidbare Begleitpraxis der Tötung auf Verlangen sei (Wunder 2005), dass dieser seine Annahmen nicht ausreichend begründe. In dieser Form der Argumentation bleibe die Entwicklung auf der schiefen Ebene lediglich eine Behauptung, wobei die Begründung für die Wahrscheinlichkeit einer solchen Entwicklung ausbleibe (Kipke 2008 S.137).

Dem Argument der Ausweitung auf weitere Personenkreise wird entgegengehalten, dass eine Einhaltung der Grenzen möglich sei. Es gebe keinen Beleg dafür, dass keine vernünftige Grenzziehung möglich sei, nur weil die Festlegung von Grenzen bei der Abwägung widerstreitender normativen Prinzipien schwierig ist (Singer 1966 S.108-144 zit. n. Gutmann 2002 S.180). Die Argumente einer unkontrollierten Ausweitung würden bei nahezu allen politischen Veränderungen aufflammen und stehen daher im Verdacht, Vorboten eines Konservatismus zu sein, sodass sie von einigen Reform-Befürwortern komplett verworfen werden (Jens u. Küng 1995 zit. n. Zimmermann-Acklin 2000 S.11).

### *Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechtes und das „Gerechtigkeitsargument“*

Gegen die Ausweitung auf die Tötung ohne Verlangen im Allgemeinen wird ferner die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechtes angeführt. Dass die Argumentation, welche zur Begründung einer vorsichtigen Freigabe der Tötung auf Verlangen herangezogen wird, so auch die Tötung ohne Verlangen legitimiere, sei eine falsche Annahme (Gutmann 2002 S.179):

„Kein normatives Prinzip ist gleichermaßen wie das des Respekts vor der Würde und der Autonomie des Individuums geeignet, totalitären Verfügungsansprüchen oder auf Abwege geratenen utilitaristischen Kosten-Nutzen-Kalkülen über den Wert oder Nicht-Wert eines menschlichen Lebens für andere oder ‚die‘ Gesellschaft entgegenzutreten.“ (Gutmann 2002 S.179f).

Gutmann hält dem Argument der Tötungsenthemmung entgegen, dass sogar eine derzeitige Untergrabung des Selbstbestimmungsrechtes bestehe, da „[d]er Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht der Person und die Achtung der Würde bestimmter unheilbar Kranker [...] durch das ausnahmslose Verbot der aktiven Sterbehilfe nicht nur vielleicht oder künftig, sondern tatsächlich und tagtäglich untergraben [wird].“ (Gutmann 2002 S.180).

Dem Missbrauchsargument wird das „Gerechtigkeitsargument“ entgegengehalten:

„Und spricht für eine klare Verfahrensregelung schließlich nicht auch ein Gerechtigkeitsargument? Ist es nicht in der Tat, mit Ronald Dworkin gesprochen ‚eine der größten Skandale der Medizin‘, dass der sozial kompetentere Teil der Bevölkerung (also beispielsweise Menschen, die diesen Artikel lesen) nicht selten über praktische Mittel und Wege verfügt, zur Not auch an der geltenden Gesetzeslage vorbei den richtigen Arzt für den eigenen Tod zu finden, dies unter der geltenden Regelung vielen anderen Menschen aber de facto unmöglich ist [Anm: Quelle: Dworkin et al. 1997 S.41-47]?“ (Gutmann 2002 S.181)

Eine Erlaubnis der Sterbehilfe könne den durch Missbrauch gefährdeten Personenkreis möglicherweise besser schützen, wenn ein nachprüfbares Verfahren und eindeutige sowie strenge Voraussetzungen bestünden, als dies der Fall in der bestehenden Grauzone der ärztlichen Suizidbeihilfe sei (Gutmann 2002 S.181). Gutmann beruft sich dabei auf Dworkin (1997) und Hoerster (1998).

#### *Parallelisierung zur Praxis der passiven und indirekten Sterbehilfe*

Zimmermann-Acklin (2000 S.11) gibt zu bedenken, dass gegen das Missbrauchsargument „mit einigem Recht“ eingewandt wird, dass eine solche Missbrauchsgefahr im Bereich der passiven Sterbehilfe hoch einzustufen sei und ein großes Regelungsdefizit nach sich ziehe. Die Vertreter der schiefe-Ebene-Argumentation würden sich in Widersprüche verstricken, da sich ihre Argumentation ebenso gegen die von ihnen befürwortete passive Sterbehilfe anführen ließe (Ruß 2002 zit. n. Bleek 2012 S.195). Das Risiko, dass sich Patienten zum Wunsch nach Suizidbeihilfe gedrängt fühlen könnten, sei nicht größer als bei umstrittenen Maßnahmen am Lebensende – wie dem Behandlungsabbruch (Birnbacher 2006 S.16).

Auch im Zuge des Arguments der Tötungsenthemmung werden Bezüge zur Praxis der passiven Sterbehilfe hergestellt. Gutmann führt die Tatsache an, dass die Tötung in Notwehr und die bestehende Praxis der passiven und indirekten Sterbehilfe keine Auflösung bzw. Lockerung des Tötungsverbots mit sich bringe (Gutmann 2002 S.179 zit. n. Kipke 2008 S.141).

#### *Unzureichende Vergleichsbasis der „Nazi-Analogie“*

Ein weiterer Kritikpunkt der Argumentationsstruktur der schiefe-Ebene-Argumente kann in dem Bezug auf die Verbrechen im Nationalsozialismus gesehen werden. Verfechter der schiefe-Bahn-Argumente malen demnach unheilvolle Ereignisketten von den Zwangssterilisationen über die Ermordung körperlich und geistig Behinderter und der systematischen Auslöschung ethnischer Minderheiten „als Horrorszenarien an die Wand“ (Fenner 2007 S.204), wobei die Vergleichsbasis zu den Entwicklungen gegenwärtiger Gesellschaften in Europa weit weniger evident sei. Die „unfreiwillige Euthanasie“ der Nationalsozialisten wurde fern der öffentlichen Diskussion und ohne eine gesetzliche Legitimation durchgeführt, wobei Zensur und Unterdrückung der Meinungsfreiheit Voraussetzungen für die schrittweisen „Dammbrüche“ waren (Fenner 2007 S.204f).

Wer die Nazi-Analogie bemühe, müsse den gesamten rechtlichen, soziologischen und gesellschaftspolitischen Kontext berücksichtigen. Die „Nazi-Analogie“ zeuge oft von vorschnellen Parallelisierungen. Solche Beiträge zum Diskurs mit dem „strategischen Ziel eines einseitigen Diskussionsabbruchs“ stellen nach Fenner „[...] zweifelsohne eine gravierende Verletzung der Regeln eines rationalen praktischen Diskurses dar“ (Fenner 2007 S.204). So werde eine „Tabu-Mentalität“ genährt, anstatt sich den möglichen Verhinderungsmöglichkeiten eines „Dominoeffektes“ zuzuwenden. Gerade die demokratische Aufarbeitung der Ereignisse in der Vergangenheit wären vonnöten, um die Gesellschaft gegenüber Missbrauchsgefahren zu sensibilisieren (Fenner 2007 S.204).

### 3.1.5.3. Das Autonomieprinzip als Argument gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen

Bei 22 Textpassagen wurden Autonomie Zweifel als Argument gegen die Suizidbeihilfe diskutiert. 20 Textpassagen bezogen sich auf die Tötung auf Verlangen. Der Graubereich, das heißt jener Bereich der Argumentation, welcher sich nicht explizit auf eine Form der Sterbehilfe bezieht, also entweder keine Form der Sterbehilfe oder die Sterbehilfe ohne weitere Differenzierung benennt, war mit 6 codierten Segmenten gering (Abbildung 14)<sup>6</sup>.

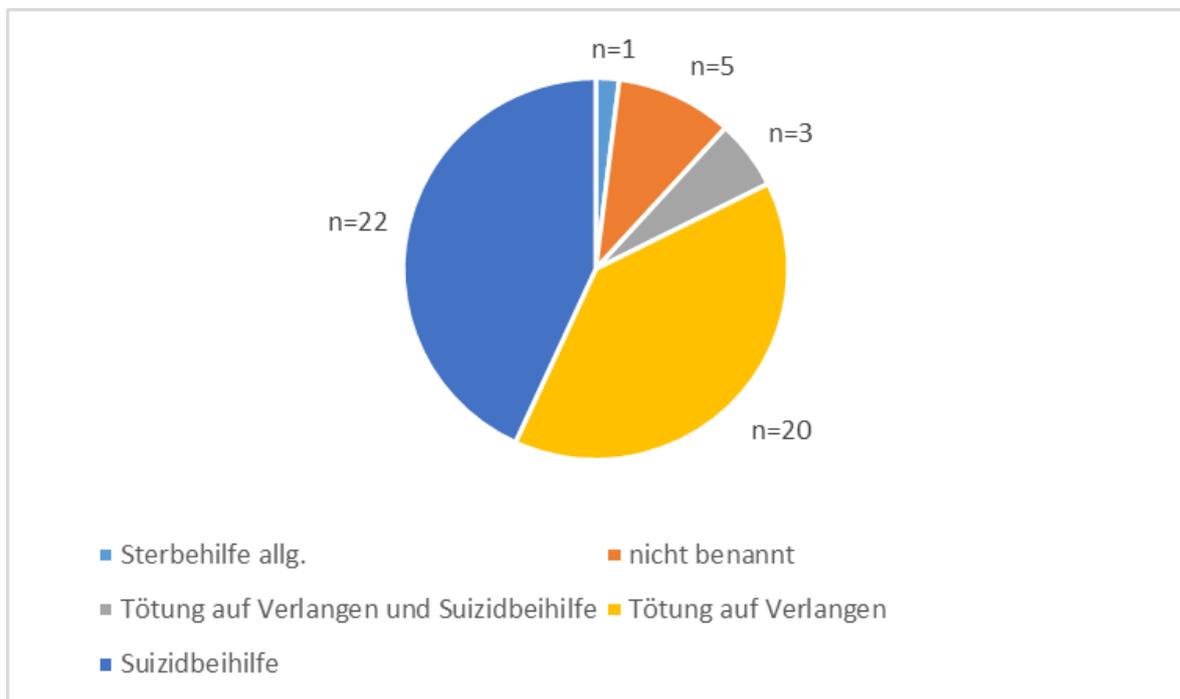


Abbildung 14: Abbildung 14 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument „Autonomie-Gefährdung“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

<sup>6</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 9

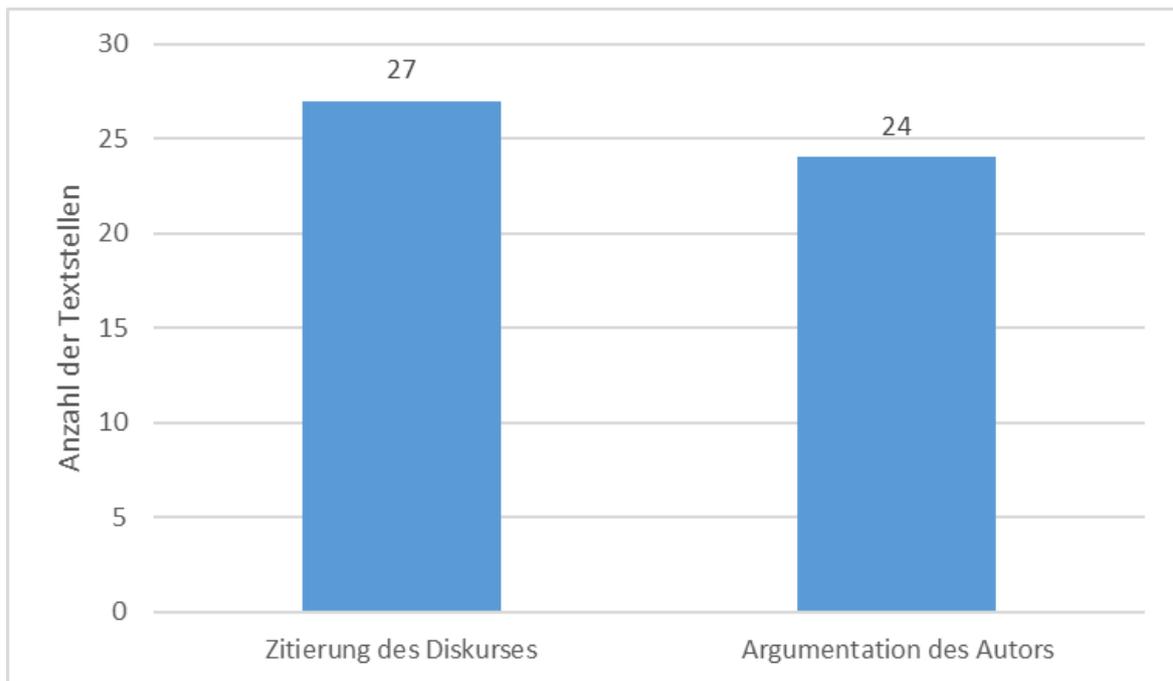


Abbildung 15: In Abbildung 15 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument der „Autonomie-Gefährdung“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

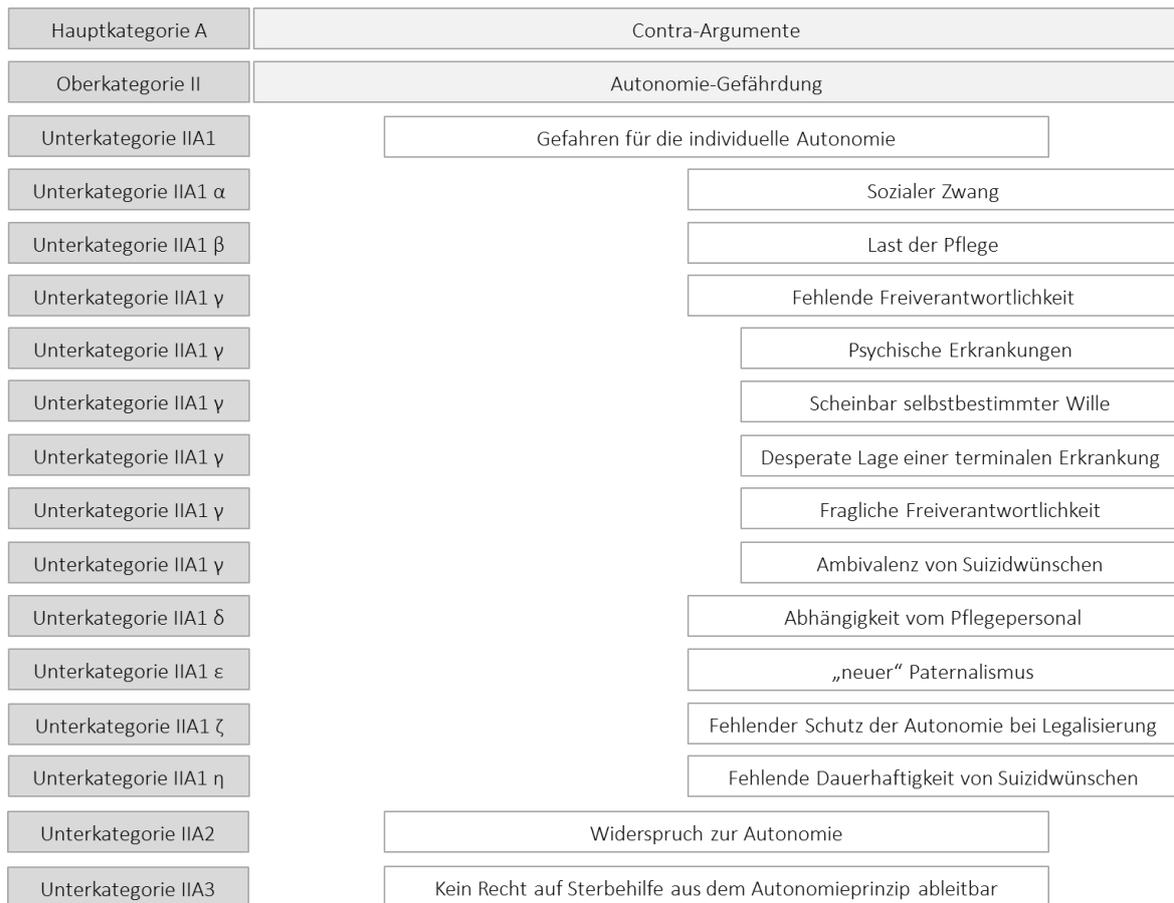


Abbildung 16: Das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ zugeordnet.

### Sozialer Zwang und die „Last der Pflege“

Die Gegner der Tötung auf Verlangen bringen wiederholt die Bedenken zum Ausdruck, dass sich schwerkranke Menschen, wenn die Tötung auf Verlangen erst einmal legal sei, unter Druck gesetzt fühlen könnten, nach der Tötung zu verlangen (Ruß 2002 S.13). Dietrich argumentiert im Kontext der Tötung auf Verlangen, dass „[...] Formen sozialen Zwangs denkbar sind, die eine freie Entscheidung des Patienten verhindern.“ (Dietrich 2009 S.275). Auch entscheidungskompetente Menschen könnten sich durch die Erwartungshaltung ihres sozialen Umfelds enorm unter Druck gesetzt fühlen (Dietrich 2009 S.282). So könne die Legalisierung der Tötung auf Verlangen, obwohl sie den Handlungsspielraum für das Individuum erweitere, eben solche Zwangslagen schaffen, die im Widerspruch zum Autonomieprinzip

stehen (Dietrich 2009 S.284). Ähnliche Aspekte greift Ruß (2002 S.14) auf, wenn er Schockenhoff zitiert:

„Die von einem liberalen Selbstbestimmungspathos genährte Erwartung, dass die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe die Freiheit der Sterbenden stärkt [...], ignoriert die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die subtilen Mechanismen, die das Leben der Sterbenden der Willkür ihrer Umgebung ausliefern können.“ (Schockenhoff 2000 S.469)

In den Äußerungen Schockenhoffs komme die „[...] Befürchtung zum Ausdruck, die bloße Möglichkeit, aktive Sterbehilfe zu wählen, würde letztlich eine Zwangssituation schaffen, die Patienten in ihre Tötung einwilligen lässt, ohne dass sie sie aus eigenem Antrieb wollen.“ (Ruß 2002 S.14). Solche Bedenken seien durchaus ernst zu nehmen. Das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten würde bedeuten, dass der Einzelne unter einen gewissen Rechtfertigungszwang gerate (Wolbert 2000 zit. n. Ruß 2002 S.13). Der Betroffene habe dann alle Kosten und Mühen zu verantworten, die er für seine Angehörigen, Pflegenden und Mitbürger verursacht, sodass nicht mehr Sitte oder Solidarität den Mitmenschen dieses Opfer abverlangen, sondern der Betroffene selbst, da er sie davon befreien könne. Er lasse andere dafür bezahlen, dass er zu feige und egoistisch ist, „den Platz zu räumen“. So werde aus dem Recht auf den Suizid eine Pflicht, da mehr als fraglich sei, wer unter solchen Umständen weiterleben möchte (Spaemann 1997 S.19f zit. n. Dietrich 2009 S.280). Die Freiheit der Tötung auf Verlangen bedeute daher gleichzeitig, dass der Betroffene die Folgen seines Handelns bzw. Nichthandelns zu verantworten habe.

Wenn sich die Pflegesituation mit ihren erheblichen Belastungen für das soziale Umfeld durch einen rechtlich eröffneten Ausweg nicht länger als alternativlos darstellt, hätten die schwer kranken Menschen die Verantwortung zu tragen, wenn sie von der Möglichkeit keinen Gebrauch machen. So könnte die Forderung erhoben werden, dass sich die Betroffenen für die Inanspruchnahme der Tötung auf Verlangen entscheiden (Spaemann 1997 zit. n. Dietrich 2009 S.280). Zwar bedeute die Legalisierung der Tötung auf Verlangen eine zusätzliche Handlungsmöglichkeit und einen erweiterten Freiraum für den Betroffenen, zugleich befinde er sich aber in einer Situation, die die Umsetzung des individuell gewünschten Lebensendes erschwere oder unmöglich macht (Schockenhoff 1993 S.330f, Scholz 2002 S.181ff, Velleman 1992 zit. n. Dietrich 2009 S.280).

Auch im Zuge einer möglichen Legalisierung der Suizidbeihilfe wird befürchtet, dass sich die Patienten schuldig fühlen könnten, wenn sie ihr soziales Umfeld nicht von der Last der Pflege befreien, und sich das Recht auf Suizidbeihilfe so in eine Pflicht verkehrt (Deutsche Bischofskonferenz 2004, Fuchs u. Lauter 1997, Heinrich 2003, Kinsauer Manifest 1992, Lauter u. Meyer 1992, Lauter 2011, Spaemann u. Fuchs 1997 zit. n. Bleek 2012 S.194). So könnten sie sich unter Druck gesetzt fühlen, das Angebot der Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen (Bleek 2012 S.195). Die Gegner einer institutionalisierten und legalisierten Suizidbeihilfe verwenden das „Argument des moralischen Drucks“ (Ankermann 2004 S.142), welcher auf bestimmte Personengruppen zunehmen und so Menschen in den Tod treiben würde (Fenner 2007 S.205). Personen, welche sehr leiden und dadurch andere Personen beanspruchen, könnten durch ihre Angehörigen erpressbar werden und so durch ihre Schuldgefühle - dem sozialen Umfeld oder der Allgemeinheit gegenüber – die Tötung auf Verlangen für sich einfordern, obwohl nicht im Mindesten eine freie Entscheidung vorliegt (Ernst 2001 S.47 zit. n. Fenner 2007 S.206). Die Angehörigen könnten erpresserisch mit Entzug von Zuwendung und Pflege drohen oder den Betroffenen psychologisch manipulieren, um dessen Lebenswillen zu unterhöhlen (Fenner 2007 S.206f). Eine Liberalisierung der Gesetzeslage der Sterbehilfe wie in den Niederlanden führe zu einem gewaltsamen und frühzeitigen Tod der Patienten, unter anderem deshalb, weil die Betroffenen ihre Einwilligung zur Sterbehilfe unter dem ökonomischen und psychischen Druck ihres sozialen Umfelds geben würden (Schreiber 2005 zit. n. Kübler et al. 2006 S.59).

Neben dem Aspekt des „sozialen Zwangs“ stellt der Aspekt der „Last der Pflege“ einen wichtigen Dreh- und Angelpunkt im Diskurs um die Gefahren für die individuelle Autonomie bei Zulassung der Tötung auf Verlangen (Ruß 2002 S.13, Dietrich 2009 S.275, Remenyi 2008 S.122) und der Suizidbeihilfe dar (Bleek 2012 S.193-197, Remenyi 2008 S.122, Fenner 2007 S.205).

Nach Dietrich „[...] haben verschiedene Theoretiker auf Gefahren hingewiesen, die die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen für die individuelle Autonomie mit sich bringt.“ (Dietrich 2009 S.275) Die Angehörigen könnten die Forderung an den Kranken stellen, den rechtlichen Ausweg der Tötung auf Verlangen zu nutzen und sie von der Last der Pflege zu befreien, da dem Kranken die Verantwortung für die Inanspruchnahme dieses Weges zufalle (Dietrich 2009 S.275). Ruß gibt zu bedenken, dass sich Patienten zu der Überlegung gedrängt fühlen könnten, dass sie eine erhebliche Belastung für die Pflegenden wie

auch für ihre Angehörigen darstellen. Die Patienten „[...] könnten ja diese Bürde von den Betroffenen nehmen, indem sie nach aktiver Sterbehilfe verlangten.“ (Ruß 2002 S.13). Somit stehe die Frage im Raum, warum sie es dann nicht tun.

Ruß weist dabei ferner auf den Aspekt der Kosten für Pflege und Behandlung Schwerkranker hin, welche ebenfalls zu solchen Überlegungen bei Patienten beitragen könnten (Ruß 2002 S.13). Auch Remenyi (2008 S.122) bringt den Gedanken der „Last der Pflege“ in die Diskussionen ein, wenn er argumentiert, es sei zu befürchten, „[...] dass der soziale und gesellschaftliche Druck auf Patienten wächst, von der Möglichkeit zur Tötung auf Verlangen bzw. der Suizidbeihilfe Gebrauch zu machen, um den nächsten Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen.“. Im Zuge der Suizidbeihilfe zitiert Bleek den Aspekt, wonach der Patient sich schuldig fühlen würde, wenn er sein Umfeld nicht von der Last seiner Pflege befreien würde (Bleek 2012 S.194). Im privaten Bereich könnten sich Sterbende oder chronisch Kranke von ihrem sozialen Umfeld dazu gedrängt fühlen, sich töten zu lassen, um ihre Angehörigen von finanziellen und emotionalen Belastungen zu befreien (Zimmermann-Acklin 2002 S.250 zit. n. Fenner 2007 S.205). So verkehre sich das Recht auf Suizidbeihilfe in eine moralische Pflicht, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen (Bleek 2012 S.194). Die Selbstbestimmtheit eines so motivierten Wunsches nach Suizidbeihilfe wird dabei in Frage gestellt (Bleek 2012 S.193).

#### *Fragliche Freiverantwortlichkeit des Wunsches nach der Tötung auf Verlangen bzw. der Suizidbeihilfe*

Eine weitere Gefahr für die individuelle Autonomie wird in der möglicherweise fehlenden Freiverantwortlichkeit des Wunsches nach der Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe gesehen. Dieser Wunsch sei nur scheinbar selbstbestimmt. Im Zuge der Suizidbeihilfe bestehe Zweifel, ob der Wunsch nach Suizidbeihilfe tatsächlich ernsthaft und autonom ist (Kipke 2015 S.142). Bruns und Hohendorf (2015 S.167) argumentieren, „[...] klinische Erfahrung und empirische Untersuchungen [zeigen], dass Suizid und Suizidversuche nur in seltenen Fällen wirklich freiverantwortlich und wohlüberlegt sind.“. Den Kritikern der Suizidbeihilfe zufolge sei es durchaus denkbar, dass der geäußerte Wunsch des Patienten gar nicht dem entspreche, was der Patient will. So könne hinter einem scheinbar selbstbestimmten

Wunsch auch ein fremdbestimmtes Verlangen stehen (Bleek 2012 S.194, Fenner 2007 S.206).

Psychische Erkrankungen würden eine freiverantwortliche Entscheidung im Zuge der Suizidbeihilfe (Bruns u. Hohendorf 2015 S.176f, Zimmermann-Acklin 2009 S.230) und der Sterbehilfe im Allgemeinen sehr fraglich erscheinen lassen (Bahro u. Strnad 2000 S.260). Bruns und Hohendorf argumentieren im Zuge der Suizidbeihilfe mit der statistischen Häufigkeit krankheitsbedingter Suizidwünsche und weisen auf die Schwierigkeit hin, die Freiverantwortlichkeit des Betroffenen mit hinreichender Sicherheit festzustellen. Daher sei eine prinzipielle Hilfspflicht bei Suizidversuchen generell zu fordern und weithin akzeptiert (Bruns u. Hohendorf 2015 S. 168). In 90 Prozent der vollendeten Suizide ließen sich relevante psychische Erkrankungen rekonstruieren, welche die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zum Suizid infrage stellen (Arsenault-Lapierre et al. 2004 zit. n. Bruns u. Hohendorf 2015 S.167).

Neben möglichen psychischen Erkrankungen finden auch die seelischen Vorgänge von schwer erkrankten Patienten Berücksichtigung im Diskurs:

„Die bei terminal Kranken klinisch im Vordergrund stehende physische Entgleisung geht in aller Regel mit wesentlichen psychischen Alterationen einher und schließt diese keineswegs aus. Auch in Anbetracht der drohenden physischen Vernichtung ist es nicht berechtigt, die begleitenden seelischen Vorgänge als etwas Beiläufiges zu betrachten, wenn es um Fragen wie die gewahrte Selbstbestimmung im Sterbeprozess geht. Ebenso wenig ist die Berechtigung vorhanden, in Sterbewünschen schwer Erkrankter klare Handlungsweisen zu sehen, allein aufgrund der nachvollziehbaren, jedoch ungenügenden Überlegung, dass dies eine ‚normale‘ Reaktion auf die Situation darstelle.“ (Bahro u. Strnad 2000 S.260).

Zimmermann-Acklin folgert im Kontext der Suizidbeihilfe, der Suizid sei „[...] oft, wenn auch nicht immer, Symptom und nicht Therapie einer schweren Belastung [...]“ und stehe daher „unter medizinisch-psychiatrischem Vorbehalt“ (Zimmermann-Acklin 2009 S.230). Im Diskurs um die Tötung auf Verlangen werde die Authentizität des Patientenverlangens unter anderem in dem Sinne bestritten, dass eine wohl überlegte Willenserklärung im Falle der desperaten Lage einer terminalen Erkrankung mit ihren „mitunter schrecklichen Begleiterscheinungen“ gar nicht möglich sei. So machten es eben diese schwierigen Umstände, in denen sich der nach Tötung verlangende Patient befindet, unmöglich, dieses Verlangen ernst zu nehmen, sodass der Grund, diesem nachzukommen, entfalle (Ruß 2002 S.14). Ruß untermauert seine Argumentation mit den Worten Pöltners und Bonellis:

„Wie lässt sich die Extremsituation unerträglicher Schmerzen mit einem aus souveräner Selbstbestimmung stammenden Tötungsverlangen vereinbaren?“ (Pöltner 1999 S.40)

„Glaubt jemand heute noch im Ernst, dass ein Patient, der sich in einer derart verzweifelten Lage befindet, im Vollbesitz seiner souveränen Willensentscheidung ist?“ (Bonelli 1999 S.93)

Ebenso wird mit Blick auf die Praxis der Suizidbeihilfe die Ambivalenz des Wunsches nach Sterbehilfe, welche im Widerspruch zur Freiverantwortlichkeit stehe, diskutiert (Bruns u. Hohendorf 2015 S.168). Bruns und Hohendorf geben außerdem zu bedenken, dass die Arbeit mit Menschen nach einem Suizidversuch gezeigt habe, dass diese „[...] trotz der Ernsthaftigkeit ihres Todesverlangens ihre Situation und ihr Leben neu bewerten können.“ (Bruns u. Hohendorf 2015 S.168). Einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zufolge (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2014) unternehmen 70 Prozent der Menschen nach einem Suizidversuch keinen weiteren Versuch mehr (Bruns u. Hohendorf 2015 S.168). Hier wird die Dauerhaftigkeit von Suizidwünschen in Frage gestellt.

#### *Weitere Aspekte zur Gefährdung der individuellen Autonomie*

Eine Gefahr für die individuelle Autonomie bei Legalisierung der Tötung auf Verlangen wird auch in der Abhängigkeit der Patienten vom Pflegepersonal gesehen (Dietrich 2009 S.282f):

„Die ‚seelischen Grausamkeiten‘, mit denen das Betreuungspersonal ungefüge Patienten sanktioniert, können ihr Wohlbefinden in ähnlicher Weise beeinträchtigen wie psychische Qualen. Folglich kann auch eine Verschlechterung der Pflege, die sich nicht direkt auf den körperlichen Zustand auswirkt, eine autonome Entscheidung unmöglich machen.“ (Dietrich 2009 S.282)

Mit Blick auf die Praxis in den Niederlanden ist von einem „neuen Paternalismus“ die Rede. Ein grundsätzliches Problem bestehe in den Niederlanden darin, dass „[...] die Macht oder Entscheidungsbefugnis der Ärzte über ihre Patienten übermäßiges Gewicht erhalten hat und somit die Möglichkeit der Selbstbestimmung tendenziell eher gefährdet als gefördert wird.“ (Zimmermann-Acklin 2000 S.12). Zimmermann-Acklin mache auf den Umstand aufmerksam, dass sich die Intention des niederländischen Modells, die Autonomie der Patienten zu stärken und Selbstbestimmung im Sterben zu ermöglichen, in der Praxis häufig ins

Gegenteil verkehre. So greife ein neuer ärztlicher Paternalismus Raum, der durch Straffrei-  
stellung der Tötung auf Verlangen den Schutz der Autonomie unterlaufen könnte (Remenyi  
2008 S.123).

Nach Dietrich haben verschiedene Theoretiker auf Grundlage des Autonomieprinzips Be-  
denken gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen vorgebracht. Demnach könne die  
Forderung nach effektivem Schutz der individuellen Autonomie nur dann erfüllt werden,  
wenn das bestehende Verbot der Tötung auf Verlangen bestehen bleibt (Dietrich 2009  
S.277).

### *Widerspruch der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe zum Autonomieprinzip*

Neben Aspekten der Gefährdung der individuellen Autonomie wurde die Tötung auf Ver-  
langen und die Suizidbeihilfe als prinzipieller Widerspruch zum Autonomieprinzip darge-  
stellt. Müller-Busch (2004 S.373) argumentiert, „[...] die gezielte Herbeiführung des Todes,  
z.B. durch Euthanasie, [widerspricht] eigentlich dem Autonomieprinzip, da sie Autonomie  
zerstört und nicht fördert.“. Auch Dietrich (2009 S.284) führt den „Widerspruch zum Auto-  
nomieprinzip“ im Diskurs an und verbindet ihn mit dem Aspekt möglicher Zwangsaus-  
übung: „Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe kann, obwohl sie eine zusätzliche Hand-  
lungsoption für die Individuen schafft, zu Zwangslagen führen, die in Widerspruch zum Au-  
tonomieprinzip stehen.“. Bormann gibt zu bedenken:

„[...] Wer [...] in der Standardsituation der Sterbehilfe zur Vermeidung der mit einem schweren Krankheitsprozess  
unweigerlich einhergehenden Nöte und Belastungen bei noch bestehenden Handlungsmöglichkeiten zum Mittel des  
Suizids bzw. der aktiven Euthanasie greift, der trifft eine Entscheidung, die im Widerspruch zum natürlichen mensch-  
lichen Wollen steht, der eigenen Würde bzw. Selbstzwecklichkeit als handlungsfähigem Subjekt widerstreitet und  
daher auch nicht als legitimer Ausdruck vernünftiger Selbstgesetzlichkeit oder Autonomie anzuerkennen ist.“ (Bor-  
mann 2002 S.34f)

In Bormanns Argumentation liegt der Widerspruch der Sterbehilfe zum Autonomieprinzip  
im Natürlichkeitsargument und dem Würdeargument begründet.

Nach Knaup ist „[m]it ‚Autonomie‘ [...] nicht gemeint, all das zu tun, was einem in den Sinn  
kommt. Autonomie ist nicht Beliebigkeit und auch nicht das Recht, den eigenen Todeszeit-  
punkt festzulegen.“ (Knaup 2015 S.318). Die Autonomie entspricht dem Willensentscheid

und nicht den Wünschen einer Person. Sie ist subjektiv und nicht objektivierbar. Nach Søren Kierkegaard ist Selbstbestimmung das Recht auch die falsche Entscheidung zu treffen. Autonomie ist die Voraussetzung der Identität. Die Selbstbestimmung entspricht der Eigenverantwortung - Verantwortung für sich und andere. Der Freitod ist der Blick auf sich und die Anderen entsprechend des Gemeinnsinns.

### 3.1.5.4. Bedenken gegen das Autonomie-Argument

Abbildung 17 zeigt die Gegenargumentationslinien, die sich im Diskurs zeigten, sowie Aspekte, welche wiederum gegen die Gegenargumentation angeführt wurden.

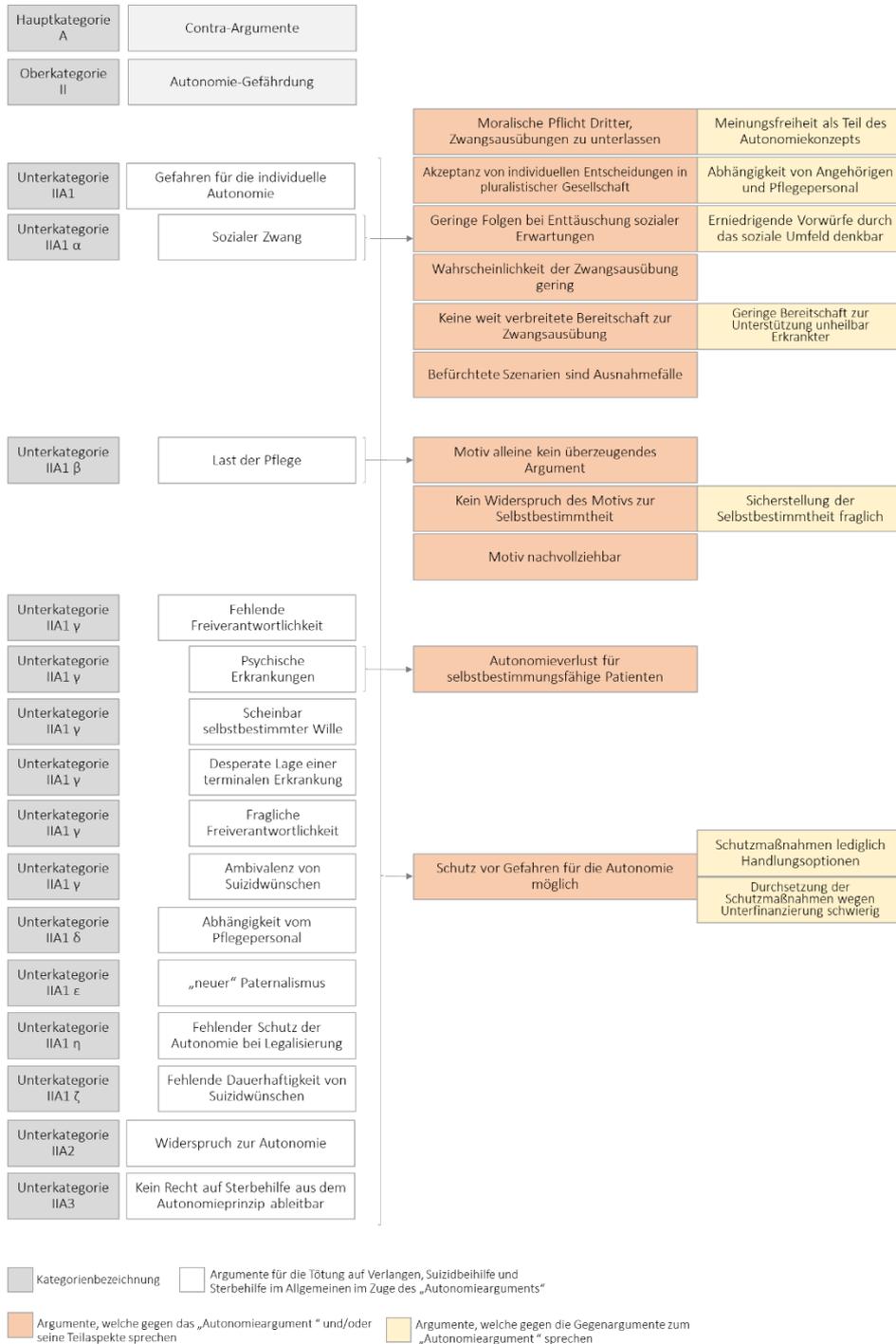


Abbildung 17: Kategoriensystem des Arguments der „Autonomie-Gefährdung“. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet.

### *Gegenposition zum Argument des „sozialen Zwangs“*

Gegen den Teilaspekt, dass eine Gefährdung der individuellen Autonomie durch die Ausübung sozialen Zwangs zu befürchten sei, wurde im Zuge der Tötung auf Verlangen die moralische Pflicht Dritter zur Unterlassung solcher zwangsausübenden Handlungen hingewiesen. Demnach erlege das moralische Recht des Individuums, autonome Entscheidungen zu fällen, Dritten die moralische Pflicht auf, Zwangsausübungen zu unterlassen. Ein Autonomiekonzept, welches die Option zulässt, soziale Erwartungen als Zwang anzuerkennen, sei keineswegs unproblematisch und bleibe ernsten Bedenken ausgesetzt (Dietrich 2009 S.283). Ferner gibt Dietrich zu bedenken, dass die Enttäuschung sozialer Erwartungen zwar negative Reaktionen hervorrufen kann, aber nur selten zur schweren Kränkung des Betroffenen führt. In einer pluralistischen Gesellschaft würden nur wenige Verhaltensnormen generell befürwortet, sodass eine Person, welche außerhalb der sozialen Erwartungen und gesellschaftlichen Normen handelt, zumeist gleichgesinnte Personen findet, die dieses Verhalten befürworten (Dietrich 2009 S.282f). Theoretiker, welche sich für die Legalisierung der Tötung auf Verlangen aussprechen, schätzen die Wahrscheinlichkeit der Zwangsausübung als gering ein. Der Argumentation mit dem „sozialen Zwang“ liege deshalb eine unrealistische Einschätzung des zu erwartenden Verhaltens der Angehörigen und der Pfleger zugrunde. Vielmehr werde die Auffassung, dass schwer kranke Patienten den „Platz räumen“ sollten, von den meisten Menschen nicht geteilt. Es könne davon ausgegangen werden, dass keine weit verbreitete Bereitschaft zur Ausübung von sozialem Zwang vorliegt (Dietrich 2009 S.284f).

### *Gegenposition zum Argument der „Last der Pflege“*

Bleek gibt im Zuge der Argumentation mit der „Last der Pflege“ zu bedenken, dass allein der Umstand, dass sich Patienten aufgrund dieses Motivs um Suizidbeihilfe bemühen, noch kein überzeugendes Argument gegen die ärztliche Suizidbeihilfe darstellt. Es seien Einzelfälle denkbar, bei denen die Suizidbeihilfe auf Grundlage des Motivs, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, dem Gebot der Fürsorge entsprechen kann. Aus der palliativmedizinischen Forschung (Morita et al. 2004) sei bekannt, dass es Patienten gibt, welche trotz palliativmedizinischer Versorgung auf Basis des Motivs, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchten (Bleek 2012 S.196f). So könne „[...] das

Empfinden, anderen zu Last zu fallen, für schwerstkranke Menschen häufig eine Quelle schmerzlichen Leids [darstellen].“ (Bleek 2012 S.196). Es werde nicht immer möglich sein, den dadurch entstandenen Leidensdruck zu lindern. Das Motiv sei ferner eng verknüpft mit der Sorge um das Wohlergehen der Angehörigen, die erheblichen Belastungen ausgesetzt sind (Bleek 2012 S.196). Je näher der Tod rückt, desto nachdrücklicher wird die Sorge um das Gemeinwohl.

So könne das Wohlergehen der Angehörigen elementarer Bestandteil der Werte von schwerstkranken Patienten sein, sodass der Wunsch nach Suizidbeihilfe auf Basis des Motivs, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, Ausdruck eines selbstbestimmten Willens sein kann (Bleek 2012 S.193 S.199). Der persönliche Umgang mit dem Empfinden, anderen zur Last zu fallen, könne auf kulturellen oder spirituellen Einflüssen und persönlichen Wertvorstellungen beruhen (Bowman u. Singer 2001, McPherson et al. 2007, Morita et al. 2004), sodass zu fragen sei, inwiefern diese Wertvorstellungen im individuellen Fall respektiert werden müssen (Bleek 2012 S.201). Der Beweggrund, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, sei verständlich und nachvollziehbar (Ankermann 2004 S.143 zit. n. Fenner 2007 S.206). Man sei nicht nur für die Folgen seines Sterbens, sondern auch für die seines Weiterlebens verantwortlich. Wer also auf Basis des Motivs, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, um Suizidbeihilfe bittet, schein „prima facie“ einen „altruistischen Suizid“ aus „ethisch höchst anerkennungswürdigen Motiven“ zu vollziehen. Solche altruistischen Suizidhandlungen dürften laut Fenner (2007 S.206) jedoch sehr selten sein, da immer auch selbstbezogene Wünsche wie die Beseitigung physischer Schmerzen eine Rolle spielen.

### *Einwände gegen das Argument der fehlenden Freiverantwortlichkeit*

In Bezug auf die möglicherweise durch psychische Erkrankungen bedingte mangelnde Freiverantwortlichkeit richten Henking und Vollmann den Fokus auf die Personengruppe. Es sei zwar richtig, dass die Mehrheit der Suizidversuche von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder seelischen Krisen im Sinne eines „Hilfeschreis“ begangen werden und in solchen Fällen die moralische Pflicht des Einzelnen zum Ergreifen von Rettungsmaßnahmen besteht, jedoch gehe es bei der Suizidbeihilfe „[...] in der Regel nicht um Personen, bei denen der Todeswunsch aus einer psychischen Störung resultiert und damit nicht frei-

verantwortlich erfolgt, sondern um Patienten mit unheilbarer Erkrankung und unerträglichem Leid.“ (Henking u. Vollmann 2016). Für die genannte Personengruppe sei es die Pflicht von Ethik und Recht, normative Vorgaben für die Freiverantwortlichkeit bzw. die Selbstbestimmungsfähigkeit zu ermitteln. So könnten empirisch prüfbare Kriterien für die Praxis abgeleitet werden, die die Prüfung der Freiverantwortlichkeit eines Patienten im konkreten Einzelfall der ärztlichen Suizidbeihilfe zu einem bestimmten Zeitpunkt ermöglichen.

Solche normativen Konzepte und die Kriterien für die Praxis seien jedoch unzureichend bekannt. So komme es in der Praxis in ethischen Konfliktsituationen oftmals zu einem paternalistischen Vorgehen, welches von persönlichen Werthaltungen des Arztes geprägt und ethisch als fragwürdig einzustufen sei. Dieser Fall könne unter anderem eintreten, wenn Patienten allein aufgrund ihres Wunsches nach ärztlicher Suizidbeihilfe als psychisch krank und nicht selbstbestimmungsfähig eingestuft werden, ohne dass eine weitere Differenzierung erfolgte (Henking u. Vollmann 2016).

Auch Kipke weist auf die Unterscheidung von Suizidhandlungen, welche auf psychischen Krankheiten beruhen, und solchen, die es nicht tun, hin, zieht aber den Schluss, dass mit einer solchen Unterscheidung weniger gewonnen als erhofft ist. Diese Unterscheidung ändere letztlich nichts an der Tatsache, dass „[...] ungeachtet aller möglicherweise vorhandenen Wohlerwogenheit der Suizid eine ungeheuerliche Tat bleibt, die aktive Tötung einer menschlichen Person.“ (Kipke 2015 S.145). Anschließend geht Kipke auf die Lebensbejahung als Argument gegen die Suizidbeihilfe ein (Kipke 2015 S.145).

### *Maßnahmen zum Schutz der individuellen Autonomie*

Nach Dietrich bestreiten die Befürworter einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen nicht das Vorhandensein von Gefahren. Sie schlagen Maßnahmen vor, die Personen vor sich selbst und vor Dritten schützen sollen (Dietrich 2009 S.277) und möglichen Autonomieverletzungen entgegenwirken (Dietrich 2009 S.285). Es wird u.a. die finanzielle Stärkung der Hospizbewegung vorgeschlagen. Wenn mehr Hospizplätze zur Verfügung stünden, könnte so den Patienten, welche den Wunsch nach der Tötung auf Verlangen äußern, eine Alternative aufgezeigt werden, die auch das Entkommen aus der als möglicherweise

unerträglich empfundenen Pflegesituation gewährleisten würde (Dietrich 2009 S.285). Missbrauch könnte den Befürwortern der Tötung auf Verlangen zufolge durch eine behördliche Meldepflicht und die Hinzuziehung von mindestens einem weiteren Arzt verhindert werden.

Als weiteres Kriterium für die Bewilligung der Sterbehilfe werden sowohl die Aufklärung über die Alternativen der Palliativmedizin als auch die wiederholte Äußerung des Wunsches nach Sterbehilfe gefordert. So könnten die Patienten vor uninformierten und spontanen Entscheidungen bewahrt werden (Dietrich 2009 S.277). Dietrich zeigt auf, dass die Maßnahmen, die zum Schutz der individuellen Autonomie angeführt werden, jedoch nur Handlungsoptionen darstellen. Es könne nicht als sicher gelten, dass bei Legalisierung der Tötung auf Verlangen in hinreichendem Umfang Hospizplätze geschaffen werden. Der Gesundheitsbereich leide unter einer zunehmenden Unterfinanzierung, sodass sich die Verwirklichung zusätzlicher Ausgaben schwierig gestalten dürfte. Nach Dietrich (2009 S.285f) reicht daher die Möglichkeit, die individuelle Autonomie durch entsprechende Maßnahmen zu schützen, nicht aus, um die Bedenken zu entkräften.

#### *Analoge Gefahren für die individuelle Autonomie in der bestehenden Praxis der passiven Sterbehilfe*

Neben dem Aspekt des Schutzes der individuellen Autonomie wendet sich Dietrich in seinem Artikel vom Jahr 2009 auch dem Vergleich zur passiven Sterbehilfe zu. Das Recht auf die passive Sterbehilfe sei im moralphilosophischen Diskurs unstrittig. Bei der passiven Sterbehilfe bestünden jedoch offenkundig dieselben Gefahren für die Autonomie des Individuums, die von den Kritikern der Tötung auf Verlangen gesehen werden. Auch der Aspekt der „Last der Pflege“ könne bei der passiven Sterbehilfe eine Rolle spielen. Sowohl bei der passiven Sterbehilfe als auch bei der Tötung auf Verlangen, könnten sich Patienten zur Sterbehilfe gedrängt fühlen und in ihrer individuellen Autonomie verletzt werden. Wenn das Leben der Kranken nur als Bürde gesehen und die Pflicht zur Selbsttötung eingefordert würde, wäre man im Zuge der passiven Sterbehilfe nicht weniger geneigt, sozialen Zwang auszuüben, als dies bei der Tötung auf Verlangen der Fall wäre. Jedoch gebe es für häufige Verletzungen der individuellen Autonomie im Zuge der Praxis der passiven Sterbehilfe keine Anzeichen (Dietrich 2009 S.286).

### 3.1.5.5. Gesellschaftliche Gründe

Neben den Argumenten der „schiefen Ebene“ und der Autonomiegefährdung wurden auch verstärkt Aspekte diskutiert, welche sich um die gesellschaftlichen Auswirkungen der Zulassung von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe drehen. Gesellschaftliche Gründe wurden vermehrt im Zuge der Suizidbeihilfe angeführt (18 codierte Segmente). Bei sechs Textpassagen diskutierten die Autoren die gesellschaftlichen Gründe gegen die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe (Abbildung 18)<sup>7</sup>.

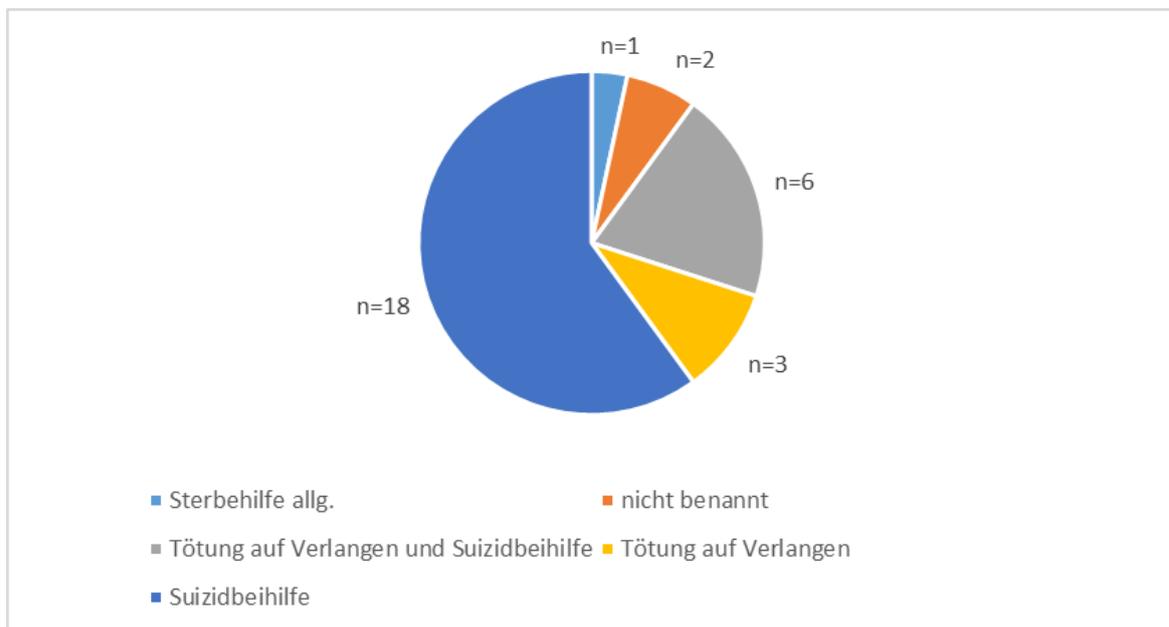


Abbildung 18: Abbildung 18 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren die Argumente zu den „gesellschaftlichen Gründen“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die „gesellschaftliche Gründe“ als Argumente beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

Im Zuge des Argumentierens mit den gesellschaftlichen Aspekten fanden sich mehr Textpassagen, bei denen der Autor selbst argumentierte (Abbildung 19)<sup>8</sup>. Bei 19 codierten Segmenten fand sich eine Argumentation des Autors. Elf codierte Segmente stellten eine Wiedergabe des Diskurses dar.

Abbildung 20 zeigt die gesellschaftlichen Gründe, die gegen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen beziehungsweise Suizidbeihilfe angeführt werden.

<sup>7</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 9

<sup>8</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 10

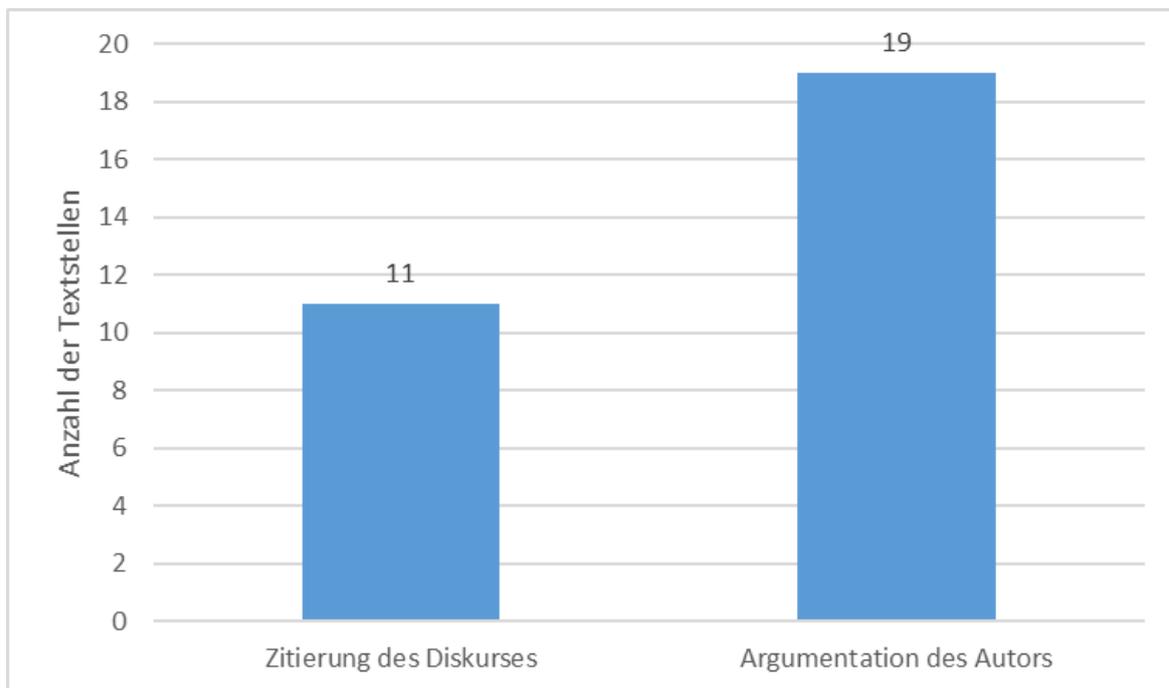


Abbildung 19: In Abbildung 19 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit den „gesellschaftlichen Gründen“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen angeführt werden, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

Hauptkategorie A	Contra-Argumente
Oberkategorie III	Gesellschaftliche Gründe
Unterkategorie IIIA1	Gesellschaftlicher Druck auf kranke und behinderte Menschen
Unterkategorie IIIA2	Gesellschaftliche Anerkennung abzulehnen
Unterkategorie IIIA3	Entsolidarisierung
Unterkategorie IIIA4	Negative Folgen einer Legalisierung für die Gesellschaft
Unterkategorie IIIA5	Gesellschaftliches Urteil über die Lebensqualität des Individuums abzulehnen
Unterkategorie IIIA6	Das „gesellschaftlich Gute“

Abbildung 20: Gesellschaftliche Gründe gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen eingeteilt in Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Gesellschaftliche Gründe“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage „gesellschaftliche Gründe“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Gesellschaftliche Gründe“ zugeordnet.

### *Gesellschaftlicher Druck auf kranke und behinderte Menschen*

In der Diskussion wird das Argument des „gesellschaftlichen“ oder auch „moralischen Drucks“ auf kranke und schwache und/oder behinderte Menschen als Grund gegen die Tötung auf Verlangen (Remenyi 2008 S.122, Bleek 2012 S.194f, Zimmermann-Acklin 2000 S.6) sowie gegen die Suizidbeihilfe angeführt (Fenner 2007 S.205-209, Remenyi 2008 S.122, Neitzke et al. 2013 S.365, Bruns u. Hohendorf 2015 S.169, Zimmermann-Acklin 2000 S.6, Bleek 2012 S.194f). Im Zuge einer Zulassung der Tötung auf Verlangen beziehungsweise Suizidbeihilfe wäre zu befürchten, dass der soziale und gesellschaftliche Druck auf Patienten zunimmt, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen (Remenyi 2008 S.122). Durch das Angebot der Suizidbeihilfe könnten sich soziale Rollen und Beziehungen negativ verändern und das Weiterleben kranker, alter oder behinderter Menschen rechtfertigungsbedürftig werden. Denn jede individuelle Entscheidung sei letztlich von der sozialen Wirklichkeit geprägt und wirke auf diese zugleich zurück (Neitzke et al. 2013 S.365). Die Gegner einer legalisierten und institutionalisierten Suizidbeihilfe argumentieren, dass der „moralische Druck“ (Ankermann 2004 S.142) auf bestimmte Personengruppen zunimmt und die betreffenden Menschen so in den Tod treiben wird (Fenner 2007 S.205).

Der „moralische Druck“ sei im öffentlichen Bereich ein „heißes Eisen“, da kranke und alte Menschen in der Regel in Kliniken und Alters- oder Pflegeheime versorgt werden. Der Druck könne in Form von „destruktiven Handlungsweisen“ oder durch „[...] mentale Depravierung von behindertem, krankem oder altem Leben aufkommen.“ (Fenner 2007 S.207). Die schlechte Behandlung würde mit der Wertminderung dieser Menschen begründet (Fenner 2007 S.207). Weiter zitiert Fenner (2007 S.207) die Ansicht von Schwank, wonach „Behinderung, Krankheit und Alter [...] oft erst durch die gesellschaftlichen Lebensumstände unerträglich [werden].“ (Schwank 2001 S.12). Eine Gesellschaft, die schwerkranke, ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen würdevolle Pflege und Zuwendung anbieten möchte, könne die organisierte Suizidbeihilfe nicht dauerhaft tolerieren. Denn es bestünde die Gefahr, dass bei diesen Menschen durch das Bestehen von Sterbehilfeorganisationen das Gefühl aufkeimt, sich für ihre Entscheidung zum Weiterleben rechtfertigen zu müssen (Bruns u. Hohendorf 2015 S.169).

## *Gesellschaftliche Anerkennung und soziale Akzeptanz der Sterbehilfe*

Das Bestehen der organisierten Suizidbeihilfe könne den Suizid professionalisieren und normalisieren. Die Folge wäre die soziale Akzeptanz oder gar Erwartungshaltung zur Lebensbeendigung, sodass die Unterlassung Rechtfertigung bedürfe. Die organisierte Suizidbeihilfe sendet demnach bei allem Respekt vor individuellen Gewissensentscheidungen, bei denen körperlich schwer kranke Menschen nach Ausschöpfung aller palliativmedizinischen Hilfsmöglichkeiten beim Suizid unterstützt werden, „[...] eine sozialetisch falsche Botschaft und konterkariert die Suizidprävention.“ (Bruns u. Hohendorf 2015 S.169). Eine gesetzliche Regelung, bei welcher die Qualität der Sterbebegleitung durch Zertifizierungsprozesse der Sterbehilfegesellschaften gesichert werden soll, verhindere zwar den „Einsatz von Helium und Plastiksäcken“, sei jedoch auch „Ausdruck von Resignation“ (Zimmermann-Acklin 2008 S.85).

Zimmermann-Acklin befürchtet die „Banalisierung des Sterbens“ und, dass der Suizid als Ausweg aus schwierigen Lebensumständen salonfähig gemacht werden könnte (Zimmermann-Acklin 2008 S.85). Kipke gibt im Zuge der ärztlichen Mitwirkung an Suiziden zu bedenken, dass die Zulassung dieser Praxis eine Anerkennung darstellt, die ein Gemeinwesen nicht leisten muss. Denn die Gesellschaft könne entscheiden, dass die ärztliche Suizidbeihilfe die gesellschaftliche Anerkennung nicht verdient, die mit der Legalisierung einherginge. Eine Gesellschaft, in der die Individuen beim Suizid Unterstützung erfahren von Ärzten, „[...] denen wir einen herausragenden gesellschaftlichen Status zubilligen, ist nicht das, was wir unter einer guten Gesellschaft verstehen.“ (Kipke 2015 S.146). Knaup (2015 S.318) merkt an, dass ein Mensch in Grenzsituationen meinen kann, seine Würde verloren zu haben, und fragt den Leser in seinem Beitrag in der Zeitschrift für medizinische Ethik:

„Aber sollte die angemessene Reaktion darauf sein, diesen Menschen in dieser Überzeugung auch noch zu bestärken? Wäre eine Gesellschaft wünschenswert, die Schwache, Alte und Kranke darin ermutigen würde, dass es besser ist, aus dem Leben zu scheiden, als ihnen wirkliche >>Sterbehilfe<<: d.h. Zeit, menschliche Wärme und eine gute palliative Versorgung anzubieten?“ (Knaup 2015 S.318)

Im Zuge der internationalen Tagung „Assistierter Suizid – Der Stand der Wissenschaften“ argumentierte Oliver Tolmein, dass die Zulassung der Suizidbeihilfe, insbesondere der ärztlichen Suizidbeihilfe, eine normative Wertentscheidung sei, welche sich auf das gesamte gesellschaftliche Leben auswirke. Es solle verhindert werden, den Suizid als Normalfall zu

begreifen (Henking 2015 S.260f). Knaup (2015 S.319) bringt noch den Aspekt des „Rechts auf den eigenen Tod“ in die Debatte mit ein, wenn er T.S. Hoffmann zitiert:

„[D]as heißt aber die Erhebung des Tötens zu einer gesellschaftlich gewollten Normalfunktion. Dergleichen jedoch ist nach allen klassischen (Natur-)Rechtsbegriffen eine Verpflichtung auf ein >pactum turpe<, einen >sittenwidrigen Vertrag<, die niemals rechtsbeständig sein kann, die aber auch ethisch inakzeptabel ist.“ (Hoffmann 2009 S.69)

Der Einforderung des Rechts auf den eigenen Tod liege demnach die Überzeugung zugrunde, dass die Suizidbeihilfe ein Serviceangebot sein sollte, zu dem die im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen verpflichtet werden können (Knaup 2015 S.319).

### *Entsolidarisierung*

Jeder suizidale Mensch habe Anspruch darauf, dass ihm in seinem Suizidvorhaben widersprochen wird. Denn „[d]ieser ethisch gebotene Widerspruch bedeutet keinen Zwang zum Leben, sondern ist Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung auch des schwachen Lebens.“ (Bruns u. Hohendorf 2015 S.169). Körtner argumentiert im Zuge der Tötung auf Verlangen: „Was Sterbende brauchen, ist unsere Solidarität, nicht die todbringende Spritze.“ (Körtner 2002 S.27). Historisch zeige sich in den letzten 100 Jahren ein zunehmender Hang zur Verbannung von Sterben und Tod aus dem täglichen Leben. Diese Tendenz dehne sich auf unheilbar kranke und gelähmte Menschen aus. Diese würden aus dem sozialen Leben ausgegliedert. Durch die Unterstellung „exzessive[n] Leiden[s]“ lasse sich ihre „Ausgliederung“ leichter rechtfertigen (Kübler et al. 2006 S. 58f).

Die Warnung Pöltners, unter „[...] dem Deckmantel des Mitleidsarguments können gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen (z.B. ökonomischer Art) an die Stelle von Solidarität treten“ (Pöltner 2002 S.279) sei „[...] nicht völlig aus der Luft gegriffen [...]“ (Remenyi 2008 S.122), da empirische Daten über die niederländische Sterbehilfepraxis diese Vermutung nahelegen (Remenyi 2008 S.122).

Es wird die „Dehumanisierung und Entsolidarisierung der Gesellschaft“ (Ernst 2001 S.57, Schwank 2001 S.14) infolge einer institutionalisierten Suizidbeihilfe befürchtet. Man argumentiert, „[...] dass sowohl die Individuen als auch der Staat und die Humanität im ganzen geschädigt werden“ (Wils 1999 S.222 zit. n. Fenner 2007 S.209).

### *Weitere negative Folgen für die Gesellschaft bei Zulassung der Suizidbeihilfe bzw. der Tötung auf Verlangen*

Die Gegner der Suizidbeihilfe begründen ihre Position unter anderem mit der Sorge vor unbeabsichtigten negativen Folgen für die Gesellschaft (Kipke 2015 S.142). Es bestehe die Sorge, dass sich durch das Angebot der Suizidbeihilfe soziale Rollen und die Beziehungen zwischen den Menschen verändern könnten (Neitzke et al. 2013 S.365). Nach Ladwig, Kunrath, Lukaschek und Baumert (2012) bewiese der „Werther-Effekt“, dass Suizide prominenter Personen Signalwirkung auf Menschen in Krisensituationen entfalten können, wie nach Erscheinen von Goethes Jugendwerk zu beobachten war. Daher liege die Befürchtung nahe, dass eine staatliche Duldung der organisierten Sterbehilfe eine „fatale Breitenwirkung“ nach sich ziehen könnte (Bruns u. Hohendorf 2015 S.169).

Auch die Gewaltbereitschaft innerhalb der Gesellschaft und mögliche gesetzeswidrige Handlungen im Zuge einer möglichen Praxis der Tötung auf Verlangen finden Berücksichtigung in der Auseinandersetzung. Die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen verändere die Rahmenbedingungen, welche das Handeln von Angehörigen und Pflegern beeinflussen. Menschen könnten vermehrt zum Gesetzesbruch verleitet werden, da die Hemmschwelle zur sogar gewaltsamen Abnötigung der Selbsttötung geringer sei als bei gewaltsamer Fremdtötung. Ferner könne das Risiko, der Vernachlässigung einer Person überführt zu werden, geringer werden als einer Ermordung überführt zu werden. Treffen diese Annahmen zu, könne die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen die Voraussetzungen schaffen, unter denen Pflegende gegenüber ihren Patienten physischen Zwang anwenden. Bei Aufhebung des Verbots der Tötung auf Verlangen müssten bei Abschätzung der Folgen gesetzeswidrige Handlungen Berücksichtigung finden (Dietrich 2009 S.281).

### *Gesellschaftliches Urteil über die individuelle Lebensqualität*

Die nichtbehinderte Mehrheit löse bei behinderten Menschen durch Abwertung ihrer Lebensqualitäten Todeswünsche aus, die dann paradoxerweise als „Bestätigung der ‚Euthanasie‘-Mentalität“ dienen (Mürner u. Sierck 2001 S.93 zit. n. Fenner 2007 S.208). Es zeigt sich eine Überschneidung mit dem Aspekt der Menschenwürde in diesem Argumentationsstrang:

„Die Gesellschaft diktiert, was menschenwürdig bzw. menschenunwürdig ist. Sie stellt dafür eine Katalogisierung auf; und sind auf dieser Katalogskala genügend negative Punkte erreicht, so wird es zur gesellschaftlichen Verpflichtung, daraus die Konsequenzen zu ziehen und sich von diesem Elend ‚human‘, durch verlangte Euthanasie, zu befreien.“ (Chappuis 2000 S.247)

Laut Held (2003 S.170) seien vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen und geschwächte Todkranke sehr sensibel bezüglich der Atmosphäre gesellschaftliche Diskriminierung und anfällig für Suizidalität. So könne unter dem Diktat objektiver, allgemein geltender Kriterien eine Entwicklung dahin stattfinden, dass der gesellschaftliche Tötungswunsch stärker wird als der individuelle Todeswunsch (Held 2003 S.170). Fenner gibt zu bedenken, dass die prinzipielle Schwierigkeit darin bestehe, dass wir unsere persönlichen Wertpräferenzen, Ideale und Werturteile über das eigene Leben in Interaktion mit Außenbewertungen entwickeln oder „diese [...] im Laufe der Primärsozialisation internalisiert [werden].“ (Fenner 2007 S.208). Eine klare Trennung der „autonomen internen Selbsteinschätzungen“ und der „heteronomen Präferenzen als Resultat von Milieu und Erwartungsdruck von außen“ sei kaum möglich.

Eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von Individuen, die gesellschaftlichen Idealen infolge angeborener oder krankheitsbedingter Nachteile nicht nachkommen können, sei moralisch verwerflich und unangebracht. Es wäre „eine solidarische Haltung der Fürsorge“ zum Ausgleich der „ungerechten Güterverteilung“ angebracht (Fenner 2007 S.208f). Nichtsdestotrotz sei anzunehmen, dass die unvermeidbaren intersubjektiven Vorstellungen von „Menschenwürde“ und „Lebensqualität“, Druck auf benachteiligte Menschen ausüben, wenn die „fürsorglichen Verbesserungsbemühungen“ ausbleiben (Fenner 2007 S.209). Kübler, Weber und Birbaumer (2006 S.67) argumentieren ähnlich im Zuge des Locked-in-Syndroms. Der Suizidwunsch werde als verständlich und logisch respektiert. Es herrsche gesellschaftlicher Konsens darüber, dass ein Leben im Locked-in-Zustand nicht wünschenswert sei. Daraus werde die Forderung nach der rechtlichen Zulassung der Tötung auf Verlangen gefolgert. Jedoch sei die Annahme, welche von fast allen Angehörigen, Ärzten und Patienten - vor Erreichen dieses Zustands - getroffen wird, ein Leben im Locked-in-Zustand sei nicht mehr wünschenswert, objektiv falsch. So folgern Kübler, Weber und Birbaumer (2006 S.67): „Wir sind der Auffassung, dass Unkenntnis kein ausreichendes Motiv zum Töten eines Menschen darstellt.“

### 3.1.5.6. Argumentationslinien gegen das gesellschaftliche Verbot von Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe

#### *Sterbehilfe als „Ultima Ratio“ und weitere Einwände gegen die „Entsolidarisierung“*

Fenner (2007 S.209) setzt dem Argument der Entsolidarisierung entgegen, dass es zwar aus individueller Sicht unbestreitbar sei, dass man bei Zulassung der Suizidbeihilfe nicht länger jedes Leid oder jede Behinderung als „gottgegebenes Schicksal“ hinnehmen und bis zum „natürlichen“ Tod ausharren würde. Die Option der Suizidbeihilfe würde jedoch in Krisensituationen den Willen und das Engagement für ein selbstbestimmtes Sterben und ein glückliches Leben eher stärken. Nach Nietzsche (1988 S.100) sei der Gedanke an den Suizid ein starkes Trostmittel. Der Gedanke anlässlich erdrückender Ereignisse, noch die Ausflucht in den frei gewählten Tod offen zu haben und so die Kontrolle über die Lage nie ganz zu verlieren, könne sogar vor Kurzschlussreaktionen und Verzweiflung schützen. Eine gesellschaftliche Entsolidarisierung müsse nur befürchtet werden, wenn die Legalisierung der Suizidbeihilfe ohne Einschränkungen durch entsprechende Kriterien erfolgen und die Suizidbeihilfe von Organisationen als „saubere Lösung für sämtliche krisenhaften Lebenslagen“ propagiert würde. Denn nicht die Tatsache einer rechtlichen Zulassung der Sterbehilfe führe zwangsläufig zu einer Abnahme der Solidarität und Verantwortung, sondern vielmehr bestimmte Legitimationsmotive – wie „ökonomisch-utilitaristische Bilanzsummenrechnungen“ oder „rassenhygienische Ideologien“ (Fenner 2007 S.209f).

Ferner sei zu bedenken, dass das Argument der „Entsolidarisierung“ ins Leere führe, wenn man Suizidbeihilfe nur in Fällen leistet, bei denen es trotz aller „fürsorglichen Anstrengungen“ nicht gelingt, die Lebensumstände der betreffenden Person nachhaltig zu verbessern (Fenner 2007 S.212). Eine Befürwortung der Legalisierung der Suizidbeihilfe stehe nicht im Widerspruch zu „[...] allen angemessenen fürsorglichen Bestrebungen, Suizidwünsche gar nicht aufkommen zu lassen.“ (Fenner 2007 S.212). Wichtig sei eine offene, dynamische Diskussion über die Auffassungen von „Lebensqualität“ (Fenner 2007 S.212). Wenn auf die Individuen nicht mit ökonomischen Interessen oder mittels Manipulationsversuchen eingewirkt wird, sondern eine offene Diskussion stattfände unter Austausch der Erfahrungen der Minderheiten, „[...] läge primär ein ‚Zwang des besseren Arguments‘ vor.“ (Fenner 2007 S.212). Wenn dann mehr Menschen ihr Leben beenden möchten, könne dies als Befreiung

von heteronomen traditionellen Idealen wie der „Heiligkeit des Lebens“ gedeutet werden (Wolf 1991 S.282 zit. n. Fenner 2007 S.212).

### *Ethische Irrelevanz der gesellschaftlichen Konsequenzen*

Dem Argumentieren mit den gesellschaftlichen Konsequenzen setzte der Moralphilosoph Len Doyal (London University) in seinem Beitrag zugunsten der Tötung auf Verlangen auf dem 5. Weltkongress der „International Association of Bioethics“ im Jahre 2000 entgegen, dass Befürchtungen auf Ebene der gesellschaftlichen Konsequenzen zwar praktisch, aber ethisch irrelevant seien und daher höchstens die politische Umsetzung beeinflussen könnten, nicht jedoch das ethische Urteil. Gerade die fehlende Berücksichtigung der gesellschaftlichen Ebene wurde von Zimmermann-Acklin in seinem Tagungsbericht bemängelt. Die Darlegung extremer Einzelfälle ohne Thematisierung der gesellschaftlichen Konsequenzen hätte dazu geführt, dass die Argumente Len Doyals für die Tötung auf Verlangen nicht überzeugen konnten (Zimmermann-Acklin 2001 S.138).

### 3.1.5.7. Die Rolle des Arztes

Abbildung 21<sup>9</sup> zeigt, welche Form der Sterbehilfe vorwiegend im Zuge der Argumente zur Rolle des Arztes diskutiert wurde. Die Suizidbeihilfe stand in diesem Teil der Debatte im Vordergrund, gefolgt von der Tötung auf Verlangen. Bei fünf Textpassagen blieb die Benennung der Form der Sterbehilfe aus. Drei Textpassagen blieben die Benennung der Form der Sterbehilfe aus. Drei Textpassagen zeigten Überschneidungen der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen.

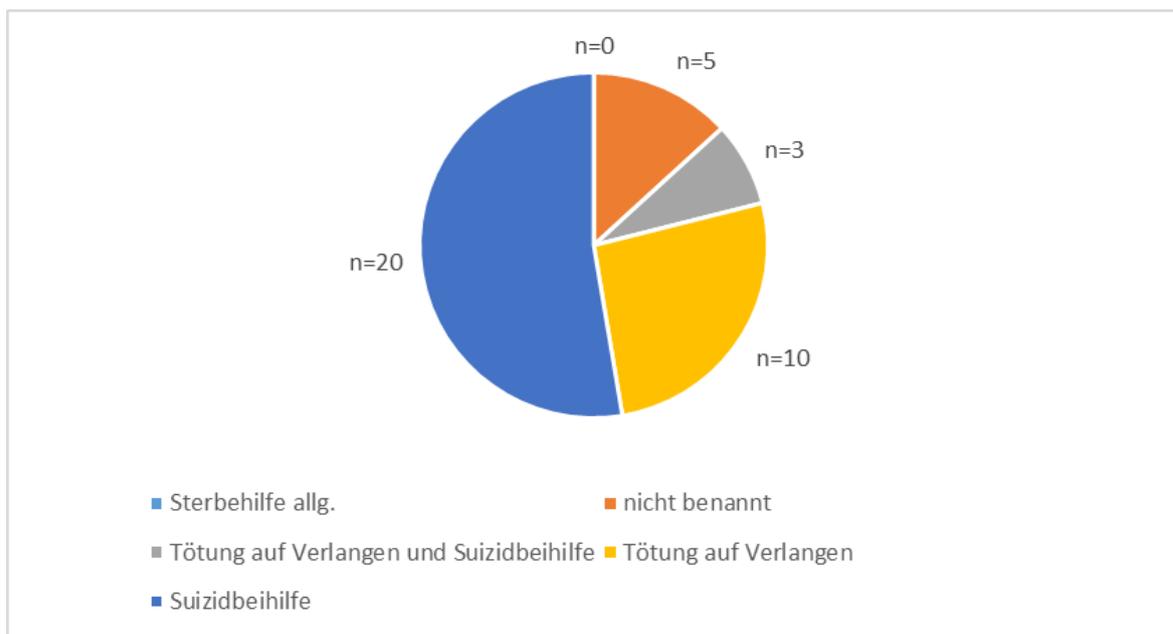


Abbildung 21: Abbildung 21 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren Argumente zur „Rolle des Arztes“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen zur „Rolle des Arztes“ aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

<sup>9</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 9

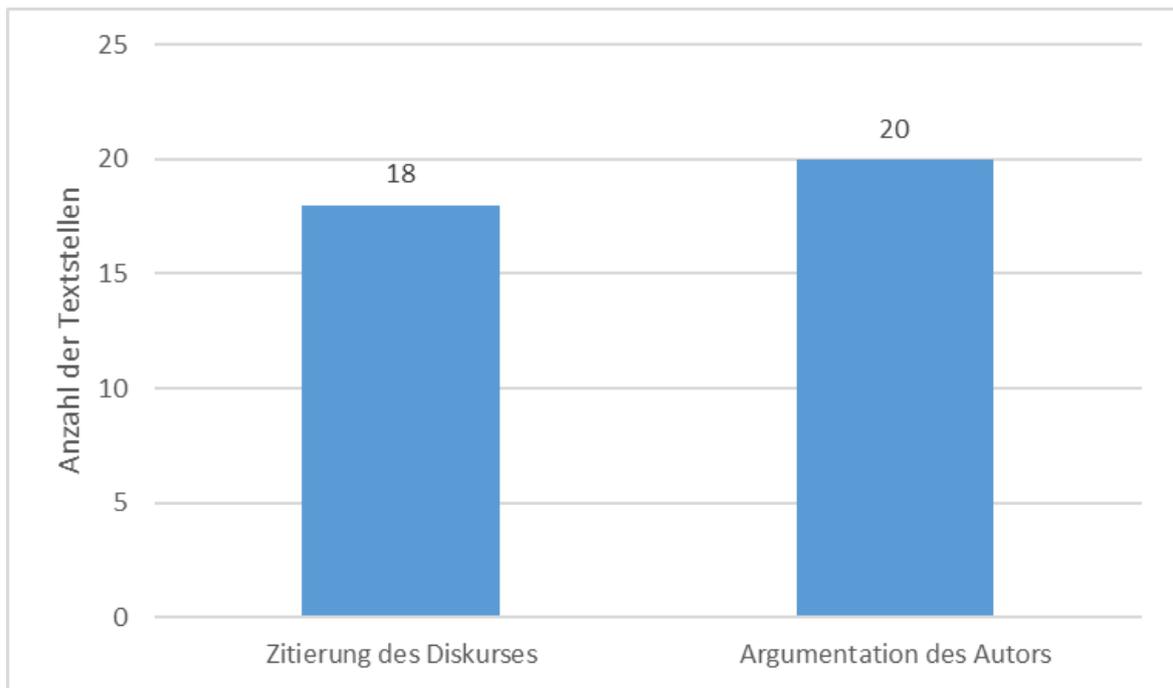


Abbildung 22: In Abbildung 22 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit Argumenten zur „Rolle des Arztes“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren Argumente zur „Rolle des Arztes“ lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente zur „Rolle des Arztes“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

Bei den Argumenten zur Rolle des Arztes wurde bei 20 Textpassagen direkt durch den Autor selbst argumentiert, während bei 18 Textstellen eine Wiedergabe der Diskussion stattfand (Abbildung 22)<sup>10</sup>.

Abbildung 23 gibt einen Überblick über die Contra- Argumente zur Rolle des Arztes.

<sup>10</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 10



Abbildung 23: Argumente zur „Rolle des Arztes“, die gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen angeführt wurden, mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Rolle des Arztes“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente zur „Rolle des Arztes“ aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage ein Argument zur „Rolle des Arztes“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Rolle des Arztes“ zugeordnet.

### Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe im Widerspruch zum „ärztlichen Ethos“

In den Augen der Kritiker stellt die ärztliche Suizidbeihilfe einen Widerspruch zum „ärztlichen Ethos“ dar (Fenner 2007 S.210, Kipke 2015 S.151). Ebenso wird im Zuge der Tötung auf Verlangen argumentiert, wenn Gutmann (2002 S. 177) die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ zitiert: „Aktive Sterbehilfe ist unzulässig, [...] Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos“ (Bundesärztekammer 1998). Körtner (2002 S.27) gibt zu bedenken, die Leidbekämpfung finde dort ihre Grenzen, wo dies nur unter Auslöschung des Leidenden gelänge. Denn die Zulas-

sung einer solchen Handlung hätte „[...] für das Ethos der Ärzte und der Heilberufe unabsehbare Folgen.“ (Körtner 2002 S.27). Ärztliche Tötungshandlungen „[...] widersprechen dem ärztlichen Ethos und sollten daher durch die Scheinlegitimation rechtlicher Duldung unter angeblich eng gefassten Ausnahmebedingungen nicht gefördert werden.“ (Oduncu 2002 S.312).

Der hippokratische Eid wurde von mehreren Autoren im Zuge der Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Ethos erwähnt (Knaup 2015 S.321, Stüber 2005 S.59f, Zimmermann-Acklin 2000 S.8f). Die Tötung sei mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar, was bereits im Hippokratischen Eid formuliert wurde (Knaup 2015 S.321): Ich werde „niemandem auf seine Bitte hin ein tödlich wirkendes Mittel geben, noch werde ich einen derartigen Rat erteilen.“ (Hippokrates 2007 S.54). Eine Änderung dieses Prinzips im Hippokratischen Eid würde einen Bruch mit einem über 2400 Jahre währenden Verständnis des Arztberufs bedeuten. Wer mit diesem Ethos brechen und das Töten bzw. die Beihilfe zum „Normalfall“ machen wolle, habe die „Beweislast zu tragen“ (Knaup 2015 S.321). Auch Remenyi argumentiert, dass aktive Tötungshandlungen mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar seien.

Das ärztliche Ethos orientiere sich am Nutzen und dem Nicht-schaden-Prinzip - nil nocere - und dem Patientenwohl – salus aegroti suprema lex (Remenyi 2008 S.121). Die Medizin sei dem Wohl des Patienten verpflichtet und müsse auch an den Grenzen des Lebens dafür Sorge tragen, dass die Würde des Menschen - sein Selbstbestimmungsrecht, seine Einmaligkeit und seine Eigenverantwortlichkeit geschützt werden (Körtner 2002 S.22). Kipke bringt den Aspekt des „Gesellschaftlich Guten“ in die Diskussion ein: „Entscheidend ist nun aber, dass dieses ärztliche Ethos nicht allein universelle moralische Normen beinhalten kann und muss, sondern auch von *Überzeugungen des Guten* geleitet werden kann, ja geleitet werden *muss*.“ (Kipke 2015 S.143).

Die Tötung auf Verlangen und die Suizidbeihilfe dürften nie Ziele der Medizin sein (Oduncu 2002 S.312). Es sei nicht „[...] Aufgabe des Arztes, den Tod als Dienstleistung anzubieten.“ (Knaup 2015 S.320). Das Verständnis des Arztes, der Suizidbeihilfe leisten soll, sei kritisch zu bewerten. Denn seine Aufgabe reiche vom Heilen bis zur Schmerzlinderung mit dem Auftrag des Patientenwohles (Knaup 2015 S. 320). Dies werde in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung „auf den Punkt gebracht“, wenn es dort

heißt: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ (Bundesärztekammer 2011). Die Kritiker sehen in der ärztlichen Suizidbeihilfe einen Widerspruch zum gesellschaftlichen Mandat der Ärzte und zum ärztlichen Ethos im Allgemeinen (Fenner 2007 S.210). Unbegrenzt gelte das Selbstbestimmungsrecht nur bei Ablehnung ärztlicher Maßnahmen (Kipke 2015 S.146). Das Helfen stelle einen unbestrittenen normativen Kern des ärztlichen Berufs dar. Zwar wird diskutiert, ob die Einschätzung der Suizidbeihilfe als Hilfsakt nicht der Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes überlassen werden könne, jedoch könne das Verständnis des Helfens als wichtiger normativer Kern „[...] nicht an einer so entscheidenden Stelle dem Belieben des Einzelnen anheimgestellt sein.“ (Kipke 2015 S.146). Die „ärztliche Grundausrichtung auf das Leben, die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität“ werde „durch eine radikale Änderung des Therapieziels in Frage gestellt, wenn Sterbehilfe zur Routine wird.“ (Fenner 2007 S.211). Ferner habe die Ärzteschaft das Recht, Handlungen, die den Kern des ärztlichen Selbstverständnisses treffen, vom ärztlichen Auftrag auszuschließen. Nach Duttge (2009) sei es demnach durchaus ethisch gerechtfertigt, wenn sich die organisierte Ärzteschaft das Verbot der Suizidbeihilfe auferlegt. Dies wäre auch im Sinne einer Mehrheitsentscheidung legitim (Kipke 2015 S.147).

### *Störung der Arzt-Patienten-Beziehung*

Kritiker befürchten negative Folgen für die Arzt-/Patientenbeziehung (Kipke 2015 S.142). Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen würde zu einer Störung des Arzt-/Patientenverhältnisses führen (Pöltner 2002 S.278f zit. n. Kipke 2008 S.136f). Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt könne durch die Zulassung der Tötung auf Verlangen gestört werden (Zimmermann-Acklin 2000 S.9, Remenyi 2008 S.121). Bereits eine partielle Freigabe der Tötung auf Verlangen könnte das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte unterminieren (Giesen 1990 zit. n. Gutmann 2002 S.178). Auch im Zuge der ärztlichen Suizidbeihilfe wird von den Kritikern eine Untergrabung dieses Vertrauensverhältnisses befürchtet (Fenner 2007 S.210, Zimmermann-Acklin 2009 S.227f).

Denn Ärzten werde ein hohes Maß an Kompetenz zugesprochen. Daher müssten Patienten ihnen „[...] ein einzigartiges Vertrauen entgegenbringen können.“ (Kipke 2015 S.143). Die

Kritiker einer legalisierten ärztlichen Suizidbeihilfe würden zu Recht betonen, dass schwer- kranke Menschen auf ärztliche Hilfe angewiesen seien und das Vertrauensverhältnis auf der Gewissheit dieser Hilfe beruhe (Ärzttekammer Westfalen-Lippe 2011 zit. n. Wiesing 2013 S.69).

### *Gefährdung der ärztlichen Rolle*

Bei Etablierung der Suizidbeihilfe könne es zu einer Gefährdung der ärztlichen Rolle und der ärztlichen bzw. pflegerischen Berufsintegrität kommen (Zimmermann-Acklin 2009 S.227ff). Die Suizidbeihilfe sei aufgrund dieser Gefährdung der Berufsintegrität und der Fürsorgepflicht als etablierte und rechtlich zugelassene Praxis abzulehnen (Zimmermann-Acklin 2009 S.230). Ferner weist Zimmermann-Acklin darauf hin, dass die Rolle des Arztes nicht als alleiniger Auftragsempfänger für die Entscheidungen der Patienten gesehen werden dürfe:

„Schließlich bleibt [...] auf das *Ärztbild* hinzuweisen: Während einerseits ein Arzt- und auch Pflegebild entworfen wird, in welchem der Arzt und Pfleger als Auftragsempfänger verstanden werden, die für ihre Dienstleistung bezahlt werden und entsprechend dem Ethos bzw. Werteverständnis des Patienten handeln sollen, wird andererseits von einem stark von eigenen Werten geprägten *Ärzteethos* ausgegangen. Hier ist danach zu fragen, ob ein *Ärztbild*, welches die asymmetrische Situation in der Arzt-Patienten-Beziehung völlig außer Acht lässt, letztlich genügen kann. Es ist stark anzunehmen, dass die Zuweisung der ärztlichen Rolle in die eines Auftragsempfängers das Engagement eines Arztes bei wichtigen Entscheidungen seines Patienten massiv unterschätzt.“ (Zimmermann-Acklin 2000 S.8)

Bei der Tötung auf Verlangen stellt nicht mehr der Arzt die Indikation zum Handeln, sondern der Patient. Der Arzt verliert und vergibt sein therapeutisches Privileg. Das ist ein gutes Beispiel für Shared Decision Making und eine partizipatorische Arzt-/Patientenbeziehung im Gegensatz zur traditionellen Arzt-/Patientenbeziehung.

### *Die besondere gesellschaftliche Bedeutung des ärztlichen Berufsstandes und weitere Aspekte*

Dem ärztlichen Berufsstand komme eine besondere Bedeutung in der Gesellschaft zu: „Was sie tun und nicht tun, wozu sie berechtigt und nicht berechtigt sind, geht uns alle an.“ (Kipke 2015 S.143). Nach Wiesing und Marckmann (2009 S.15-22) sei es daher so wichtig,

dass der ärztliche Berufsstand der Durchsetzung, Weiterentwicklung und Pflege ihres Standesethos große Aufmerksamkeit widmet. Dabei erfolge dies „[...] nicht in einem isolierten ärztlichen Wertesystem, sondern in enger Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Wertüberzeugungen und –verschiebungen.“ (Kipke 2015 S.143). Zimmermann-Acklin (2008 S.84) gibt zu bedenken, dass aus ethischer Sicht die Schwierigkeit besteht, dass die Ärzteschaft darüber entscheiden sollen, wer Suizid begehen darf und wer nicht, und somit eine Kompetenz erhalten, welche sie – zumindest außerhalb der Sterbephase - nicht übernehmen wollen. Ferner bestehe die Gefahr einer negativen Entwicklung des ärztlichen Selbstverständnisses (Zimmermann-Acklin 2000 S.9). Nach Kipke (2015 S.142) argumentieren Kritiker der Suizidbeihilfe auch mit der grundsätzlichen Unärztlichkeit dieser Handlung (Pellegrino 1998 S.86).

Die Suizidbeihilfe ist jedoch ein Beispiel für „Shared Decision Making“, also für eine partizipatorische Arzt-/Patientenbeziehung und bedeutet geteilte Verantwortung.

### 3.1.5.8. Argumentationslinien gegen die Ablehnung zur Rolle des Arztes bei Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe

#### *Einwände gegen die Argumentationen zum „ärztlichen Ethos“*

Dem Argument, dass die Suizidbeihilfe dem ärztlichen Ethos widerspreche, wird entgegengesetzt, dass ebenso für andere umstrittene, aber gängige gesellschaftliche Praktiken zweifelhaft sei, ob sie dem ärztlichen Ethos entsprechen– wie etwa Schwangerschaftsabbrüche nach der Fristenregelung oder chirurgischen Eingriffe zu rein ästhetischen Zwecken. Die Ausführung dieser Maßnahmen würde den Ärzten dennoch nicht verwehrt (Birnbacher 2012 S.1). Ferner liege der Einwand nahe, es bestehe ein Rückfall in den Paternalismus. Denn es würden Wertvorstellungen als Grundlage verbindlicher Normen herangezogen, welche nicht allgemein anerkannt seien (Kipke 2015 S.147). So werde letztlich gegen das liberale Gebot verstoßen, „[...] gegenüber Überzeugungen des Guten neutral zu sein.“ (Kipke 2015 S.147). Gutmann (2002 S.178) kritisiert die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998). Er argumentiert, dass der „selbstermächtigte Erlass“ von „Grundsätzen“ durch die Bundesärztekammer die ethische Begründung nicht ersetze. Ärztliche Berufsverbände seien nicht befugt, Regelungen zu beschließen, die in die Rechte Dritter eingreifen. Birnbacher (2012 S.1ff) gibt bezüglich der Änderung der Musterberufsordnung, welche am 01.06.2011 vom Bundesärztertäg beschlossen wurde, und den neuen Passus, dass Ärzte „keine Hilfe bei der Selbsttötung leisten dürfen“, enthält, zu bedenken, dass dieser Beschluss „[...] tendenziell in ein grundlegendes Freiheitsrecht eingreift.“ (Birnbacher 2012 S.3). Die „Legitimität der internen ärztlichen Normsetzung“ müsse ihre Grenzen finden, wo sie Grundrechte der Bürger tangiert. Das Recht auf Suizid gelte spätestens seit der Aufklärung ethisch als Freiheitsrecht, auch wenn dies juristisch nicht anerkannt sei. Dieses Freiheitsrecht sei nur so viel wert, wie es garantiert sei und insbesondere die Chance besteht, es in Anspruch zu nehmen (Birnbacher 2012 S.3).

Gegen das Argumentieren mit dem „ärztlichen Ethos“ spreche außerdem, dass es „eine solche ärztliche Sondermoral jenseits des Diskussionszusammenhangs der Theorien und Prinzipien der angewandten Ethik und des Rechts“ nicht gebe (Gutmann 2002 S.177):

„Was nach allgemein geltenden, mit den Mitteln der Moraltheorie diskutierten ethischen Prinzipien, angewandt auf die spezifische Konstellation des ärztlichen Handelns, moralisch erlaubt ist, kann nicht unter Verweis auf eine angebliche ärztliche Gruppenmoral als verboten gelten.“ (Gutmann 2002 S.177).

„Ärztliches Ethos“ in dem Sinne, dass Ärzte gegenüber ihren Patienten Pflichten einhalten und die Tugenden dazu ausbilden, sei jedoch unabdingbar. Dennoch sei die Frage nach dem Inhalt dieser Pflichten und Tugenden Teil des moralischen und rechtlichen Begründungsdiskurses (Gutmann 2002 S.177f). Daher widerspreche das ärztliche Ethos der Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen keineswegs, da der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und vor der Verfügungsmacht des Patienten über sein Leben „zu den Definitionsmerkmalen des Begriffs zählt“ (Gutmann 2002 S.178).

Auch alte Rollenmodelle im Zuge des Argumentierens mit dem „ärztlichen Ethos“ werden kritisiert. Die Befürworter einer Zulassung der Tötung auf Verlangen wenden ein, es herrsche ein „Konservatismus der Standesethik“ vor (Remenyi 2008 S.121). Ärztliches Handeln könne sich „[...] in modernen, komplexen Gesellschaften nicht länger vorrangig durch einen Verweis auf hergebrachte Rollenmodelle und korrespondierende Tugenden legitimieren.“ (Gutmann 2002 S.178). Der tugendhafte Arzt müsste auch komplexen moralischen Ansprüchen gerecht werden, welche nicht tugendethisch zu bestimmen sind. Es könnten jedoch aus dem „Begriff ärztlicher Funktionen und Tugenden“ umgekehrt keine moralischen oder rechtlichen Gebote oder Verbote abgeleitet werden (Gutmann 2002 S.178). Dass der Verweis auf Traditionen und Überlieferungen keine normbegründende Kraft habe, „[...] sollte sich unter nachmetaphysischen Verhältnissen von selbst verstehen.“ (Gutmann 2002 S.178). Sofern sich das „ärztliche Ethos“ aus dem hippokratischen Eid speisen soll, sei dies nach Veatch (1991) ohnehin problematisch, da diese Tradition der überragenden Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nicht gerecht werde (Gutmann 2002 S.178).

#### *Einwände gegen das Argument der Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung*

Zur Verdeutlichung werde das Vertrauensargument umgekehrt. Demnach führe die Ablehnung der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe zu einem Vertrauensverlust gegenüber den Ärzten, da die Patienten dies als „mangelnde Akzeptanz ihrer wohlüberlegten Willensentscheidung“ ansehen (Remenyi 2008 S.121). Die theoretischen Argumente für einen Vertrauensverlust der Patienten gegenüber ihren Ärzten im Zuge der ärztlichen Suizidbeihilfe seien nicht überzeugend (Wiesing 2013 S.68):

„Warum sollte das individuelle Eingehen auf Überzeugungen der Patienten zur Gestaltung des Sterbens unter Wahrung von strengen Vorsichtsmaßnahmen zu einem Vertrauensverlust führen? Vertrauen entsteht ja auch dadurch, dass Patienten erwarten können, dass der Arzt mit ihnen über ihre Vorstellungen spricht, sie ernst nimmt und ihre wohlerwogenen Wünsche zur Lebens- und Sterbensgestaltung unterstützt.“ (Wiesing 2013 S.68).

Ähnliche Fragen stellt sich Gutmann im Kontext des Vertrauensarguments:

„Ist es nicht vielmehr die Angst, vom Arzt nicht zuletzt auch am Lebensende in persönlichen Entscheidungen und Wertungen nicht ernst genommen und im Sterben allein gelassen zu werden oder gar in den Automatismus scheinbarer Sachzwänge der großen Maschine namens Medizin verstrickt zu werden, die das Vertrauen von Patienten in ihre Ärzte zu untergraben geeignet ist? Und können nicht klare und normativ überzeugende Regeln zur Sterbehilfe zu einem Gewinn an Vertrauen führen?“ (Gutmann 2002 S.178)

Nach Wiesing (2013 S.68) weicht die Medizin bei der passiven Sterbehilfe längst vom Prinzip der uneingeschränkten Lebenserhaltung ab. Und auch die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs habe zu keinem Vertrauensverlust geführt. Die Ängste und Vertrauensverluste der Patienten seien nur rational, wenn unfreiwillige ärztliche Sterbehilfe geleistet würde (Wils 1999 S.223 zit. n. Fenner 2007 S.211). Dem setzt Fenner (2007 S.211) entgegen, dass die ärztliche Grundausrichtung auf das Leben, die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität durch eine radikale Änderung des Therapieziels in Frage gestellt werde, wenn Sterbehilfe zur Routine wird. Den „umgekehrten ‚Hinweis auf Vertrauensmaximierung‘“ bei Menschen, welche um Sterbehilfe bitten, weist Pöltner (2002 S.280) als rein „formal“ zurück. Der Inhalt des nachlassenden Vertrauens ändere sich und schlage schließlich in Misstrauen um. Die grundsätzliche Bereitschaft des Arztes zu töten erzeuge Misstrauen, unabhängig davon, ob die Handlung im konkreten Fall vollzogen wird (Pöltner 2002 S.280 zit. n. Remenyi 2008 S.121).

Wiesing (2013 S.69) stellt sich die Frage, warum die Argumentation über das Vertrauen in den Arzt bei der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht zu einer eindeutigen Ablehnung führt, und kommt zu dem Schluss, dass dies in der „[...] inhaltliche[n] Unbestimmtheit dessen, was unter Hilfe verstanden wird, und de[m] heute präferierte[n] Ausweg, den Patienten dieses selbst bestimmen zu lassen [...]“ (Wiesing 2013 S.69) begründet liegt. Die Kritiker würden außer Acht lassen, dass die Patienten unter ärztlicher Hilfe Unterschiedliches verstehen könnten – auch die Unterstützung beim Suizid. Birnbacher kritisiert in ähnlicher Hinsicht die Änderung der Musterberufsordnung von 2011: Der Beschluss sei unter moralischen Gesichtspunkten bedenklich, da er schwerkranken Patienten, die sich eine selbstbestimmte

Lebensbeendigung erhoffen, die Aussicht nehme, „[...] dafür wenn nicht auf ihren Hausarzt, so doch zumindest auf einen anderen Arzt ihres Vertrauens zählen zu können.“ (Birnbacher 2012 S.2).

Die Argumente auf der „Gegenseite“ seien denkbar schwach. Denn es gebe keinen Beleg dafür, dass die Bereitschaft der Ärzte, bei einem schwer kranken Patienten Suizidbeihilfe zu leisten, das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft untergräbt. In einer Forsa-Umfrage von 2003 stimmten 84 Prozent der deutschen Bevölkerung folgender Aussage zu: „Wenn mein Hausarzt einem unheilbar kranken Patienten bei der Selbsttötung hilft, würde ich das Vertrauen zu ihm nicht verlieren.“ (Birnbacher 2012 S.3). So argumentiert auch Wiesing (2013 S.68): Empirische Erkenntnisse und theoretische Überlegungen liefern keine Argumente für die zwingende Gefährdung des Vertrauens in die Ärzteschaft. Es lägen keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor, die einen Verlust an Vertrauen dort belegen, wo die ärztliche Suizidbeihilfe erlaubt ist (Jox 2011 S.178f zit. n. Wiesing 2013 S.68). Es seien in den betreffenden Ländern keine Klagen laut geworden, dass das Arzt-/Patientenverhältnis schwerwiegend beeinträchtigt sei.

Der befürchteten Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung ließe sich vorbeugen, indem Personen oder Institutionen, die für die „lebensorientierte Therapie“ zuständig sind, strikt von denjenigen der Sterbehilfeorganisationen getrennt werden (Fenner 2007 S.212). Das Argument mit dem Vertrauensverlust sei außerdem insofern unzulässig, als dieses Argument nur in einer Gesellschaft überzeugen könne, in welcher alle Mitglieder der Gesellschaft die ärztliche Suizidbeihilfe ablehnen (Wiesing 2013 S.69) - „In einer solchen Gesellschaft leben wir jedoch nicht.“ (Wiesing 2013 S.69).

### 3.1.5.9. Das Vorhandensein von Alternativen zur Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe

#### *Palliativmedizin als Alternative zur Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe*

Oftmals besteht die Kritik an dem Vorhaben, die Tötung auf Verlangen zu legalisieren, darin, auf Möglichkeiten zu verweisen, die Sterbehilfe überflüssig erscheinen lassen (Ruß 2002 S.17). Aus ärztlicher Sicht müsse widersprochen werden, wenn die belgische Gesetzgebung den Eindruck vermitteln möchte, als wären ärztliche Tötungshandlungen in extremen Notsituationen die einzig mögliche Hilfe für den Patienten. Denn „diesen Formen des Missbrauchs und der Verachtung der Medizin“ stünden in den Konzepten ärztlich-pflegerischer Betreuung nach den Grundsätzen moderner Palliativmedizin „aussichtsreiche Alternativen“ zur Verfügung, wobei die Achtung vor dem Patienten im Mittelpunkt stehe (Oduncu 2002 S.312 zit. n. Oduncu 2001, Oduncu u. Eisenmenger 2002).

Der Suizidwunsch fuße auf bestimmten Motiven des Patienten. Bedingungen würden zu diesen Motiven führen und diese Bedingungen könnten aufgehoben werden, sodass die Maßnahmen der Tötung auf Verlangen unnötig wären. Denn aufgrund der nicht mehr vorhandenen Notwendigkeit würde nicht mehr nach der Tötung auf Verlangen gefragt werden. Bei dieser Argumentation würden die Kritiker auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin abzielen, teilweise unter Ergänzung einer verbesserten Betreuung der Patienten (Ruß 2002 S.17). Nach Fenner (2007 S.207) werde postuliert, „[...] die Sterbewünsche Schwerstkranker seien das Resultat unzureichender Palliativbehandlung vor allem mit Schmerzmitteln oder aber die Folge mangelhafter psychosozialer Betreuung – oder beides.“ (Schöne-Seifert 2000 S.106).

Wenn „nach allen Regeln der Kunst“ palliativmedizinische Maßnahmen durchgeführt würden, würde der Wunsch und die Forderung nach der Tötung auf Verlangen verschwinden. Die Palliativmedizin müsse als „aktive Lebenshilfe“ in Situationen des Sterbens oder extremer körperlicher Einschränkungen gesehen werden. Wo die Möglichkeiten der Palliativmedizin ausgeschöpft seien, wären ärztliche Tötungshandlungen zur Vermeidung unerträglicher Lebenszustände „nicht mehr erforderlich“ (Oduncu 2002 S.312). Es müsste insbesondere eine konsequente Schmerzkontrolle erfolgen (Ruß 2002 S.17).

Der Palliativmediziner Eberhard Klaschik berichtete über seine Erfahrungen unter anderem mit Tumorpatienten, von denen zunächst viele suizidal waren: „Wir hatten keinen Einzigen, der, nachdem wir ihm ausreichend Schmerz reduziert haben, noch nach aktiver Sterbehilfe gefragt hätte.“ (Klinkhammer 2001). Aufgrund der Fortschritte der Palliativmedizin sei es nun möglich, durch eine fürsorgliche, ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung der Patienten unnötiges Leiden zu vermeiden und die Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren (Oduncu 2002 S.312). Neben der Schmerzkontrolle werde für eine intensiviertere menschliche Zuwendung zu Sterbenskranken und die Unterstützung des Patienten durch das soziale Umfeld plädiert.

So bemühe sich die „Hospizbewegung“ um ein Sterben unter „menschengerechten Bedingungen“, was in Deutschland als ausdrückliche Alternative zur Tötung auf Verlangen gedacht wird (Ruß 2002 S.17f, Zimmermann-Acklin 2000 S.11 zit. n. Aulbert et al. 1998). Ruß argumentiert zusammenfassend, dass es aus dem Blickwinkel solcher Positionen gesehen, „skandalös“ erscheine, „[...] wenn statt ausreichender palliativmedizinischer Versorgung und menschlicher Zuwendung aktive Sterbehilfe propagiert wird.“ (Ruß 2002 S.18). Die rechtliche Zulassung „aktiv lebensbeendender Maßnahmen“ stelle „eine Perversion der medizinischen Kunst“ dar und untergrabe den Ausbau einer flächendeckenden Palliativmedizin (Oduncu 2002 S.311f). Nicht die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen stelle „das Gebot der Stunde“ dar, „[...] sondern eine spürbare schrittweise Verbesserung der palliativen Versorgung und ganzmenschlichen Begleitung schwerstkranker Patienten.“ (Bormann 2002 S.36f). Maßnahmen der Suizidprävention müssten auf Dialog, Respekt und substanzielle Hilfsangebote setzen, um die Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern. Dies gelte auch für Menschen mit unheilbaren körperlichen Erkrankungen an ihrem Lebensende. Hier könne die Palliativmedizin in den allermeisten Fällen die Linderung von Leid und die Aussicht auf ein würdiges Sterben ermöglichen (Bruns u. Hohendorf 2015 S.168). Ein ärztlich-pflegerischer Sterbebeistand könne ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten schaffen und ihm das Gefühl vermitteln, trotz seiner Gebrechlichkeit ernst genommen und nicht allein gelassen zu werden (Oduncu 2002 S.312).

### *Das Ziel der Aufhebung von derzeitigen Missständen*

Es wird kritisiert, dass sich die Debatte nicht um die Aufhebung bestehender Missstände, wie beispielsweise die unzureichende Behandlung von Depressionen, sondern stattdessen um eine Zulassung der Tötung auf Verlangen dreht. Das Leiden, wie beispielsweise Depressionen, würde nicht ausreichend behandelt (Kübler et al. 2006 S.59). So argumentieren Kübler, Weber und Birbaumer in Bezug auf Locked-in-Patienten:

„Die Erfolgsquoten antidepressiver Therapie sind hoch. Statt jedoch darauf zu drängen, dass die Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Depression bekannt gemacht (ärztliche Fortbildung!) und konsequent auch bei den geschilderten Gruppen von Patienten angewandt werden, wird der gesellschaftliche Ruf nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen immer lauter.“ (Kübler et al. 2006 S.64)

Neben der lückenhaften Behandlung von Depressionen wird die unzureichende psychosoziale Betreuung von Patienten bemängelt. Die Gegner der Suizidbeihilfe hätten dabei die „Personalmissere“ in Pflegeheimen und den damit einhergehenden „Pflegetotstand“ im Blick. So fehle den Kritikern zufolge die Zeit für Gespräche zwischen Pflegern und Patienten. Stattdessen würden die Patienten mit Medikamenten ruhiggestellt (Fenner 2007 S.207). Auch wenn man mit nüchternem Blick auf den Alltag in deutschen Krankenhäusern einräumen müsse, dass viele Defizite in den Bereichen der palliativen Versorgung, der psychosozialen Betreuung und der individuellen Ansprache Schwerkranker gebe, sei daraus keineswegs zu folgern, dass die rechtliche Zulassung der Tötung auf Verlangen ein geeignetes Mittel zur Überwindung dieser Probleme sei (Bormann 2002 S.36f).

Nicht die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen stelle das Gebot der Stunde dar, „[...] sondern eine spürbare schrittweise Verbesserung der palliativen Versorgung und ganzmenschlichen Begleitung schwerstkranker Patienten.“ (Bormann 2002 S.37). Nach Ernst (2001 S.56) werde die Tötung auf Verlangen umso mehr eine Lösung bieten, je schlechter die Versorgung einer älteren Bevölkerung sei. Die Sterbewünsche Schwerstkranker seien das Resultat unzureichender Palliativbehandlung, insbesondere der Schmerzbehandlung, oder die Folge mangelhafter psychosozialer Betreuung oder die Kombination beider Aspekte (Schöne-Seifert 2000 S.106 zit. n. Fenner 2007 S.207).

### *Das Unnötigkeitsargument*

Insbesondere von den Verfechtern der Hospizbewegung sei das Argument zu hören, dass Hilfe beim Sterben, d.h. Sterbebegleitung und Schmerzlinderung, und eine „Ethik der Solidarität“ Hilfe zum Sterben überflüssig macht (Gutmann 2002 S.176). Dies sei ein gewichtiges Argument, welches eine Anwendung des Verhältnismäßigkeitsprinzips darstelle.

Der Ausbau von Hospizen und palliativmedizinischen Stationen und auch die Förderung der Bereitschaft Angehöriger, den Betroffenen beizustehen, dürften die wichtigsten Ziele darstellen, welche es im gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben und Tod zu erreichen gelte. Denn vieles würde dafür sprechen, dass wenigstens ein Teil der Patienten, die um die Tötung auf Verlangen bitten, dies bei optimaler Betreuung nicht täte (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1996 zit. n. Gutmann 2002 S.176). Empirische Studien würden zeigen, dass Patienten, die über den Verlauf ihrer Erkrankung im Endstadium gut informiert werden und die eine Schmerzbehandlung nach allen Regeln der Kunst erhalten, den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod nicht äußern (Bascom u. Tolle 2002, Block 2000 zit. n. Kübler et al. 2006 S.58). Daher trete, wenn Selbstbestimmung, soziale Zuwendung und effektive Schmerzbehandlung gegeben sind, in der Regel kein Verlangen nach Sterbehilfe auf (Kübler et al. 2006 S.58).

### 3.1.5.10. Gegenargumente zum Vorhandensein von Alternativen

#### *Die Grenzen der Palliativmedizin*

Henking und Vollmann argumentieren damit, dass die Palliativmedizin auch an ihre Grenzen stoßen könne:

„Und wenn auf die Palliativmedizin verwiesen wird, so ist nicht nur anzumerken, dass auch die Palliativmedizin an ihre Grenze stoßen kann, sondern auch, dass eine Aufklärung über Alternativen nur dann sinnvoll erfolgen kann, wenn sie aus professionellem Munde kommt. So gewendet, kann die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids sogar der Vermeidung von Selbsttötungen dienen.“ (Henking u. Vollmann 2016).

Es ließen sich niemals alle Schmerzzustände anästhesieren bzw. nur auf Kosten der Kommunikationsfähigkeit und des Bewusstseins (Fenner 2007 S.208). Es gebe unbehebbar Schmerzzustände (Ruß 2002 S.18). Es sei unstrittig, dass bei mindestens 5 Prozent aller Patienten starke Schmerzen nicht kontrolliert werden können (Birnbacher 1995 zit. n. Ruß 2002 S.18). Somit sei eine Voraussetzung nicht erfüllt, die eine Tötung auf Verlangen überflüssig machen würde. Denn die Tötung auf Verlangen könne nur dann gänzlich überflüssig sein, wenn alle schweren Schmerzzustände durch palliativmedizinische Maßnahmen beherrschbar wären, was derzeit nicht möglich sei. Die Kombination palliativmedizinischer Maßnahmen mit intensiviertem menschlichen Beistand vermöge die Tötung auf Verlangen ebenfalls nicht zu verdrängen. Auch die Auffassung, Hospize seien der „Garant“ eines bis zum Tod lebenswert empfundenen Lebens, sei empirisch wohl nicht haltbar (Ruß 2002 S.18).

#### *Motive für den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod*

Ferner sei es ein Missverständnis, dass sich alle Todeswünsche durch den Ausbau der Palliativmedizin und das Schaffen optimaler Betreuung für die Patienten eliminieren ließen. Die Einbußen an Lebensqualität sowie die positiven Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten – beispielsweise beim Zusammensein mit Freunden oder beruflichen Aktivitäten – könnten so kaum wettgemacht werden (Fenner 2007 S.208). Dass Schmerzen und fehlender menschlicher Beistand die einzigen Motive für die Bitte nach Sterbehilfe sind, sei eine Fehleinschätzung (Ruß 2002 S.18, Zimmermann-Acklin 2000 S.11).

Empirische Studien aus den Niederlanden, Oregon und Northern Territory zeigen, dass Schmerzen bei den Patienten, die ihre Tötung verlangen, nicht zu den wichtigsten Beweggründen zählen (Zimmermann-Acklin 2000 S.11). Niederländischen Daten zufolge wurde „Schmerz“ nur in 5 Prozent der Fälle als „wichtigster Grund“ für die Bitte nach Sterbehilfe genannt, wogegen der subjektive Würdeverlust bei 24 Prozent und die empfundene Sinnlosigkeit des Lebens in 29 Prozent der Fälle im Vordergrund standen (Gordijn 1997 zit. n. Ruß 2002 S.18). Es werden die Angst vor Verlust der Selbstständigkeit, die Abhängigkeit von Mitmenschen, depressive Verstimmungen und auch die Angst vor potentiell unerträglichen Schmerzen als Motive angegeben (Chin et al. 1999, Kissane et al. 1998, van der Maas et al. 1992, van der Maas et al. 1996, Wise 1998 zit. n. Zimmermann-Acklin 2000 S.11).

Die Palliativmedizin und die Hospize seien von großer Bedeutung für die Sterbebegleitung. Allein durch palliativmedizinische Maßnahmen die Motivation der Menschen zur Bitte um die Tötung auf Verlangen beseitigen zu wollen, habe jedoch wenig Aussicht auf Erfolg, da diese Hoffnung auf empirisch falschen Annahmen beruhe. Die Auffassung, allein auf Palliativmedizin und menschliche Zuwendung zu bauen und somit die Tötung auf Verlangen als unnötig zu deklarieren, widerspreche den genannten Erfahrungswerten (Ruß 2002 S.18).

#### *Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und Sterbehilfe als „Ultima Ratio“*

Bei allen Fortschritten der Palliativmedizin sei weiterhin davon auszugehen, „[...] dass die Lage vieler Todkranker verzweifelt ist und Todkranke sich einen früheren als den ‚natürlich‘ eintretenden Tod intensiv wünschen.“ (Birnbacher 2012 S.2). Dies könne auch Menschen betreffen, die die Selbsttötung für sich und andere in gesunder Verfassung kategorisch ablehnten. Mit dem Verbot der Suizidbeihilfe würde ihnen die für sie am wenigsten ängstigende Möglichkeit verwehrt (Birnbacher 2012 S.2). Auf der Grundlage des Autonomieprinzips seien nicht Mutmaßungen über die statistische Häufigkeit der Tötung auf Verlangen ausschlaggebend, sondern die Entscheidung des Patienten, inwiefern er von Hilfsangeboten beim Sterben Gebrauch machen will.

Daher könne die Tötung auf Verlangen – unter eng zu definierenden Umständen, bei denen ein schwerkranker Patient mit dauerhaftem und freiwilligem Todeswunsch ausdrücklich danach verlangt - moralisch gerechtfertigt sein, selbst dann, wenn unsere Gesellschaft dazu

bereit und in der Lage wäre, alle todkranken Patienten ausreichend palliativmedizinisch zu betreuen und umsorgende Hilfe beim Sterben zu gewährleisten (Gutmann 2002 S.176). Für Patienten, die nicht von anderen Menschen oder der Medizin abhängig sein wollen, sei die Palliativmedizin nicht ausreichend, „[...] um einen Tod finden zu können, der dem gelebten Leben entspricht.“ (Gutmann 2002 S.176). Schwerkranken Menschen mit einem selbstbestimmten Wunsch nach ärztlicher Suizidbeihilfe sollten Hilfe bei Ärzten, beispielsweise in der Palliativmedizin, finden. Auch wenn viele Patienten nach palliativmedizinischer Betreuung keinen Suizidwunsch mehr haben, bliebe eine kleine Gruppe von schwerkranken und leidenden Patienten, die auch nach entsprechender Betreuung an ihrem Wunsch festhalte. In dieser „ethischen Dilemmasituation“ solle der rechtliche Ausweg der ärztlichen Suizidbeihilfe für Patienten und Ärzte erlaubt sein (Henking u. Vollmann 2016).

#### *Grenzen des Ausbaus der palliativmedizinischen Versorgung durch begrenzte Kapazitäten*

Gegen das Unnötigkeitsargument könne neben dem Verweis auf die Grenzen der Palliativmedizin vorgebracht werden, dass es andererseits völlig klar sei, dass die Kapazitäten in diesem Bereich auch mittelfristig nur für einen Bruchteil der Patienten ausreichen würden. Ferner würden die „sozialen Individualisierungstendenzen in westlichen Gesellschaften“ jede Hoffnung auf den wiederkehrenden „Tod im Schoß der Familie“ als zukünftigen Regelfall „illusionär“ erscheinen lassen (Gutmann 2002 S.176).

#### 3.1.5.11. Prinzip des Lebensschutzes und der uneingeschränkten Lebenserhaltung

Gegen die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe wird an den Lebensschutz und die uneingeschränkte Lebenserhaltung appelliert. Gegen die Praxis der Begleitung und Unterstützung einer Person, welche den Tod wünscht, werden die Fürsorge- und Garantenpflicht im Sinne des grundsätzlichen Lebensschutzes angeführt (Zimmermann-Acklin 2009 S.227f). Die Urteilsfähigkeit einer Person könne als Kriterium für die Suizidbeihilfe nicht genügen, wenn gleichzeitig eine staatliche Pflicht zum Lebensschutz gewährleistet werden soll (Zimmermann-Acklin 2008 S.84). Insbesondere wenn es um die Legalisierung der Suizidbeihilfe bei Kindern, Vereinsamten, existentiell Leidenden und an Demenz

erkrankten Patienten geht, wäre der staatlich garantierte Lebensschutz signifikant eingeschränkt (Zimmermann-Acklin 2009 S.230).

Es könne zu einer Schwächung des strafrechtlichen Lebensschutzes kommen, da Täter bei Tötungsdelikten behaupten könnten, das Opfer habe nach seiner Tötung verlangt (Tröndle 1987 S.38, Beckmann 2004 S.228 zit. n. Kipke 2008 S.137). Man könne außerdem argumentieren, dass Ärzten, auch wenn sie die individuellen Überzeugungen ihrer Patienten achten sollen, bestimmte Handlungen stets untersagt sein müssten, insbesondere wenn diese nicht der Lebenserhaltung dienen (Wiesing 2013 S.68). Wer tötet, greife immer in das Recht auf Nichtschädigung bzw. das Lebensrecht einer Person ein und verstoße so gegen eine negative moralische Pflicht (Bormann 2002 S.31f).

#### 3.1.5.12. Einwände gegen das Argument des Lebensschutzes und der uneingeschränkten Lebenserhaltung

Dem Lebensschutz bzw. der uneingeschränkten Lebenserhaltung als Gründe gegen die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe wird entgegengesetzt, dass das Leben ein (Rechts-) Gut sei, welches als solches die zwar nicht unbedingt uneingeschränkte, aber grundsätzliche Dispositionsbefugnis der betreffenden Person beinhaltet (Buchanan 1996, Kaufmann 1983 zit. n. Gutmann 2002 S.175). Die Tötung eines Menschen müsse nicht die Verletzung seines Lebensrechts und Lebensinteresses bedeuten (Beauchamp 1996, Brock 1999, Feinberg 1991, Harris 1995b, Hoerster 1998 zit. n. Gutmann 2002 S.175).

Das „Postulat von der Absolutheit des Lebensschutzes“ auch gegen die Interessen und Wünsche des Einzelnen sei inkonsistent, „[...] da zu Recht völlig außer Frage steht [...], dass Patienten jedenfalls durch autonomen Behandlungsverzicht über ihr Leben und Sterben disponieren können. Die These von der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens ist demnach mit leitenden Prinzipien unserer Verfassungsordnung nicht zur Kohärenz zu bringen.“ (Gutmann 2002 S.175). Die Medizin weiche mit der Freigabe der passiven Sterbehilfe längst vom Prinzip der uneingeschränkten Lebenserhaltung ab (Wiesing 2013 S.68).

### 3.1.5.13. Menschenwürde

Ein prinzipielles Argument besteht im Hinweis auf die Menschenwürde. Diese wird im Sinne eines Schutzrechts – das „Recht auf die Wahrung der Würde im Sterben“ (Honecker 1998) – gefordert (Zimmermann-Acklin 2000 S.7). Menschenunwürdiges Sterben bedeute, dass dem Betroffenen der Sterbebeistand – in allen seinen Dimensionen (gerade auch der palliativmedizinischen Dimension) – verweigert wird und eben nicht, dass ihm die Suizidbeihilfe gewährt wird (Knaup 2015 S.321). Kritiker seien der Auffassung, dass ein Sterben in Würde nie darin bestehen könne, dass man Suizid begeht oder um die Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe bittet. Man sterbe, so behauptet unter anderem Kass (1998), nicht in Würde, wenn man sein Leben beendet oder beenden lässt, sondern vielmehr dann, wenn man erträgt, was einem das Schicksal vorgibt (Schaber 2012 S.303). Die Würde sei nichts, was man sich verdient oder was man verlieren kann – beispielsweise durch Krankheit oder Gebrechlichkeit, sondern wohne dem Menschen aufgrund seiner Zugehörigkeit zur Menschheitsfamilie inne (Knaup 2015 S.318).

Das menschliche Leben werde als absoluter Wert angesehen (Neitzke et al. 2013 S.365). Dennoch könne ein Mensch in Grenzsituationen das Gefühl haben, seine Würde verloren zu haben, „[a]ber sollte die angemessene Reaktion darauf sein, diesen Menschen in dieser Überzeugung auch noch zu bestärken?“ (Knaup 2015 S.318). Im Zuge dessen verweist Knaup (2015 S.318) auch auf gesellschaftliche Aspekte. Die Würde des Menschen werde theologisch aus seiner Gottebenbildlichkeit abgeleitet und transzendiere alle biologischen und medizinischen Kategorien, sodass durch diese Transzendenz begründet dem medizinischen Handeln Grenzen gesetzt würden (Körtner 2002 S.22).

Die Medizin sei dem Wohl des Patienten verpflichtet und habe dafür zu sorgen, dass die Würde des Menschen - seine Einmaligkeit, seine Eigenverantwortlichkeit, sein Selbstbestimmungsrecht - auch am Lebensanfang und am Lebensende geschützt werden. Die Selbstbestimmung stelle zwar eine wesentliche Äußerungsmöglichkeit der Menschenwürde dar, falle aber nicht mit dieser zusammen. Denn die menschliche Würde transzendiere selbst noch das Autonomieprinzip (Körtner 2002 S.22).

Ferner bestehe das Problem der Abgrenzung des Personenkreises, der Suizidbeihilfe erhalten dürfe, da eine Einteilung in akzeptable und inakzeptable Einschränkungen einer Diskriminierung gleichkäme und auf diesem Wege eine Missachtung der Menschenwürde darstelle (Zimmermann-Acklin 2009 S.230).

#### 3.1.5.14. Einwände gegen das Argument der Menschenwürde

##### *„Falsches“ Würdeverständnis*

Am „Würde“-Argument wird bemängelt, dass diesem ein falsches Verständnis von Würde zugrundeliegt: „Wenn man Würde als normative Autorität über sich begreift, dann hat Sterben in Würde mit der Ausübung der normativen Autorität über sich selbst zu tun. Und das wiederum rückt die Idee würdigen Sterbens in der Tat in Richtung Autonomie.“ (Schaber 2012 S.303). Das „Heiligkeitsverständnis“ könne „paradigmatischen Würdeverletzungen“ nicht Rechnung tragen. So könne man beispielsweise Demütigungen von Menschen nicht als Würdeverletzungen sehen, weil durch Demütigungen die Ansprüche der Menschen, nicht jedoch das Leben selbst verletzt oder zerstört wird (Schaber 2012 S.303).

##### *Keine Pflicht zum Weiterleben begründbar bei Zirkularität der Argumentationen*

Die Annahme, der Einzelne dürfe sein Leben nicht beenden, da er sich dadurch seiner Würde, d.h. der Basis seiner Autonomie, berauben würde (Christdemokraten für das Leben CDL Münster 2012), könne keine Pflicht zum Weiterleben begründen (Henking u. Vollmann 2016). Die Annahme würde bedeuten, dass der Mensch sein Leid bis zum Ende ertragen muss. Es munde geradezu absurd an, „[...] in Fällen schwerster, unheilbarer und leidvoller Krankheit, häufig mit kurzer Lebenserwartung, dem Einzelnen eine Pflicht zum Weiterleben um seiner Würde willen aufzuerlegen.“ (Henking u. Vollmann 2016). Dem Einzelnen vorzuhalten, er müsse zur Erhaltung seiner Würde weiterleben, sei zum einen erbarmungslos und lasse sich zum anderen rechtlich nicht begründen (Roxin 2013 zit. n. Henking u. Vollmann 2016). Ein weiteres Problem einer solchen Argumentation liege in ihrer Zirkularität. Hier werde mit der Menschenwürde um der Menschenwürde willen argumentiert, ohne dass eine Rückbindung an den Träger der Würde erfolgt. Diese Argumentation erweise sich

als „wenig fruchtbar“, da sich sowohl Kritiker als auch Befürworter der ärztlichen Suizidbeihilfe der Menschenwürde zur Stützung ihrer Argumentation bedienen (Henking u. Vollmann 2016).

#### 3.1.5.15. Sterbehilfe als kostengünstiges Mittel in Zeiten knapper Ressourcen im Gesundheitswesen

Nach Schockenhoff (2000) bestehe die Tendenz des aufwandslosen, schnellen und kostengünstigen Mittels der Tötung auf Verlangen zur Leidbekämpfung, was dem Patienten auf unterschiedliche Weise verdeutlicht werden könne (Ruß 2002 S.13f). Menschen könnten sich „[...] zu der Überlegung gedrängt fühlen, dass sie erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem verursachen.“ (Ruß 2002 S.13), da die Pflege und Betreuung schwerkranker Patienten teuer ist. So könnten sich Patienten als erhebliche Belastung für die Pflegenden und Angehörigen empfinden (Ruß 2002 S.13). Wenn die ärztliche Suizidbeihilfe erst einmal rechtlich zulässig sei, würde es vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit steigenden Gesundheitskosten zu einer gesellschaftlichen Erwartungshaltung gegenüber bestimmten Personengruppen kommen, nach Suizidbeihilfe zu verlangen (Bleek 2012 S.194). Die große Zahl der alten und chronisch kranken Menschen in Pflegeheimen seien auf „Versicherungsleistungen der öffentlichen Hand“ angewiesen, sodass die Zulassung der Sterbehilfeorganisationen in Heimen als Freigabe eines „ökonomisch interessanten Einsatzbereichs“ (Ernst 2001 S.56) erscheint (Fenner 2007 S.207).

Die Gegner einer Liberalisierung der Sterbehilfe geben zu bedenken, dass reiche Nationen wie die Schweiz dabei niemals aufgrund ökonomischer Vorteile eine Vorreiterrolle übernehmen dürften (Ernst 2001 S.56f zit. n. Fenner 2007 S.207). Im Zuge der Debatte um die Kosten im Gesundheits- und Pflegebereich und die demographische Entwicklung könne eine „gelenkten Sterblichkeit“ und „der Gnadentod“ mit politisch-rechtlicher Billigung aufkommen (Eibach 2006 S.256f). Ferner könne der Betreuungsaufwand, der durch unheilbar kranke Patienten entsteht, zunehmend im Lichte der alternativen Mittelverwertung gesehen werden. So könnte die Inanspruchnahme der Tötung auf Verlangen als wünschenswert erscheinen, weil sie die Option biete, die sowohl zeitlich als auch finanziell knappen Ressourcen für „lohnendere“ Fälle einzusetzen (Dietrich 2009 S.285).

### 3.1.5.16. Gegenargumente zur Gefahr durch die Mittelknappheit

Man gestehe „solchen utilitaristischen Nutzenüberlegungen“ mit Blick auf sehr arme Länder eine gewisse moralische Erlaubtheit zu. Denn wenn die Ressourcen zum Überleben nicht ausreichend seien, könne die Praxis „institutionalisierter altruistischer Alterssuizide“ legitim sein, um das Überleben der Gesellschaft als Ganzes nicht zu gefährden. Leider käme es auch in Ländern wie Deutschland und der Schweiz aufgrund der steigenden Gesundheitskosten zu finanziellen Engpässen, sodass nicht mehr jede medizinisch mögliche Behandlungsmaßnahme vorgenommen werden könne (Scheidegger 2000 S.256 zit. n. Fenner 2007 S.207). Fenner gibt zu bedenken, dass eine Reduktion der Problematik auf ökonomische Überlegungen der Angehörigen bzw. eines Staates mit explodierenden Gesundheitskosten ethisch verwerflich wäre. Die gemeinsame Diskussion über Lebensqualität und mögliche Verbesserungsmöglichkeiten sollte im Vordergrund stehen (Fenner 2007 S.212).

### 3.1.5.17. Das Natürlichkeitsargument

Die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen wird durch das „Natürlichkeitsargument“ in Frage gestellt. Bormann argumentiert:

„Eine plausible Begründung des moralischen Verbots der ärztlichen Tötung auf Verlangen muss [...] auf einem objektiven, d.h. für jedermann vor dem Forum seiner praktischen Vernunft einsichtigen Datum beruhen, dessen normative Implikationen die Praxis aktiver Euthanasie ausschließen. Dieses Datum ist m.E. die Natürlichkeit des Todes. Ich vertrete die These, dass die aktive Euthanasie ganz unabhängig davon, ob sie nun freiwillig erfolgt oder nicht, allein schon deswegen moralisch unzulässig ist, weil sie eine rational nicht zu rechtfertigende substantielle Verfremdung des natürlichen Todes darstellt.“ (Bormann 2002 S.32).

Nach Bormann sei die Tötung auf Verlangen moralisch nicht zulässig, weil sie im Widerspruch zur „Natürlichkeit des Todes“ steht. Demnach sei die Natürlichkeit des Todes ein Kriterium, welches das moralische Verbot der Tötung auf Verlangen plausibel begründet, da die Tötung auf Verlangen mit der Einbuße wertvoller Handlungsmöglichkeiten verbunden sei, die in der Vollendung des Lebens durch die Annahme des Todes und dem sich „der Lebensaufgabe des Sterbens“-Stellen bestünden (Bormann 2005 S.303ff zit. n. Kipke 2013 S.119f).

Die Gegner der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe seien der Überzeugung, dass ein gutes Leben die Anerkennung des natürlichen Todeszeitpunkts und die Abhängigkeit, welche mit dem Sterben einhergeht, beinhaltet (Kipke 2013 S.120). Es werde für das Sterbenlassen und die Annahme von Krankheit sowie Abhängigkeit plädiert. Die „Akzeptanz der Abhängigkeit“ (Klie u. Student 2007 S.174), die „Annahme des eigenen Todes“ (Schockenhoff 2000 S.465) und die Annahme der Fürsorge durch Mitmenschen, ohne die das Leben nicht gelingen könne (Eibach 2004 S.135), sei demnach wesentlich für ein „gutes Sterben“ (Kipke 2013 S.119). Kirchenvertreter und Vertreter des Islam sehen in der Tötung eines Menschen die Überschreitung „fundamentaler moralischer, nach Ansicht der katholischen Kirche naturrechtlich begründeter und nicht von religiöser Zugehörigkeit abhängiger Prinzipien“ (Horn et al. 2006 S.287).

Mit der Natürlichkeit des Todes wird auch die Unterscheidung von passiver Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen begründet. Diese würden durch den angeblichen kategorialen Unterscheid von Tun und Unterlassen differenziert. Bei der Tötung auf Verlangen töte der Arzt eigenhändig, während bei der passiven Sterbehilfe ein bloßes Unterlassen vorliege und der Tod somit Folge eines natürlichen Prozesses und damit „moralisch vorzugswürdig“ sei (Gutmann 2002 S.179). Das „Sterbenkönnen“ zuzulassen, sei „[...] etwas anderes, als den Tod herbeizuführen.“ (Knaup 2015 S.321). Das Ziel bzw. die Intention von Arzt und Patient sei dabei nämlich nicht, den Tod herbeizuführen. Die „irreversible Desintegration des Organismus“ werde zugelassen. Der Patient sterbe jedoch eben nicht durch eigenes oder fremdes Eingreifen, sondern an seiner Erkrankung, wobei seine Haltung und die der Sterbebegleiter eine ausharrende, auf den Tod wartende Haltung ist (Knaup 2015 S.321).

#### 3.1.5.18. Gegenargumente zum „Natürlichkeitsargument“

Kipke kritisiert an Bormanns Argumentation, dass sich hinter dem angeblich allgemeingültigen moralischen Argument des „natürlichen Todes“ ein bestimmtes Verständnis guten Lebens verbirgt. Dieses Konzept guten Lebens habe keine zwingende Kraft, sondern sei nur ein Konzept unter anderen. Die „implizite oder explizite Ableitung“ des moralischen Verbots von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe aus „einem bestimmten Konzept guten Lebens“ trage der Position der Gegner den Vorwurf des Paternalismus ein (Kipke 2013 S.120). Körtner (2002 S.21) kritisiert das „Natürlichkeitsargument“ aus theologischer Sicht:

Der moralische Appell an die Grenzen des Natürlichen seien nicht nur in erkenntnistheoretischer und naturwissenschaftlicher Hinsicht, sondern auch in theologischer Hinsicht unzureichend. Denn wer in der Natur die letzte Instanz der moralischen Verantwortung sieht, lande beim Menschen, welcher der Natur ihre Zwecke setzt, und nicht bei Gott (Körtner 2002 S.21).

Gutmann (2002 S.179) wirft die Frage auf, was das „Natürlichkeitsargument“ überhaupt in der Medizin zu suchen habe, da diese dazu angetreten sei, eben gerade nicht der Natur ihren Lauf zu lassen. Die Natur sei „blind, sinnlos, grausam und inhuman“. Diese Argumentation untermauert Gutmann mit dem Fallbeispiel eines zehnjährigen Mädchens, bei dem es in diesem Sinne natürlich wäre, den Tod durch einen Blinddarmdurchbruch zuzulassen, und es „[...] Teil jener Unnatur, die wir Kultur, Zivilisation oder Gesellschaft nennen, eine solche Patienten durch eine Operation zu retten.“ (Gutmann 2002 S.179). „Natürlichkeit“ erhalte „[...] nur dann medizinisch-ethische Relevanz, wenn sie Gegenstand der Präferenz einer handelnden Person wird. Als solche ist sie normativ bedeutungslos.“ (Gutmann 2002 S.179).

Der Unterschied von Tun und Unterlassen gehe in der Verantwortung des Arztes für die Lebensinteressen seiner Patienten auf, wobei sich diese Verantwortung auf die Folgen von Handeln und Nichthandeln gleichermaßen bezieht und durch die autonome Disposition der Patienten modifiziert oder auch überlagert wird (Buchanan 1996, Dworkin et al. 1997, Tugendhat 1994 zit. n. Gutmann 2002 S.179). Denn aus Patientensicht gebe es keinen wesentlichen Unterschied zwischen gewolltem Behandlungsabbruch und gewollter Tötung auf Verlangen, abgesehen davon, dass die Tötung auf Verlangen einen humaneren Tod bedeuten mag (Dworkin et al. 1997 zit. n. Gutmann 2002 S.179). Es könne „weit grausamer“ sein einen Menschen sterben zu lassen, als seinen Tod aktiv herbeizuführen (Gutmann 2002 S.179).

#### 3.1.5.19. Unantastbarkeit und Heiligkeit des menschlichen Lebens

Die Gegner einer Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe begründen ihre Ablehnung unter anderem mit dem Prinzip der generellen Unantastbarkeit menschlichen Lebens (Dyck 2002, Oduncu 2007 S.132ff, Prat 2000 zit. n. Kipke 2015a S.142). Der Auffassung, dass die

Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen zulässig sei, wird ebenso die „Unverfügbarkeit“, „Unantastbarkeit“ und „Heiligkeit“ des menschlichen Lebens entgegengesetzt (Gutmann 2002 S.175). Mit dem Argument der Verletzung der Unantastbarkeit bzw. Heiligkeit des menschlichen Lebens durch ärztliches Töten berufe man sich auf eine tiefsitzende moralische Überzeugung, eine grundlegende Intuition, welche mit fundamentalen anthropologischen und theologischen Annahmen begründet werden könne. Dabei werde von einem Menschenbild ausgegangen, bei dem der Lebensschutz eine wichtige Rolle spielt und „[...] der Leib-Seele-Dualismus zugunsten eines ganzheitlichen Verständnisses stark relativiert wird.“ (Zimmermann-Acklin 2000 S.6).

In diesem Zusammenhang seien auch schöpfungstheoretische Ansätze von Bedeutung, wie die Missachtung der Souveränität Gottes als Herr über Leben und Tod durch Tötungshandlungen oder die Missachtung des Lebens als Geschenk Gottes (Zimmermann-Acklin 2000 S.6). Es zeigen sich Überschneidungen der Argumentation zur „Unantastbarkeit“ bzw. „Heiligkeit“ des Lebens mit dem Würdeprinzip. Die menschliche Würde stelle einen absoluten Wert dar, der im Sinne der „Heiligkeit“ des Lebens oder als Hinweis auf die „Unverfügbarkeit“ des Lebens gedeutet werden könne (Neitzke et al. 2013 S.365). Viele Kritiker seien der Auffassung, dass mit der Menschenwürde gemeint sei, dass das Leben heilig ist und somit nicht verletzt oder zerstört werden darf, sondern geschützt werden muss (Kass 1998 S.203 zit. n. Schaber 2012 S.303).

### 3.1.5.20. Gegenargumente zur Position der „Unantastbarkeit“ bzw. „Heiligkeit menschlichen Lebens“

Der Argumentationsstrang der Unantastbarkeit jedes menschlichen Lebens führe zur Verurteilung des Wunsches nach Suizid, des Suizids selbst und sogar der negativen Bewertung des eigenen Lebens als unmoralisch (Quante 2002 S.250 zit. n. Kipke 2015a S.151). Damit stehe dieses Argumentationsmuster in starkem Spannungsverhältnis zum Autonomieprinzip, welches für eine liberale Gesellschaft „konstitutiv“ sei (Kipke 2015a S.151). Wenn man die Theorien der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens und des ausnahmslosen Tötungsverbots auch im Falle unheilbar kranker Menschen, die auf Grundlage eines freiwilligen und dauerhaften Wunsches um Hilfe beim Sterben bitten, aufrechterhält, würden die normative Grundlage und die Aufgaben des Lebensschutzes missverstanden (Gutmann

2002 S.175). Denn so würde nur ein metaphysisches Konzept, nicht aber die Interessen der Individuen geschützt (Kuhse 1987, Neumann 1991, Tugendhat 1994 zit. n. Gutmann 2002 S.175):

„Leben würde entweder – außerhalb des rational Begründbaren – als ein Gut verstanden, das in besonderer Weise allein göttlicher Verfügungsmacht unterliegt, oder als ein ens metaphysicum begriffen, von dem wir als konkrete, lebende Individuen gleichsam nur unselbstständige Glieder wären. Solche Überlegungen scheiden jedoch sowohl für eine rationale Moraltheorie als auch für ein vernünftiges Rechtssystem aus.“ (Gutmann 2002 S.175)

Dem „rigoristischen“ Verständnis der Unantastbarkeit des Lebens werde auch die Unterscheidung zwischen sinnvollem und sinnlosem Leben und die Lebensqualität entgegengesetzt (Zimmermann-Acklin 2000 S.7). Zimmermann-Acklin (2000 S.7) entkräftet die Einwände gegen das Argument der Unantastbarkeit des Lebens, indem er zu bedenken gibt, dass eine solche Unterscheidung von sinnvollem und sinnlosem Leben eine Diskriminierung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen bedeuten würde. Ferner würden die Schilderungen besonders tragischer Einzelschicksale im Vordergrund der Argumentation stehen, die jene Menschen unberücksichtigt lassen, die bei einer Praxis der Tötung auf Verlangen betroffen wären, beispielsweise psychisch Erkrankte, Sterbende mit schweren Depressionen, Demente und Menschen ohne Erkrankung in der Terminalphase.

#### 3.1.5.21. Problem der Umsetzbarkeit in eine rechtliche Regelung

Ein weiterer Kritikpunkt besteht in der fraglichen Umsetzbarkeit einer rechtlichen Regelung. Zimmermann-Acklin argumentiert im Zuge der Diskussion um die Suizidbeihilfe in der Schweiz:

„Meines Erachtens soll hier etwas geregelt werden, was sich in letzter Konsequenz einer Regelung entzieht. Die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, hat neben allem Nachvollziehbaren stets auch irrationale, verwirrende und aufschreckende Anteile. Wie kann eine solche Entscheidung, die auf das menschliche Umfeld in der Regel verstörend wirkt, nach Maßstäben der Qualitätskontrolle geregelt bzw. „normalisiert“ werden?“ (Zimmermann-Acklin 2008 S.84)

Jede gesetzliche Regelung der Tötung auf Verlangen definiere „Kriterien zum Ausmaß an Leid“, das gegeben sein muss, damit die Suizidbeihilfe bzw. die Tötung auf Verlangen er-

laubt ist. Die Kriterien seien jedoch zu unpräzise und die Betroffenen würden ihre Zustimmung zur Sterbehilfe unter dem Druck ihres sozialen Umfelds geben. Daneben würde das Leiden, wie beispielsweise Depressionen, unzureichend behandelt werden, sodass eine Liberalisierung der Gesetzeslage - wie in Belgien oder den Niederlanden - zu einem gewaltsamen und vorzeitigen Tod der Betroffenen führe (Kübler et al. 2006 S.58f).

Die Überprüfung des Kriteriums „unerträgliches Leid“ setze eine persönliche Bindung zum Betroffenen und medizinische Sachkenntnis voraus. Ferner stehe das Kriterium in der Kritik, da die Einteilung in akzeptable und inakzeptable Einschränkungen einer Diskriminierung gleichkäme und so eine Missachtung der Menschenwürde darstellen würde (Zimmermann-Acklin 2009 S.230). Beim Rechtsstreit um die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen sei fraglich, wo und nach welchen Kriterien die Grenze zu ziehen sei. Zusatzkriterien, beispielsweise wenn es um unheilbar chronische Erkrankungen geht, seien notwendigerweise weich und schwer zu kontrollieren, da diese Kriterien „zwischen subjektiver und quasi-objektiver Beurteilung oszillieren“ (Bobbert 2003 S.318 zit. n. Remenyi 2008 S.121). Bobbert plädiere gegen die Zulassung der Tötung auf Verlangen, da fraglich sei, was dauerhaftes und unerträgliches Leid ist und wer dieses definiert (Remenyi 2008 S.121).

#### 3.1.5.22. Fürsorgepflichten

Fürsorgepflichten spielen sowohl in der Familie als auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Die moralischen Fürsorgepflichten gegenüber Angehörigen könnten ein Grund sein, der gegen die Suizidbeihilfe spricht (Neitzke et al. 2013 S.365). Es werde im Rahmen der Argumentation gegen die Unterstützung eines Suizidwilligen an die Fürsorgepflicht im Sinne des grundsätzlichen Lebensschutzes erinnert (Zimmermann-Acklin 2009 S.227f). Bei Legalisierung der Suizidbeihilfe bestehe die Gefahr der Vernachlässigung bzw. Gefährdung der Fürsorgepflichten (Zimmermann-Acklin 2008 S.85, Zimmermann-Acklin 2009 S.230). Die Menschen würden die Einbindung in eine Gemeinschaft und das Übernehmen von Verantwortung füreinander brauchen (Knaup 2015 S.319).

### 3.1.5.23. Das „Unsicherheitsargument“

Im Diskurs wird auch das Unsicherheitsargument angeführt: Habe man die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts in Bezug auf den eigenen Tod akzeptiert, liege die ethische Problematik der Tötung auf Verlangen letztendlich darin, die Authentizität des Wunsches nach dem Sterben einer Person zu bestimmen (Schelling 1984 zit. n. Gutmann 2002 S.176). Die Frage, wie mit Sicherheit festgestellt werden kann, wann Sterbewünsche tatsächlich Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung sind und wann sie durch seelischen, sozialen oder finanziellen Druck aufkommen, werfe nicht nur juristische Fragen auf (Horn et al. 2006 S.287).

### 3.1.5.24. Gegenargumentationen zum „Unsicherheitsargument“

Dem Unsicherheitsargument wird entgegengesetzt, dass es verfehlt sei, im Verbot der Tötung auf Verlangen einen Garanten dafür zu sehen, dass Sterbewillige mit ihrem Leben tatsächlich abgeschlossen haben, müssten sie doch die Schwelle des Suizids überwinden. Die Unfähigkeit einer Person, ihren Suizid herbeizuführen, sei kein Beweis dafür, dass diese in Wahrheit weiterleben will. Teilweise könnten sich Patienten nicht oder nur auf unzumutbare Weise suizidieren, sodass die Straflosigkeit der Suizidbeihilfe die Auseinandersetzung mit der Tötung auf Verlangen nicht ersetzen könne (Gutmann 2002 S.176).

### 3.1.5.25. Kein vorrangiger Bedarf bei terminal erkrankten Patienten

Die 27 Fälle von Suizidbegleitungen durch „Sterbehilfe Deutschland“ aus dem Jahr 2011 hätten gezeigt, dass die Betroffenen nur zu einem kleineren Teil den Suizid wegen einer unheilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung wünschten. Viele der Betroffenen litten an altersbedingten, chronischen Krankheiten oder körperlichen Einschränkungen (Hohendorf 2014, Kusch u. Spittler 2012 zit. n. Bruns u. Hohendorf 2015 S.168). Empirische Studien würden zeigen, dass Patienten den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod nicht äußern, wenn sie ausreichend über ihre Erkrankung im Endstadium aufgeklärt werden und eine gute Schmerzbehandlung erhalten (Bascom u. Tolle 2002, Block 2000 zit. n. Kübler et al. 2006 S.58). Kübler, Weber und Birbaumer argumentieren:

„Die aktuelle Diskussion über die Legalisierung aktiver Sterbehilfe alarmiert uns als Neurowissenschaftler und Psychologen, da wir festgestellt haben, dass Menschen, deren Leben die Gesellschaft als nicht-lebenswert definiert, in der Mehrheit nicht sterben wollen.“ (Kübler et al. 2006 S.58)

Die Betroffenen würden nur selten rein körperliche Leiden als Beweggrund für das Verlangen nach Sterbehilfe nennen (Kübler et al. 2006 S.58). Nach Spaemann weiß man heute, dass der Wunsch nach Suizid in der Großzahl der Fälle nicht aus körperlichen Beschwerden resultiert, sondern Ausdruck des Sich-Verlassen-Fühlens ist (Spaemann 2013 S.32f zit. n. Knaup 2015 S.318).

#### 3.1.5.26. Tötungsverbot

Die Kritiker einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen berufen sich auf das Tötungsverbot. Nach Rauprich (2002 S.222) finden die Gründe, die man als Argumente für die Tötung auf Verlangen anführen kann, keine Berücksichtigung, wenn sie vom Tötungsverbot flankiert werden:

„Solange man im Bereich der Medizin ein kategorisches Tötungsverbot vertritt, besteht kaum ein Spielraum für ihre Berücksichtigung. Es gibt jedoch eine zunehmende Anzahl von Kritikern, die gerade angesichts solcher Fälle die Ausnahmslosigkeit dieses Verbots in Frage stellen. Derartigen Bestrebungen stehen allerdings viele skeptisch gegenüber, was angesichts der festen Verwurzelung des Tötungsverbots in der abendländischen und speziell auch ärztlichen Kultur nicht verwundern kann. Es ist durchaus richtig, diese Kultur ernst zu nehmen. Eine leichtfertige Aufweichung des Tötungsverbots wäre sicher nicht angemessen.“ (Rauprich 2002 S.222)

Die „zivilisatorische Decke“ sei dünner, als vermutet wird, und ein Einbruch dieser sei am ehesten zu vermeiden, wenn das Tötungsverbot möglichst unberührt bleibt (Birnbacher 1992 S.42, Schockenhoff 2013 S.559 zit. n. Knaup 2015 S.320). Die Tötung als solche ist den Kritikern zufolge eine in sich moralisch schlechte Handlung (Zimmermann-Acklin 2000 S.8).

#### 3.1.5.27. Kein Recht auf Sterbehilfe begründbar

Die moralische und rechtliche Zulässigkeit des autonomen Suizids beinhaltet keine Verpflichtung der Gesellschaft oder des Staates zur Ermöglichung der Selbsttötung. Es gebe kein Recht auf die Suizidbeihilfe im Sinne eines Anspruchsrechts (Bioethikkommission Rheinland-Pfalz 2004, Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005 S.47 zit.

n. Kipke 2015 S.146). Christlicherseits lasse sich ein Recht auf die Tötung auf Verlangen genauso wenig rechtfertigen wie ein allgemeines Recht auf den Suizid. Ein solches Recht werde faktisch vor allem mit humanistischen und stoischen Argumenten begründet (Körtner 2002 S.27).

#### 3.1.5.28. Verschiebung der rechtlichen Grauzone

Mit einer Legalisierung der Suizidbeihilfe würden die rechtlichen Grauzonen lediglich verschoben und bestehende durch neue Unsicherheiten ersetzt, wie beispielsweise die Regelung der Suizidbeihilfe bei Kindern, psychisch Kranken, an Demenz erkrankten Patienten oder Doppelsuiziden (Zimmermann-Acklin 2008 S.84, Zimmermann-Acklin 2009 S.230).

#### 3.1.5.29. Garantenstellung des Staates

Die Rolle des Staates stehe bei einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen in Frage, da er für ausreichend viele Personen sorgen müsste, die die Tötungen auf Verlangen durchführen, und die Ausübung dieses neuen Patientenrechts gewährleisten. Ferner erscheine die Garantenstellung des Staates im Lichte der Tötung auf Verlangen zweifelhaft, da sie zu einer Relativierung des Lebensschutzes führe (Kress 2003 S.184 zit. n. Remenyi 2008 S.122). Mit Blick auf die Praxis in Oregon bleibe zu fragen, „[...]“, ob ein Staat zugunsten der Erweiterung der Handlungsfreiheit einiger Weniger das Wohlergehen Vieler, namentlich von Menschen mit psychischen Krankheiten, gefährden sollte.“ (Zimmermann-Acklin 2009 S.230).

#### 3.1.5.30. Herabsetzung der Hemmschwelle zum Suizid durch Sterbehilfe-Angebote

Eine Person sei durch das Angebot organisierter Suizidbeihilfe leichter geneigt, seinen Suizidwunsch in die Tat umzusetzen, da die natürliche Hemmschwelle herabgesetzt werde. Durch die vereinfachten Rahmenbedingungen sei der Einzelne so eher dazu geneigt, seinem Entschluss zum Suizid umzusetzen, und der Vollzug des Suizids werde sogar erleichtert, da der Betroffene sich keine Gedanken um die Umsetzung der Tat und die Beschaffung

der dazu nötigen Tatmittel machen müsse. Letztlich werde der Suizid durch das professionelle Angebot dem Einzelnen „zu leicht“ gemacht (Deutscher Bundestag 2012 zit. n. Henking et al. 2016). Henking und Vollmann (2016) wenden jedoch zugleich ein, was daran verwerflich sein solle, solange der Suizidentschluss freiverantwortlich und selbstbestimmt erfolge.

#### 3.1.5.31. Besondere Lebenssituation von Menschen mit schweren Erkrankungen

Einige Autoren zielen auf die besondere Situation ab, in der sich ein erkrankter Mensch befindet. Ein Mensch, welcher unter einer schweren Krankheit leidet, sei besonders verletzlich und bedarf vermehrter Zuwendung (Dietrich 2009 S.282). Die Kritiker der ärztlichen Suizidbeihilfe würden völlig zu Recht betonen, dass schwerkranke oder sterbende Menschen auf ärztliche Hilfe und gesellschaftliche Unterstützung angewiesen seien (Ärztelkammer Westfalen-Lippe 2011 zit. n. Wiesing 2013 S.69).

Ferner könne ein Mensch auch nur aus Angst vor der ständigen ablehnenden Haltung seiner Mitmenschen den Erwartungen seines Umfelds entsprechen wollen (Dietrich 2009 S.282). Es müsse die besondere Lage Berücksichtigung finden, in der sich ein Patient, welcher umfassend betreut werden muss, befindet. Ein solcher Patient sei in hohem Maße von den Pflegern und seinen Angehörigen abhängig und könne deren „feindseligen Gebaren“ kaum entkommen (Dietrich 2009 S.282).

### 3.1.6. Pro-Argumente

Es fanden sich vierundzwanzig Textstellen zu den Pro-Argumenten im Datenmaterial, welche in die Auswertung eingingen. Innerhalb eines Artikels wurde jeweils nur eine Textstelle zu einem Argument gewertet. Mehrfachnennungen eines Arguments innerhalb eines Artikels gingen analog zum Vorgehen bei den Contra-Argumenten nicht in die Auswertung ein.

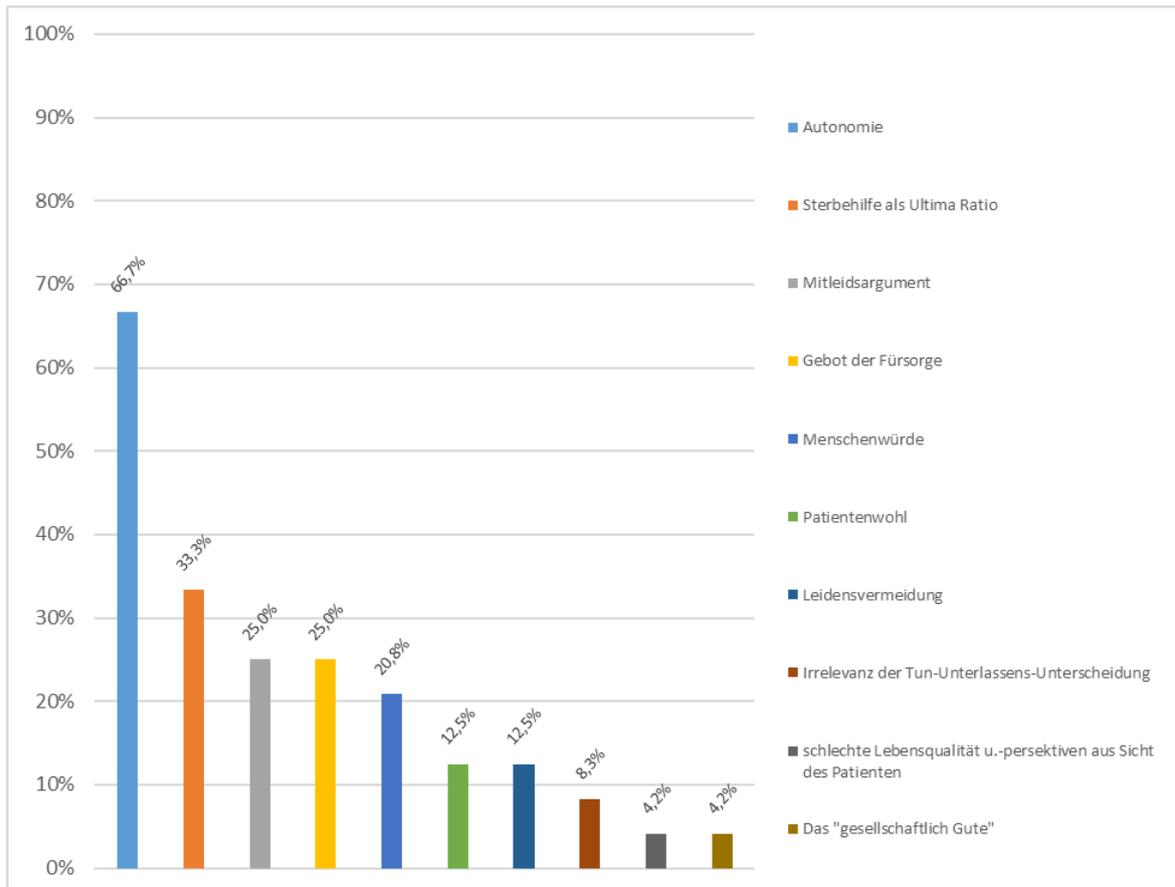


Abbildung 24: Häufigkeit der genannten Argumente für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen. In die Auswertung gingen alle Textpassagen ein, welche Argumente für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten und einem Beitrag entstammen, der in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ oder der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurde. Nannte ein Autor ein Argument innerhalb eines Beitrags mehrfach, ging nur eine Nennung in die Auswertung mit ein, um statistische Verzerrungen zu vermeiden.

Das Autonomieprinzip wurde mit deutlichem Abstand zu den anderen Pro-Argumenten am häufigsten für die Tötung auf Verlangen, die Suizidbeihilfe und die Sterbehilfe im Allgemeinen angeführt (66,7%). Am zweithäufigsten wurde das Argument der Sterbehilfe als Ultima Ratio - als letzte Lösung insbesondere in Notsituationen - genannt (33,3%). Daneben spielten das Mitleidsargument und das Gebot der Fürsorge als Pro-Argumente eine Rolle (je

25%). In 20,8 Prozent der Artikel wurde auf die Menschenwürde als Pro-Argument hingewiesen, gefolgt vom Prinzip der Leidensvermeidung (12,5%) und dem Patientenwohl (12,5%). Ferner ging die Irrelevanz der Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen zur Abgrenzung der Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe von der passiven Sterbehilfe (8,3%) als Aspekt mit ein. Schlechte Lebensqualität und -perspektiven aus Sicht des Patienten wurden in 4,2 Prozent der Fälle als Pro-Argument genannt – ebenso das Argument des „Gesellschaftlich Guten“, wonach eine Gesellschaft, die Menschen unter bestimmten Umständen beim Suizid unterstützt, eine gute Gesellschaft ist (Abbildung 24).

### 3.1.6.1. Das Autonomieprinzip

Das Autonomieprinzip als Pro-Argument wurde insbesondere im Zuge der Tötung auf Verlangen diskutiert. Bei 23 codierten Segmenten wurde die Tötung auf Verlangen und bei 19 Segmenten die Suizidbeihilfe diskutiert (Abbildung 25)<sup>11</sup>.

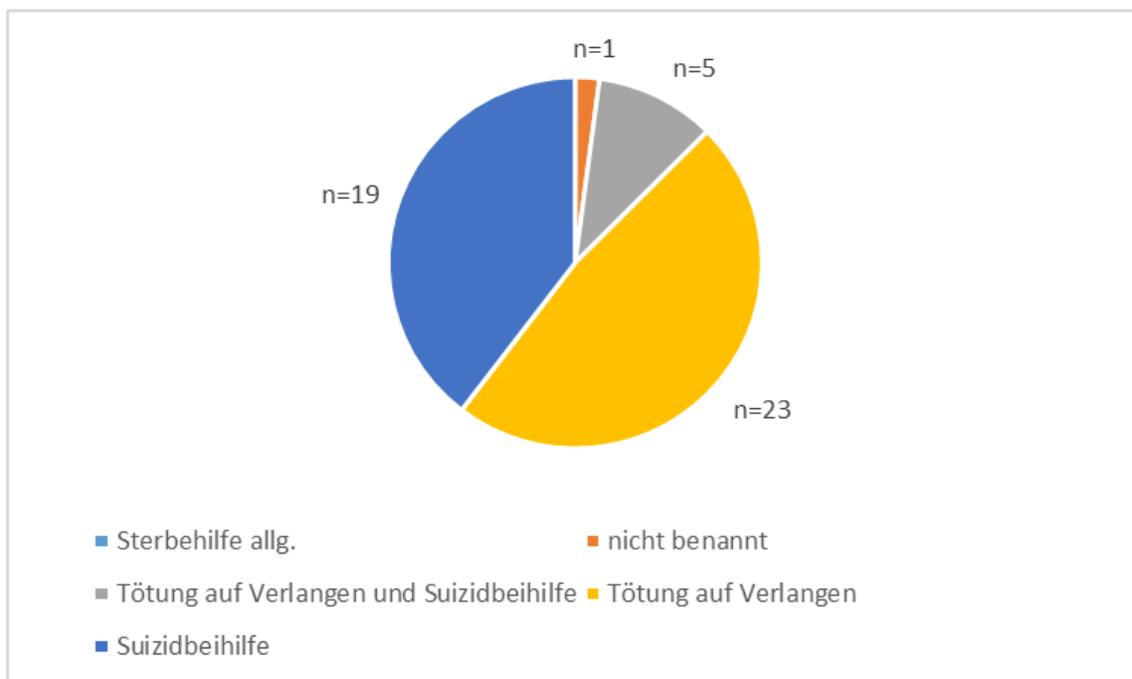


Abbildung 25: Abbildung 25 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das „Autonomie-Argument“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

<sup>11</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 9

Es zeigt sich eine Häufung von Textstellen, bei denen nur der Diskussionsstand referierend wiedergegeben wurde, in Relation zu den Textpassagen, bei denen der Autor selbst argumentierte (Abbildung 26)<sup>12</sup>.

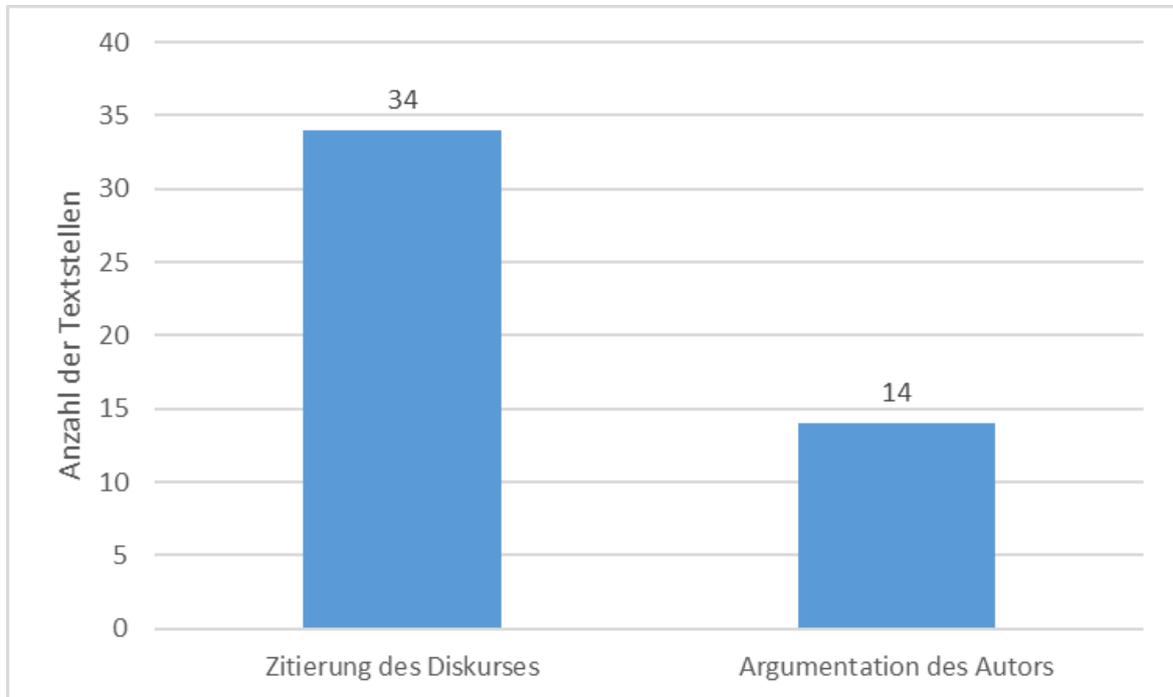


Abbildung 26: In Abbildung 26 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem „Autonomie-Argument“ für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das „Autonomieprinzip“ als Argument lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

Abbildung 27 zeigt die Unterkategorien des „Autonomie-Arguments“ als Pro-Argument im Diskurs.

<sup>12</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 10

Hauptkategorie B	Pro-Argumente
Oberkategorie I	Autonomie-Argument
Unterkategorie IB1	Verfügungsrecht des Einzelnen über seinen Tod
Unterkategorie IB2	Staatliche Anerkennung der individuellen Selbstbestimmung
Unterkategorie IB3	Anerkennung des Sterbehilfe-Wunsches aus Respekt vor der Autonomie
Unterkategorie IB4	Selbstbestimmungsrecht
Unterkategorie IB5	Freie Lebensgestaltung
Unterkategorie IB6	Prinzip der Patientenautonomie
Unterkategorie IB7	Pluralismus der Gesellschaft
Unterkategorie IB8	Schutz vor Fremdbestimmung
Unterkategorie IB9	Entscheidungsfreiheit und Autonomie für die Ärzteschaft
Unterkategorie IB10	Selbstbestimmtes Handeln als zentrale menschliche Fähigkeit

*Abbildung 27: Das „Autonomie-Argument“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Argument“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das „Autonomieprinzip“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Autonomie-Argument“ zugeordnet.*

### *Das Verfügungsrecht über den eigenen Tod abgeleitet aus dem Autonomieprinzip*

In den philosophisch-ethischen und rechtlichen-forensischen Erwägungen zur Tötung auf Verlangen geht es um weltanschauliche Fragen, insbesondere um die Frage, ob das Individuum ein Recht auf Selbsttötung hat (Eibach 2006 S.257). Im Konfliktfall werde verstärkt das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht „als der grundlegende Inhalt der Menschenwürde nach Artikel 1.1 des Grundgesetzes“ angesehen. Daraus wird abgeleitet, dass der Mensch ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben hat (Eibach 2006 S.250, S.257) und, dass das Leben dem betreffenden Individuum gehört (Knaup 2015 S.319). Der Suizid als solcher wird teilweise, so auch von Fletcher (1979 S.244), als „Signatur menschlicher Freiheit“ bewertet: Aus der Selbstbestimmung über das Leben könne nach Fenner (2008) und Wittwer (2003) so das Recht auf Bestimmung des eigenen Todeszeitpunkts abgeleitet werden (Bruns u. Hohendorf 2015 S.167). Das Verfügungsrecht beinhalte auch das Recht, den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst zu bestimmen (Eibach 2006 S.250). Der Mensch habe ein Recht auf „eine selbstbestimmte Tötung“ (Knaup 2015 S.319), auf die

Selbsttötung, Suizidbeihilfe und auf die Tötung auf Verlangen (Eibach 2006 S.250), sofern der, der die Tötung vollzieht, dies freiwillig tut (Eibach 2006 S.266).

So werde das Leben als Besitz des Menschen verstanden, „[...] über den er wie über andere Besitzgüter nach seinem Ermessen verfügen darf.“ (Eibach 2006 S.250). Die „Autonomie im Tode“ bedeute, dass das Individuum bei der Entscheidung über das „wie“ seines Todes niemandem Rechenschaft schuldig ist und nicht gezwungen werden kann, seine persönlichen Entscheidungen gegenüber anderen moralisch zu begründen (Gutmann 2002 S.172f). Im Zuge der Suizidbeihilfe argumentiert Jochen Taupitz, der Einzelne müsse bei der Ausübung seines Rechtes, sein Leben zu beenden, nicht auf gesellschaftliche Belange Rücksicht nehmen (Henking 2015 S.261). Befürworter der Tötung auf Verlangen und der Suizidbeihilfe gehen dabei von der umstrittenen Annahme aus, dass es aufgrund von Krankheit und Behinderung „menschenunwürdiges“ oder auch „lebensunwertes“ Leben gebe (Eibach 2006 S.257, S.266). Der Mensch solle den Befürwortern zufolge daher das Recht haben, ein solches Leben beziehungsweise ein Leben mit subjektiv empfundenen unerträglichen Schmerzen oder ohne jegliche Qualität durch Suizid oder durch die Tötung auf Verlangen beenden oder vorsorglich vermeiden zu können.

Das Leben solle demnach „möglichst durchgehend nach menschlichen Wünschen planbar“ sein (Eibach 2006 S.266). Es sei die Autonomie als „Verfügbarmacht über uns selbst“ gemeint, welche einen Freiheitsraum mit Platz für individuelle Entscheidungen, orientiert an subjektiv akzeptierten Normen, bietet (Gutmann 2002 S.172f). Nach Hoerster (1998) und Jakobs (1993) umfasst dies auch die Befugnis, sich der Hilfe Dritter, die autonom handeln und die Entscheidung des Betroffenen akzeptieren, zu bedienen (Gutmann 2002 S.173). Nach Baumann et al. (1986) sei das Mitwirken Dritter durch die „autonome Disposition des Patienten“ vollständig legitimiert.

Daher würden Vorschläge, die dem Richter lediglich das Absehen von Strafe einräumen, zu kurz greifen (Gutmann 2002 S.173). So könne von einem „Recht auf aktive Sterbehilfe“ insoweit vernünftig die Rede sein, als Patienten unter bestimmten Umständen die moralische und rechtliche Erlaubnis haben, über ihr Leben zu verfügen und sich der Hilfe Dritter zu bedienen, die die negative Pflicht haben, die Ausübung dieses Rechtes nicht zu behindern,

was zugleich bedeute, dass der Arzt, wenn er dem ernsthaften Todesverlangen des Patienten entspricht, unter bestimmten Umständen moralisch richtig handeln kann und rechtlich legitimiert sein sollte (Gutmann 2002 S.174f).

Auch Rauprich (2002 S.222) sieht im erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten einen Grund, der für die Herbeiführung des Todes eines Patienten sprechen kann, da „[...] [j]edem Mensch [...] das Recht eingeräumt [wird], auch das Ende seines Lebens weitgehend selbst bestimmen zu können.“ (Rauprich 2002 S.222). Er sieht jedoch keine Pflicht für den Arzt gegeben, seinen Patienten auf dessen Verlangen hin zu töten, und gibt zu bedenken, dass dieses „Recht“ den Arzt auch nicht aus der Verantwortung für sein Tun entbindet. Dennoch erleichtere „[...] ein entsprechender Wille des Patienten fraglos die ärztliche Entscheidung für eine Sterbehilfe.“ (Rauprich 2002 S.222), weil beispielsweise der Abbruch einer Behandlung auch mit der medizinischen Aussichtslosigkeit begründet werden könne, insbesondere bei knappen Ressourcen (Rauprich 2002 S.222).

#### *Respektvoller Umgang mit dem Autonomieprinzip und dem Selbstbestimmungsrecht*

Für die Befürworter einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen spielt das Autonomieprinzip in ihrer Argumentation eine wichtige Rolle. Sie führen den prinzipiellen Verweis auf das Selbstbestimmungsrecht ins Feld, welches im Grundrecht gesichert ist (Remenyi 2008 S. 118). Der Respekt vor der Autonomie verlange, die Entscheidung eines schwer kranken Menschen gegen die Fortsetzung seines Lebens vorbehaltlos zu respektieren (Dietrich 2009 S.275f).

Aus Sicht verschiedener Theoretiker gebe der Mensch auf die Frage, ob es sich lohnt, sein Leben angesichts schwerer körperlicher oder seelischer Leiden fortzusetzen, unterschiedliche Antworten, die nach sorgfältiger Abwägung der vorhandenen Alternativen getroffen werden und aufgrund des Autonomieprinzips zu respektieren seien (Dietrich 2009 S.276). Die Autonomie werde im Sinne eines „grundlegenden Rechts auf Selbstbestimmung“ verstanden. So könne ein Mensch in Grenzsituationen die Entscheidung treffen, nicht mehr weiterleben zu wollen. Die Folgen dieser Entscheidung betreffen dabei in erster Linie die Person selbst (Zimmermann-Acklin 2000 S.5). Auch im Zuge der Suizidbeihilfe wird das Au-

tonomieprinzip ins Feld geführt: Für die berufsrechtliche Freigabe der Suizidbeihilfe spreche die Achtung der Autonomie und des freien Entscheids einer Person (Zimmermann-Acklin 2009 S.227) bzw. der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Bleek 2012 S.194ff, Kipke 2015 S.146), welcher sich aus der „Situation unerträglichen Leidens“ durch den Suizid freimachen will (Bleek 2012 S.194).

So werde die Suizidbeihilfe den Befürwortern zufolge durch die „Konvergenz zweier Moralprinzipien“ ethisch gerechtfertigt - der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und dem Gebot für das Wohl des Patienten Sorge zu tragen (Schöne-Seifert 2000 S.105 zit. n. Bleek 2012 S.194; Beauchamp 2007 S.77, Brock 1994 S.205ff, Kreß 2009 S.278ff, Ritter 2010 S.293, Schöne-Seifert 2006 S.47 zit. n. Kipke 2015 S.142). Der Respekt vor der Selbstbestimmung stelle ein „zentrales Prinzip in der Medizinethik“ dar und könne als so „weitreichend“ interpretiert werden, dass das Individuum grundsätzlich das Recht hat „[...], frei über sein Lebensende zu entscheiden.“ (Neitzke et al. 2013 S.365) – auch im Falle der Bitte um Suizidbeihilfe (Neitzke et al. 2013 S.365). Eine Person soll den Befürwortern der ärztlichen Suizidbeihilfe zufolge „[...] selbst entscheiden, wann sie sterben wolle, insbesondere dann, wenn sie unheilbar krank ist.“ (Knaup 2015 S.317). Autonome Personen haben ein „[...] zentrales Interesse daran, ‚ihren‘ Tod sterben zu können und so weit als möglich die Kontrolle über ihre letzte Lebensphase zu bewahren.“ (Gutmann 2002 S.172). Dieses Interesse sei so existenziell, dass es vom Anspruch auf Wahrung der Menschenwürde geschützt wird (Dworkin 1994, Dworkin et al. 1997, Harris 1995b zit. n. Gutmann 2002 S.172).

### *Gesellschaftliche und staatliche Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts*

Das Autonomieprinzip beinhalte das Gebot, die Haltung einer Person, die diese nach sorgfältiger Abwägung der Alternativen einnimmt, zu respektieren. Wenn der Tod dem Individuum als geringeres Übel erscheint, müsse ihm die Option eingeräumt werden, sich für die Lebensbeendigung zu entscheiden (Dietrich 2009 S.276). Implizit werde davon ausgegangen, dass das natürliche Sterben auf der einen und die Selbsttötung, die Suizidbeihilfe und die Tötung auf Verlangen auf der anderen Seite ethisch betrachtet wenigstens gleichrangige Optionen seien, zwischen denen der Einzelne wählen dürfen sollte. Daher hätten Gesellschaft und Staat beide Optionen zu ermöglichen (Eibach 2006 S.266). Einigen Diskutan-

ten (Dworkin 1994 S.262ff, Harris 1995a S.123ff, Singer 1994 S.249f) zufolge stelle das Verbot der Tötung auf Verlangen daher einen unzulässigen Paternalismus dar (Dietrich 2009 S.276).

Nach Hoerster (1998 S.154ff) und Merkel (1991 S. 84ff) müsse die Entscheidung strittiger Fragen in modernen pluralistischen Gesellschaften, welche keinen grundlegenden moralischen Konsens haben, weitestgehend privatisiert werden, also dem betreffenden Einzelnen überlassen werden. Dabei werde auch die Autonomie der Ärzte, die eine Tötung auf Verlangen ablehnen, geschützt, da sie nicht zu Handlungen verpflichtet würden, die ihrer ethischen Überzeugung widersprechen (Dietrich 2009 S.276).

Nach Auffassung der Befürworter der Freigabe der Tötung auf Verlangen zolle das Autonomieprinzip auch denjenigen Respekt, welche das Ertragen von Leid aus religiösen Überzeugungen oder sonstigen Gründen für geboten halten. Denn sie könnten die Tötung auf Verlangen unter allen Umständen für sich selbst ablehnen. Es werde ihnen lediglich untersagt, ihre eigenen Werte den anderen Bürgern verbindlich vorzuschreiben (Dietrich 2009 S.276). Der gesellschaftliche Pluralismus ziehe einen Pluralismus von Ethik und Moral nach sich, der die Suche nach einem medizinethischen Konsens erheblich erschwere (Körtner 2002 S.17). Ferner stehe das Verbot der Tötung auf Verlangen im Gegensatz zur gesellschaftlichen Wertschätzung der individuellen Selbstbestimmung (Dietrich 2009 S.276f).

Ebenso widerspreche ein Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe den Prinzipien einer liberalen und pluralistischen Gesellschaft, da der Staat dem Einzelnen das Recht einzuräumen habe, seine persönlichen Konzeptionen „des Guten“ selbstbestimmt zu verfolgen (Kipke 2015 S.143 zit. n. Beauchamp 1994, Birnbacher 2012, Dworkin et al. 2004). Laut den Befürwortern der Zulässigkeit ärztlicher Suizidbeihilfe stehe es einem „liberal verfassten Gemeinwesen“ nicht zu, die Vorstellungen der Menschen darüber, wie zu sterben gut für sie ist, zu bewerten. Ebenso wenig dürfte das Gemeinwesen bestimmte Vorstellungen vorziehen und andere durch Verbote behindern (Kipke 2015 S.143). Jochen Taupitz bemängelt, dass der Einzelne instrumentalisiert werde, wenn ihm aufgrund gesellschaftlicher Interessen untersagt wird, um Hilfe beim Suizid zu bitten (Henking 2015 S.261).

Der Staat habe sich wegen seiner Pflicht zur Neutralität einer Bewertung der Lebens-, wie auch Sterbensentwürfen seiner Bürger zu enthalten und dürfe seinen Bürgern mittels des

Strafrechts keine Moralvorstellungen aufdrängen (Henking u. Vollmann 2016). Die Verfassungsordnung verleihe dem Einzelnen ein Recht auf Rücksicht und Achtung seiner Interessen und garantiere „[...] einem Kernbereich persönlicher Entscheidungsmacht einen über den Rechtsbegriff menschlicher Würde vermittelten nahezu absoluten Schutz [...]“ (Gutmann 2002 S.172). Die besondere Bedeutung solcher „existenzieller Selbstbestimmungsrechte“ sei im Sinne Dworkins (1986) integraler Teil dieses Geflechts aus Normen. Die „moralische Kohärenz dieser Prinzipienordnung“ würde gestört, wenn solche Interessen, welche Bezug auf die Umstände des eigenen Todes nehmen, von diesem Schutz ausgenommen würden (Gutmann 2002 S.172).

Mit dem Verbot des Suizids, das an einer überzeugenden Begründung mangelt, würde der Strafgesetzgeber in die individuelle Autonomie eingreifen, da die Entscheidung über das Ende des Lebens dem „Ausfluss der Autonomie des Einzelnen“ entspricht. Es gebe keine Pflicht zum Weiterleben (Duttge 2009, Rosenau u. Sorge 2013 zit. n. Henking u. Vollmann 2016). Hinter dem Verbot der Suizidbeihilfe verberge sich ein „paternalistisches Motiv“. Sofern keine tatsächlichen Hinweise der Gefährdung der Freiverantwortlichkeit des Tötungsentschlusses vorlägen, solle sich der Strafgesetzgeber in Zurückhaltung üben (Henking u. Vollmann 2016). Sofern die Tötung auf Verlangen durch das Strafrecht untersagt wird, könnten den Individuen keine Alternativen im Geltungsbereich der Rechtsordnung geboten werden. Das Verbot der Tötung auf Verlangen lasse keine Alternativen offen, die mögliche Verletzung der individuellen Autonomie durch flankierende Maßnahmen abzuschwächen (Dietrich 2009 S.285).

Nach Wiesing habe die Frage zu lauten, was der Staat zwingend verbieten müsse, da ein Verbot in unverhältnismäßiger Art in die Freiheitsrechte des Einzelnen eingreife (Henking 2015 S.261).

Nach Auffassung der Befürworter der Tötung auf Verlangen schütze das Autonomieprinzip Personen mit ausreichender Urteilsfähigkeit vor Fremdbestimmung durch Dritte (Dietrich 2009 S.276). Das liberale und säkular begründete Selbstbestimmungsrecht schütze die Wirkungsmacht religiöser Überzeugungen des eigenen „richtigen“ Todes und sperre dabei zugleich religiös motivierte Versuche aus, durch Gebote und Verbote vorzuschreiben, wie Personen sterben sollen und ob Hilfe hierzu zulässig sei (Gutmann 2002 S.172f).

### *Freie Lebensgestaltung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts*

Das Autonomieprinzip habe laut den Befürwortern der Tötung auf Verlangen unter anderem deshalb eine grundlegende moralische Bedeutung, da es dem Einzelnen erlaubt, sein Leben in Einklang mit seinen Interessen und Werten zu gestalten (Dietrich 2009 S.276). Das Autonomie-Argument verbinde sich in der Regel mit der Annahme, dass es nicht-wünschenswertes bzw. menschenunwürdiges Leben gibt und dass sich der Betroffene von seinem subjektiv als menschenunwürdig empfundenen Leben durch die Tötung auf Verlangen erlösen darf. Diese Auffassung von Selbstbestimmung gehe mit dem Wunsch einher, dass das Leben durchgehend entsprechend der individuellen Wünsche planbar sein sollte, und der abnehmenden Bereitschaft, Leidzustände bis zum „natürlichen“ Lebensende zu ertragen (Eibach 2006 S.251).

Auch in den Augen vieler Befürworter der Suizidbeihilfe sei die Entscheidung über die Art und Weise sowie den Zeitpunkt des Todes eine „rein individuelle Angelegenheit“. Denn Menschen würden ihr Leben in eigener Verantwortung führen und verschiedene Vorstellungen davon haben, welcher Tod bzw. welche Form des Sterbens gut für sie sei (Kipke 2015 S.143). Medizinische Hilfe werde vom Einzelnen gesucht, nicht nur um zu leben, sondern auch um gemäß den eigenen Werten zu leben, insbesondere im Zuge eines „selbstbestimmten Sterbens“: „Gerade an den Lebensgrenzen bedarf es ärztlicher Hilfe, wenn Selbstbestimmung nicht nur proklamiert, sondern auch real gelebt werden soll.“ (Birnbacher 2012 S.2). Selbstbestimmtes Urteilen und Handeln sei eine zentrale menschliche Fähigkeit. Die Ausübung dieser Fähigkeit könne als an sich wertvoll angesehen werden (Dietrich 2009 S.276).

### *Das Prinzip der Patientenautonomie in der Gesundheitsversorgung*

Es wird diskutiert, dass das Prinzip der Patientenautonomie, das den Patienten vor ärztlicher Bevormundung schütze, gerade in der Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung sei. Ein Patient könne auf einer Patientenverfügung eine medizinische Maßnahme auch dann ablehnen, wenn der Arzt diese zur Verlängerung des Lebens oder zur Verbesserung der Lebensqualität als notwendig ansieht (Dietrich 2009 S.277). Eine Berücksichtigung

der Patientenautonomie sollte den Befürwortern zufolge eine wesentliche Rolle in der Entscheidungssituation der Tötung auf Verlangen spielen (Zimmermann-Acklin 2000 S.8). In sehr eng zu definierenden Umständen könne die Tötung auf Verlangen auf das ausdrückliche Verlangen eines schwerkranken Patienten mit freiwilligen, dauerhaften und rationalen Todeswunsch moralisch gerechtfertigt werden (Gutmann 2002 S.174).

### 3.1.6.2. Gegenpositionen zum Autonomieprinzip als Pro-Argument

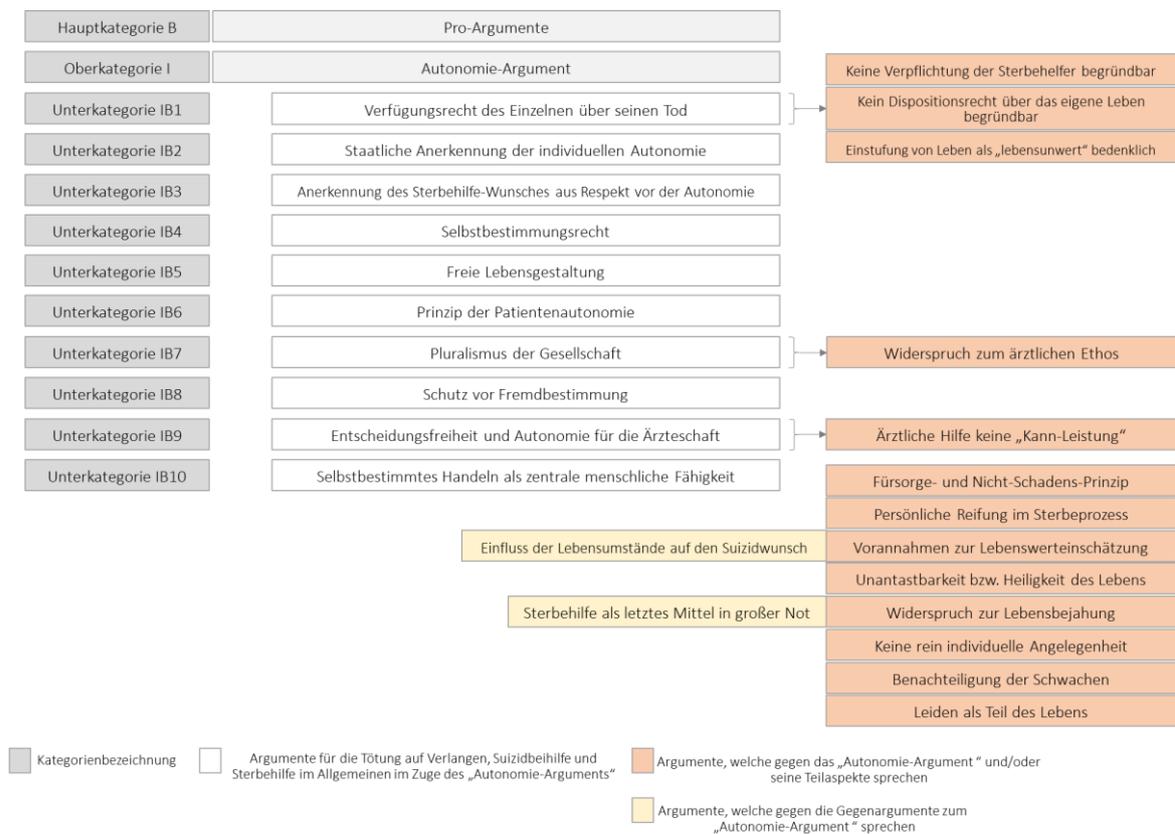


Abbildung 28: Kategoriensystem des „Autonomie-Arguments“. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Argument“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das „Autonomie-Argument“ oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet.

### Unantastbarkeit menschlichen Lebens und die Unzulässigkeit eines Verfügungsrechts „über den eigenen Tod“

Einige Kritiker stellen die Berechtigung, welche die Befürworter der Tötung auf Verlangen zukommen lassen, grundlegend in Frage. Denn die ethische Beurteilung der Sterbehilfe

müsse sich ihrer Meinung nach vorrangig an Werten wie der „Unantastbarkeit“ bzw. „Heiligkeit“ des Lebens orientieren (Dietrich 2009 S.277). Menschliches Leben sei „Gottes Gabe“. Daher sei der Mensch nicht absoluter Herr über sein Leben und habe dementsprechend kein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und kein Recht auf Suizid bzw. Tötung durch Dritte. Da „natürliches“ Sterben auf der einen und der Suizid beziehungsweise die Tötung auf Verlangen auf der anderen Seite keine gleichrangigen Möglichkeiten darstellen würden, müsse dem Einzelnen auch kein Weg eröffnet werden, zwischen diesen Optionen zu wählen. Der primäre Inhalt der Menschenwürde bestehe nicht in der Entscheidungs- und Handlungsautonomie, sodass sich aus der Menschenwürde kein Recht auf den Suizid und die Tötung auf Verlangen ableitet (Eibach 2006 S.267). Die Berufung auf Würde und Autonomie im Kontext von Suizid und Suizidbeihilfe sei „mehr als fragwürdig“ (Knaup 2015 S.317). Die Auffassung, man könne den Tod kontrollieren und selbst gestalten, verändere „[...] unsere Sicht vom Menschen, der sich selbst zum ‚Herrn und Meister‘ über Lebendiges und Totes aufschwingt.“ (Knaup 2015 S.320). Gerade der Hang zur Kontrolle könne den Menschen aber zum „Sklassen seiner selbst“ machen (Knaup 2015 S.320).

Daneben wird auch das Argumentieren mit dem „Verfügungsrecht über den eigenen Tod“ in Frage gestellt. Das Wort „gehören“ verweise auf Eigentumsverhältnisse, obwohl man (nach Immanuel Kant) nicht über das eigene Leben disponieren könne, „[...] insofern ich ja auch nicht bloß eine Sache, mein Eigentum, bin.“ (Knaup 2015 S.319). Ein Mensch zerstöre sich demnach durch die Handlung des Suizids als moralische Person, „[...] indem er über sein Leben wie ein Eigentum verfügt.“ (Knaup 2015 S.319). Der Mensch dürfe sich und Dritte jedoch nicht als Mittel missbrauchen. So sei außerdem zu kritisieren, dass der Forderung des „Rechts auf den eigenen Tod“ die Überzeugung zugrunde liege, dass die Suizidbeihilfe ein „Serviceangebot“ sein sollte, zu welchem Ärzte und Pfleger verpflichtet werden können (Knaup 2015 S.319).

Das „eigentliche Problem eines Rechts auf Selbsttötung“ bestehe darin, dass dem Menschen das Recht zugebilligt wird, sein Leben als „lebensunwert“ einzustufen, mithin gebe es dann „lebensunwertes“ Leben. Denn wenn einer Person zugestanden wird, sein Leben als „lebensunwert“ zu bewerten, gebe es auch objektiv gesehen „lebensunwertes Leben“. Wenn man dem Einzelnen zugesteht, das Urteil über sein eigenes Leben auch ausführen zu dürfen, so erkenne man ein uneingeschränktes Verfügungsrecht des Menschen über sein

Leben an, wobei er die Hilfe Freiwilliger zur Umsetzung seiner Tat, sofern er dazu selbst nicht in der Lage sei, in Anspruch nehmen kann (Eibach 2006 S.257).

### *Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe als gesellschaftliche Angelegenheit*

Die Autonomie des Einzelnen sei im Zuge einer christlich-ethischen Auseinandersetzung immer begrenzt, zum einen durch andere Menschen, zum anderen durch die Natur (Eibach 2006 S.267). In den letzten Jahren hätten sich Stimmen erhoben, die auf die Grenzen der individuellen Autonomie hinweisen und das individualistische Menschenbild dieses Autonomiekonzepts in Frage stellen (Zimmermann-Acklin 2000 S.5). Die Suizidbeihilfe sei keine rein individuelle Angelegenheit, da mindestens eine weitere Person neben dem Betroffenen ins Spiel kommt. Die Suizidbeihilfe sei daher eine „soziale Angelegenheit“ und nach Höffe (2012 S.422) vom Suizid als solchem klar zu unterscheiden. Es stehe das Recht, sich beim Suizid von Dritten helfen zu lassen, und die Pflicht der Gesellschaft und der Ärzteschaft, diese Option zu unterbinden, in Frage (Kipke 2015 S.143).

Die Auffassung, dass die ärztliche Suizidbeihilfe dem Pluralismus der Gesellschaft mehr gerecht wird als ein Verbot (Kreß 2009 S.280, Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2005 S.30, Wiesing 2013), führe in die Irre (Kipke 2015 S.149). Die ärztliche Suizidbeihilfe treffe die Identität der Ärzteschaft im Kern. Von einer Legalisierung wäre die ärztliche Identität aller Mitglieder der Ärzteschaft betroffen. Dies beträfe auch diejenigen, welche die Suizidbeihilfe für sich ablehnen. Auch wenn kein Arzt zur Suizidbeihilfe verpflichtet wird, ändere dies nichts daran. Da die Ärzteschaft eine herausgehobene Bedeutung in der Gesellschaft innehat, wäre die „Gesellschaft als Ganzes“ betroffen.

Eine vermeintliche Entscheidung für die Pluralität entpuppe sich als Entscheidung gegen diese (Kipke 2015 S.149). Das Argument, dass Autonomie für die Ärzte besteht, da sie die Suizidassistenz für sich ablehnen könnten, vernachlässige die Tatsache, dass Hilfe in der Not keine „Kann-Leistung“ für Ärzte ist, sondern ihre Pflicht. Wenn der Suizid also, wie von den Befürwortern behauptet, in bestimmten Fällen die einzige Möglichkeit wäre, den Betroffenen zu helfen, müsste auch die Suizidbeihilfe Pflicht sein. Der Verweis auf die ärztliche Gewissensfreiheit wäre dabei unpassend. Demnach müssten die Befürworter entweder

konsequent die moralische Pflicht zur Suizidbeihilfe fordern, oder zugeben, „[...] dass Suizidassistenz etwas völlig anderes ist als eine Hilfe.“ (Kipke 2015 S.146).

Ferner laufe der Suizid und die Suizidbeihilfe einer fundamentalen Lebensbejahung zuwider, die als „wesentliches Element eines wünschenswerten gesellschaftlichen Zusammenlebens“ bewertet werden sollte. Mit dem Kriterium, dass es bei der ärztlichen Suizidbeihilfe ausschließlich um freiverantwortliche und wohlüberlegte Suizidwünsche geht, sei wenig gewonnen, da der Suizid unabhängig seiner möglichen Freiverantwortlichkeit und Wohlerwogenheit eine ungeheuerliche Tat sei (Kipke 2015 S.145). Es bestehe außerdem die Befürchtung, dass die Schwächeren der Gesellschaft durch die einseitige Betonung der Autonomie benachteiligt würden (Zimmermann-Acklin 2000 S.6). Der autonome Wunsch nach Selbsttötung sei nur deshalb nachvollziehbar und akzeptabel, weil die Befürworter der ärztlichen Suizidbeihilfe ihrer ethischen Beurteilung eine bestimmte Lebenswerteinschätzung zugrunde legen. Ansonsten würden die Befürworter ja jeden autonomen Wunsch nach Suizidbeihilfe als legitim ansehen und unterstützen. Das Problem liege also „[...] in dem Widerspruch zwischen dem Anspruch auf Enthaltung von eigenen Wertüberzeugungen und dem tatsächlichen massiven, aber intransparenten Einbringen ebensolcher Überzeugungen.“ (Kipke 2015 S.147).

#### *Fürsorge- und Nicht-Schadensprinzip*

Das Recht auf Selbstbestimmung sei ethisch begründet aber begrenzt. Das Autonomieprinzip dürfe nicht verabsolutiert werden, sondern beinhalte auch die Verantwortung „für sich und andere“. Ein abstraktes Autonomiekonzept sei von daher insofern problematisch und bedenklich, als es die Schutzbedürftigkeit schwerkranker und sterbender Menschen außen vorlasse. Wenn die menschliche Würde an ein abstraktes Autonomiekonzept gebunden und so jede Form der Abhängigkeit als Kränkung erlebt wird, führe dies dazu, dass Schwäche und Leiden als menschenunwürdig betrachtet und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben akzeptiert wird.

Grundsätzlich sei das Selbstbestimmungsrecht der Schwerkranken und Sterbenden zwar zu stärken, nicht jedoch bei Aushebelung des Tötungsverbots (Körtner 2002 S.18). Schweres Leiden fordere dazu heraus „[...] sich endgültig mitsamt seiner Autonomie der Fürsorge

Gottes und von Menschen zu übergeben im Vertrauen darauf, dass man die Kraft bekommt, den Lebensweg bis zu seinem ‚natürlichen‘ Ende zu gehen, und darauf, dass man in würdevoller Weise behandelt und gepflegt und das Menschenmögliche getan wird, dass dieses Vertrauen auch berechtigt ist.“ (Eibach 2006 S.266). Es wird auf die Grenzen menschenmöglicher Selbstbestimmung und auf die Kontextgebundenheit jeder Entscheidung verwiesen. Dem Autonomieprinzip wird dabei „[...] das Fürsorge- und Nicht-Schadensprinzip zur Seite gestellt.“ (Zimmermann-Acklin 2000 S.5f).

### *Falsches Verständnis von Autonomie und Lebenswert*

Es wird die Interpretation des Autonomieprinzips durch die Sterbehilfe-Befürworter im Grundsatz in Frage gestellt: „[G]rundlegende handlungstheoretische Überlegungen“ und „tiefgreifende theoretische und praktische Widersprüche“ im Autonomie-Verständnis der Befürworter der Tötung auf Verlangen würden den Schluss nahelegen, „[...]“, dass eine reflektierte Konzeption rationaler Willensbestimmung zumindest in der Standardsituation der Sterbehilfe keinen Raum für eine aktive Euthanasie lässt.“ (Bormann 2002 S.35).

Auch das Verständnis von „Lebenswert“ und der individuelle Umgang mit dem Sterbeprozess stellen Kritikpunkte dar. Wenn ein Mensch krankheitsbedingt bestimmte Handlungsformen nicht mehr ausüben kann, welche sozial oder individuell besonders wertgeschätzt werden, bedeute dies nicht, dass dem Betroffenen jede Möglichkeit, sich im Handeln als sittliches Subjekt auszudrücken und sein Leben als sinnvoll zu erleben, genommen sei (Bormann 2002 S.35). Neben der „aktiven“ gebe es auch die „passiv-kontemplative Dimension menschlicher Handlungsfähigkeit“, welche jedoch in der sogenannten Leistungsgesellschaft weitgehend verdrängt wird (Arendt 1960 zit. n. Bormann 2002 S.35). Eine „umfassende, ganzheitliche Sicht der Handlungsfähigkeit“ befreie von dem Zwang, das Leben mittels fragwürdiger Kriterien zur Lebensqualität in lebenswerte und lebensunwerte Lebensabschnitte zu untergliedern.

Für das Sterben gelte – wie für alle Lebens- und Reifungskrisen, dass die Annahme und das Ringen mit den Problemen bzw. Herausforderungen, und eben nicht die Verdrängung und Verweigerung, zum Reifen der individuellen Persönlichkeit führe. Nur so könne das Leben in Annahme des Todes vollendet werden (Bormann 2002 S.35f). Die Tötung auf Verlangen

stelle eine Ausflucht vor der Lebensaufgabe des Sterbens dar und sei Anzeichen für die Todesverdrängung. Die Anerkennung der Grenze des natürlichen Todes bilde die Voraussetzung dafür, „[...] dass der schwerkranke Patient die letzte Lebensspanne als persönlichen Weg zu seinem ‚eigenen Tod‘ erleben und gestalten kann.“ (Bormann 2002 S.36). Ebenso gehöre „Leiden an abnehmenden Lebenskräften im Alter, an Krankheiten und im Sterben“ zum „Geschöpftsein“ des Menschen (Eibach 2006 S.267). Leiden solle zwar so gut wie möglich gelindert werden, jedoch gebe es kein Recht auf ein leidfreies Leben und Sterben:

„Wenn der Fähigkeit, das Leben zu genießen und Glück zu erleben, nicht mehr die Fähigkeit zum Leiden entspricht, wird das menschliche Leben nicht menschlicher, sondern unfähiger, die ganze Wirklichkeit des Lebens mit seinen Höhen und Tiefen zu bestehen. Im Leiden in der Zeit der Krankheit und des Sterbens wird der Mensch vor die Frage nach dem Sinn und Ziel seines Lebens gestellt und herausgefordert, sich und sein Leben loszulassen in die >>Hand Gottes<<, im Vertrauen darauf, dass das Leben bei Gott seine Vollendung erfährt.“ (Eibach 2006 S.267)

### 3.1.6.3. Sterbehilfe als Ultima Ratio

Befürworter der Tötung auf Verlangen argumentieren, dass Sterbehilfehandlungen als „Ultima Ratio“ legitim seien. Dabei beziehen sie sich vorwiegend auf die Suizidbeihilfe (Abbildung 29)<sup>13</sup>.

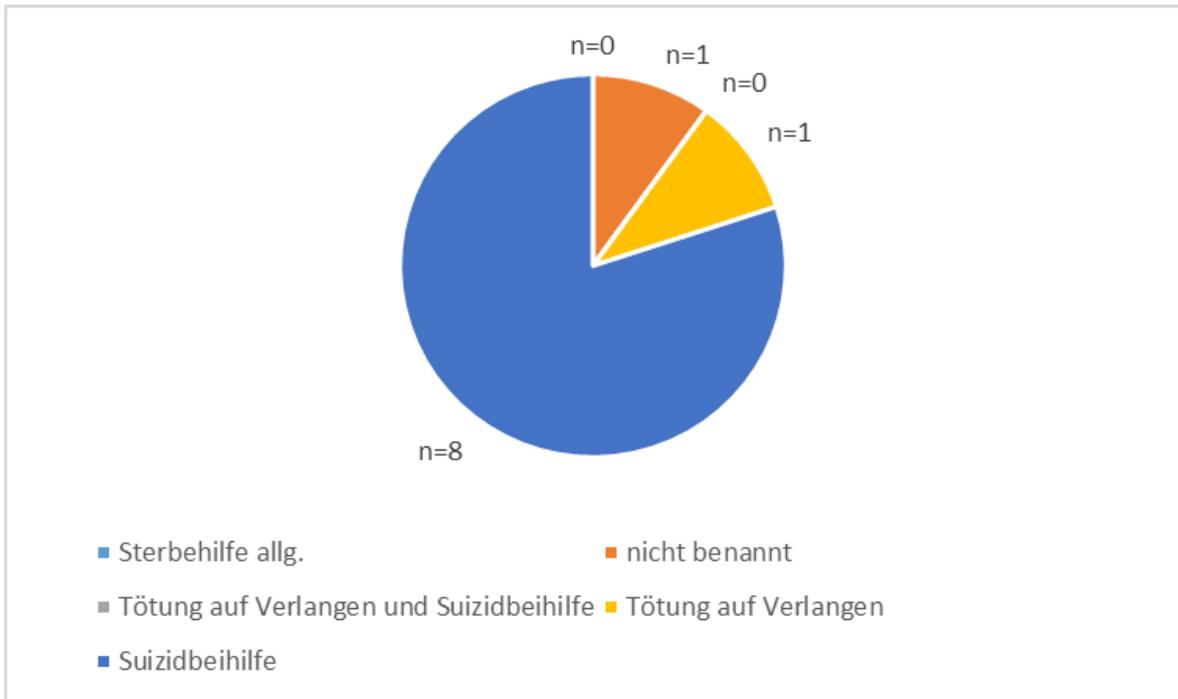


Abbildung 29: Abbildung 29 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen).

Es fanden sich mehr codierte Segmente, bei denen der Autor zitierte, im Vergleich zu den codierten Segmenten, bei denen der Autor argumentierte (Abbildung 30)<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 9

<sup>14</sup> Analyseverfahren analog zu Abbildung 10

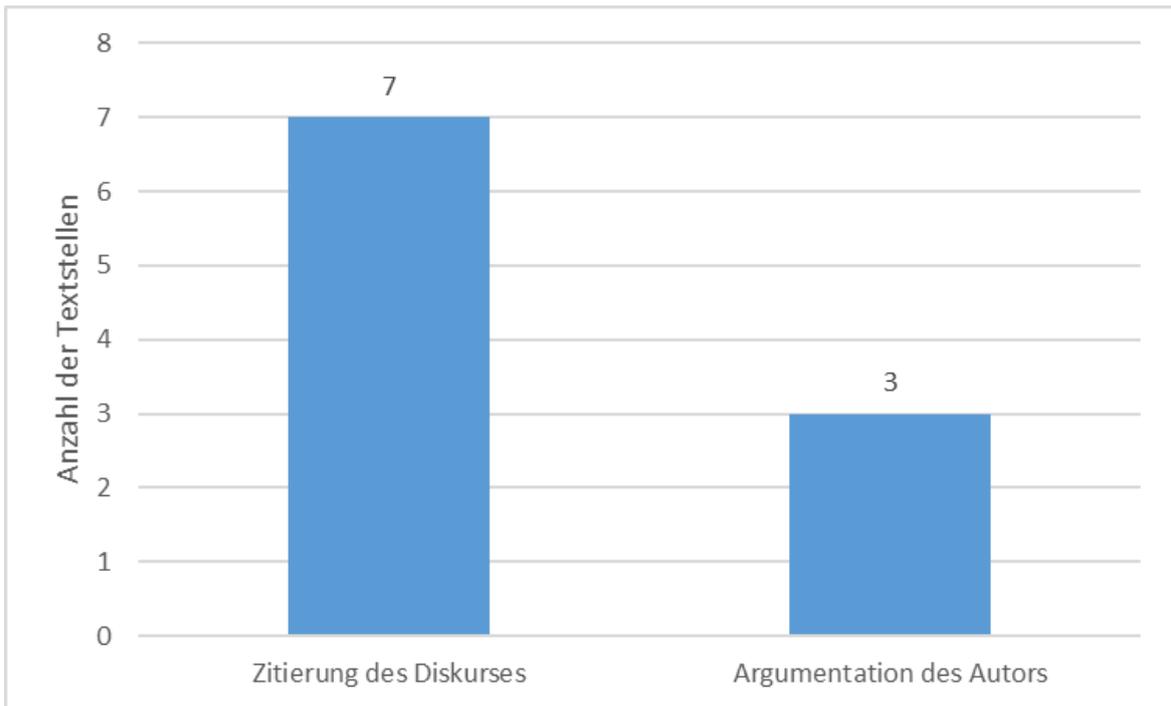


Abbildung 30: In Abbildung 30 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet.

Abbildung 31 zeigt das Argument mit seinen Unterkategorien.

Hauptkategorie B	Pro-Argumente
Oberkategorie II	Sterbehilfe als „Ultima ratio“
Unterkategorie IIB1	Sterbehilfe als letztes Mittel in größter Not
Unterkategorie IIB2	Grenzen der Palliativmedizin
Unterkategorie IIB3	Psychische Entlastung durch bloße Option der Sterbehilfe
Unterkategorie IIB4	Alternativlosigkeit

Abbildung 31: Das Argument der „Sterbehilfe als Ultima ratio“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ zugeordnet.

### *Sterbehilfehandlungen als letztes Mittel in größter Not*

Fenner (2007 S.210) gibt zu bedenken, dass die Suizidbeihilfe ein „letzter humaner solidarischer Akt“ sein könne in Fällen, bei denen „[...] alle menschenmöglichen Versuche, Schmerz und Leid der Suizidwilligen ohne allzu starke Nebenwirkungen zu lindern und ihre Lebensbedingungen nachhaltig zu verbessern, nicht zu einem Verschwinden des Suizidwunsches führen [...].“ (Fenner 2007 S.210). Henking und Vollmann argumentieren im Zuge der Suizidbeihilfe ebenfalls für den „letzten Ausweg“ der ärztlichen Hilfe beim Suizid:

„In der Praxis wäre es für alle Beteiligten sowie für die Gesellschaft der beste Weg, wenn schwerkranke Patienten ärztliche Hilfe zur Selbsttötung als letzten Ausweg aus unerträglichem und nicht behandelbarem Leid z.B. durch die fachlich kompetente und seriöse Palliativmedizin erhalten könnten. Hierdurch wären eine optimale palliativmedizinische Versorgung und eine Minimierung von Missbrauch und Fehlentwicklungen gewährleistet. Weiterhin würden ‚Sterbehilfeorganisationen‘ und ‚Sterbehelfer‘ ihre Bedeutung in Deutschland verlieren, sodass sich die Gesellschaft die schwierige Diskussion um wirkungsvolle und rechtlich zulässige Verbotsmöglichkeiten ersparen könnte.“ (Henking et al. 2016).

Die Befürworter der ärztlichen Suizidbeihilfe würden sich auf das Selbstbestimmungsrecht und das Patientenwohl stützen und diese Prinzipien dahingehend interpretieren, dass die ärztliche Suizidbeihilfe moralisch gerechtfertigt sei, wenn ein Patient unerträglich leide und keine Behandlungsmöglichkeiten zur Linderung dieses Leids zur Verfügung stehen (Bleek 2012 S.196). Den Kritikern werde entgegengehalten, dass die Selbsttötung zwar möglicherweise „[...] nichts intrinsisch Gutes, aber in manchen Fällen eben doch ein letztes Mittel, eine Hilfe in größter Not [...]“ sei (Kipke 2015 S.145). Daher sei nach Beauchamp (2007) und Birnbacher (2012 S.2) auch die ärztliche Unterstützung dabei eine Hilfe, wobei man meint, mit dieser ultima ratio etwas Gutes zu tun (Kipke 2015 S.145f). Suizidbeihilfe sei das geringere Übel als Leid und Leiden zu prolongieren.

### *Grenzen der Palliativmedizin*

Den Befürwortern der Suizidbeihilfe zufolge sei entscheidend für ihre Zulässigkeit, dass alle anderen Handlungsmöglichkeiten aussichtslos sind, sodass der Suizid alternativlos ist (Beauchamp 2007 S.77, Kreß 2009 S.279 zit. n. Kipke 2015 S.148). Es sei ethisch nicht vertretbar, „[...] die Augen davor zu verschließen, dass sich bei einzelnen Krankheitsschicksalen trotz der Fortschritte der Schmerz- und Palliativmedizin Schmerzen nicht hinreichend

lindern lassen [...]“ (Kreß 2004 S.292). Es könnten Umstände eintreten, welche der Betroffene in solchem Maß entwürdigend, untragbar und entpersönlichend (Schmidt-Jortzig 2002) empfindet, dass er diesen die Beendigung seines Lebens vorzieht (Kreß 2004 S.292).

#### *Psychische Entlastung durch bloße Option des Suizids*

Beim Blick in die Sterbehilfepraxis in der Schweiz verdiene besondere Erwähnung, dass in vielen Fällen (70%), bei denen Sterbehilfeorganisationen einer Person Suizidbeihilfe zusichern und ein Arzt nach umfassender Überprüfung der Unterlagen sowie Konsultation des Patienten seine Zustimmung zur Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in letaler Dosis gibt, kein Suizid erfolgt: „Bereits das Wissen, im Notfall auf einen assistierten Suizid zurückgreifen zu können, führt zur psychischen Entspannung und zu einer Steigerung der Lebensqualität, welche die Freitodbegleitung oft überflüssig macht.“ (Merkel u. Häring 2015 S.165). Ebenso reiche nach Einschätzung der Ärzte für die Mehrheit der AIDS-Patienten die Option aus, im Endstadium ihrer Erkrankung im Falle unerträglicher Symptome die Möglichkeit des Suizids zu haben. Einer erfahrenen Begleiterin von AIDS-Kranken zufolge würden circa die Hälfte der Erkrankten Medikamente horten, um die Möglichkeit des Suizids zu haben, „[...] aber nur ca. 10% machen davon Gebrauch.“ (Vollmann 2002 S.275).

#### 3.1.6.4. Gegenposition zum Argument „Sterbehilfe als Ultima Ratio“

##### *Alternativen zum Suizid*

Die Alternativlosigkeit des Suizids, welche als Argument für die Suizidbeihilfe angeführt wird, sei kein objektives Faktum. Sie sei Ausdruck der zugrundeliegenden Wertungen, da andere Optionen durchaus bestünden. Vielmehr werden die anderen Möglichkeiten als nicht wünschenswert oder tragbar bewertet und erlebt. Sobald Ärzte die Selbsttötung als alternativlos betrachten, würden sie diese Bewertung nachvollziehen, was nur gelänge, wenn sie die zugrundeliegenden Wertüberzeugungen über gutes bzw. schlechtes Leben teilen. Spätestens wenn Menschen in Betracht gezogen werden, die nicht irreversibel schwer krank sind, aber dennoch einen autonomen Wunsch nach Selbsttötung haben,

zeige sich diese Erkenntnis. Denn diesen Menschen erscheine die Selbsttötung ebenso alternativlos.

Wenn ihnen aber die ärztliche Suizidbeihilfe verboten wird, liege dies offenkundig daran, dass die vom Betroffenen empfundene Alternativlosigkeit von den Befürwortern nicht gesehen werde, sie also die zugrundeliegenden Wertüberzeugungen nicht teilen (Kipke 2015 S.148). Demnach basiere die Begrenzung der Zulässigkeit der Suizidbeihilfe auf bestimmte Personengruppen und Umstände jenseits des Autonomiekriteriums auf Überzeugungen des Guten: „Diese Unhintergebarkeit der Dimension des Guten bei gleichzeitigem Anspruch auf Neutralität ihr gegenüber erklärt vielleicht, warum die Befürworter bei aller Intensität der ethischen Diskussion so auffällig wenig Aufmerksamkeit auf die Begründung dieser Zulässigkeitsgrenzen verwenden.“ (Kipke 2015 S.148).

#### 3.1.6.5. Mitleidsargument

##### *Vermeidung von unerträglichem Leid, Fürsorgeprinzip und das Motiv der Barmherzigkeit*

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen führen die Unerträglichkeit des Leidens, auch als „Mitleidargument“ betitelt, als Argument für die Zulässigkeit dieser ins Feld (Remenyi 2008 S.118). Sowohl bei der passiven Sterbehilfe als eben auch bei der Tötung auf Verlangen würden neben anderen Aspekten das Mitleid und die Linderung unerträglicher Schmerzen eine entscheidende Rolle in Bezug auf Motive bzw. Absichten spielen (Zimmermann-Acklin 2000 S.8).

Ebenso wird im Zuge der Suizidbeihilfe argumentiert: Das Mitleid wird im Sinne des Nicht-Im-Stich-Lassens von Patienten am Lebensende und der Vermeidung unerträglicher Schmerzen, also im Sinne des Fürsorgeprinzips betont (Zimmermann-Acklin 2009 S.227). Das schwere Leiden einer Person erscheine nachvollziehbar nicht erträglich. Die Suizidbeihilfe wird als Leidensvermeidung begriffen. Das Leiden eines Mitmenschen könne sogar zur Begleitung bei der Selbsttötung auffordern (Neitzke et al. 2013 S.365). Nach Dworkin könnten Schmerzen keinem Menschen zugemutet werden, da sie praktisch nicht objektivierbar seien, womit er sich zunächst für wenige restriktive Vorgaben, also gegen ein Verbot der Suizidbeihilfe durch die Politik aussprach (Braune u. Jakovljevic´ 2004 S.421). Im Zuge des

Mitleidsarguments wird von den Befürwortern angeführt, dass es eine „Haltung der Barmherzigkeit“ sei, „[...] ein Leben, das nicht mehr sinnvoll ist, beenden zu können.“ (Knaup 2015 S.320)

#### 3.1.6.6. Gegenposition zum Mitleidsargument

##### *Falsche Auffassung von Barmherzigkeit*

Knaup stellt die Frage, ob eine Haltung der Barmherzigkeit nicht eine Haltung wäre, welche das Leid mitträgt und nicht den Leidenden beseitigt, und zitiert in diesem Zusammenhang Maio (Knaup 2015 S.320):

„Ein Leid wird erst dann unerträglich, wenn der Einzelne es – angesichts seiner privaten Lebensziele – als unerträglich definiert. Mit Ausnahme des nicht therapierbaren, extremen körperlichen Schmerzes gibt es kein allgemein definierbares >unerträgliches Leid<. Da dieses letztlich von der je persönlichen Einstellung und nicht von einer Situation als solcher abhängig ist, kann die ärztliche Reaktion auf ein >unerträgliches< Leid auch die sein, dem Patienten dabei zu helfen, sein Leben auch mit der schwersten Behinderung nicht als sinnlos zu verstehen.“ (Maio 2012 S.361)

Im Zuge seiner Argumentation verweist Knaup auf die Palliativmedizin. Die Ausbreitung des Konzeptes der Palliative Care sei eine erfreuliche Entwicklung (Knaup 2015 S.320).

#### 3.1.6.7. Die Menschenwürde

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen führen die Menschenwürde als prinzipielles Argument an. Der Mensch habe ein „Recht auf ein menschenwürdiges Sterben“ – im Sinne eines Anspruchsrechts (Jens u. Küng 1995 zit. n. Zimmermann-Acklin 2000 S.7). Es zeigen sich Überschneidungen in der Argumentation mit dem Autonomieprinzip: Das Autonomieprinzip würde sich im Diskurs fast immer mit der Annahme verbinden, dass es menschenunwürdiges bzw. nicht-wünschenswertes Leben gebe. Wenn der Mensch sein Leben als lebensunwürdig bewertet und daher die Tötung auf Verlangen wünscht, dürfe man ihn von seinem „elenden Dasein“ erlösen (Eibach 2006 S.251). Dabei wird die Autonomie immer mehr „[...] im Sinne einer uneingeschränkten *Selbstbestimmung* als der grundlegende Inhalt der *Menschenwürde* nach Artikel 1.1 des Grundgesetzes angesehen [...]“ (Eibach 2006 S.250).

In ähnlicher Weise wird im Zuge der Suizidbeihilfe argumentiert: Wenn die Umstände – wie Krankheit und Siechtum – als nicht mit der Menschenwürde vereinbar wahrgenommen werden, könne die Suizidbeihilfe eine bessere Alternative darstellen, die durchaus als menschenwürdig empfunden wird (Neitzke et al. 2013 S.365). Pieter Admiraal betonte bei seinem Vortrag auf dem Internationalen Symposium in Gießen im Jahr 2004, dass die Würde des Patienten sowie die Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei ärztlichen Entscheidungen im Vordergrund stehen müssten. Dies könne im Einzelfall auch den Tod des Patienten bedeuten (Braune u. Jakovljevic´ 2004 S.421). Mit dem Autonomieprinzip, wonach ein Mensch selbst entscheiden dürfen sollte, wann er sterben will, insbesondere wenn er unheilbar krank ist, hänge das Würde-Argument zusammen. Dieses fordere ein menschenwürdiges Sterben ein, welches durch die ärztliche Suizidbeihilfe gewährleistet werden soll (Knaup 2015 S.317).

#### 3.1.6.8. Gegenposition zum Würdeargument

Die Berufung auf die Menschenwürde als Argument für die Selbsttötung und Suizidbeihilfe sei „mehr als fragwürdig“ (Knaup 2015 S.317). Dem „Menschenwürde“-Argument wird entgegengesetzt, dass dieser Argumentation ein falsches Verständnis von Würde zugrunde liegt. Die empirische Autonomie sei nicht der primäre Kontext der Menschenwürde, da ein Leben ohne Selbstbestimmung nach dieser Auffassung würdelos wäre (Eibach 2006 S.266). Suizid und die Tötung auf Verlangen seien dementsprechend keine Menschenrechte, die sich aus der Menschenwürde ergeben, da die Menschenwürde eben nicht in der Handlungsautonomie bestehe, die ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über das eigene Leben einschließt (Eibach 2006 S.267).

Nach christlicher Sicht sei die Menschenwürde gar keine immanente empirische Qualität, sondern ein „transzendentes“ und daher unverfügbares Prädikat, welches durch Erkrankungen oder Behinderung nicht verloren gehen kann. Somit könne es kein „lebensunwertes“ oder „menschenunwürdiges“ Leben geben. Es gebe lediglich Lebensumstände, die im Widerspruch zur menschlichen Würde stehen, und menschenunwürdige Behandlungen (Eibach 2006 S.266).

Gegen diese Deutung des Würdebegriffs könne man jedoch einwenden, dass religiöse Überzeugungen für die Interpretation des Gesetzes eines weltanschaulich neutralen Staates nicht leitend sein dürften, auch dann nicht, wenn die Verfassung in ihrem ursprünglichen Verständnis stark von diesen Überzeugungen beeinflusst wurde (Eibach 2006 S.252). Jedoch sollten die Christen das religiöse Verständnis der Verfassung wachhalten und in die Auseinandersetzung einbringen sowie aufzeigen, welche Folgen ein verändertes Verständnis des Würdebegriffs für schwache Menschen haben könnte. Aus dem christlichen Würdeverständnis müsse für das Rechtssystem gefolgert werden, dass Menschen anderen Menschen Würde nicht zu- oder absprechen können sondern die Pflicht haben, die Würde als mit dem Leben vorgegebene Größe anzuerkennen. Ziel müsse es sein, Lebensumstände und Umgangsformen mit dem menschlichen Leben, die der Würde des Menschen widersprechen, zu beseitigen – und eben nicht das Leben selbst (Eibach 2006 S.252).

#### 3.1.6.9. Das Fürsorgeprinzip

Zugunsten der Suizidbeihilfe wird unter anderem das Fürsorgeprinzip angeführt (Zimmermann-Acklin 2009 S.227). Mitunter wird die ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung in Notsituationen befürwortet. Die Befürworter argumentieren, dass die Suizidbeihilfe eine Hilfe in größter Not und dementsprechend Teil des ärztlichen Auftrags sei (Brock 1994 S.219, Schöne-Seifert 2006, Taupitz 2009 zit. n. Kipke 2015 S.151). Sie mahnen an, dass durch eine generelle Bejahung der Suizidbeihilfe verhindert werden könne, dass Patienten in der letzten Phase ihres Lebens mit ihren Sorgen allein gelassen werden und so sogar in die Illegalität gedrängt werden könnten (Borasio et al. 2014 zit. n. Braun et al. 2015 S.224). Diese Bedenken müssten ernst genommen werden (Braun et al. 2015 S.224). Medizinische Hilfe werde nicht lediglich nachgesucht, um zu leben, sondern vielmehr um entsprechend den eigenen Wertvorstellungen zu leben. Dies beinhalte auch ein selbstbestimmtes Sterben.

Denn gerade an den Lebensgrenzen sei ärztliche Hilfe vonnöten, wenn die Selbstbestimmung auch real gelebt – und nicht nur proklamiert – werden soll (Birnbacher 2012 S.2). Die ärztliche Unterstützung spielt den Befürwortern der Tötung auf Verlangen zufolge sowohl bei der passiven Sterbehilfe als auch bei der Tötung auf Verlangen im Idealfall eine entscheidende Rolle, wodurch unter anderem durch diesen Aspekt die Unterscheidung von

Töten und Sterbenlassen widerlegt sei (Zimmermann-Acklin 2000 S.8). Es gebe Einzelfälle, in denen es dem Gebot der Fürsorge entsprechen könne, auch auf der Grundlage des Motivs, anderen nicht zur Last fallen zu wollen (Bleek 2012 S.196f), Suizidbeihilfe zu leisten. Aus der palliativmedizinischen Forschung sei bekannt, dass manche Menschen trotz spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung aufgrund dieses Motivs den eigenen Todeszeitpunkt selbst bestimmen wollen (Morita et al. 2004 zit. n. Bleek 2012 S.196f).

#### 3.1.6.10. Gegenargumentationen zum Fürsorgeprinzip

Gegen die These, dass mit der prinzipiellen Bejahung der ärztlichen Suizidbeihilfe verhindert werden könne, dass Menschen am Ende ihres Lebens mit ihren Sorgen allein gelassen und so gegebenenfalls sogar in die Illegalität gedrängt werden, könne man zwei Gegenargumente anführen. Zum einen seien die „praktischen Vollzüge individueller Freiheit“ abhängig von der grundsätzlichen Lebensbejahung, welche „[...] nicht einfach nur eine formale Vorbedingung von Freiheit, sondern an sich bereits ein responsives und in diesem Sinne kommunikatives Geschehen [ist].“ (Braun et al. 2015 S.224). Die Lebensbejahung verspreche „[...] angesichts der fundamentalen Vulnerabilität menschlicher Selbstbezüglichkeit [...] auf die Ausübung vernichtender Gewalt zu verzichten und gerade in diesem Verzicht praktische Freiheitsvollzüge zu eröffnen.“ (Braun et al. 2015 S.224).

Dieser Verzicht bedeute im Umkehrschluss nicht, dass es eine Pflicht zum Leben gibt, und es wird auch nicht bestritten, dass es zur teilweisen Ablehnung einzelner Lebensphasen kommen kann, wolle man nicht Gefahr laufen, dass Endlichkeit, Verfall und Begrenzung negiert werden (Thomas 2010, Nancy 2003, Kreuels 2015 zit. n. Braun et al. 2015 S.224). Eine Lebensbejahung, die diese Dimension berücksichtigt, könne erst den Blick auf die Phänomene beschwerlicher Lebensvollzüge und auf die mitunter ärztliche Aufgabe der Begleitung und Unterstützung eines freiwilligen Sterbeprozesses eröffnen.

Zum anderen bestehe die Gefahr der Druckausübung auf die schwachen Mitglieder der Gesellschaft. Ärztliche Suizidbeihilfe als Teil des ärztlichen Ethos anzuerkennen, würde nicht den Nöten individueller Selbstbestimmung entsprechen, sondern vielmehr den Charakter von Üblichkeit erhalten (Deutscher Ethikrat 2014 zit. n. Braun et al. 2015 S.225). Es müsste zum einen der fremdbestimmten Einflussnahme vorgebeugt werden (Kipke 2014 zit. n.

Braun et al. 2015 S.225), zum anderen würde die Suizidprävention unterlaufen werden, deren Bemühungen vor dem Hintergrund erfolgen, dass der Suizidwunsch in den meisten Fällen Ausdruck dafür ist, das Leben nicht länger auf eine bestimmte Art weiterleben zu wollen. Eine generelle Strafbarkeit von Suizid und Suizidbeihilfe wäre zugleich jedoch ein Fehlschluss, da die damit einhergehende Pflicht zum Leben die Optionen praktischer Freiheitvollzüge und die Gestaltung verschiedener Lebensformen ausschließen würde (Braun et al. 2015 S.225).

#### 3.1.6.11. Patientenwohl und Leidensvermeidung

Die Befürworter der ärztlichen Suizidbeihilfe argumentieren mit dem Patientenwohl (Bleek 2012 S.196, Kipke 2015 S.142 S.146). Nach diesem Prinzip erscheine die ärztliche Suizidbeihilfe moralisch zulässig, wenn ein Patient unerträglich leidet und keine Mittel zur Leidenslinderung verfügbar sind (Bleek 2012 S.196). Aus Sicht der Befürworter rechtfertige die „Konvergenz zweier Moralprinzipien“, das Gebot der Achtung des Selbstbestimmungsrechts und das Gebot, für das Patientenwohl zu sorgen, die Suizidbeihilfe gerade unter ethischen Gesichtspunkten (Schöne-Seifert 2000 S.105 zit. n. Bleek 2012 S.194). Das Wohl des Patienten werde häufig als generelles Argument gegen das Tötungsverbot angeführt und so für die Sterbehilfe argumentiert. Denn wenn das Leben einer Person durch eine schwere Erkrankung unerträglich geworden sei und man an diesem Zustand nichts mehr ändern kann, dann könne der Tod dem Wohl dieser Person dienen (Rauprich 2002 S.221f).

Es wird ein leidfreies Leben und Sterben gefordert. Dies schließe das Recht auf „Erlösung“ vom Leiden durch Suizid oder Tötung durch andere Menschen ein. Die Forderung nach einem leidfreien Leben findet sich häufig in Kombination mit dem Aspekt der Planbarkeit des Lebens, wonach es dem Selbstbestimmungsrecht entspricht, das Leben nach eigenen Wünschen planen zu können (Eibach 2006 S.251). Der Grundgedanke ist, dass nur wenn das Leid für den Betroffenen unerträglich ist und dies nach vernünftigem normativem Urteil nachvollziehbar erscheint, das heißt, wenn das Leidvermeidungsinteresse des Sterbenden gegenüber dem Interesse am Weiterleben eindeutig überwiegt und keine alternativen Lösungen vorliegen, dann könne auch die aktive Hilfe zum Sterben zulässig sein (Merkel 2006 S.259).

### 3.1.6.12. Gegenposition zum Argument des „Patientenwohls“ und der „Leidvermeidung“

Im Zuge der ärztlichen Suizidbeihilfe wird die Argumentation mit dem Patientenwohl, das für die Suizidbeihilfe sprechen soll, in Frage gestellt. Die Interpretation der Suizidbeihilfe als Handlung des Wohltuns und der Hilfe sei zweifelhaft. Zwar sei unbestritten, dass sich die betroffenen Personen in schwerstem Leiden die Selbsttötung wünschen und nur dies noch als Hilfe betrachten, jedoch werde bei anderen ärztlichen Entscheidungen auch nicht allein nach den Patientenwünschen verfahren. Denn das Helfen sei ein normativer Kern des Arztberufs und das Verständnis dieses Kerns dürfe nicht dem Belieben einzelner Personen obliegen. Die Auffassung, dass die ärztliche Suizidbeihilfe etwas Gutes ist, sei mehr als fragwürdig (Kipke 2015 S.146).

Ebenso wird die Vermeidung von Leid als Argument, welches gegen die Tötung auf Verlangen sprechen soll, bezweifelt. Die Möglichkeiten, Leid zu mindern, finde ihre Grenzen dort, wo dies nur unter der Voraussetzung gelänge, die betreffende Person auszulöschen. Eine Zulassung solcher Handlungen hätte unabsehbare Folgen für das ärztliche Berufsethos und vielmehr sei eine solidarische Haltung angebracht (Körtner 2002 S.27). Aus christlicher Sicht stelle das menschliche Dasein einen absoluten Wert dar, sodass Leid- und Schmerzfreiheit nicht als oberste Lebenswerte zu gelten hätten, da die Verabsolutierung eines schmerzfreien Lebens nicht das „Mit-Christus-Sein“, sondern einen vom Menschen selbst gewählten Wert zum Maßstab für ein sinnvolles Leben machen würden. Daher sei eine Zulassung der gezielten Beendigung von Leben aus Sicht der theologischen Ethik abzulehnen (Körtner 2002 S.27).

### 3.1.6.13. Schlechte Lebensqualität und -perspektiven aus Sicht der Betroffenen

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe würden von einer negativen Bewertung der Lebensphasen von Tod und Sterben ausgehen, da die betroffenen Menschen in ihrem weiteren Lebensweg keinen Sinn mehr sehen (Hoerster 1998 S.14 zit. n. Kipke 2013 S.120) und ihr Leben aufgrund der trostlosen Möglichkeiten beenden wollen (Beauchamp 2007 S.77 zit. n. Kipke 2013 S.120) oder verloren haben, was ihr Leben bedeutungsvoll und kohärent machte (Schöne-Seifert 1999 S.107 zit. n. Kipke 2013 S.120).

#### 3.1.6.14. Einwände gegen die Argumentation mit der schlechten Lebensqualität

Die Argumentation der Befürworter sei nicht frei von Vorstellungen des guten Lebens (Kipke 2013 S.120). Den Befürwortern zufolge müssten neben der Autonomie einer sterbewilligen Person noch weitere Bedingungen erfüllt sein, damit eine aktive Lebensbeendigung gerechtfertigt sei. Der autonome Wunsch eines Menschen nach Sterbehilfe müsse nachvollziehbar sein, das heißt, die zugrundeliegende Bewertung der Lebensumstände muss evident und die Auffassung, was ein gutes und ein schlechtes Leben ist, plausibel sein. Die Rechtfertigung einer moralisch brisanten Handlung, die nur durch allgemein zustimmungsfähige Gründe gerechtfertigt werden kann, hänge an einer so wichtigen Stelle an einer Auffassung vom guten Leben, die vermutlich nicht allgemein zustimmungsfähig sei (Kipke 2013 S.120f).

#### 3.1.6.15. Irrelevanz der Tun-Unterlassens-Unterscheidung

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen führen die ethische Irrelevanz der Unterscheidung von Tun und Lassen als Argument ins Feld (Remenyi 2008 S.118, Zimmermann-Acklin 2000 S.8). Demnach sei die Tötung auf Verlangen ethisch gerechtfertigt, weil es keinen moralisch relevanten Unterscheid zwischen der Tötung auf Verlangen und dem Sterbenlassen gibt (Wolf 2004 S.242 zit. n. Remenyi 2008 S.118). In beiden Entscheidungssituationen seien die ärztlichen Absichten beziehungsweise Motive wie Mitleid, Schmerzlinderung und die ärztliche Unterstützung in Notsituationen als auch die Handlungsfolgen kaum oder gar nicht voneinander zu unterscheiden (Zimmermann-Acklin 2000 S.8). Beide Handlungsweisen geschehen vorsätzlich (Birnbacher 1995 S.346, Siep u. Quante 2000 S.54 zit. n. Remenyi 2008 S.118). Ferner sei in beiden Fällen das Resultat der Tod (Remenyi 2008 S.118, Zimmermann-Acklin 2000 S.8). Diese Argumentation würden insbesondere konsequentialistische Ethiker bevorzugen (Remenyi 2008 S.118).

### 3.1.6.16. Einwände gegen die angebliche Irrelevanz der Tun-Unterlassens-Unterscheidung

Die Kritiker weisen auf die fundamentale ethische Differenz zwischen Therapiebegrenzungshandlungen und Tötungshandlungen hin (Kress 2003 S.184 zit. n. Remenyi 2008 S.118). Zusammenfassend gehe es den Kritikern zufolge „[...] gar nicht um eine monokausale Folgenabschätzung, sondern um die komplexe ethische Bewertung der vollen Handlungsstruktur.“ (Remenyi 2008 S.119). Nach Pöltner (2002 S.272ff zit. n. Remenyi 2008 S.119) unterscheiden sich Töten und Sterbenlassen dabei in der Todesursache, der Intention – Herbeiführung des Todes oder Zulassen des Sterbens – und der Einstellung, also das Verfügen über das Sterben. Dagegen steht die Notwendigkeit, die Grenzen der Medizin zu akzeptieren.

### 3.1.6.17. Das gesellschaftlich Gute

Die Position der Befürworter der ärztlichen Suizidbeihilfe sei von der Überzeugung des gesellschaftlich Guten getragen. Sie wären überzeugt, dass eine Gesellschaft, die die Menschen unter bestimmten Umständen bei der Selbsttötung unterstützt, eine bessere Gesellschaft ist (Kipke 2015 S.149).

## 4. Diskussion

Nachdem die Positionen der Befürworter und Gegner der Tötung auf Verlangen beziehungsweise Suizidbeihilfe einander gegenübergestellt wurden, soll jetzt eine Abwägung und Beleuchtung der zugrundeliegenden ethischen Normen erfolgen.

Diese grundsätzlichen Überlegungen sollen auf den „Ulmer Fall“ angewendet werden. Damit lässt sich die praktische Bewährung der theoretischen Ethik überprüfen.

### 4.1. Abwägung der Argumente

#### 4.1.1. Begründungsstrategien der normativen Ethik

Wenn die Frage beantwortet werden soll, welche Handlung in bestimmten Situationen ethisch geboten ist, reicht die Beschreibung der verschiedenen Überzeugungen und Wertvorstellungen nicht aus (Hick 2007b S.277). Vielmehr müssen diese Überzeugungen durch die normative Ethik auf ihre Berechtigung hin geprüft werden. Grundproblem der normativen Ethik stellt dabei die Auswahl der Kriterien dar, nach denen die Berechtigung einer moralischen Aussage geprüft werden kann (Hick 2007b S.277). Es gibt eine Vielzahl konkurrierender ethischer Theorien, sodass stets strittig ist, welche Theorie auf eine bestimmte Situation angewendet werden soll. Jede Theorie führt in bestimmten Fällen zu Folgen, die intuitiv fragwürdig erscheinen, sodass eine durchgängige Anwendung der Theorien nicht plausibel scheint (Rauprich 2005 S.14). Der normativen Ethik stehen verschiedene Begründungsstrategien zur Verfügung (Hick 2007b S.277), die im Folgenden lediglich auszugsweise und kurz erläutert werden sollen.

##### 4.1.1.1. Prinzipienorientierte Ansätze

Prinzipienorientierte Ansätze sind in der modernen biomedizinischen Ethik von besonderer Bedeutung (Rauprich u. Steger 2005 S.9). Bei den prinzipienorientierten Ethiken werden moralische Aussagen mit Hilfe eines Systems begründet, welches Orientierung durch eine Grundnorm erfährt. Den unterschiedlichen ethischen Systemen liegen dabei verschiedene

Grundnormen beziehungsweise Prinzipien zugrunde. Mithilfe der Grundnorm beziehungsweise des Prinzips können Handlungen ethisch gerechtfertigt werden – im Sinne einer direkten ethischen Begründung (Hick 2007b S.277). Die Grundnormen gelten dabei als Kriterien „des Guten“ für jeden Menschen unabhängig von Ort und Zeit (Hick 2007b S.277). Nach Hick (2007b S.277) weist diese Begründungsstrategie Ähnlichkeit zur wissenschaftlichen Begründung auf. Sobald ein ethisches Grundprinzip beziehungsweise System für die Bewertung moralischer Aussagen gewählt ist, kann das ethische Grundprinzip wie ein Axiom auf die zu beurteilenden Handlungen angewandt werden und so eine ethische Untersuchung erfolgen. Dabei wird die Richtigkeit der Folgerung durch die Richtigkeit des gewählten Grundprinzips „gewährleistet“ (Hick 2007b S.277).

Anstatt sich auf eine ethische Theorie zu berufen, ist es auch möglich, im „prinzipienethischen Modell“ verschiedene ethische Prinzipien anzuwenden, um konkrete ethische Probleme zu behandeln (Rauprich 2005 S.15). Die Annahme, dass die moralisch relevanten Aspekte nicht auf ein Prinzip reduziert werden können und stattdessen mit einer Vielzahl von Prinzipien beleuchtet werden müssen, ist konstitutiv für prinzipienethische Ansätze (Rauprich 2016 S.117). Es zeigte sich, dass der prinzipienethische Ansatz nicht selbsterklärend die Lösung für alle ethischen Problemfälle automatisch liefert, sondern die Prinzipien vielmehr ein konzeptionelles Gerüst darstellen, an welchem zur Lösung verschiedener Fragestellungen intensiv gearbeitet werden muss. Die Prinzipien einer Prinzipienethik sind prima-facie-Prinzipien, das heißt, sie geben in jedem Fall, auf welchen sie zutreffen, einen „gültigen ethischen Grund“ für oder gegen Handlungen, müssen aber gegen mögliche andere Handlungsgründe, die von einem anderen prima-facie-Prinzip stammen, abgewogen werden (Rauprich 2016 S.118). Die ethischen Probleme werden bei der Herangehensweise prinzipienethischer Ansätze stets als Konflikte zwischen prima facie-Pflichten rekonstruiert (Rauprich 2016 S.120).

Prinzipienethische Ansätze bedürfen einer Theorie der Rechtfertigung, das heißt, es muss ein systematischer Maßstab, mit dem die Gültigkeit normativer Urteile bewertet werden kann, zur Verfügung stehen, wobei die verschiedenen Ansätze der Prinzipienethik nicht auf eine bestimmte Theorie der Rechtfertigung festgelegt sind. Nur durch eine Rechtfertigung kann die prinzipienethische Behandlung einer ethischen Problemsituation als begründet angesehen werden (Rauprich 2016 S.121f).

#### 4.1.1.1.1. Die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress

Der sogenannte „principlism“ wurde von Tom L Beauchamp und James F Childress begründet. Er stellt sich dem Pluralismus an Theorien in der Philosophie und dem gesellschaftlichen Wertpluralismus (Marckmann 2015 S.10). Beauchamp und Childress schlagen den Verzicht auf fundamental-ethische Prinzipien als Begründung der biomedizinischen Ethik vor (Hick 2007b S.315f, Marckmann 2015 S.10). Als Grundlage für die ethische Argumentation ziehen sie vier Prinzipien mittlerer Reichweite heran, die lediglich eine Orientierung geben sollen (Hick 2007b S.315f). Die Prinzipien mittlerer Reichweite sind „respect for autonomy“ (Respekt vor der Selbstbestimmung), „non-maleficence“ (Nicht-Schaden-Prinzip), „beneficence“ (Fürsorge-Prinzip) und „justice“ (Gerechtigkeit). Die vier Prinzipien sind aus der medizinischen Tradition und der allgemeinen Moralität abgeleitet (Hick 2007b S.316).

Mit dem Prinzip des Wohltuns geht die Verpflichtung einher, solche Handlungen durchzuführen, die das Wohlergehen anderer Menschen befördern, Gefahren abwehren und erlittene Schäden kompensieren (Rauprich 2016 S.117, Marckmann 2015 S.11). Nach dem Prinzip des Wohltuns müssen außerdem Chancen, Risiken, Vor- und Nachteile, Nutzen, Kosten, Wirkungen und Nebenwirkungen einer Handlung bedacht werden und in das ethische Urteil miteinbezogen werden, sodass letztlich die Handlungsoption gewählt wird, aus der das meiste Wohlergehen resultiert (Rauprich 2005 S.19).

Das Prinzip des Nichtschadens greift den hippokratischen Grundsatz des „primum nil nocere“ auf (Marckmann 2015 S.11). Daraus folgt das Verbot, Handlungen durchzuführen, welche körperlichen, seelischen oder geistigen Schaden für andere Menschen mit sich bringen (Rauprich 2016 S.117). Mit dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie wird gefordert, die Fähigkeit eines Menschen, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, anzuerkennen und zu fördern. Dies schließt das Verbot mit ein, selbstbestimmte Entscheidungen zu behindern oder zu übergehen, und das Gebot, Menschen in eine Lage zu bringen, in der sie autonom entscheiden können (Rauprich 2005 S.20). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird im „informed consent“, das heißt im Prinzip des informierten Einverständnisses mit den zentralen Elementen der Aufklärung und Einwilligung, praktisch umgesetzt (Marckmann 2015 S.11).

Aus dem Prinzip der Gerechtigkeit folgt, dass Mittel gleichmäßig verteilt werden und Chancengleichheit für alle Menschen gilt. Das Gerechtigkeitsprinzip beinhaltet verschiedene Aspekte, die Fragen des Gesundheitswesens betreffen (Rauprich 2005 S.21).

Die vier Prinzipien wurden von Beauchamp und Childress für den biomedizinischen Bereich entwickelt (Rauprich 2016 S.118). Sie bilden ein begriffliches Gerüst, das der Anreicherung durch Regeln und Unterprinzipien bedarf (Beauchamp u. Childress 2001 S.12, Rauprich 2005 S.21). Durch die Spezifizierung werden die Prinzipien für den Anwendungsbereich expliziert und mit „kontextspezifischem Gehalt“ ergänzt (Richardson 1990 S.295, Rauprich 2005 S.22). Die vier Prinzipien mittlerer Reichweite und die damit einhergehenden Spezifikationen sind „prima facie“ gültig, gelten also in gleichem Maße und sind solange als genuine Pflicht anzunehmen, bis es in einer bestimmten Entscheidungs- oder Handlungssituation zu einem Konflikt mit gleichwertigen oder vorrangigen Verpflichtungen kommt (Rauprich 2005 S.23f, Marckmann 2015 S.12).

Beauchamp und Childress führen medizinethische Fragestellungen und konkrete Fälle systematisch auf die Prima-facie-Konflikte zwischen mehreren Regeln und Prinzipien zurück. Um einen solchen Konflikt zu lösen, versuchen sie zum einen, durch eine weitere Spezifikation eine Abgrenzung zwischen den kollidierenden Normen und somit eine Auflösung des prima-facie erscheinenden Konflikts zu erreichen, und zum anderen die zu Diskussion stehende Normen gegeneinander abzuwägen (Rauprich 2005 S.23f). Nach Auffassung von Beauchamp und Childress ist die Spezifizierung als Vorgehen vor allem für die Entwicklung von Richtlinien von Bedeutung, während die Abwägung eher explizit für die Bewertung von Einzelfällen von besonderer Bedeutung ist, wenn auch weder die eine, noch die andere Vorgehensweise dazu geeignet ist, alle denkbaren Konflikte zu lösen (Beauchamp u. Childress 2001 S.18-22, Rauprich 2005 S.25).

Zur Rechtfertigung ihres Ansatzes berufen sich Beauchamp und Childress auf die „common morality“-Theorie und verbinden diese mit dem Konzept des Überlegungsgleichgewichts von Rawls (Rauprich 2016 S.122, Rauprich 2005 S.27). Rawls entwickelte einen Ansatz, wonach wohlerwogene moralische Urteile durch einen Prozess der Reflexion und Anpassung von Widersprüchen befreit und in einen „kohärenten Zusammenhang“ gebracht werden (Rawls 1999 S.42ff, 2001 S.29ff, Rauprich 2005 S.27). Demnach gibt es kein „singuläres nor-

matives Fundament der Moral“. Die moralischen Überzeugungen sollen mit der Überzeugungskraft gerechtfertigt werden, die aus der „Kohärenz und Plausibilität des Überzeugungssystems im Ganzen“ folgt (Rauprich 2016 S.122). Die Rechtfertigung dieser Urteile und Überzeugungen ergibt sich dabei durch ihre Stimmigkeit und Plausibilität Im Gesamtzusammenhang eines Überlegungsgleichgewichts. Das Vorgehen ist dialektisch, also weder rein deduktiv –top-down– noch rein induktiv – bottom-up.

Wichtig sind dabei die selbstkritische Beachtung von möglichen Eigeninteressen oder Vorurteilen einer Person, wodurch sich diese auf wohlerwogene Urteile beschränkt, und die Kohärenz, das heißt die Korrektur von Widersprüchlichkeiten (Rauprich 2005 S.27). Die „common morality“ stellt einen Kern universell geltender Normen, also den Kern der Moral einer Person oder einer Gesellschaft, dar und beinhaltet „abstrakte Standards“, die in der Praxis erst nach erfolgter Spezifizierung und Interpretation angewandt werden können (Rauprich 2005 S.28). Die vier Prinzipien „respect for autonomy“, „non-maleficence“, „beneficence“ und „justice“ sind Bestandteile der „common morality“ und somit unmittelbar gerechtfertigt (Rauprich 2005 S.29).

#### 4.1.1.2. Prinzipienethische Betrachtung des Ulmer Falls

Das Prinzip Selbstbestimmung ist beim Ulmer Fall erfüllt, sofern man annimmt, dass der Patient K.A. seinen Tod freiwillig und bei vollem geistigen Bewusstsein, frei von Zwang oder fremder Einflussnahme bei Ausschluss psychischer Erkrankungen gewollt hat. Dann entspricht die Erhöhung der Morphindosis dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Die Erhöhung der Morphindosis entspricht außerdem dem Prinzip des Nutzens, da der Patient unter akuter Atemnot litt. Die Erhöhung der Morphindosis wirkte der Atemnot und somit dem Leiden des Patienten entgegen.

Das Prinzip des Nichtschadens ist beim Ulmer Fall nicht erfüllt, wenn man die Tötung als solche als für den Patienten prinzipiell schlechte Handlung einordnet. Jedoch muss der To-deshintergrund berücksichtigt werden. Die Leiden und Schmerzen bedeuten ebenfalls Schaden für den Patienten. Letztlich ist hier also die Abwägung von verschiedenen schädlichen Einflüssen entscheidend, die nur schwer objektiv erfolgen kann. Objektiv betrachtet

erscheint die Tötung an sich als schwerer Verstoß gegen das Prinzip des Nichtschadens, jedoch kann die Abwägung subjektiv durch den Patienten anders ausfallen.

Das Gerechtigkeitsprinzip kann man insofern als erfüllt betrachten, als das „sinnlose“ Verbrauchen von Ressourcen durch den vorzeitigen Tod des Patienten vermieden wurde. Dies ist der Fall, wenn man davon ausgeht, dass der natürliche Tod des Patienten unmittelbar bevorstand und unausweichlich war.

#### 4.1.1.3. Deontologische Ethiken

Deontologische Ethiken gehen der Frage nach, ob eine Handlung den moralischen Pflichten entspricht (griech. deon = Pflicht) (Marckmann 2015 S.5). Deontologische Theorien gehen davon aus, dass die Richtigkeit von Handlungen nicht von ihren Konsequenzen abhängt (Birnbacher 2013 S.116, Ricken 1998 S.216, Schroth 2009 S.58), sondern von dem beabsichtigten Willen: „Es ist überall nichts in der Welt, ja überhaupt auch außer derselben zu denken möglich, was ohne Einschränkung für gut könnte gehalten werden, als allein ein *guter Wille*“ (Kant zit. n. Weischedel 1977 S.18). In diesem Sinne werden deontologische Theorien als nicht-konsequenzialistisch definiert (Schroth 2009 S.58). In der heutigen Klassifikation ist damit sowohl gemeint, dass es aus deontologischer Sicht Handlungen gibt, deren Richtigkeit überhaupt nicht von ihren Konsequenzen abhängt, als auch, dass es Handlungen gibt, deren Richtigkeit nicht nur, aber auch von ihren Konsequenzen herrührt (Schroth 2009 S.58f). Die moralische Beurteilung einer Handlung hängt dabei auch davon ab, wie die Handlung beschrieben werden kann. Es können mehrere relevante Handlungsbeschreibungen vorliegen, die alle Berücksichtigung finden müssen (Schroth 2009 S.71).

##### 4.1.1.3.1. Der Rationalismus

Die Vernunft ist Grundprinzip einer rationalistischen Ethik. Demnach ist eine Handlung dann gut, wenn der Grund, warum so gehandelt wurde, allgemeines Gesetz werden könnte (Hick 2007b S.289). Nach Immanuel Kant ist der Mensch als Vernunftwesen zur freien Willensentscheidung befähigt. Der Ursprung der Moral liegt in der Freiheit des Menschen begründet – in der Autonomie des Willens und der Fähigkeit, autonom nach selbst auferlegten Gesetzen zu handeln (Marckmann 2015 S.6). So suchte Kant ein oberstes Moralprinzip,

das frei von konkreten Handlungsbedingungen und Handlungsfolgen ist, und formulierte den kategorischen Imperativ (Marckmann 2015 S.6).

„Imperative“ stellen in der Ethik Kants keine Befehle dar, sondern können auch „weiche“ Aufforderungen wie Empfehlungen oder Ratschläge sein. Die „zu Recht bestehenden moralischen Imperative“ gibt es aus Vernunftgründen und können durch den Einzelnen mit Hilfe der Vernunft als berechtigt verstanden werden (Birnbacher 2007 S.137). „Kategorisch“ bedeutet, dass der Imperativ nur der Vernunft verpflichtet ist – unabhängig von individuellen Wünschen oder Überlegungen (Hick 2007b S.290). Nach Birnbacher (2007 S.137) neigt Kant dazu, kategorische Imperative als unbedingte Forderungen aufzufassen, die vor anderen Forderungen eine vorrangige Stellung einnehmen. Wenn von *dem* kategorischen Imperativ Kants die Rede ist, ist das von Kant postulierte allgemeine Prinzip gemeint, dem alle moralisch rechtens erhobene Forderungen genügen müssen und aus dem sich alle moralischen Imperative ableiten lassen. Der kategorische Imperativ ist in diesem Sinne ein Art Testverfahren zur Klärung der Frage, was moralisch erlaubt ist (Birnbacher 2007 S.139). Er ist nicht als inhaltliche Maxime zu verstehen, sondern vielmehr als Prüfverfahren für die moralische Beurteilung beziehungsweise Zulässigkeit von Maximen (Marckmann 2015 S.7). Er geht der Frage nach, was „erlaubt“ ist (Birnbacher 2007 S.139). Innerhalb des Erlaubten besteht Raum für Ermessensentscheidungen (Birnbacher 2007 S.139).

Dem kategorischen Imperativ folgend ist das vernünftige Wesen frei von äußeren Einflüssen, also autonom, wobei es sich seine eigenen Gesetze gibt und dabei idealerweise mit den vernünftigen Maximen aller übrigen vernünftigen Wesen – im Sinne der Allgemeingültigkeit – übereinstimmt (Hick 2007b S.290). Entsprechend ist der Mensch sowohl frei von Fremdbestimmung durch Andere als auch von Fremdbestimmung durch die eigenen Gefühle oder Neigungen (Hick 2007b S.290f). Als vernünftiges Wesen kann der Mensch nicht anders, als aus Gründen der Selbstachtung auch den anderen Menschen Würde zuzugestehen und so in wechselseitiger Anerkennung mit ihnen zu leben (Marckmann 2015 S.7).

Der kategorische Imperativ besteht in zwei Formulierungen. Der kategorische Imperativ beschreibt die Selbstverpflichtung der Vernunft. Kant formuliert dies wie folgt (Hick 2007b S.290): „Handle so, als ob die Maxime deiner Handlung durch deinen Willen zum allgemeinen Naturgesetze werden sollte.“ (Kant 1785 S.51)

Eine andere Formulierung des kategorischen Imperativ basiert auf der Natur des vernunftbegabten Menschen (Hick 2007b S.290): „Handle, so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person jedes andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“ (Kant 1785 S.61)

Der Mensch hat in diesem Sinne an sich einen Wert, ist also ein „Zweck an sich selbst“, unabhängig davon, dass sich das menschliche Leben auch als Mittel für unterschiedliche Zwecke einsetzen lässt (Hick 2007b S.290). Kant wendet sich mit dieser Variante des kategorischen Imperativs gegen die missbräuchliche Instrumentalisierung von Menschen (Marckmann 2015 S.7).

Der kategorische Imperativ sieht sich jedoch auch der Kritik ausgesetzt. Das Problem der ersten Formulierung des kategorischen Imperativs wird in dem Umstand gesehen, dass bestimmte eingeschränkte Handlungsmaxime auch gültige Gesetze darstellen können ohne einen Widerspruch innerhalb der Vernunft. Beispielsweise kann es eingeschränkte Tötungsmaxime, z.B. für die Situation eines Schwangerschaftsabbruchs geben. Kant scheint bei der negativen ethischen Bewertung der Tötung auf ein „Naturgesetz“ der Lebenserhaltung zurückgreifen zu müssen, womit sich die gleichen Schwierigkeiten wie bei anderen naturalistischen Ethiken ergeben (Hick 2007b S.293).

Ferner können Probleme bei der praktischen Umsetzung der rationalistischen Ethik Kants bestehen. Es können im Zuge einer Handlungssituation widersprechende Verpflichtungen für den Handelnden auftreten, denen der kategorische Imperativ als absolutes Gebot nicht gerecht werden kann. Die Umstände und der Kontext des Einzelfalls werden durch den formalen Charakter des kategorischen Imperativs vernachlässigt (Hick 2007b S.293). So ist eine Tötung immer verboten, auch wenn dadurch Leid vermieden wird (Hick 2007b S.293f). Ebenso bleiben beim Schwangerschaftsabbruch wichtige entscheidungsrelevante Aspekte – wie die zukünftige Lebensqualität des Kindes oder der gesellschaftliche Kontext – unberücksichtigt (Hick 2007b S.294). Hinzu kommt, dass der rationalistischen Ethik Kants ein abstraktes Menschenbild zugrunde liegt, bei dem Gefühle und Neigungen für die Frage nach dem „moralisch Guten“ keine Rolle spielen. Fraglich ist dabei, wie der Mensch sein Handeln allein an Kriterien der Vernunft ausrichten kann und ob er dies sollte (Hick 2007b S.294).

#### 4.1.1.4. Deontologische Betrachtung des Ulmer Falls

Auf den Ulmer Fall angewendet ergibt sich der Wille zu helfen und die Konsequenz besteht im Tod des Patienten. Die Konsequenz spielt in der deontologischen Ethik nicht die entscheidende Rolle, sondern der Wille und die Motivation, die zur Tötungshandlung führte. Daher geht die ethische Betrachtungsweise beim deontologischen Standpunkt der Frage nach, welche Motive und welcher Wille bei den Handelnden bestand. Im Zuge des Ulmer Falls muss man sich also der Frage stellen, was die Motive und der Wille von Ehefrau und Sohn des Patienten waren. Die Quellen sprechen dafür, dass die Leidvermeidung Motiv für die Erhöhung der Morphindosis war und somit der Wille von Ehefrau und Sohn zu helfen bestand, was nach deontologischer Betrachtungsweise zu der Folgerung führt, dass die Handlung richtig war.

#### 4.1.1.5. Konsequentialistische Ethiken

Der Konsequentialismus umschreibt eine Gruppe ethischer Theorien, bei welcher die Konsequenzen einer Handlung maßgeblich für deren moralischen Beurteilung sind (Marckmann 2015 S.7). Bei konsequentialistischen Ethiken wird eine Handlung ausschließlich von der moralischen Qualität ihrer Folgen her beurteilt (Marckmann 2015 S.5). Welche Folgen Handlungen haben, lässt sich unabhängig von den Beschreibungen dieser Handlungen feststellen. Somit sind die Handlungsbeschreibungen für den Konsequentialismus irrelevant (Schroth 2009 S.71). An einer Ethik, bei welcher nur die Folgen einer Handlung für die moralische Bewertung relevant sind, kann kritisiert werden, dass der Weg, auf welchem die Konsequenzen erreicht werden, also welche Mittel zum Ziel führen, unerheblich ist. So wären auch Mittel, die eine Menschenrechtsverletzung darstellen, moralisch gerechtfertigt, solange die positiven Folgen überwiegen (Hick 2007b S.288).

##### 4.1.1.5.1. Der Utilitarismus

Der Utilitarismus orientiert sich an der Grundnorm „Nutzen“. Demnach ist eine Handlung gut, wenn sie den größten Nutzen mit sich bringt (Hick 2007b S.285) und das Wohlergehen der Menschen, die von der Handlung betroffen sind, insgesamt maximiert (Marckmann

2015 S.7). Die Universelle Glücksmaximierung als einer der vier Grundpfeiler der utilitaristischen Theorie besagt, dass die Empfindung von Freude, Lust oder Befriedigung und die Erfüllung der individuellen Präferenzen für das Lebewesen ein an sich wertvolles Gut darstellt, das der Utilitarist maximieren möchte mit dem Ziel, die Gesamtsumme des Glücks in der Welt so groß wie möglich werden zu lassen (Gesang 2016 S.152). Die Größe des erzielten Glückszustands dient dabei als Maß für die moralische Qualität einer Handlung (Gesang 2016 S.153). Maßgeblich ist die Summe des individuellen Wohlergehens aller betroffenen Menschen (Aggregationsprinzip) (Marckmann 2015 S.7), wobei insbesondere von den klassischen Utilitaristen die These vertreten wird, dass Nutzen zwischen Personen vergleichbar, messbar und aggregierbar ist (Gesang 2016 S.154). Der Utilitarist geht von der Annahme aus, dass es nur ein wertvolles Gut gibt, wobei andere Güter stets in das Gut „Glück“ umgerechnet werden können, und vertritt so die Auffassung eines Wertemonismus (Gesang 2016 S.153). Ein logischer Pfeiler stellt der Konsequenzialismus dar, wonach sich die moralische Beurteilung einer Handlung aus ihren Folgen bezüglich der Glücksmaximierung ergibt (Gesang 2016 S.154, Marckmann 2015 S.7).

Eine moderne Form des Utilitarismus stellt der Präferenzutilitarismus dar, der unter anderem von Peter Singer vertreten wird. Beim Präferenzutilitarismus steht die Befriedigung von Interessen der Betroffenen im Vordergrund. Der Nutzen einer Handlung ist besonders groß, wenn besonders viele Interessen bzw. Präferenzen der von der Handlung betroffenen Menschen befriedigt werden. Ethisch gut sind demnach Handlungen, bei denen möglichst die Interessen aller Betroffenen berücksichtigt werden, wobei von Vertretern des Präferenzutilitarismus häufig betont wird, dass es um die Erfüllung wohlüberlegter Präferenzen und Wünsche geht (Hick 2007b S.286).

Der Utilitarismus sieht sich diversen Kritikpunkten ausgesetzt. Dem Utilitarismus zufolge müsste der Mensch im Zuge seines Handelns darauf achten, die Interessen aller seiner Mitmenschen in gleicher Weise zu berücksichtigen, da es aus utilitaristischer Sicht moralisch geboten ist, immer die Handlungsweise mit den bestmöglichen Folgen für die größte Zahl von Betroffenen zu wählen. Dies dürfte jedoch eine unrealistische Überforderung des Einzelnen darstellen (Hick 2007b S.288). Ferner steht das Prinzip, den Nutzen einer größeren Gruppe zu betrachten, im Widerspruch zur moralischen Überzeugung vom Wert des Individuums, welcher nicht gegenüber den Interessen anderer Menschen verrechnet werden

darf. So wird das Individuum für den Gesamtnutzen geopfert (Hick 2007b S.289). Die Nutzenverteilung und somit die Nutzengerechtigkeit – ein wesentlicher Aspekt der Moral – werden vernachlässigt (Marckmann 2015 S.8). Außerdem ist eine Bestimmung des Gesamtnutzens für eine Gruppe von Menschen nach dem Kriterium des Präferenzutilitarismus nicht möglich, da die Interessen verschiedener Individuen in der Regel nicht vergleichbar sind und somit fraglich ist, wie die Interessen eines Einzelnen mit den Interessen der anderen Individuen verrechnet werden sollen (Hick 2007b S.289). Die inhaltliche Bestimmung des Nutzens stellt ein Hauptproblem des Utilitarismus dar (Marckmann 2015 S.8).

#### 4.1.1.6. Konsequentialistische Betrachtung des Ulmer Falls

Dem Konsequentialismus geht es um den „maximalen Nutzen für die maximale Anzahl“. Im untersuchten Fall kann der Konsequentialismus den Konflikt nicht lösen. Denn was für die Familie und den Patienten subjektiv gut ist, das ist für die Station und den Arzt eine Belastung.

#### 4.1.1.7. Tugendethik

Die Tugendethik geht der Frage nach, ob die Einstellungen, Haltungen und Dispositionen des Handelnden moralisch angemessen sind und stellt so den Charakter des Handelnden in den Mittelpunkt (Marckmann 2015 S.5). Ihren Ursprung hat die Tugendethik in den Ansätzen von Sokrates und seines Schülers Platon sowie dessen Schüler Aristoteles. Im Kern vertritt die Tugendethik die Auffassung, dass die bewusste Formung des Charakters von Personen in Hinblick auf Herausforderungen für die Handlungsorientierung entscheidend ist. Die neuen Konzepte der Tugendethik in der Medizinethik distanzieren sich von der alleinigen Orientierung an strikten Regeln und Pflichten, die die Komplexität und Variabilität der Handlungssituation unzureichend berücksichtigen und die Persönlichkeit des Handelnden außenvorlassen (Marckmann 2015 S.8). Demnach sei eine sittliche Grundhaltung besser geeignet, um den von Situation zu Situation wechselnden Anforderungen im klinischen Alltag gerecht zu werden. So entwickelten unter anderem Pellegrino und Thomasma (1993) eine ärztliche Tugendlehre, wonach der tugendhafte Arzt gewohnheitsmäßig zum Patientenwohl handeln kann (Marckmann 2015 S.9).

An der Tugendethik wird kritisiert, dass ihr verallgemeinerbare Kriterien für die moralische Beurteilung von Handlungen in konkreten Konfliktfällen fehlen (Marckmann 2015 S.9).

#### 4.1.1.8. Tugendethische Betrachtung des Ulmer Falls

Im Ulmer Fall kommt die Tugendethik zu folgender Einschätzung: Die Tapferkeit ist erfüllt, da die Erhöhung der Morphindosis den Mut zu handeln erforderte.

Das Gebot der Besonnenheit ist nicht gegeben, da das Vorgehen zuvor nicht mit der Station besprochen wurde. Die Handlung war unbesonnen, da die konkrete Auseinandersetzung und entsprechende Kommunikation mit Patient, Pflegenden und Arzt im Vorfeld ausblieb.

Weise zu handeln würde bedeuten, das Notwendige zu tun. Die Erhöhung der Morphindosis könnte man dann als notwendig einstufen, wenn es keine andere Handlungsoption gibt, um das akute Leiden des Patienten zu beenden.

Die Gerechtigkeit kann als erfüllt angesehen werden, wenn man davon ausgeht, dass die Erhöhung der Morphindosis dem Patienten gerecht wurde.

#### 4.1.2. Diskussion der Argumentationsmuster im Diskurs um die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe

##### 4.1.2.1. Begründungsstrategien im Zuge der Contra-Argumentation

Bei der Contra-Argumentation im untersuchten Konflikt um die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe standen folgenorientierte Begründungsstrategien im Vordergrund. Vielfach wurde auf eine rechtliche Regelung und praktische Aspekte hin argumentiert. Es zeigten sich jedoch durchaus auch prinzipienorientierte Begründungsstrategien.

Die „Schiefe-Bahn“-Argumente wurden am häufigsten als Contra-Argument angeführt. Diesen Argumenten liegt eine folgenorientierte Begründungsstrategie zugrunde – zielen sie doch auf die Konsequenzen einer Zulassung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe ab. Im Zuge einer solchen Argumentation wird typischerweise auf die negativen Konsequenzen aufmerksam gemacht und eine mögliche Ereigniskette vorausgesagt, die durch die Zulassung der Tötung auf Verlangen beziehungsweise Suizidbeihilfe „losgetreten“ wird. Die Argumentation richtet sich in der Regel gegen eine rechtliche Zulassung und diskutiert politische Regelungen. Die Diskutanten bedienen sich teilweise empirischer Ergebnisse zur Stützung ihrer Ansichten und Begründungen. Mitunter dient der Vergleich mit den Verbrechen im Nationalsozialismus – die sogenannte „Nazi-Analogie“ – zur Untermauerung der befürchteten Ereigniskette. Neben dem folgenorientierten Ansatz zeigte sich in der Argumentation mit den „Schiefe-Ebene“-Argumenten auch der Rückgriff auf das Prinzip „Autonomie“ – also ein prinzipienorientierter Ansatz. Wenn argumentiert wird, dass die Gefahr eines nur scheinbar selbstbestimmten Willens des Betroffenen besteht und Fremdbestimmung durch das Kriterium der „Nachvollziehbarkeit“ denkbar ist, wird darauf abgezielt, dass die Tötung auf Verlangen beziehungsweise die Suizidbeihilfe im Widerspruch zum „Autonomie“-Prinzip stehen.

Die „Autonomie“ stellt ein ethisches Prinzip dar, das sowohl in der Contra- als auch in der Pro-Argumentation angeführt wird. In der Begründungsstrategie der Sterbehilfekritiker können verschiedene Argumentationsmuster aufgedeckt werden. Zum einen wird die Herbeiführung des Todes als prinzipieller Widerspruch zum „Autonomieprinzip“ gesehen, wobei das Prinzip „Würde“ und das Natürlichkeitsargument Erwähnung finden. Autonomie

wird mit Lebenswillen gleichgesetzt. Zum anderen wird angezweifelt, dass die Voraussetzung erfüllt wird, der Wunsch nach Sterbehilfe sei autonom, da davon ausgegangen wird, dass der Betroffene von seinen Pflegenden abhängig ist und sich in einer schwierigen psychischen Situation befindet – wenn nicht gar psychisch erkrankt ist. Diese Auffassung wird teils mittels empirischer Ergebnisse untermauert. Aus der Annahme, dass eine der Voraussetzungen, welche für die Zulassung der Tötung auf Verlangen festgelegt wurden, nicht erfüllt werden kann, wird gefolgert, dass die Rechtfertigung dafür entfällt, dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen nachzukommen. Im Zuge des „Autonomie“-Arguments wird auch folgenorientiert gewarnt. So wird als Konsequenz einer Legalisierung die Gefährdung der individuellen Autonomie durch Ausübung sozialen Zwangs oder durch den Aspekt der „Last der Pflege“ befürchtet. Mitunter wird die Ereigniskette, dass aus dem Recht auf Sterbehilfe die Pflicht zur Sterbehilfe folgt, vorausgesagt. Die Diskutanten stellen diese folgenorientierte Begründung des „Autonomiearguments“ in den Kontext des Beziehungsgeflechts eines Einzelnen und seiner Mitmenschen.

Auch im Zuge der Contra-Argumentation mit den gesellschaftlichen Gründen zeigen sich verstärkt folgenorientierte Begründungsstrategien. Es werden negative gesellschaftliche Konsequenzen befürchtet und das Bild einer „guten Gesellschaft“ als Ziel vor Augen geführt. Mit der Befürchtung negativer gesellschaftlicher Entwicklungen – wie der Diskriminierung kranker Menschen, Entsolidarisierung oder Druckausübung auf Kranke – wird konsequenzialistisch die Contra-Haltung begründet. Mit dem Aspekt der Diskriminierung gehen den Kritikern zufolge Vorstellungen von „Menschenwürde“ und „Lebensqualität“ einher. Im Zuge dessen wird die Beeinträchtigung der Menschenwürde befürchtet. Hier zeigt sich also auch ein deontologischer Aspekt.

Die Rolle des Arztes bei einer möglichen Praxis der Suizidbeihilfe oder auch der Tötung auf Verlangen stellt einen weiteren Angelpunkt im Diskurs dar. Es wird dabei auf Prinzipienebene argumentiert, wenn in der Suizidbeihilfe beziehungsweise Tötung auf Verlangen ein Widerspruch zum ärztlichen Ethos gesehen wird. Teils erfolgt hier ein Rückgriff auf das Prinzip „nil nocere“, die „Menschenwürde“ und das „Patientenwohl“ – „salus aegroti suprema lex“. Ebenso stellt das „Autonomie“-Prinzip eine Teilbegründung in diesem Zusammenhang dar. Es wird auf den Schutz des Selbstbestimmungsrechts verwiesen und ein Widerspruch zu den hohen Zielen der Medizin mit der Zulassung der Sterbehilfe gesehen. Andererseits wird auch auf die unabsehbaren Folgen einer möglichen Praxis für das ärztliche Ethos und

die mögliche Gefährdung der ärztlichen Rolle hingewiesen und somit folgenorientiert argumentiert. Im Zuge der Arzt-Patienten-Beziehung stehen die Folgen einer möglichen Praxis im Vordergrund, wenn dieses Verhältnis im Zuge einer Zulassung der Suizidbeihilfe beziehungsweise Tötung auf Verlangen beeinträchtigt wird.

Eine weitere folgenorientierte Begründungsstrategie ist gegeben, wenn sich die Diskutanten auf die aus der Zulassung der Sterbehilfe möglicherweise folgende „gelenkte Sterblichkeit“ als „kostengünstiges Mittel“ berufen. Ebenso wird das Aufkommen neuer Unsicherheiten – wie die Suizidbeihilfe bei Kindern oder psychisch Erkrankten – und damit eine Verschiebung der rechtlichen Grauzone als folgenorientierte Begründung gegen die Legalisierung solcher Praktiken angeführt. Die Kritiker zielen auch auf die negativen Folgen einer Legalisierung ab, wenn sie ihre Befürchtung äußern, dass der Einzelne durch eine Legalisierung eher dazu geneigt sei, seine Suizidpläne in die Tat umzusetzen.

Tötungsverbot und Fürsorgepflichten sind Begründungsstrategien, die auf einem prinzipienorientierten Ansatz fußen. Hier dienen die Prinzipien direkt der normativen Begründung einer Handlung als moralisch falsch. Die Legitimität dieses Vorgehens wird im Zuge des Tötungsverbots mit der festen Verwurzelung dessen in der abendländischen wie auch ärztlichen Kultur begründet. Mit der Grundnorm „Fürsorgepflicht“ wird dahingehend argumentiert, dass die Sterbehilfe eine Vernachlässigung dieser Fürsorgepflicht bedeutet. Ebenso stellt der uneingeschränkte Lebensschutz eine Grundnorm dar, der sich die Kritiker bedienen. Im Zuge dessen ist von der „Unantastbarkeit“ oder auch der „Heiligkeit“ des Lebens die Rede. Dabei berufen sich die Kritiker auf die moralische Intuition, aus der sich diese Grundnorm ableitet, wobei von einem bestimmten Menschenbild ausgegangen wird. Teils setzen hier schöpfungstheoretische Auffassungen des Lebens als „Geschenk Gottes“ in der Tradition einer theologischen Begründung an. Es zeigen sich aber auch Überschneidungen mit dem „Würde“-Prinzip, wenn das Leben als absoluter Wert diskutiert wird. Die „Menschenwürde“ wird in der Argumentation dabei als Grundnorm festgelegt, aus der sich ableitet, dass das Leben einen absoluten Wert hat und man seine Würde dementsprechend nicht verlieren kann. Einen würdelosen Zustand – auch als Sterbender – gibt es also nicht. Daneben wird das Prinzip „Würde“ aber auch so angewandt, dass aus ihm folgt, dass eine Einteilung in akzeptable und inakzeptable Einschränkungen bei Patienten diskriminierend ist, weil sie eine Missachtung der Würde darstellt. Das Natürlichkeitsargument zeigt ebenfalls eine prinzipienorientierte Argumentationsstruktur. Die Grundnorm „Natürlichkeit“ –

wie auch im Naturalismus – wird auf die Handlungssituation der Sterbehilfe angewandt. Es wird die „Natürlichkeit des Todes“ propagiert, die im Widerspruch zur Handlungsintention der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe steht. Unterstützt wird diese These durch die Theorie eines „guten Sterbens“, wonach ein gutes Sterben nur durch die Anerkennung des natürlichen Todeszeitpunkts möglich ist.

Die Rolle des Staates wird in den Blick genommen, wenn argumentiert wird, dass es kein Anspruchsrecht auf Sterbehilfe und keine Verpflichtung einer Gesellschaft oder eines Staates zur Ermöglichung dieses Rechts gebe. Es zeigt sich eine abwägende Position, wenn die Handlungsfreiheit des Einzelnen der Gefährdung des Wohlergehens Vieler gegenübergestellt wird. In der Contra-Position wird dabei zugunsten des Allgemeinwohls entschieden. Dieser Ansatz kann durch die Anwendung des Prinzips „Lebensschutz“ – also um einen fundamental-ethischen Ansatz – ergänzt werden, wenn im Zuge der genannten Abwägung der Lebensschutz in die Argumentation einfließt. Das fundamental-ethische Prinzip „Leben“ hat danach einen höheren Rang als das „Autonomie“-Prinzip der mittleren Ebene.

Im Diskurs werden aber auch Aspekte, die die Sicht des Einzelnen betonen, angeführt. So sei der Betroffene verletzlich und abhängig von anderen Personen, sodass seine individuelle besondere Lebenssituation letztlich dazu führe, dass ärztliche Hilfe und eine solidarische Haltung der Mitmenschen wichtig sind.

Neben folgen- und prinzipienorientierten Ansätzen zur normativen Beurteilung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe zeigen sich auch Argumentationslinien, die auf die medizinische Umsetzung und andere Aspekte einer möglichen Praxis abzielen. Hierbei wird in den Blick genommen, welche Probleme im Falle einer Zulassung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe in der Praxis aufkommen. Diese Probleme und Schwierigkeiten dienen dann argumentativ zur Untermauerung der Contra-Position. Mitunter wird bezweifelt, dass die Umsetzung in eine rechtliche Regelung möglich ist, da die Kriterien für das „Ausmaß“ an Leid zu unpräzise sind und die Authentizität des Wunsches nach dem Tod schwierig festzustellen ist und somit immer Unsicherheiten bestünden. Teils wird behauptet, dass kein vorrangiger Bedarf bei terminal erkrankten Patienten besteht, da vielmehr das Motiv des „Sich-Verlassen-Fühlens“ ausschlaggebend sei. Diese Argumentation wird teilweise auch statistisch untermauert. Eine Legalisierung ist demnach unnötig, weil Alternativen zur Sterbehilfe bestehen. Wenn die Kritiker bemängeln, dass eine unzureichende Behandlung und

Betreuung der Patienten vorherrscht und der Diskurs eine andere Richtung einschlagen müsse, zeigen sich diskurskritische Momente. Solche Argumentationslinien zielen weniger zwingend auf eine ethische Beurteilung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe ab, sondern nehmen vielmehr eine realisierbare Praxis und rechtliche Regelung in den Blick.

#### 4.1.2.2. Begründungsstrategien im Zuge der Pro-Argumentation

Die Pro-Position weist im Vergleich zur Contra-Position viele Argumentationsmuster auf, die durch eine an den Prinzipien der mittleren Ebene orientierte Vorgehensweise gekennzeichnet sind. Im Gegensatz zur Contra-Position stehen folgenorientierte Überlegungen im Hintergrund.

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen beziehungsweise Suizidbeihilfe argumentieren mit dem „Autonomie“-Argument auf Prinzipienebene, wobei sich argumentativ Überschneidungen mit dem Prinzip „Menschenwürde“ zeigen: Demnach rechtfertigt das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht, über den eigenen Tod verfügen zu dürfen. Das Selbstbestimmungsrecht wird als grundlegender Inhalt der Menschenwürde verstanden. Das Prinzip „Autonomie“ rechtfertigt die Handlungsweisen anderer Person, die dadurch zur Erfüllung des Prinzips beitragen. Dies kann so interpretiert werden, dass das „Autonomie“-Prinzip oberste Präferenz hat, sodass Aspekte des Gemeinwohls hinter die Interessen der betroffenen Person treten: Die Mitmenschen haben dem Betroffenen idealerweise bei der Umsetzung seines Selbstbestimmungsrechts in autonome Handlungen zu unterstützen.

Während bei den Sterbehilfegegnern der Lebensschutz als grundlegendes existentielles Interesse des Menschen festgelegt wird, verstehen die Befürworter den „autonomen“ Tod als existentielles menschliches Interesse. Ebenso werden selbstbestimmtes Urteilen und Handeln als existentiell beurteilt, da sie zentrale menschliche Fähigkeiten darstellen. Im Zuge der Suizidbeihilfe wird die Achtung des Selbstbestimmungsrechts durch das zusätzliche Prinzip „Patientenwohl“ unterstützt.

Im Diskurs wird die Autonomie nicht nur als Angelegenheit des Einzelnen diskutiert, sondern mitunter auch im Lichte von Gesellschaft und modernem Staat. Ein Verbot der Sterbehilfe stelle einen unzulässigen Paternalismus dar, da der Staat und die Gesellschaft gegenüber den individuellen Vorstellungen vom guten Tod neutral zu sein hätten. Die Rolle

des Staates und der Gesellschaft werden bei der Interpretation des Autonomiebegriffs so verstanden, dass diese Rolle darin zu bestehen habe, dem Einzelnen keine Moralvorstellungen aufzudrängen, sondern vielmehr eine neutrale Position einzunehmen. Begründet wird diese These durch die Pluralität der Gesellschaft, die eine Pluralität an Ethik nach sich zieht. Daher ist kein gesellschaftlicher moralischer Konsens vorhanden, sodass strittige Urteile dem Individuum überlassen werden sollten. Dieses Argumentationsmuster unterstreicht letztlich das Prinzip „Autonomie“ als oberste Grundnorm und entscheidendes Gebot für die ethische Urteilsbildung.

In ähnlicher Weise wird mit der „Menschenwürde“ argumentiert. Aus dem Prinzip „Menschenwürde“ folge ein Recht auf ein „menschenwürdiges Sterben“. Auch hier zeigen sich Überschneidungen mit dem „Autonomie“-Prinzip.

Auch im Zuge des „Mitleidsarguments“ zeigt sich eine prinzipienorientierte Begründungsstrategie. Fürsorgeprinzip und eine Haltung der Barmherzigkeit werden als orientierende Normen vorgeschlagen, mit denen für die Sterbehilfe argumentiert wird. Mit dem Fürsorgeprinzip wird auch dahingehend argumentiert, dass dieses die Suizidbeihilfe in Notsituationen moralisch rechtfertigt. Ebenso stelle die ärztliche Hilfe in Notsituationen ein ethisches Gebot dar, das Sterbehilfehandlungen moralisch rechtfertigen kann.

Mit dem Prinzip „Patientenwohl“ wird für die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe argumentiert, wenn solche Handlungen aufgrund der Leidvermeidung dem Wohl des Patienten entsprechen. Mitunter wird hier mit der Abwägung widerstreitender Interessen argumentiert: Wenn das Leidvermeidungsinteresse gegenüber dem Interesse am Weiterleben des Betroffenen überwiegt und keine Alternativen vorhanden sind, können den Diskutanten zufolge Tötungen auf Verlangen zulässig sein.

Sterbehilfehandlungen als Ultima ratio seien gerechtfertigt, wenn sie letztes Mittel in größter Not darstellen. Dann könnten sie durch das „Solidaritätsprinzip“ begründet werden, unabhängig davon, ob diese Handlungen intrinsisch gut sind. Hier wird die Legalisierung der Suizidbeihilfe oder der Tötung auf Verlangen in einem eng umschriebenen Bereich diskutiert. Die Rede ist in der Regel von schwer erkrankten Patienten mit nur noch kurzer Lebenserwartung, denen mit der Option der Sterbehilfe der „letzte Ausweg“ ermöglicht wird. Untermauert wird diese Argumentationslinie unter anderem mit den Grenzen der Palliativmedizin, welche „entwürdigende“, „untragbare“ Umstände für die Betroffenen

nicht beseitigen können, und den psychologischen Effekt, den eine Zulassung der Suizidbeihilfe beziehungsweise Tötung auf Verlangen mit sich bringen würde.

Die Befürworter von Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen begründen Ihre Position überdies mit der Irrelevanz der Tun-Unterlassens-Unterscheidung. Zwischen Tun und Unterlassen bestehe demnach kein moralischer relevanter Unterschied – weder wenn die Handlung von der Absicht her beurteilt wird, noch aus konsequenzialistischer Sicht, wenn die Handlung von ihren Folgen her beurteilt wird. Ebenso würden in beiden Fällen ähnliche Motive und Absichten bestehen. Diese Begründungsstrategie versucht im Vergleich mit einer bestehenden Praxis Gründe für die ethische Befürwortung der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen zu finden.

## 4.2. Die Tötung auf Verlangen bei terminal erkrankten Patienten und Einordnung des Ulmer Falls

### 4.2.1. Top-down – Von allgemeinen ethischen Annahmen zum Einzelfall

Die angewandte Ethik hat sich zur Aufgabe gemacht, aus den klassischen Moralprinzipien, die noch zu abstrakt für eine Entscheidung in konkreten medizinethischen Fragestellungen sind, solche Prinzipien zu entwickeln, die „[...] die handlungsleitende Funktion der Moral besser erfüllen.“ (Paulo 2016 S.29). Die deduktive Anwendung von Regeln auf konkrete Fälle und die intuitive Abwägung von Überlegungen sind kognitive Methoden, die üblicherweise als Modelle zur Lösung ethischer Problemsituationen herangezogen werden (Richardson 2005 S.253).

#### 4.2.1.1. Das „Standardmodell“ der Anwendung von Prinzipien auf den Einzelfall

Es besteht ein „Standardmodell“ der Anwendung von Prinzipien auf den Einzelfall. Bei diesem Standardmodell werden alle erforderlichen moralischen Informationen für die Ableitung des Urteils des jeweiligen Einzelfalls durch das Prinzip selbst bereitgestellt.

Um das Prinzip auf den Einzelfall anwenden zu können, sind lediglich das Prinzip und die relevanten „nichtmoralischen“ zusätzlichen Informationen – beispielsweise um was für eine Handlung es sich handelt – von Interesse. Die Prinzipien müssen gültige „Allsätze“ sein, die im Vordersatz nichtmoralische Eigenschaften und im Nachsatz entscheidungsrelevante moralische Eigenschaften nennen (Schmidt 2016 S.16). Die orientierende Rolle der Prinzipien wird nur dann richtig beschrieben und funktioniert nur dann, wenn die Prinzipien so umformuliert werden, dass sie tatsächlich ausnahmslos gelten (Schmidt 2016 S.17). Durch die Verfeinerung eines einfachen Prinzips werden idealerweise alle Ausnahmen des Prinzips beschrieben, sodass dieses Prinzip dann ausnahmslos gilt und so den Anforderungen des Standardmodells entspricht.

Das Problem besteht dabei in der Komplexität der so formulierten Prinzipien. Ferner dürften sich kaum alle Prinzipien in die vom Standardmodell geforderte Form bringen lassen (Schmidt 2016 S.18). Kritisiert wird außerdem, dass die Anwendung der Prinzipien durch das Standardmodell verkompliziert wird und zu „mechanisch“ ist (Schmidt 2016 S.18). Denn

wenn ein Prinzip auf eine bestimmte Situation angewandt wird, muss man nach dieser Einschätzung lediglich wissen, ob beziehungsweise inwiefern das Prinzip in dieser Situation erfüllt ist, da sich aus dem Prinzip selbst die moralische Bewertung der Situation ergibt (Schmidt 2016 S.18f).

#### 4.2.1.2. „Hybride“ Ansätze und das „Ross,sche Modell“

Größtenteils sind die Modelle, die diskutiert werden, jedoch „Hybride“, bei denen sowohl die Anwendung als auch die Abwägung Berücksichtigung finden (Richardson 2005 S.254). Sollen die Normen in einem deduktiven Vorgehen auf konkrete Fälle angewendet werden, um zu einem ethischen Urteil zu gelangen, müssten die Normen entweder anhand von Regeln hinreichend nach Prioritätsgraden geordnet sein, oder man ist gezwungen, auf eine intuitive Abwägung der sich widersprechenden Normen zurückzugreifen (Richardson 2005 S.259). Mit den hybriden Ansätzen wird dabei die These vertreten, dass auch wenn das deduktive Vorgehen der Anwendung auf konkrete ethische Konflikte nicht standhält, trotzdem Raum für dieses Vorgehen vorhanden ist. Dabei werden ethische Prinzipien so verstanden, dass sie einen Kernbereich haben, in welchem das deduktive Vorgehen problemlos angewendet werden kann, und einen Randbereich, in dem eine sichere Anwendung deduktiven Vorgehens nicht möglich ist, wobei das intuitive Urteilen eher zur Klärung der Bedeutung einzelner Normen dient (Richardson 2005 S.262f). Jedoch sollten Modelle in Betracht gezogen werden, die den auftretenden Normkonflikten Rechnung tragen. Das einflussreichste Modell ist der Ansatz der Prima-facie-Pflichten von Ross (Richardson 2005 S.263).

Zur Anwendung des „Ross´sche Modells“ muss der Prinzipienbegriff präzise formuliert sein (Schmidt 2016 S.19). Die Problematik der Formulierung wird durch die Einführung einer Normalitäts- beziehungsweise einer „ceteris paribus“-Klausel versucht beizukommen. So kann aus einem Prinzip die moralische Beurteilung einer Handlung direkt abgeleitet werden, wenn keine weiteren moralischen Faktoren existieren. Es besteht beispielsweise eine prima-facie-Pflicht, etwas nicht zu tun, das heißt, dass gegen diese Handlung ein gewichtiger moralischer Grund spricht, sodass die Handlung moralisch falsch ist, sofern der Grund nicht durch einen oder mehrere moralisch mindestens so gewichtige Gründe aufgewogen wird. Prima-facie-Prinzipien behaupten das Bestehen solcher Prima-facie-Pflichten und

sind ausnahmslos gültig. Im Unterscheid zu den Prinzipien des Standardmodells kann man jedoch aus den Prima-facie-Pflichten in der Regel nicht auf unmittelbar relevante moralische Urteile, sondern nur auf das Bestehen moralischer Gründe und Gesichtspunkte schließen. Um solche moralischen Urteile fällen zu können, muss man zusätzlich zu den Prima-facie-Prinzipien moralisch gehaltvolle Zusatzprämissen anwenden (Schmidt 2016 S.21).

Besteht ein Konflikt zwischen den Prima-facie-Pflichten, sind direkte Schlüsse nicht mehr möglich. Dann muss man eine zusätzliche, moralisch gehaltvolle Voraussetzung über das relative Gewicht der moralischen Gründe finden. Die Gewichtungsurteile sind „kontextrelativ“, sodass sie sich den ausnahmslos geltenden Prinzipien entziehen. Stehen Gewichtungsprinzipien zur Verfügung, ist es wie im Standardmodell möglich aus moralischen Prinzipien und den nichtmoralischen Zusatzprämissen entscheidungsrelevante Urteile abzuleiten. Die Urteilskraft stellt dabei die Fähigkeit dar, über die Gewichtungsverhältnisse der relevanten Prima-facie-Pflichten begründet zu urteilen (Schmidt 2016 S.22f). Die Ross'schen Prinzipien sind nicht handlungsleitend, da Zusatzinformationen zur Klärung der relativen Gewichtung der Prima-facie-Pflichten notwendig sind. Vielmehr zeigen die Ross'schen Prinzipien auf, dass diejenige Handlung moralisch richtig ist, für die die gewichtigeren Gründe sprechen, und sie benennen die Gesichtspunkte beziehungsweise Gründe, deren relatives Gewicht bedacht werden muss (Schmidt 2016 S.24).

#### 4.2.1.3. Spezifizierung und Abwägung

Richardson wirft die Frage auf, wie wir „[...] ausgehend von einem anfänglichen Satz ethischer Normen, konkrete ethische Probleme lösen [können]?“ (Richardson 2005 S.252). Nach Paulo (2016 S.30) sind die Prinzipien von Beauchamp und Childress konkreter als beispielsweise der kategorische Imperativ, jedoch immer noch zu abstrakt, um daraus Entscheidungen in konkreten medizinethischen Fragestellungen ableiten zu können, sodass man sich den Fragen nach den Methoden zur Anwendung der Prinzipien stellen muss. Richardson (2005 S.252) sieht neben dem Versuch, die Normen auf den Fall anzuwenden, und im Falle der Kollision der Normen, diese intuitiv abzuwägen, eine effektivere Möglichkeit in der Spezifizierung der Normen. Die systematische Spezifizierung, welche Prinzipien im konkreten Fall anzuwenden sind und welche Handlungsgründe aus diesen abgeleitet werden, sowie welche Gründe miteinander kollidieren, ermöglicht eine systematische

Problemanalyse, auf deren Basis der Versuch einer Problemlösung erst möglich wird (Rauprich 2016 S.120).

Die Grundidee besteht in der schrittweisen Anreicherung der Prinzipien mit kontextspezifischem Gehalt durch „Klauseln“, in denen formuliert ist, wann, von wem, in welcher Weise, unter welchen Bedingungen und in welcher Situation ein Prinzip befolgt werden muss (Rauprich 2016 S.119). Nach Richardson findet Spezifizierung statt, „[...] indem substantielle Bestimmungen vorgenommen werden, die Informationen hinzufügen über den Anwendungsbereich der Norm oder die Beschaffenheit der Handlung oder des Zwecks, der gefordert oder verboten ist. Manchmal beinhaltet sie beides.“ (Richardson 2005 S.272). Richardson gibt ein Beispiel im Themenbereich Sterbehilfe: „Zum Beispiel könnte die Aussage: >>Sterbehilfe ist generell falsch<< spezifiziert werden zu der Aussage: >>Es ist generell falsch, das Beatmungsgerät eines Patienten abzustellen, der sich in einem potenziell reversiblen Koma befindet<<.“ (Richardson 2005 S.272).

Die These von Richardson lautet, dass das Wichtigste beim Lösen einer konkreten Angelegenheit die Spezifizierung von Normen ist. Die Spezifizierung stellt eine „formale Relation zwischen zwei Normen“ dar und gibt keine Kriterien für die Rechtfertigung von Normen. Die Methode der Spezifizierung liefert auch keine Kriterien für die Wahl unterschiedlicher Spezifizierungen einer abstrakten Norm, wobei Richardson zur Lösung dieses Problems auf das weite Überlegungsgleichgewicht zurückgreift (Paulo 2016 S.33). Paulo (2016 S.33) sieht eine weitere Möglichkeit in der Kombination der Spezifizierung mit anderen Rechtfertigungstheorien, beispielsweise mit dem Utilitarismus oder der Kasuistik. Paulo (2016 S.34) gibt zu bedenken, dass die Spezifizierung mit einer spezifischeren Norm endet, diese jedoch keine konkreten Probleme beantworten kann. Nur weil es unter Umständen leichter ist eine Norm anzuwenden, die spezifisch ist, ist die Anwendung der Norm nicht irrelevant:

„Selbst eine recht spezifische Norm wie >>Respektiere die Autonomie von Menschen, indem du als Ärztin den Sterbewunsch einer Patientin respektierst, indem du sie bei der Umsetzung des Sterbewunsches unterstützt, es sei denn die Patientin zeigt Anzeichen von Depression<< bedarf noch der Anwendung im Einzelfall. Es muss noch festgestellt werden, ob die Bedingungen der Norm bei der konkreten Patientin erfüllt sind [...] Tatsächlich wird man um eine Interpretation der Norm (sowie der Fall- oder Problembeschreibung) nicht umhin kommen, um die Kluft zwischen der Norm und dem Einzelfall zu überbrücken.“ (Paulo 2016

S.34). Die Kluft zwischen Norm und Einzelfall wird sich nach Paulo (2016 S.35) regelmäßig auftun, jedoch ist diese Problematik zu lösen, indem man die Spezifizierungen in ein „System von verschiedenen Methoden der Normanwendung und Normentwicklung“ einbettet.

Deshalb ist es nach Richardson (2005 S.272f) auch wichtig, dass, wenn aus guten Gründen gerechtfertigt, eine Revision von Prinzipien oder Zwecken erfolgt. Einen Normenkonflikt kritisch zu überprüfen, kann eine Lösungsstrategie bieten (Rauprich 2016 S.120). Nach Rauprich (2016 S.120f) kann beispielsweise argumentiert werden, dass Wohltun in der Medizin nicht im Lebensschutz von Patienten besteht, sondern im Schutz eines Lebens mit ausreichender Lebensqualität. Durch die vorgenommene Spezifizierung kann der Konflikt zwischen dem Prinzip des Lebensschutzes und dem Wunsch eines schwer erkrankten Patienten, sterben zu wollen, welcher durch das Autonomieprinzip begründet wird, aufgelöst werden (Rauprich 2016 S.120f).

Beauchamp und Childress bedienen sich neben der Spezifizierung auch der Abwägung als Methode, um ihre vier Prinzipien auf den Einzelfall anzuwenden und so Einzelfallentscheidungen transparent zu treffen. Sie sehen die Spezifizierung eher als Ergänzung zur Abwägung (Paulo 2016 S.30 S.35). Die Spezifizierung dient dabei durch die Entwicklung immer konkreterer Normen eher der Weiterentwicklung des ethischen Systems von Normen, wohingegen die Abwägung mehr für Einzelfallentscheidungen relevant ist. Die Abwägung ist insbesondere dann von besonderem Interesse, wenn ein Konflikt zwischen zwei Prima-facie-Normen besteht. In Prinzipienethiken wie dem *principlism* sind die ethischen Prinzipien nicht hierarchisch geordnet (Paulo 2016 S.35f). Nach Paulo (2016 S.36) kann das Gewicht der Prinzipien nur im Einzelfall ermittelt werden: „Während im obigen Sterbehilfe-Beispiel das Prinzip des Respekts vor Autonomie das Nichtschadensprinzip überwiegen könnte, mag dieses Verhältnis in anders gelagerten Fällen anders sein. Es gibt keinen abstrakten Vorrang eines Prinzips über irgendein anderes.“ (Paulo 2016 S.36). Die Abwägung stellt einen „recht intuitiven Vorgang“ dar, wobei man versucht den Umständen des Einzelfalls gerecht zu werden (Paulo 2016 S.36).

Die Gewichtungen der Prinzipien beruhen auf normativer Urteilskraft (Rauprich 2016 S.121). Beauchamp und Childress haben versucht dieser „Intuitivität“ spezielle Kriterien zur Seite zu stellen, die erfüllt sein müssen, damit Einschränkungen der Prinzipien gerechtfertigt

tigt sind (Paulo 2016 S.36). Bei der Abwägung soll die Gewichtung der Prinzipien unter Berücksichtigung der Umstände im konkreten Fall vorgenommen werden, wobei Unsicherheiten und Erfolgsprognosen Berücksichtigung finden müssen (Beauchamp u. Childress 2013 S.20ff). Die Ausübung der Urteilskraft erfolgt nach Rauprich (2016 S.121) diskursiv auf Grundlage der sorgfältigen Beachtung und Beschreibung aller relevanten Gesichtspunkte der Situation, der Eintrittswahrscheinlichkeit, der Evidenz von Indizien, der Reflexion möglicher verzerrender Einflüsse auf die Urteilskraft und der Berücksichtigung von Handlungsalternativen sowie anderer heuristischer Methoden zur Gewährleistung konsistenter Urteile. Der diskursive Rahmen, in dem die Abwägung stattfindet, hat nicht zur Folge, dass die Urteile von verschiedenen Personen gleich sind. Vielmehr erkennt die Prinzipienethik in einer individuellen Situation eine Mehrzahl akzeptabler Lösungen an und hat nicht den Anspruch, eine eindeutige Lösung für jeden moralischen Konflikt zu finden (Rauprich 2016 S.121).

#### 4.2.1.4. Anwendung der ermittelten Argumentationsmuster auf den „Ulmer Fall“

Im Zuge des Forschungsvorhabens wurden Argumente im aktuellen Diskurs identifiziert. Im Zuge einer Top-down-Analyse soll nun versucht werden, den „Ulmer Fall“ mit Hilfe der deduktiven Anwendung und der Spezifizierung zu beleuchten. Ergänzt wird das Vorgehen durch die Formulierung von Annahmen, die sich durch den logischen Bezug von allgemeinen Annahmen auf die Umstände eines konkreten Falls ergeben.

##### 4.2.1.4.1. Anwendung der folgenorientierten Argumente auf den „Ulmer Fall“

Die Argumente der schiefen Ebene fassen im Wesentlichen Annahmen zusammen, die auf die negative Entwicklung und die negativen Folgen einer Handlung für die Gesellschaft abzielen. Mit der Ausweitung auf die Tötung ohne Verlangen, dem möglichen Missbrauch, der Tötungsenthemmung und dem Dambruch als Argumente gegen die Tötung auf Verlangen steht eine Gruppe von Individuen – eben die Gesellschaft – im Fokus. Ferner sind diese Argumente häufig darauf ausgelegt, dass Bedingungen, die die Befürworter der Sterbehilfe in der Regel voraussetzen - wie der autonome Wunsch des Betroffenen, nicht erfüllt werden können.

Man könnte die Struktur der „schiefe Bahn“-Argument am Beispiel des Arguments der Ausweitung wie folgt formulieren:

- (a) Die Tötung auf Verlangen führt zur Tötung ohne Verlangen.
- (b) Die Tötung ohne Verlangen ist ein Widerspruch zum Autonomieprinzip.
- (c) Ein direkter Verstoß gegen das Autonomieprinzip ist moralisch falsch.
- (d) Die Tötung ohne Verlangen ist moralisch falsch.
- (e) Die Zulassung der Tötung auf Verlangen ist abzulehnen.

Die Beurteilung der Tötung ohne Verlangen als moralisch falsch beruht auf dem Autonomie-Prinzip, dem in unserer Gesellschaft eine große Bedeutung zukommt und das seine Berechtigung durch eine Vielzahl von Begründungen erhält, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Dass die Legalisierung der Tötung auf Verlangen moralisch falsch ist, wird daraus abgeleitet, dass eine Folge dieser Legalisierung in der Entwicklung hin zur Tötung ohne Verlangen besteht. Das bedeutet letztlich, dass das Argument klar auf eine rechtliche Regelung abzielt und im Gesellschaftskontext gesehen werden muss. Wenn explizit ausschließlich die ethische Bewertung des Einzelfalls ohne den Diskurs über eine rechtliche Regelung erfolgen soll, muss in Frage gestellt werden, ob ein Einzelfall direkt zu dieser Argumentation führt. Dies wäre der Fall, wenn belegt werden kann, dass im untersuchten Einzelfall die Tötung auf Verlangen eine Entwicklung hin zur Tötung ohne Verlangen losgetreten hat.

Zwar kann möglicherweise gezeigt werden, dass die Fälle summa summarum eine solche Entwicklung bedeuten könnten, jedoch gibt es keine Indizien dafür, dass bereits der Einzelfall zu einer „schiefen Ebene“ führt. Somit kann diese Argumentationsstruktur nicht zwingend belegen, dass die Tötung auf Verlangen im Einzelfall moralisch falsch ist. Jedoch ist der Missbrauch im konkreten Fall denkbar. Die Angehörigen könnten im Falle von KA die Situation missbraucht haben, um eigene Interessen zu verfolgen. Dies könnte einen Verstoß gegen das „Nicht-Schaden“-Prinzip und das Prinzip des „Wohltuns“ bedeuten. Ebenso könnte ein Verstoß gegen das Autonomie-Prinzip durch den Missbrauch durch Angehörige vorliegen, nämlich dann, wenn kein ausdrücklicher, dauerhafter und autonomer Wunsch des KA nach der Tötung auf Verlangen bestanden hat.

Im Zuge des Argumentierens mit den gesellschaftlichen Gründen zeigt sich ein ähnliches Ergebnis bei der Anwendung auf den Einzelfall wie bei den „schiefe Bahn“-Argumenten. Die Argumentationsstruktur könnte so formuliert werden:

- (a) Handlungen mit negativen Folgen für die Gesellschaft sind abzulehnen.
- (b) Aus der Tötung auf Verlangen folgt die Konsequenz x.
- (c) x ist schlecht für die Gesellschaft.
- (d) Die Tötung auf Verlangen ist schlecht für die Gesellschaft.
- (e) Die Tötung auf Verlangen ist abzulehnen.

Mit „x“ sind die gesellschaftlichen Folgen gemeint, die im Zuge einer Zulassung der Tötung auf Verlangen befürchtet werden – wie zum Beispiel die Entsolidarisierung. Diese Argumentationslinie bezieht sich ähnlich wie die „schiefe Bahn“-Argumente eher auf die Summe der Fälle. Auch wenn eine Etablierung der Tötung auf Verlangen als kostengünstige Praxis und ein damit einhergehender Missbrauch befürchtet wird, stehen die gesellschaftlichen Folgen im Vordergrund. Fraglich bleibt auch hier, ob der Einzelfall zu den befürchteten Folgen führt, sodass sich bei der Anwendung auf den Einzelfall zur rein ethischen Beurteilung der Tötung auf Verlangen die Schwächen dieser Argumentationslinie zeigen.

Kritiker befürchten, dass die Hemmschwelle, einen Suizid zu begehen, herabgesetzt wird, wenn dem Wunsch des Einzelnen nach einem frühzeitigen Tod nachgegeben wird. So wäre der Mensch eher geneigt, ein Sterbehilfe-Angebot anzunehmen, da er die Schwelle, seinen Wunsch selbst in die Tat umzusetzen, nicht überwinden müsse. Solche Annahmen richten sich letztlich ebenso auf die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und sind für die direkte ethische Beurteilung des „Ulmer Falls“ von untergeordnetem Interesse. Im Fall des KA war die Hemmschwelle, seine Angehörigen um die Tötung zu bitten möglicherweise sogar sehr hoch, da mit dieser Bitte eine mögliche Straftat einherging. Insbesondere im Fall des Sohnes von KA ist davon auszugehen, dass die Folgen gravierend sein könnten, da der Sohn selbst Mediziner war und damit seine berufliche Zukunft aufs Spiel setzte. Selbst wenn der Sohn in einer rechtlichen Grauzone gehandelt hat, hätte er Folgen für seine berufliche Karriere befürchten müssen.

#### 4.2.1.4.2. Anwendung des „Autonomie“-Prinzips auf den „Ulmer Fall“

Wenn mit dem Autonomieprinzip gegen die Tötung auf Verlangen argumentiert wird, stehen die Aspekte der möglichen Fremdbestimmung – insbesondere durch das Kriterium der Nachvollziehbarkeit – und die Beeinträchtigung der Freiverantwortlichkeit im Fokus.

Wenn eine Beeinträchtigung der Selbstbestimmung des Einzelnen befürchtet wird, da durch das Kriterium der Nachvollziehbarkeit eine Fremdbestimmung entstehen könnte, wird in Frage gestellt, ob das Kriterium des selbstbestimmten Wunsches nach Sterbehilfe erfüllt werden kann. Die Argumentation zielt dabei auf die Schwierigkeiten der Umsetzung der Tötung auf Verlangen ab und geht der Frage nach, wie sichergestellt werden kann, dass der Wunsch nach einer Tötung tatsächlich autonom ist. Diese Bedenken scheinen auch im Einzelfall von hoher Relevanz zu sein.

Auch beim „Ulmer Fall“ ist fraglich, wie mit letzter Sicherheit festgestellt werden konnte, ob sich der Patient KA autonom für die Tötung auf Verlangen entschieden hat. Beim „Ulmer Fall“ ist die Besonderheit, dass die Angehörigen des Patienten die Tötung vollzogen haben. Es ist davon auszugehen, dass Ehefrau und Sohn den Betroffenen und dessen Wünsche gut kannten. Dennoch könnte das Kriterium der Nachvollziehbarkeit auch in einem solchen Fall dazu führen, dass die subjektiven Wünsche des Betroffenen durch die Ansichten und Wünsche der Angehörigen - beispielsweise über die Lebensqualität –überlagert wurden. Letztlich kann nicht mit Sicherheit dargelegt werden, dass keine Momente der Fremdbestimmung vorlagen, sodass diese Bedenken nicht ausgeräumt werden können.

Die Kritiker befürchten eine Gefährdung der individuellen Autonomie durch die fehlende Freiverantwortlichkeit des Betroffenen. Die Argumentationsstruktur könnte wie folgt dargestellt werden:

- (a) Der Respekt vor dem Autonomieprinzip ist moralisch richtig.
- (b) Die Nichteinhaltung des Autonomieprinzips ist moralisch falsch.
- (c) Im Falle von x ist die Autonomie beeinträchtigt.
- (d) In der Situation der Tötung auf Verlangen ist x gegeben.
- (e) In der Situation der Tötung auf Verlangen ist die Autonomie beeinträchtigt.
- (f) Die Tötung auf Verlangen ist moralisch falsch.

„x“ stellt einen Umstand dar, bei dem die Freiverantwortlichkeit möglicherweise eingeschränkt ist. Diese Argumentationslinie sieht die Ursache für die Gefährdung in den Umständen der Situation eines um die Tötung auf Verlangen bittenden Menschen. Im Fall des Patienten KA wäre es denkbar, dass die Last der Pflege psychisch unerträglich war. Es ist von der desperaten Lage einer terminalen Erkrankung auszugehen. Ebenso könnten andere Umstände, die die Freiverantwortlichkeit einschränken, im Falle von KA zugetroffen haben.

Wenn man mit dem Autonomieprinzip gegen die Tötung auf Verlangen argumentiert, stehen mögliche Verstöße gegen das Autonomieprinzip und die Nichterfüllung von Voraussetzungen im Vordergrund. Es wird in Frage gestellt oder negiert, dass die Handlung autonom ist. Es werden dabei weniger Handlungsanweisungen direkt aus dem Prinzip abgeleitet, sondern vielmehr Voraussetzungen und Umstände, die dem Prinzip aufgelagert wurden, in Frage gestellt. Letztlich wird also argumentiert, dass Spezifizierungen, die im Vorfeld vorgenommen wurden, in der Praxis einen Verstoß gegen das Autonomieprinzip bedeuten können. Daher scheint es auch im Einzelfall bei der Anwendung des Autonomieprinzips von Interesse zu sein, zu ermitteln, ob Spezifizierungen zutreffen. Kann gezeigt werden, dass diese Spezifizierungen nicht zutreffen, läuft die Contra-Argumentation ins Leere. So hätte man evaluieren können, wie der Patient KA zu seiner Pflegesituation eingestellt war und wie er seinen Krankheitszustand und aufkommenden Sterbeprozess verarbeitete, und, wenn nötig, entsprechende Maßnahmen ergreifen können, die sich positiv auf die psychische Verfassung von KA auswirken.

Die Befürworter der Tötung auf Verlangen argumentieren ebenfalls mit dem Autonomieprinzip. Sie führen das Recht auf Selbstbestimmung im Diskurs an und folgern daraus, dass der Einzelne auch ein Recht auf Bestimmung des eigenen Todeszeitpunkts habe. Die Argumentation kann sich wie folgt darstellen:

- (a) Aus dem Autonomieprinzip folgt das Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Leben.
- (b) Das Recht auf Selbstbestimmung impliziert das Recht auf Bestimmung über den eigenen Tod.
- (c) Das Autonomieprinzip rechtfertigt die Tötung auf Verlangen, wenn x.
- (d) Aus dem Autonomieprinzip folgt das Gebot, autonom getroffene Handlungen zu respektieren.

(e) Aus dem Autonomieprinzip folgt das Gebot, die Tötung auf Verlangen zu respektieren, wenn x.

„x“ sind bestimmte Umstände, die die Befürworter der Tötung auf Verlangen voraussetzen. Dies stellen Spezifizierungen des Autonomieprinzips dar. Im „Ulmer Fall“ könnte man folgende Spezifizierungen formulieren:

- (1) „wenn eine unheilbare Erkrankung im Endstadium vorliegt.“
- (2) „wenn das Leid aus Sicht des Patienten unerträglich ist.“
- (3) „wenn alle alternativen Maßnahmen ausgeschöpft sind.“
- (4) „wenn die Autonomie des Wunsches nach der Tötung auf Verlangen im Sinne der Dauerhaftigkeit und Freiverantwortlichkeit festgestellt wurde.“

Wenn befürwortend für die Tötung auf Verlangen mit dem Autonomieprinzip argumentiert wird, stehen also positive Rechte im Vordergrund. Aus dem Autonomieprinzip wird ein Recht abgeleitet. Die Pro-Argumentation beruht vor allem auf der Beurteilung und Gewichtung des Autonomieprinzips. So beruht die Argumentation doch auf einer deduktiven Begründungsstrategie: Aus dem Prinzip wird direkt eine Handlungsweise abgeleitet. Das Autonomieprinzip ist aus verschiedenen Gründen allgemein anerkannt, worauf hier nicht eingegangen werden soll. Die nachgezeichnete Argumentationsweise kann auch im Zuge des „Ulmer Falls“ angewandt werden und ist durch die Anerkennung des Autonomieprinzips gerechtfertigt. Alle Krankheit entsteht im Patienten, ist somit in gewisser Weise selbst induziert. So entsteht auch der Tod im Menschen. Er ist natürlich und gewollt. Suizid ist die bewusste Ausführung, was die Natur unbewusst schon geplant hat. Suizid nimmt der Krankheit das Gesetz des Handelns aus der Hand. Der Suizid ersetzt das passive Erleiden durch aktives Handeln.

Jedoch muss der Anwendungsdiskurs der Frage nachgehen, welche Gewichtung das Autonomieprinzip haben soll, damit es eine entsprechende Stellung im Begründungsdiskurs um die Tötung auf Verlangen erhält.

#### 4.2.1.4.3. Anwendung des Prinzips der „Menschenwürde“ auf den „Ulmer Fall“

Das Prinzip „Menschenwürde“ kann sowohl in der Contra- als auch in der Pro-Argumentation Anwendung finden. Der jeweiligen Argumentation liegt ein unterschiedliches Verständnis von Würde zugrunde.

Gegen die Tötung auf Verlangen wird angeführt, dass diese einen Widerspruch zur Menschenwürde darstellt. Aus dem Prinzip der „Menschenwürde“ wird dabei gefolgert, dass der Mensch seine Würde nicht verlieren kann und es dementsprechend kein menschenunwürdiges Leben und somit auch kein menschenunwürdiges Sterben gibt. Vielmehr stellt die Bewertung der Lebensqualität eines Menschen als unwürdig bereits eine Missachtung der Menschenwürde dar. Wenn der Mensch seine Würde nicht verlieren kann, ist diese ein absoluter Wert, der in der Existenz des Menschen begründet liegt. Dem Leben als Träger der Würde kommt dabei also ein großer Stellenwert zu.

Aus einem solchen Verständnis der Menschenwürde folgt die Vorstellung, dass der natürliche Sterbeprozess im Beistand der Mitmenschen eine Wahrung der Menschenwürde bedeutet. In diesem Sinne könnte man das Argument der Menschenwürde deduktiv direkt auf den Ulmer Fall anwenden: Da KA seine Würde nicht verlieren kann und es kein menschenunwürdiges Leben oder Sterben gibt, steht die Tötung auf Verlangen im Widerspruch zur Menschenwürde und ist daher moralisch falsch. Dies stellt jedoch eine sehr starre Argumentationsstrategie dar, bei der sowohl die individuelle Sicht des Betroffenen als auch die Umstände des Einzelfalls komplett außer Acht gelassen werden.

In der Pro-Argumentation wird aus dem Prinzip Menschenwürde abgeleitet, dass der Mensch ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben hat. Daher stelle den Befürwortern der Tötung auf Verlangen zufolge diese eine Hilfe dar, wenn der Betroffene sein Leben als menschenunwürdig empfindet und den Wunsch nach der Tötung auf Verlangen äußert. Bei diesem Würdeverständnis spielt der eigene Wille als grundlegender Bestandteil der Menschenwürde eine wichtige Rolle. Die Pro-Argumentation geht eher von einer subjektiven Sichtweise aus. Sie rechtfertigt die Befürwortung der Tötung auf Verlangen damit, dass das Leben des Betroffenen *aus seiner Sicht* lebensunwürdig ist. Im Diskurs wird klar von einer Tötung auf Verlangen, also einer Tötung auf den autonomen Wunsch einer Person hin, ausgegangen, sodass eine Begründungsstrategie, die auf der Lebenswerteinschätzung durch Dritte fußt, nicht ernsthaft zur Diskussion steht und auch nicht stehen sollte.

Letztlich könnte man dies auch als Abwägung sehen: Das Weiterleben wird subjektiv aus der Sichtweise des Betroffenen gegen den vorzeitigen Tod abgewogen. Ist für den Betroffenen der vorzeitige Tod aus seiner Sicht menschenwürdiger, kann die Tötung mit dem Prinzip „Patientenwohl“ gerechtfertigt werden. Im Fall von KA könnte die „Menschenwürde“ als Pro-Argument angewendet werden, wenn KA sein Leben als menschenunwürdig empfunden hat und unter den gegebenen Umständen nicht weiterleben wollte. In der persönlichen Abwägung müsste der Würdeverlust für KA beim Weiterleben größer gewesen sein als bei der Tötung. Die Empfindung eines Würdeverlusts kann unterschiedliche Ursachen haben. In Frage kämen zum Beispiel die Abhängigkeit von den Mitmenschen, die Pflegesituation und andere Umstände, die das Leben eines Menschen mit terminaler Erkrankung bestimmen. Aber auch der Zwang zum Weiterleben und die Zurückweisung von Wünschen mit einhergehendem Autonomieverlust könnten als Würdeverlust empfunden werden.

Entscheidend ist nicht nur, wie Befürworter und Kritiker der Sterbehilfe den Würdebegriff definieren, sondern auch die individuelle Auffassung des Betroffenen davon, was Würde ist. Wird die individuelle Bewertung der Menschenwürde komplett außenvorgelassen, wären Fehlschlüsse denkbar. Beispielsweise könnte man den Würdeverlust befürwortend für die Tötung auf Verlangen als Verlust wichtiger Fähigkeiten interpretieren. Für den Betroffenen mag es jedoch in einer konkreten Situation vertretbar oder gar richtig sein, dass das Autonomieprinzip in der Gewichtung abnimmt und die Angehörigen Verantwortung und Kompetenzen des Betroffenen „paternalistisch“ übernehmen.

Nach Werner (2000 S.268) ist der Anspruch auf Menschenwürde komplex und bezieht sich auf die Wahrung der Fähigkeit zu vernünftiger Selbstbestimmung und auf die unterschiedlichen Voraussetzungen dieser Fähigkeit. Es kann Kollisionen zwischen den verschiedenen Schutzzinhalten der Menschenwürde geben. Werner beleuchtet den Aspekt der Menschenwürde in Bezug auf die Sterbehilfe und bringt den Konflikt wie folgt auf den Punkt:

„Die Menschenwürdenorm fordert zugleich die Achtung der Selbstbestimmungsfähigkeit – der Autonomie – wie den Schutz der verschiedenen Bedingungen dieser Fähigkeit. Unter diesen Bedingungen kommt dem Leben eine besondere Bedeutung zu, da sein Verlust irreversibel ist. Wie steht es daher, wenn sich die faktische Selbstbestimmung eines Menschen gegen sein Leben, die Bedingung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit, richtet? Anhänger besonders liberaler oder besonders restriktiver Regelungen beziehen sich hier in der Regel nur auf einen Aspekt des Menschenwürdeschutzes. Sie schränken den Inhalt der Menschenwürdenorm entweder einseitig auf die Achtung der faktischen Selbstbestimmung ein oder betonen einseitig den Schutz der Voraussetzungen

der Selbstbestimmungsfähigkeit. Die Menschenwürdenorm umfasst jedoch beide Aspekte, fordert sie doch die Wahrung der vernünftigen Selbstbestimmung.“ (Werner 2000 S.268)

#### 4.2.1.4.4. Anwendung von Lebensschutz und Tötungsverbot auf den Einzelfall

Der Lebensschutz wird als übergeordnetes Prinzip in der Argumentation gegen die Tötung auf Verlangen angeführt. Der Lebensschutz impliziert, dass ein Eingriff in das Lebensrecht in Form einer Tötung unzulässig ist. Entsprechend wird gefolgert, dass die Tötung auf Verlangen unzulässig ist:

- (a) Das Leben muss als absoluter Wert geschützt werden.
- (b) Die Tötung ist ein Verstoß gegen das Prinzip des Lebensschutzes.
- (c) Die Tötung ist moralisch falsch.

Wenn mit der „Unantastbarkeit“ oder „Heiligkeit“ des Lebens argumentiert wird, wird das Leben als absoluter Wert angesehen. Insbesondere die Auffassung von der „Heiligkeit“ des Lebens fußt auf religiösen Überzeugungen. Religiöse Überzeugungen sollten jedoch als Grundlage des moralischen Konsenses in einer Gesellschaft, in der unterschiedliche moralische Überzeugungen und verschiedene Religionen vertreten sind, nicht präferiert werden. Daher scheint diese Begründungsstrategie auch im Einzelfall nicht zu greifen. Der Lebensschutz als solcher schützt den Einzelnen vor dem Tod durch Fremdeinwirkung. Es gibt auch Ausnahmen vom Prinzip des Lebensschutzes, wenn das Tötungsverbot umgegangen wird – beispielsweise bei der Tötung in Notwehr. Wenn man davon ausgeht, dass KA um seine Tötung ausdrücklich bat und eine nur noch sehr kurze Lebenserwartung hatte, ist fraglich, inwiefern das Prinzip des Lebensschutzes angewandt werden sollte, stellt es doch eine Schutzmaßnahme für den Einzelnen dar, die möglicherweise auf Wunsch dieser Person hin ausgesetzt werden kann. Den Kritikern der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe zufolge ist die Tötung eine moralisch grundsätzlich schlechte Handlung. Es kennzeichnet aber gerade die ethisch begründete Entscheidung, dass der Arzt im Interesse des individuellen Anderen, also des Patienten, auch moralische Konventionen durchbricht. Ethik steht über Moral (Stahl u. Emanuel 2017).

#### 4.2.1.4.5. Das Prinzip „Patientenwohl“ am Beispiel des „Ulmer Falls“

In der Argumentation der Sterbehilfe-Befürworter kann der Tod dem Wohl des Patienten dienen, wenn das Leben durch eine schwere Krankheit für diese Person unerträglich geworden ist und dieser Zustand nicht mehr geändert werden kann. Teilweise wird hierbei auch argumentiert, dass das Leidvermeidungsinteresse größer als das Interesse am Weiterleben sein kann. Im Zuge des „Ulmer Falls“ muss man der Frage nachgehen, ob die Tötung auf Verlangen dem Wohl des Patienten KA entsprochen hat.

Laut Presseberichten litt KA unter den Folgen seiner Erkrankung und kurz vor seinem Tod unter akuter Atemnot. Weiterhin war vermutlich von einer kurzen Lebenserwartung auszugehen. KA war selbst Lungenfacharzt. Es ist also davon auszugehen, dass er mit seinem Krankheitsbild gut vertraut war und langjährige Erfahrung auf diesem Gebiet hatte. Somit konnte er den weiteren Krankheitsverlauf, die Prognose seiner Erkrankung und mögliche alternative Maßnahmen und Lebensperspektiven besser einschätzen, als dies einem Patienten ohne entsprechende Fachkenntnis möglich wäre. Da KA über die Folgen seiner Erkrankung gut informiert war, konnte er gegebenenfalls auch besser einschätzen, was seinem Wohl entspricht. Gleiches trifft auf den Sohn zu, der mit der Erhöhung der Morphindosis zwar auf privater Ebene handelte, aber dennoch genauso auch in seiner Rolle als Arzt hätte handeln können.

#### 4.2.1.4.6. Alternativen zur Tötung auf Verlangen

Als Argument gegen die Tötung auf Verlangen kann angeführt werden, dass es Alternativen zur Tötung auf Verlangen gibt. Wenn solche Alternativen vorhanden sind, ist die Tötung auf Verlangen nicht notwendig. Dieser Argumentation liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Tötung eine moralisch schlechte Handlung ist. Abgeleitet werden könnte diese Annahme deduktiv aus dem Tötungsverbot und dem Lebensschutz, wie bereits beschrieben. Aus der Annahme, dass die Tötung als Handlung moralisch falsch ist, erklärt sich die Bevorzugung von Alternativen:

- (d) Es gibt Alternativen zur Tötung auf Verlangen.
- (e) Die Tötung auf Verlangen ist abzulehnen und die Alternativen zu bevorzugen.

Voraussetzung für diesen Ansatz ist, dass es tatsächlich ernstzunehmende Alternativen zur Tötung auf Verlangen gibt. Im Fall des KA war vermutlich der unmittelbare Leidzustand das Motiv für das direkt an die Angehörigen gerichtete Verlangen nach der Tötung. Um die Anwendbarkeit des Unnötigkeitsarguments prüfen zu können, müsste beurteilt werden, ob in dieser konkreten Situation Alternativen zur Linderung des Leidzustands auf ein aus Sicht des Betroffenen erträgliches Maß bestanden hätten.

In den Beiträgen der Presse zum „Ulmer Fall“ zeigte sich, dass sich die Gutachter und Zeugen mit medizinischen Fachkenntnissen uneinig darüber waren, wie die Morphindosis, die wahrscheinlich zum Tod des Patienten führte, einzuordnen ist. Geht man von der beschriebenen Argumentation aus, wäre es angebracht gewesen, die Morphindosis so zu erhöhen, dass die Schmerzen gelindert werden, aber kein vorzeitiger Tod eintritt. Jedoch ist fraglich, ob die Schmerzlinderung ausreichend gewesen wäre. Die Möglichkeiten könnten nur von Patienten und den betreuenden Ärzten und Fachexperten in einem Dialog ermittelt werden, wobei aber stets nur von Prognosen und Statistiken ausgegangen werden müsste.

Hier könnte die Forschung zur Schmerztherapie empirische Beiträge zur Verringerung der Unsicherheiten liefern. Ebenso läuft die Pro-Argumentation, dass es keine Alternativen zur Tötung auf Verlangen gebe und diese daher ein letztes Mittel in größter Not sei, aufgrund der bestehenden Unsicherheiten ins Leere. Da die Frage nach dem Vorhandensein von Alternativen nicht sicher beantwortet werden kann, stehen sich Patientenwohl im Sinne des Leidvermeidungsinteresses und Tötungsverbot im Zuge dieser Erörterung gegenüber. Es besteht demnach eine Kollision zweier Prinzipien, die wenn überhaupt, entweder durch eine gut begründete Gewichtung der Prinzipien oder durch Spezifizierung gelöst werden könnte. Auch eine Revision eines der Prinzipien wäre denkbar, wenn es sich als Fehlannahme herausstellt.

Das Tötungsverbot geht auf das Prinzip des Lebensschutzes zurück. Demnach hat das Leben einen absoluten Wert. Nach Hoerster (1991 S.19f) wird durch das Tötungsverbot das Überlebensinteresse des Einzelnen geschützt. Im Fall des KA war sein Überlebensinteresse nicht vorrangig, jedoch könnten die Mitmenschen ihr Überlebensinteresse gefährdet sehen.

Man könnte eine Aufweichung des Tötungsverbot mit Gefährdung des Überlebensinteresses aller Mitglieder der Gesellschaft vermuten. Es gibt Ausnahmen vom Tötungsverbot, die allgemein anerkannt sind. Die Tötung aus Notwehr ist ein Beispiel, der sich auch andere

Autoren bei der Beleuchtung der Sterbehilfe bedienen. Nur weil das Tötungsverbot in anderen Bereichen ausgesetzt wird, sagt dies nichts darüber aus, ob es moralisch richtig oder falsch ist. Jedoch kann gezeigt werden, dass Ausnahmen vom Tötungsverbot nicht zur Aufweichung dieses Verbots führen müssen. Geht man davon aus, dass die Tötung auf Verlangen im Falle von KA eine Ausnahme von der Regel darstellt und nicht in die Diskussion um eine gesetzliche Regelung der Tötung auf Verlangen eingehen soll, kann man das Tötungsverbot in diesem eng umschriebenen Bereich gering gewichten. Somit kann das Leidvermeidungsinteresse, wenn es im konkreten Fall des KA zutrifft, gegenüber dem Tötungsverbot überwiegen.

#### 4.2.1.4.7. Die Tötung auf Verlangen als „Ultima ratio“-Handlung

Die Befürworter der Sterbehilfe argumentieren, dass die Tötung auf Verlangen ein letztes Mittel in größter Not sein kann, wenn alle alternativen Maßnahmen ausgeschöpft sind, und dies einen Akt der Solidarität darstellen könne. Demnach sei es ethisch nicht vertretbar, außenvorzulassen, dass eine ausreichende Schmerzlinderung in Einzelschicksalen nicht möglich sei. Dieses Argument ist dadurch gekennzeichnet, dass es einen bestimmten Bereich einer möglichen Praxis hervorhebt. Wenn man dieses Argument auf den „Ulmer Fall“ anwenden möchte, könnte man die Annahmen wie folgt formulieren:

- (a) Die Tötung auf Verlangen entspricht einem Akt der Solidarität, wenn x.
- (b) Die Tötung auf Verlangen ist moralisch richtig, wenn x.

Das Prinzip „Solidarität“ unterliegt Spezifizierungen:

- (a) „wenn es keine Alternativen gibt.“
- (b) „wenn der Patient sehr leidet und eine Leidenslinderung nicht möglich ist.“

Mit dem „Fürsorgeprinzip“ kann dahingehend argumentiert werden, dass die Tötung auf Verlangen in Notsituationen moralisch gerechtfertigt ist. Auch die ärztliche Hilfe in Notsituationen stellt aus Sicht der Befürworter der Sterbehilfe ein moralisches Gebot dar, das Sterbehilfehandlungen moralisch rechtfertigt. Beim „Ulmer Fall“ handelt es sich um einen Notfall. Der zuständige Arzt stand nicht zur Verfügung.

#### 4.2.1.4.8. Praktische Aspekte der Umsetzung

Hinsichtlich einer möglichen Regelung sind neben den daraus resultierenden Konsequenzen auch Aspekte der Umsetzung von Interesse. Im „Ulmer Fall“ geht es um die nachträgliche Beurteilung der Tötung auf Verlangen. Aber dennoch spielen Unsicherheiten bezüglich der praktischen Umsetzung eine Rolle. Es bleibt die Unsicherheit, ob der Sterbewunsch des KA autonom, authentisch und freiverantwortlich war. In diesem besonderen Fall kann auch nicht gewährleistet werden, dass KA den Wunsch nach der Tötung überhaupt äußerte, und wenn ja, wie er ihn äußerte und ob es sich dabei um ein dauerhaftes Verlangen handelte.

Auch die Einschätzung des Leidzustands stellt sich als schwierig heraus. Nimmt man eine ethische Beurteilung des Falls vor, aber diese Parameter lassen sich nicht klären, dann können nur verschiedene Szenarien hypothetisch nachgezeichnet und bewertet werden. KA war fachlich versiert auf dem Gebiet seiner Erkrankung. Man kann also davon ausgehen, dass es sich bei KA um einen Patienten handelte, der überdurchschnittlich gut über seine Erkrankung informiert war und seinen gesundheitlichen Zustand gut einschätzen konnte. Dass KA gegenüber einem Freund äußerte, dass er nicht mehr lang zu leben hätte, spricht dafür, dass er sich mit seiner Situation auseinandersetzte. Diese Faktoren wirken sich begünstigend für die nachträgliche Beurteilung der Dauerhaftigkeit des möglichen Wunsches nach der Tötung auf Verlangen aus. Es kann jedoch weder eindeutig gezeigt werden, dass ein autonomer Wunsch nach der Tötung auf Verlangen vorlag, noch, dass es sich dabei um einen dauerhaften Wunsch handelte. Auch eine spontane Willensäußerung im Zustand akuter Atemnot wäre denkbar.

#### 4.2.1.4.9. Motive für den Wunsch nach der Tötung auf Verlangen

Kritiker der Tötung auf Verlangen betonen, dass Patienten in der terminalen Phase einer Erkrankung nicht vorrangig diejenigen sind, die nach der Tötung bitten. Körperliche Leiden wären selten das ausschlaggebende Motiv für den Wunsch nach der Tötung auf Verlangen. Daher wäre kein vorrangiger Bedarf für die Tötung auf Verlangen bei dieser Personengruppe auszumachen.

Im Zuge des „Ulmer Falls“ ist davon auszugehen, dass sich der Patient in der terminalen Phase seiner Erkrankung befand. Akute Atemnot war vermutlich das ausschlaggebende

Moment dafür, dass der Wunsch nach der Tötung geäußert wurde. Wenn diese Annahmen im konkreten Fall zutreffen, greift das Argument, dass es kaum Fälle dieser Art gibt, für die ethische Beurteilung nicht. Auch wenn es nur wenige solcher Fälle geben sollte, ist die Handlung im konkreten Fall deshalb nicht automatisch moralisch falsch. Lediglich wenn es um entsprechende rechtliche Regelungen geht, muss man sich mit diesem Aspekt auseinandersetzen und der Frage nachgehen, inwieweit eine genaue Regelung von möglicherweise selten auftretenden Fällen möglich und sinnvoll ist.

Kritiker der Tötung auf Verlangen befürchten, dass die besondere Lebenssituation von Menschen mit schweren Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt wird. Der Mensch bedarf unter Umständen vermehrter Zuwendung und gesellschaftlicher Unterstützung und ist abhängig von seinen Angehörigen und Pflegern. Gerade aus dieser Situation heraus ist es denkbar, dass das Motiv, anderen nicht zur Last fallen zu wollen, psychisch belastend und ausschlaggebend für den geäußerten Wunsch nach dem Tod ist. Daher ist es besonders wichtig, dass palliativmedizinische Maßnahmen und solche zur Verbesserung der Pflegesituation vorrangige Optionen sind. Auch im Falle des KA wäre es wichtig gewesen, dass, bevor die Tötung auf Verlangen im Raum stand, unabhängig von der ethischen Beurteilung der Handlung, solche Maßnahmen hätten bestmöglich eingesetzt werden müssen, um dem Wunsch nach dem Tod entgegenzuwirken. Inwiefern dies im Falle von KA erfolgt ist, kann hier nicht beurteilt werden. Es wäre jedoch denkbar, dass die Abläufe auf Station palliativmedizinisch besser hätten koordiniert werden können.

#### 4.2.1.4.10. Abschließende Bemerkungen zur „top-down“-Analyse

Bei der Anwendung der ermittelten Argumente zur Tötung auf Verlangen auf den „Ulmer Fall“ hat sich gezeigt, dass die Tötung auf Verlangen in einem sehr eng umschriebenen Bereich als Ausnahme von der Regel moralisch gerechtfertigt werden kann. Dies betrifft jedoch den Einzelfall. In der Diskussion über eine Regelung der Tötung auf Verlangen müssen gesellschaftliche und folgenorientierte Gesichtspunkte eigens bewertet und gewichtet werden. Wenn man die Tötung auf Verlangen in diesem konkreten Fall nicht als moralisch falsch bewertet, muss jedoch gewährleistet sein, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sind – wie die Freiwilligkeit und Dauerhaftigkeit des Wunsches nach der Tötung auf Verlangen durch den Patienten. Dies konnte im „Ulmer Fall“ nicht eindeutig gezeigt werden. Somit

bleiben Unsicherheiten bei der moralischen Beurteilung des „Ulmer Falls“ bestehen, die im Zuge dieser Erörterung nicht aus dem Weg geräumt werden konnten. Eine abschließende Bewertung des Falls muss daher ausbleiben. Jedoch wurde der Fall genauer beleuchtet und es konnte beispielhaft gezeigt werden, wie Argumente auf den Fall angewendet werden können.

Im Zuge des „top down“-Vorgehens konnte neben der Anwendung der Begründungsstrategien auf den „Ulmer Fall“ gezeigt werden, dass die Argumente auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kontexten fungieren. Während manche Argumentationslinien Prinzipien als universell anwendbare Regeln in den Vordergrund stellen, beziehen sich andere Argumente auf den „Fallkontext“ oder beispielsweise auf die individuellen Umstände eines terminal erkrankten Patienten. Während es bei den einen Argumenten eher um eine rechtliche Regelung geht, steht bei den anderen wiederum eher die rein ethische Beurteilung einer Handlung im Fokus. Möglicherweise wäre es ratsam, wenn innerhalb eines Diskurses zwischen ethischer Beurteilung und der Beurteilung hinsichtlich von Folgen und Regelungen noch klarer unterschieden würde. So könnte zum einen beurteilt werden, ob die Tötung auf Verlangen eine moralisch gute oder schlechte Handlung ist, um dann diese Beurteilung in einen eigenen Diskurs zur rechtlichen Regelung einfließen zu lassen. Wünschenswert wäre dabei, klar herauszustellen, welchen Anforderungen ein Diskurs über eine rechtliche Regelung erfüllen müsste. Ferner wäre zu erarbeiten, welche Gewichtung der ethischen Beurteilung und der Folgenbeurteilung für die Bewertung der Tötung auf Verlangen hinsichtlich einer Zulassung, eines Verbots oder einer anderweitigen Regelung angemessen wäre.

Letztlich stehen sich individuelle und gesellschaftliche Interessen gegenüber. Während zum einen die individuellen Interessen des Betroffenen berücksichtigt werden müssen und im Einzelfall eine gute Lösung gefunden werden muss, müssen zum anderen gesellschaftliche Interessen gewahrt werden, damit aus den Handlungsentscheidungen und -urteilen auch für die Gesellschaft als Ganze eine positive Entwicklung folgt.

Im Einzelfall wäre es sinnvoll, die Gewichtung der Werte und Prinzipien durch den Betroffenen im Vorfeld zu evaluieren. Wenn man in der konkreten Entscheidungssituation wüsste, wie der Betroffene beispielsweise das Autonomieprinzip gewichtet, könnte das Bild der Werte und Normen, die für den Patienten wichtig sind, in einer pluralistischen Gesellschaft

mit starkem Konsens über den Rang des Autonomieprinzips besser nachgezeichnet und von den Prinzipien der höchsten Ebene wie der Unantastbarkeit der Würde und dem Lebensschutz abgegrenzt werden.

## 5. Zusammenfassung

Ziel dieses Forschungsvorhabens war es, Begründungsstrategien für und gegen die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe exemplarisch aufzuzeigen und den „Ulmer Fall“ zu beleuchten.

Es konnte mithilfe der qualitativen Literaturanalyse gezeigt werden, dass die Skeptiker im untersuchten Diskurs vorwiegend folgenorientierte Begründungsstrategien anwendeten. Am häufigsten wurden „Argumente der schiefen Ebene“ gegen die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe angeführt. Weitere folgenorientierte Begründungsstrategien stellten die Argumentationen mit den gesellschaftlichen Gründen, der negativen Entwicklung der ärztlichen Rolle und der aufkommenden „gelenkten Sterblichkeit“ dar. Prinzipienethisch wurde vor allem mit dem „Autonomieprinzip“ aber auch mit dem Tötungsverbot, Fürsorgepflichten, Lebensschutz, der „Natürlichkeit“ des Todes und der Menschenwürde argumentiert. Die Gegenüberstellung der Handlungsfreiheit des Einzelnen und der Gefährdung des Wohlergehens Vieler wurde zugunsten des Allgemeinwohls entschieden. Die Kritiker gingen von Alternativen zur Sterbehilfe aus.

In der Pro-Argumentation stand die prinzipienethische Begründung im Vordergrund. Das „Autonomieprinzip“ wurde als oberste Grundnorm angeführt, welche die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe ethisch rechtfertigt. Somit traten Aspekte des Gemeinwohls hinter das handlungsleitende Prinzip der „Autonomie“. Aus dem Prinzip „Menschenwürde“ folgt das individuelle Recht auf ein „menschenwürdiges“ Sterben. Aus dem Prinzip „Patientenwohl“ wurde abgeleitet, dass Sterbehilfehandlungen aufgrund der Leidvermeidung dem Wohl des Patienten entsprechen können, wenn das Interesse zur Leidvermeidung des Betroffenen gegenüber seinem Interesse am Weiterleben bei Nichtvorhandensein von Alternativen überwiegt. Sterbehilfehandlungen sind laut den Befürwortern als „Ultima ratio“ gerechtfertigt, wenn sie letztes Mittel in großer Not darstellen. Im Zuge dieser Begründungsstrategie wurde von Fällen ausgegangen, bei denen der Betroffene schwer erkrankt ist und nur noch eine kurze Lebenserwartung hat.

Während die Begründungsstrategien der Kritiker wesentlich auf die Folgen einer rechtlichen Zulassung der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe abzielen, stehen in der Pro-Argumentation die ethische und moralische Rechtfertigung dieser Praktiken basierend auf

Prinzipien der mittleren Reichweite im Vordergrund. Die Gegner der Sterbehilfe argumentieren vor allem mit gesellschaftlichen Interessen. Die Befürworter der Sterbehilfe begründen ihre Position hingegen mit individuellen Interessen. Der Konflikt zwischen Individuum und Gesellschaft spiegelt sich also hier wieder. Bei der Tötung auf Verlangen treten fundamental-ethische Prinzipien der obersten Ordnung wie Leben und Würde in Konflikt mit ethischen Prinzipien der mittleren Ebene wie Selbstbestimmung und Patientenwohl.

Bei der Untersuchung des „Ulmer Falls“ konnten keine Indizien dafür gefunden werden, dass der Einzelfall eine „schiefe Ebene“ nach sich zieht. Auch scheinen die Bedenken, dass die Tötung durch Dritte eine geringere Hemmschwelle als der Suizid erfordert, nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass gerade die Bitte um die Tötung an die Angehörigen gerichtet eine erhöhte Hemmschwelle für den Betroffenen bedeutete. Die Sichtweise der Kritiker, wonach kein vorrangiger Bedarf nach der Tötung auf Verlangen bei terminal erkrankten Patienten bestünde, hatte für die ethische Beurteilung des Einzelfalls überhaupt keine Relevanz. Jedoch sind Verstöße gegen das „Nicht-Schaden“-Prinzip, das Prinzip des „Wohltuns“ und gegen die „Autonomie“ denkbar. Insbesondere der Aspekt einer eingeschränkten Autonomie durch das Kriterium der Nachvollziehbarkeit scheint auch im Einzelfall von hoher Relevanz zu sein. Verfügungen des Willens des Betroffenen im Vorfeld könnten helfen, einzuschätzen, ob die Voraussetzungen, also Spezifizierungen, für die Erfüllung des Autonomieprinzips gegeben sind. Die frühzeitige Beleuchtung der Ursachen eines möglichen Würdeverlusts könnte dazu beitragen, Maßnahmen gegen den Wunsch nach Tötung zu ergreifen.

In diesem Forschungsvorhaben konnte der Konflikt, ob Alternativen zur Tötung auf Verlangen bestehen, nicht aufgelöst werden. Der Konflikt wurde im Zuge dieses Forschungsvorhabens auf das Tötungsverbot und das Leidvermeidungsinteresse zurückgeführt. Die Abwägung dieser beiden Prinzipien wurde im „Ulmer Fall“ zugunsten des Leidvermeidungsinteresses gewichtet, da für den Betroffenen kein Überlebensinteresse bestand und die rein ethische Beurteilung des Falls im Vordergrund stand, sodass die Gefahr einer Aufweichung des Tötungsverbots in anderen Bereichen als gering erachtet wurde. Im „Ulmer Fall“ ergab sich, dass die Tötung auf Verlangen in diesem spezifischen Fall nicht als moralisch falsch zu verurteilen ist. Die Anwendung der allgemeinen Argumente auf den „Ulmer Fall“ zeigt, dass sowohl Personenkreis als auch Handlungssituation Auswirkungen auf die Anwendung der Argumente und somit auf das ethische Urteil haben können.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Akademie für Ethik in der Medizin. [http://www.aem-online.de/index.php?new\\_kat=16&artikel\\_id=none](http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=16&artikel_id=none) (15.03.17)
2. Ankermann E: Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. Ernst Reinhardt, München (2004)
3. Apel K-O: Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1988)
4. Aristoteles: Die Nikomachische Ethik. Artemis, Zürich München (1967)
5. Arendt H: Vita activa oder Vom tätigen Sterben. Kohlhammer, Stuttgart (1960)
6. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4: 37 (2004)
7. Ärztekammer Westfalen-Lippe (2011). Presseinformation. Windhorst: „Nicht mit unserem ethischen Selbstverständnis vereinbar“ – Kammerversammlung votiert gegen ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung. [http://www.aekwl.de/uploads/media/25\\_11\\_Beihilfe\\_Suizid.pdf](http://www.aekwl.de/uploads/media/25_11_Beihilfe_Suizid.pdf) (14.02.2012)
8. Atteslander P, Cromm J, Grabow B, Klein H, Maurer A, Siegert G: Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl, Erich Schmidt, Berlin (2010)
9. Aulbert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg): Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. Schattauer, Stuttgart New York (1998)
10. Bahro M, Strnad J: Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie. Ethik Med 12: 257-261 (2000)
11. Bascom PB, Tolle SW: Responding to requests für physician-assisted suicide. J Am Med Assoc 288: 91-98 (2002)
12. Baumann J, Bochnik HJ, Branneck AE et al.: Alternativentwurf eines Gesetzes über die Sterbehilfe (AE Sterbehilfe). Thieme, Stuttgart (1986)
13. Beauchamp TL: Reversing the protections. Hastings Cent Rep 24: 18-19 (1994)
14. Beauchamp TL: Introduction. In: Beauchamp TL (Hrsg): Intending death. The ethics of assisted suicide and euthanasia, Prentice Hall, New Jersey, S. 1-22 (1996)

15. Beauchamp TL: Justifying physician-assisted deaths. In: LaFolette H (Hrsg): Ethics in practice. An anthology, Blackwell, Malden, S.72-80 (2007)
16. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 5th edn., Oxford Univ. Press, Oxford (2001)
17. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 7th edn., Oxford Univ. Press, New York (2013)
18. Beckmann R: Gibt es ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“? Sterbehilfe im benachbarten Ausland. In: Beckmann R, Löhr M, Schätzle J (Hrsg): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, Sinus, Krefeld, S.205-231 (2004)
19. Benzenhöfer U: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2009)
20. Bioethikkommission Rheinland-Pfalz (2004). Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. April 2004, Justizministerium Rheinland-Pfalz, Mainz.
21. <http://www.ethikzentrum.de/downloads/rlp-abschlussbericht-sterbehilfe2004-05-12.pdf> (20.02.17)
22. Birnbacher D: Das Tötungsverbot aus der Sicht des klassischen Utilitarismus. In: Hegselmann R, Merkel R (Hrsg): Zur Debatte über Euthanasie, 2. Aufl, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S.25-50 (1992)
23. Birnbacher D: Tun und Unterlassen. Reclam, Stuttgart (1995)
24. Birnbacher D: Recht auf Sterbehilfe - Pflicht zur Sterbehilfe? In: Illhardt FJ, Heiß HW, Dornberg M (Hrsg): Sterbehilfe-Handeln oder Unterlassen? Schattauer, Stuttgart u.a., S.125-135 (1998)
25. Birnbacher D: Analytische Einführung in die Ethik. Walter de Gruyter, Berlin New York (2003)
26. Birnbacher D: Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11: 7-19 (2006)
27. Birnbacher D: Analytische Einführung in die Ethik. 2. Aufl, Walter de Gruyter, Berlin (2007)
28. Birnbacher D: Fatale Klarheit. Ethik Med 24: 1–3 (2012)

29. Birnbacher D: Analytische Einführung in die Ethik. Walter de Gruyter, Berlin Boston (2013)
30. Bleek J: Ist die Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt? Ethik Med 24: 193–205 (2012)
31. Bleischwitz KF: Selbsttötung – Sterbehilfe. Aurora, Issenbüttel (1986)
32. Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. Annals of Internal Medicine 132: 209-218 (2000)
33. Bobbert M: Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung. In: Düwell M, Steigleder K (Hrsg): Bioethik. Eine Einführung, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 314-122 (2003)
34. Bonelli J: Sterbebegleitung und Palliativmedizin aus der Perspektive ärztlicher Praxis. In: Bonelli J, Prat EH (Hrsg): Leben – Sterben – Euthanasie? Springer, Wien New York, S. 91-96 (1999)
35. Borasio G, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Kohlhammer, Stuttgart (2014)
36. Bormann F-J: Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe. Z Med Ethik 48: 29-38 (2002)
37. Bormann F-J: Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe. In: Schockenhoff E, Buch AJ, Volkenandt M, Wetzstein V (Hrsg): Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen, Konkretionen, Perspektiven, Schwabenverlag, Ostfildern, S. 300-309 (2005)
38. Bosshard G: Medizinische Entscheidungen am Lebensende und Beihilfe zum Suizid. Übersichtsarbeit, Ther Umsch 65: 413-416 (2008)
39. Bowman KW, Singer PA: Chinese seniors' perspectives on end-of-life decisions. Soc Sci Med 5: 455-464 (2001)
40. Brand M, Griese K, Vogler K, Terpe H, Frieser M, Högl E, Wawzyniak H, Scharfenberg E, Lücking-Michel C, Heveling A, Auernhammer A, Baehrens H, Bär D, Barthle N, Bartke M, Bas B, Beck V, Beermann M, Benning S, Bertram U, Bilger S, Blienert B, Böhmer M, Bosbach W, Brandt H, Brase W, Burkert M, Castellucci L, Connemann G, Crone P, Dött M-L,

Donth M, Durz H, Eckenbach J, Ehrmann S, Ernstberger P, Esken S, Fabritius B, Felgentreu F, Finckh-Krämer U, Flachsbarth M, Flosbach K-P, Frei T, Freudenstein A, Fuchtel H-J, Funk A, Gädechens I, Gebhart T, Gerig A, Gienger E, Göring-Eckardt K, Grindel R, Groden-Kranich U, Gröhe H, Grötsch U, Grosse-Brömer M, Grotelüschen A, Grübel M, Grütters M, Grundmann O, Haase C, Hänsel H, Hahn F, Harbarth S, Hasselfeldt G, Haßelmann B, Heck S, Heider M, Heil M, Heinrich F, Held M, Hellmich W, Hendricks B, Henke R, Hirte H, Hirte C, Höhn B, Holmeier K, Holzenkamp F-J, Horb M, Huber CM, Hübinger A, Hunko A, Jantz C, Jelpke U, Jung FJ, Jung A, Kaczmarek O, Kampmann C, Karliczek A, Kaster B, Kauder V, Kiesewetter R, Kindler S-C, Klare A, Klein V, Klein-Schmeink M, Knoerig A, Kömpel B, Koschyk H, Kretschmer M, Krings G, Kudla B, Kühn S, Kühn-Mengel H, Kurth M, Lambrecht C, Landgraf K, Lange C, Lanzinger B, Lehrieder P, Lemme S-C, Lindholz A, Linnemann C, Lips P, Lösekrug-Möller G, Lorenz W, Lotze H, Ludwig D, Maag K, de Maizière T, Malecha-Nissen B, Manderla G, von Marschall M, von der Marwitz H-G, Mattheis H, Meier R, Meister M, Michalk M, Michelbach H, Motschmann E, Müller G, Müller S, Müller B, Müller-Gemmecke B, Müntefering M, Nahles A, Nick A, Nietan D, Noll M, von Notz K, Oellers W, Özdemir C, Oppermann T, Ostermann T, Patzelt M, Pilger D, Post A, Rabanus M, Rachel T, Rainer A, Rebmann S, Rietsamen L, Riesenhuber H, Rimkus A, Röspel R, Rohde D, Rosemann M, Rossmann ED, Roth C, Rüdell E, Ruffer C, Rührich S, Rützel B, Sawade A, Schäfer A, Scheuer A, Schieder M, Schiefner U, Schiewerling K, Schlegel D, Schmelzle H, Schmidt U, Schmidt C, Schmidt G, Schmidt D, Schmitt R, Schnieder P, Schulte U, Schulte-Drüggelte B, Schulz-Asche K, Schulze K-P, Schuster A, Schwarzelühr-Sutter R, Sendker R, Silberhorn T, Singhammer J, Spahn J, Stegemann A, Steinbach E, Steinbrück P, Steinmeier F-W, Stracke S, Straubinger M, Tauber P, Ullrich V, Viesehon T, Wadephul J, Weisgerber A, Weiß P, Westermayer W, Wichtel P, Widmann-Mauz A, Willsch K-P, Winkelmeier-Becker E, Wittke O, Wolff W, Woltmann B, Wunderlich J, Zech T, Zertik H, Zeulner E, Zimmer M: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 18/5373, 18. Wahlperiode, H. Heenemann GmbH & Co., Bundesanzeiger Verlag, Berlin Köln (2015)

41. Braun M, Ried J, Dabrock P: Die Kraft der Normalisierung. Ein evangelisch-theologischer Beitrag zur Regelung der ärztlichen Suizidassistenz. *Z Med Ethik* 61: 216-229 (2015)

42. Braune F, Jakovljevic´ A-K: Physician-assisted suicide – Medical, ethical, legal, and social implications. Internationales Symposion, 19.–21. März 2004, Gießen. Ethik Med 16: 420–423 (2004)
43. Brock DW: Voluntary active euthanasia. In: Brock DW (Hrsg): Life and death. Philosophical essays in biomedical ethics, Cambridge Univ. Press, Cambridge (1994)
44. Brock DW: A Critique of Three Objections to Physician-Assisted Suicide. Ethics 109: 519-547 (1999)
45. Bruns F, Hohendorf G: Contra organisierte Suizidbeihilfe. Ethik Med 27: 167–170 (2015)
46. Brysch E: „(K)ein Recht auf Sterbehilfe?“. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 13-22 (2015)
47. Buchanan A: Intending death: The structure of the problem and proposed solutions. In: Beauchamp TL (Hrsg): Intending death. The ethics of assisted suicide and euthanasia, Prentice Hall, New Jersey, S. 23-41 (1996)
48. Bühler A: Hermeneutik. Basistexte zur Einführung in die wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Verstehen und Interpretation. Synchron Wissenschaftsverlag, Heidelberg (2003)
49. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 95: 18-19 (1998)
50. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 101: A1298-1299 (2004)
51. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 108: A346-348 (2011)
52. Bundesärztekammer (2014). <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/alt-reden-statements/aktuell/sterbehilfe/> (25.04.2015)
53. Bundesverwaltungsgericht (2017). Zugang zu einem Betäubungsmittel, das eine schmerzlose Selbsttötung ermöglicht, darf in extremen Ausnahmesituationen nicht verwehrt werden. Pressemitteilung, Nr. 11/2017, BVerwG 3 C 19.15. <http://www.bverwg.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.php?jahr=2017&nr=11> (11.07.2017)

54. Callsen S (2014). Mehrheit der Deutschen befürwortet aktive Sterbehilfe. Soll es in Deutschland erlaubt sein, einem Schwerkranken beim Sterben zu helfen? Die Bundesbürger sind laut unserer Umfrage gegen jede Form eines Verbots. <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage> (20.09.2014)
55. Cavalli F: Ein Plädoyer für die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg): Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiepraxis in der Schweiz, edition 8, Zürich (2001)
56. Chappuis C: Geriatrie und Sterbehilfe – Assistenz zum Tode? In: Holderegger A (Hrsg): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. Aufl, Universitätsverlag Freiburg, Herder, Freiburg Wien, S.242-257 (2000)
57. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW: Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon. The First Year's Experience. NEJM 340: 577-583 (1999)
58. Christdemokraten für das Leben (CDL) Münster: Mitwirkung am Suizid und „Autonomie“ am Lebensende. Z Lebensr 21: 47 (2012)
59. Deutsche Bischofskonferenz (2004). Um Gottes Willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Pressestatement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Karl Lehmann, am 24. März 2004 in Berlin. <http://www.alt.dbk.de/aktuell/meldungen/3185/index.html>. (13.07.2016)
60. Deutscher Bundestag (2014a). Plenarprotokoll 18/66, stenographischer Bericht der 66. Sitzung am 13.11.2014. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/18/18066.pdf> (31.10.2017)
61. Deutscher Bundestag (2014b). Grundgesetz. <https://www.bundestag.de/grundgesetz> (11.11.2017)
62. Deutscher Ethikrat (2014a). Ad-hoc-Empfehlung. „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention“. <http://www.ethikrat.org/publikationen/ad-hoc-empfehlungen/suizidbeihilfe> (01.03.2016)
63. Deutscher Ethikrat (2014b). Ethikrat plant Empfehlung zur Suizidbeihilfe. <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2014/pressemitteilung-10-2014> (23.03.2015)

64. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2017). Sterbehilfe. III. Rechtliche Regelungen. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (15.03.2017)
65. Dickentmann M (2014). Orientierungsdebatte im Bundestag. Wie soll Deutschland mit Sterbehilfe umgehen? <http://www.stern.de/politik/deutschland/bundestag-orientierungsdebatte-zur-sterbehilfe--aktuelle-rechtslage-in-deutschland--fraktionsplaene--reformueberlegungen-3229292.html> (03.10.2017)
66. Dietrich F: Legalisierung der aktiven Sterbehilfe- Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie? *Ethik Med* 21: 275-288 (2009)
67. Duttge G: Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht. Menschenwürdiges Sterben zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung. *Z Med Ethik* 55: 257-270 (2009)
68. Düwell M: Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. J. B. Metzler, Stuttgart (2008)
69. Düwell M, Hubenthal C, Werner MH (Hrsg): *Handbuch Ethik*. 3. Aufl, J.B. Metzler, Stuttgart Weimar (2011)
70. Dworkin R: *Law's Empire*. Belknap Press, Cambridge Mass (1986)
71. Dworkin R: Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit. Rowohlt, Reinbek (1994)
72. Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon T, Thomson JJ: Assisted suicide. The philosopher's brief. *New York Rev Books* 5: 41-47 (1997)
73. Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon T, Thomson JJ: Assisted suicide. The brief of the Amici Curiae. In: Sterba JP (Hrsg): *Morality in practice*, 7. Aufl, Thomson Wadsworth, Belmont, S. 177-183 (2004)
74. Dyck AJ: Life's worth. The case against assisted suicide. Eerdsman, Grand Rapids (2002)
75. Eibach U: Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung – Ein Menschenrecht? In: Beckmann R, Löhr M, Schätzle J (Hrsg): *Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*, Sinus, Krefeld, S. 119-144 (2004)
76. Eibach U: Aktive Sterbehilfe – Recht auf Selbsttötung? Eine Stellungnahme aus christlicher Sicht und aus Sicht der Krankenhausseelsorge. *Z Med Ethik* 52: 249-267 (2006)
77. Ernst C: Nein zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg): *Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz*, edition 8, Zürich, S. 45-58 (2001)

78. Feinberg J: Overlooking the merits of the individual case: an unpromising approach to the right to die. *Ratio Juris* 4: 131-151 (1991)
79. Fenner D: Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente. *Ethik Med* 19: 200–214 (2007)
80. Fenner D: Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? Eine medizinethische Untersuchung. Karl Alber, Freiburg (2008)
81. Fletcher J: In Verteidigung des Suizids. In: Eser A (Hrsg): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, Enke, Stuttgart, S. 233-244 (1976)
82. Fuchs T: ‚Was heißt töten‘? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Sterbehilfe. *Ethik Med* 9: 78-90 (1997)
83. Fuchs T, Lauter H: Kein Recht auf Tötung. *Dtsch Arztlbl* 94: 186-188 (1997)
84. Gärtner HW: „Nur damit Du es weißt: Ich werde nicht leiden und mein Ende selbst bestimmen...“ Die Geschichte eines angekündigten, aber nicht vollzogenen Suizids einer Frau mit Hirnmetastasen. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 73-86 (2015)
85. Gavela K: Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe. Veröffentlichung des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Springer, Heidelberg (2013)
86. Gert B: *Morality. Its Nature and Justification*. Oxford Univ. Press, New York Oxford (1998)
87. Geyer C (2017). Suizidhilfe. Wer darf sterben und wer nicht? Das Bundesverwaltungsgericht begründet einen Rechtsanspruch auf Suizidhilfe aus dem Giftschränk. Einwände werden mit der Autonomiefloskel abgefertigt. <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/suizidhilfe-wer-darf-sterben-und-wer-nicht-14908041.html> (11.07.2017)
88. Giesen D: Ethische und rechtliche Probleme am Ende des Lebens. *Juristenzeitung* 45: 929-943 (1990)
89. Gordijn B: Euthanasie und medizinisch assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Neumann G, Körner U (Hrsg): Patientenautonomie und humanes Sterben. Kongressbericht, Humanitas, Paderborn, S. 67-74 (1997)

90. Göttner H: Logik der Interpretation. Analyse einer literaturwissenschaftlichen Methode unter kritischer Betrachtung der Hermeneutik. Münchener Universitäts-Schriften, Reihe der Philosophischen Fakultät, Bd 11, Wilhelm Fink, München (1973)
91. Gutmann T: Der eigene Tod- Die Selbstbestimmung des Patienten und der Schutz des Lebens in ethischer und rechtlicher Dimension. Ethik Med 14: 170-185 (2002)
92. Hakkarinen MT (2015). Top 100 Bioethics Journals in the World. <https://bioethics.georgetown.edu/2015/04/top-100-bioethics-journals-in-the-world/> (07.12.2016)
93. Hardinghaus W: Für eine sorgende Gesellschaft. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 37-46 (2015)
94. Hare RM: Moralisches Denken. Seine Ebenen, seine Methode, sein Witz. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1992)
95. Harris J: Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag, Berlin (1995a)
96. Harris J: Euthanasia and the value of life. In: Keown J (Hrsg): Euthanasia examined: ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge Univ. Press, Cambridge (1995b)
97. Hausding G (2015). Geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid wird bestraft. [https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45\\_de\\_sterbebegleitung/392450](https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45_de_sterbebegleitung/392450) (13.02.2016)
98. Heinrich K: Einwände gegen die ärztliche Suizidhilfe. Fortschr Neurol Psychiat 71: 577-578 (2003)
99. Held T: Suizid als Krankheit. In: Brudermüller G, Marx W et al. (Hrsg): Suizid und Sterbehilfe, Königshausen & Neumann, Würzburg, S. 165-172 (2003)
100. Henking T: Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaften. Berlin, 15. Juni 2015. Ethik Med 27: 259–262 (2015)
101. Henking T, Vollmann J: Rechtliche Verbotsvorschläge der ärztlichen Unterstützung bei der Selbsttötung von schwerkranken Patienten. Kritische Überlegungen aus rechtlicher und ethischer Perspektive. Ethik Med 28: 121-134 (2016)
102. Hermes M (2017). Wer darf sterben? Wer darf es nicht? Wer entscheidet darüber? – Das BVerwG zur „schmerzlosen Selbsttötung“ in „extremen Ausnahmesituationen“. <https://community.beck.de/2017/03/04/wer-darf-sterben-wer-darf-es-nicht-wer-entscheidet-darueber-das-bverwg-zur-schmerzlosen-selbsttoetung-in> (11.07.2017)

103. Hick C: Entscheidungen am Lebensende. In: Hick C, Gommel M, Ziegler A, Gaidzik PW (Hrsg): Klinische Ethik, Springer Medizin, Heidelberg, S. 56-113 (2007a)
104. Hick C: Medizinethisches Argumentieren. In: Hick C, Gommel M, Ziegler A, Gaidzik PW (Hrsg): Klinische Ethik, Springer Medizin, Heidelberg, S. 268-322 (2007b)
105. Hillienhof A (2017). Ärzte üben scharfe Kritik am Urteil zur ärztlich assistierten Selbsttötung. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73454/Aerzte-ueben-scharfe-Kritik-am-Urteil-zur-aerztlich-assistierten-Selbsttoetung> (11.07.2017)
106. Hippokrates: Der Eid. In: Kollesch J, Nickel D (Hrsg): Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus den medizinischen Schriften der Griechen und Römer, Reclam, Stuttgart (2007)
107. Hochgrebe W: Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland? Eine Analyse der aktuellen Diskussion unter medizinischen, philosophisch-ethischen und religiös-theologischen Aspekten. Books on Demand, Norderstedt (2004)
108. Hoerster N: Tötungsverbot und Sterbehilfe. In: H. M. Sass (Hrsg): Medizin und Ethik, Reclam, Stuttgart (1989)
109. Hoerster N: Abtreibung im säkularen Staat – Argumente gegen den § 218. Suhrkamp, Frankfurt a.M. (1991)
110. Hoerster N: Sterbehilfe im säkularen Staat. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1998)
111. Höffe O: Der Tod von eigener Hand. Ein philosophischer Blick auf ein existentielles Problem. In: Bormann FJ, Borasio GD (Hrsg): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Walter de Gruyter, Berlin, S. 411-427 (2012)
112. Hoffmann TS: Töten auf Verlangen – eine Wohltat? In: Kaster G (Hrsg): Sterben – an der oder durch die Hand des Menschen, Dialogverlag, Münster, S. 60-77 (2009)
113. Hohendorf G: Der Tod als Erlösung vom Leiden. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Überarbeitete Fassung der Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München, Wallstein, Göttingen (2013)
114. Hohendorf G: Auf der schiefen Ebene: Zur Praxis von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland. Z Lebensr 23: 52-57 (2014)

115. Honecker M: Euthanasie aus der Sicht der Theologie. In: Aulbert E, Klaschik E, Pich-Imaier H (Hrsg): Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland, Schattauer, Stuttgart New York, S. 31-39 (1998)
116. Honnefelder L: Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln. Einführung in die Grundlagen der medizinischen Ethik. In: Honnefelder L, Rager G (Hrsg): Ärztliches Urteilen und Handeln, Insel, Frankfurt Leipzig, S. 135-190 (1994)
117. Horn C: Das Sterben als Teil eines gelingenden Lebens. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg): Tagungsdokumentationen. Wie wir sterben/ Selbstbestimmung am Lebensende. Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster, MEDIALIS-Offsetdruck, Berlin (2006)
118. Horn R, Saake I, Roser T: Länderberichte. Ein Überblick über den Verlauf der Sterbehilfe-Debatte in Frankreich. Z Med Ethik 52: 281-295 (2006)
119. Hoven E (2016). Für eine freie Entscheidung über den eigenen Tod. Ein Nachruf auf die straflose Suizidbeihilfe. [http://www.zis-online.com/dat/artikel/2016\\_1\\_974.pdf](http://www.zis-online.com/dat/artikel/2016_1_974.pdf) (16.07.2017)
120. Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen (2017a). Fachzeitschrift Ethik in der Medizin. <http://www.idem.uni-goettingen.de/medizinethik-plus/fachliteratur.html> (12.11.2017)
121. Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen (2017b). Ethik in der Medizin – Impact Faktor-Entwicklung. [http://www.idem.uni-goettingen.de/fileadmin/user\\_upload/Impact\\_Factor\\_EthMed\\_Entwicklung\\_2016.pdf](http://www.idem.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/Impact_Factor_EthMed_Entwicklung_2016.pdf) (12.11.2017)
122. Jahraus O: Literaturtheorie. Theoretische und methodische Grundlagen der Literaturwissenschaft. A Francke, Tübingen Basel (2004)
123. Jakobs G: Zum Unrecht der Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen. In: Haft F, Hassemer W, Neumann U, Schild W, Schroth U (Hrsg): Strafgerechtigkeit. Festschrift für Arthur Kaufmann zum 70. Geburtstag, C.F. Müller, Heidelberg, S. 459-472 (1993)
124. Jens W, Küng H: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper, München Zürich (1995)
125. Jonsen AR: Kasuistik: Eine Alternative oder Ergänzung zu Prinzipien? In: Rauprich O, Steger F (Hrsg): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische

- Praxis, Kultur der Medizin. Geschichte - Theorie – Ethik, Bd 14, Campus, Frankfurt a. M., S. 146-162 (2005)
126. Jox RJ: Sterbenlassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Edition Körber-Stiftung, Hamburg (2011)
  127. Kamphausen K: Ich bringe mich um! Das Leben ist (k)eine Alternative. Komplett-Media, München Grünwald (2011)
  128. Kant I (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Weischedel W (Hrsg): Immanuel Kant, Werkausgabe, Bd 7, Frankfurt a. M., S. 7-102 (1982)
  129. Kass LN: Death with dignity and the sanctity of life. In: Uhlmann M (Hrsg): Last rights?: assisted suicide and euthanasia debated, Eerdmans, Washington DC, S. 199-222 (1998)
  130. Kaufmann A: Euthanasie – Selbsttötung – Tötung auf Verlangen. In: Kaufmann A (Hrsg): Strafrecht zwischen Gestern und Morgen, Heymanns, Köln u.a., S. 137-146 (1983)
  131. Kettner M: Moral. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner M (Hrsg): Handbuch Ethik, Metzler, Stuttgart Weimar, S. 410-414 (2002)
  132. Kinsauer Manifest. In: Frensch M, Schmidt M (Hrsg): Euthanasie. Sind alle Menschen Personen? Novalis, Schaffhausen, S. 143-155 (1992)
  133. Kipke R: Schiefe-Bahn-Argumente in der Sterbehilfe-Debatte. Z Med Ethik 54: 135-146 (2008)
  134. Kipke R: Das ‚gute Leben‘ in der Bioethik. Ethik Med 25: 115–128 (2013)
  135. Kipke R: Why not commercial assistance for suicide? On the question of argumentative coherence of endorsing assisted suicide. Bioethics 29: 516-522 (2015a)
  136. Kipke R: Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute. Zur Frage nach der ethischen Rechtfertigung eines Verbots ärztlicher Suizidassistenz in einer liberalen Gesellschaft. Ethik Med 27: 141–154 (2015b)
  137. Kissane DW, Street A, Nitschke P: Seven Deaths in Darwin: Case Studies Under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. Lancet 352: 1097-1102 (1998)
  138. Klein H: Zeitungsartikel. In: Baur N, Blasius J (Hrsg): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Springer Fachmedien, Wiesbaden (2014)

139. Klie T, Student JC: Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Herder, Freiburg (2007)
140. Klinkhammer G: Breite Ablehnung aktiver Euthanasie. Ärzte und Politiker weisen auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin hin. Dtsch Arztebl 98: 279 (2001)
141. Klöckner J: Maßstab Menschenwürde. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 51-56 (2015)
142. Knaup M: Gut sterben? Anmerkungen zur Frage der ärztlichen Suizidbeihilfe. Z Med Ethik 61: 314-324 (2015)
143. Knoepffler N, Kunzmann P, Pies I, Siegetsleitner A: Einführung in die Angewandte Ethik. Bd 1, Karl Alber, Freiburg München (2006)
144. Knoepffler N: Angewandte Ethik. Ein systematischer Leitfaden. Böhlau, Köln Weimar Wien (2010)
145. Kohlberg L: Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach. In: Lickona T (Hrsg): Moral development and behavior: Theory, research and social issues, Holt Rinehart&Winston, New York, S. 31-53 (1976)
146. Konietzko N: Die Grenzen der Therapie beim alten Menschen. Pneumologe 9: 359-369 (2012)
147. Körnter U: Therapieverzicht am Lebensende? Ethische Fragen des medizinisch assistierten Sterbens. Z Med Ethik 48: 15-27 (2002)
148. Kosfeld C-P (2015). Abstimmung über die Sterbebegleitung. [https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45\\_ak\\_sterbebegleitung/392446](https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45_ak_sterbebegleitung/392446) (13.02.2016)
149. Kreß H: Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin. Kohlhammer, Stuttgart (2003)
150. Kreß H: Selbstbestimmung am Lebensende. Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethik Med 16: 291–297 (2004)
151. Kreß H: Sterbehilfe und Selbstbegleitung im Licht der Patientenautonomie. Gynäkologe 40: 960-965 (2007)
152. Kreß H: Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte. 2. Aufl, Kohlhammer, Stuttgart (2009)
153. Kreuels M: Über den vermeintlichen Wert der Sterblichkeit. Ein Essay in analytischer Existenzphilosophie. Suhrkamp, Berlin (2015)

154. Kübler A, Weber C, Birbaumer N: Locked-in – freigegeben für den Tod. Wenn nur Denken und Fühlen bleiben – Neuroethik des Eingeschlossenseins. *Z Med Ethik* 52: 57-70 (2006)
155. Kuckartz U: QDA-Software im Methodendiskurs: Geschichte, Potenziale, Effekte. In: Kuckartz U, Grunenberg H, Lauterbach A (Hrsg): *Qualitative Datenanalyse: computer-gestützt. Methodische Forschungshintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage, Wiesbaden, S. 11-26 (2004)
156. Kuhse H: *The Sanctity-of-Life-Doctrine in Medicine. A Critique*. Clarendon, Oxford (1987)
157. Kusch R, Spittler JF: *Weißbuch 2012. Sterbehilfe Deutschland e.V., Schriftenreihe Bd 4, Books on Demand, Norderstedt* (2012)
158. Ladwig K-H, Kunrath S, Lukaschek K, Baumert J: The railway suicide death of a famous german football player: impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *J Affect Disord* 136: 194-198 (2012)
159. Lakotta B: Video aus dem Sterbezimmer. *Der Spiegel* 19: 102 (2014)
160. Lakotta B (2015). Streitet euch! <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-131147837.html> (20.03.2015)
161. Lauter H, Meyer JE: Die neue Euthanasie-Diskussion aus psychiatrischer Sicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 60: 441-448 (1992)
162. Lauter H: Ärztliche Suizidassistenten bei Demenzerkrankungen? *Nervenarzt* 82: 50-56 (2011)
163. Mackor AR: Sterbehilfe in den Niederlanden. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 128: 24-48 (2016)
164. Maio G: *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Mit einem Geleitwort von Wilhelm Vossenkuhl*. Schattauer, Stuttgart (2012)
165. Marckmann G: Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann G (Hrsg): *Praxisbuch Ethik in der Medizin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*, S. 3-14 (2015)
166. Mayer C (2014a). Gutachter uneins über Todesursache im Sterbehilfe-Prozess. [http://www.swp.de/ulm/lokales/ulm\\_neu\\_ulm/Gutachter-uneins-ueber-Todesursache-im-Sterbehilfe-Prozess;art4329,2502492](http://www.swp.de/ulm/lokales/ulm_neu_ulm/Gutachter-uneins-ueber-Todesursache-im-Sterbehilfe-Prozess;art4329,2502492) (24.09.2014)

167. Mayer C (2014b). Überraschendes Ende des Ulmer Sterbehilfeprozesses. [http://www.swp.de/ulm/lokales/ulm\\_neu\\_ulm/Ueberraschendes-Ende-des-Ulmer-Sterbehilfeprozesses;art4329,2579652](http://www.swp.de/ulm/lokales/ulm_neu_ulm/Ueberraschendes-Ende-des-Ulmer-Sterbehilfeprozesses;art4329,2579652) (30.09.2014)
168. Mayr G (2014). Sterbehilfe-Debatte im Bundestag. Wie wollen wir sterben? <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-bundestag-debattiert-ueber-assistierten-suizid-a-1002239.html> (10.03.2015)
169. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K (Hrsg): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 601-613 (2010a)
170. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl, Beltz, Weinheim (2010b)
171. Mayring P, Fenzl T: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J (Hrsg): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Springer, Wiesbaden, S. 543-556 (2014)
172. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA: Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. Palliativ Med 21: 115-128 (2007)
173. Meiritz A (2014). Bundestag. Abgeordnete werden in Sterbehilfe-Debatte persönlich. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-und-sterbebegleitung-vier-stunden-debatte-bundestag-a-1002694.html> (10.03.2015)
174. Melching H: Gedanken zur aktuellen Sterbehilfediskussion aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Schmerz 29: 261-265 (2015)
175. Merkel R: Teilnahme am Suizid- Tötung auf Verlangen- Euthanasie. Fragen an die Strafrechtsdogmatik. In: Hegselmann R, Merkel R (Hrsg): Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 71-127 (1991)
176. Merkel R: Kommentar II. Ethik Med 18: 256–260 (2006)
177. Merkel G, Häring D: Pro organisierte Suizidbeihilfe. Ethik Med 27: 163–166 (2015)
178. Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y: Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. J Pain Symptom Manage 27: 44-52 (2004)
179. Müller-Busch HC: „Terminale Sedierung“. Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene? Ethik Med 16: 369–377 (2004)
180. Müller-Busch HC, Simon A, Schildmann J: Ethik in der Palliativmedizin. Z Palliativmed 8: 55-68 (2007)

181. Mürner C, Sierck U: Der gute Tod? „Euthanasie“-Mentalität. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg): Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, Edition 8, Zürich, S. 91-97 (2001)
182. Nancy J-L: A Finite Thinking. Stanford Univ. Press, Stanford (2003)
183. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005). Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr.9/2005. [http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe\\_de.pdf](http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf) (04.11.2017)
184. Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (09.02.2016)
185. Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2014). In Würde leben, in Würde sterben. Suizidprävention und Palliativmedizin fördern. Stellungnahme. <https://www.suizidprophylaxe.de/fileadmin/downloads/stellungnahmen/2014-06-Stellungnahme-Sterbehilfe-DGS-NaSPro.pdf> (13.01.2017)
186. Neitzke G, Coors M, Diemer W, Holtappels P, Spittler JF, Würdehoff D: Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM). Ethik Med 25: 349–365 (2013)
187. Neumann U: Deontologische und teleologische Positionen in der rechtlichen und moralischen Beurteilung von Sterbehilfe und Suizidteilnahme. In: Jung H, Müller-Dietz H, Neumann U (Hrsg): Recht und Moral. Beiträge zu einer Standortbestimmung, Nomos, Baden-Baden, S. 393-400 (1991)
188. Nietzsche F: Jenseits von Gut und Böse. In: Colli G, Montinari M (Hrsg): Kritische Studienausgabe, Bd 5, dtv, München (1988)
189. Oduncu F: Begleiten statt töten! Stimmen Zeit 219: 520-532 (2001)
190. Oduncu F: Aktueller Bericht. Belgien verabschiedet Euthanasie-Gesetz. Z Med Ethik 48: 310-312 (2002)
191. Oduncu F: In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2007)

192. Oduncu F: Geschichte und Bedeutung des Begriffs Sterbehilfe. In: Junginger T, Perneczky A, Vahl CF, Werner C (Hrsg): Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen, Springer Medizin, Heidelberg, S. 229-234 (2008)
193. Oduncu F, Eisenmenger W: Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich. Medizinrecht 20: 327-337 (2002)
194. Paulo N: Spezifizierung und Abwägung in ethischen Entscheidungen. In: Rauprich O, Jox RJ, Marckmann G (Hrsg): Vom Konflikt zur Lösung. Ethische Entscheidungswege in der Biomedizin, Mentis, Münster, S. 29-42 (2016)
195. Pellegrino ED: The false promise of beneficent killing. In: Emanuel LL (Hrsg): Regulating how we die. The ethical, medical, and legal issues surrounding physician-assisted suicide, Harvard Univ. Press, Cambridge Mass London, S. 71-91 (1998)
196. Pijnenborg L, Van der Maas PJ, van Delden JJ, Looman CWN: Life-terminating acts without explicit request of patient. Lancet 341: 1196-1199 (1993)
197. Pilath M (2014). Sterbehilfe. Bundestag sucht Position zum assistierten Suizid. <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-11/bundestag-sterbehilfe-debatte> (10.03.2015)
198. Piontkowski K: „Gedanken an Freud natürlich“. Zum psychoanalytischen Aspekt ausgewählter Texte von Franz Kafka. Diplomica, Hamburg (2014)
199. Pöltner G: Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung. In: Bonelli J, Prat EH (Hrsg): Leben – Sterben – Euthanasie? Springer, Wien New York, S. 39-50 (1999)
200. Pöltner G: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien (2002)
201. Pöltner G: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien (2006)
202. Prat EH: Zur Frage der Selbstbestimmung. Gibt es ein Recht darauf, sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden? In: Bonelli J, Prat EH (Hrsg): Leben – Sterben – Euthanasie? Springer, Wien, S. 61-71 (2000)
203. Preidel C: Sterbehilfepolitik in Deutschland. Essentials, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden (2016)
204. Quante M: Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (2002)
205. Rauprich O: Kommentar II. Ethik Med 14: 219-222 (2002)

206. Rauprich O: Prinzipienethik in der Biomedizin – Zur Einführung. In: Rauprich O, Steger F (Hrsg): Kultur der Medizin. Geschichte - Theorie – Ethik, Bd 14, Campus, Frankfurt a. M., S. 11-45 (2005)
207. Rauprich O: Kohärentistische Prinzipienethik. Ein Praxistest. In: Rauprich O, Jox RJ, Marckmann G: Vom Konflikt zur Lösung. Ethische Entscheidungswege in der Biomedizin, Mentis, Münster, S. 117-137 (2016)
208. Rauprich O, Steger F: Vorwort. In: Rauprich O, Steger F (Hrsg): Kultur der Medizin. Geschichte - Theorie – Ethik, Bd 14, Campus, Frankfurt a. M., S. 9-10 (2005)
209. Rawls J: A Theory of Justice. 2. Aufl, Belknap Press, Cambridge/Mass London (1999)
210. Rawls J: Justice as Fairness. A Restatement. Belknap Press, Cambridge/Mass London (2001)
211. Remenyi M: Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende – eine ethische Problemexposition. Z Med Ethik 54: 115-134 (2008)
212. Richardson HS: Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems. Philosophy and Public Affairs 19: 279-310 (1990)
213. Richardson HS: Spezifizierung von Normen als ein Weg zur Lösung konkreter ethischer Probleme. In: Rauprich O, Steger F (Hrsg): Kultur der Medizin. Geschichte - Theorie – Ethik, Bd 14, Campus, Frankfurt a. M., S. 252-290 (2005)
214. Richter-Kuhlmann E (2014). Ethikrat: „Suizidbeihilfe ist keine ärztliche Aufgabe“. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61268/Ethikrat-Suizidbeihilfe-ist-keine-aerztliche-Aufgabe> (24.03.2015)
215. Ricken F: Allgemeine Ethik, 3. Aufl, Kohlhammer, Stuttgart (1998)
216. Ritter M de: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. Deutsche Verlagsanstalt, München (2010)
217. Rosenau H, Sorge I: Gewerbsmäßige Suizidförderung als strafbares Unrecht? Kritische Anmerkungen zum Regierungsentwurf über die Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB-E). Neue Kriminalpolit 25: 108-119 (2013)
218. Roxin C: Tötung auf Verlangen und Suizidteilnahme. Goldammer´s Archiv für Strafrecht 160: 313-327 (2013)
219. Ruß HG: Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte. Ethik Med 14: 11–19 (2002)

220. Schaber P: Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff? Ethik Med 24: 297–306 (2012)
221. Scheidegger D: Intensivmedizin und Sterbehilfe. In: Holderegger A (Hrsg): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. Aufl, Universitätsverlag, Freiburg i. Ue, S. 98-120 (2000)
222. Schelling TC: Ethics, Law, and the Exercise of Self-Command. In: Schelling TC (Hrsg): Choice and Consequence, Harvard Univ. Press, Cambridge/Massachusetts, S. 83-112 (1984)
223. Schmidt T: Vom Allgemeinen zum Einzelfall – Die orientierende Funktion moralischer Prinzipien. In: Rauprich O, Jox RJ, Marckmann G (Hrsg): Vom Konflikt zur Lösung. Ethische Entscheidungswege in der Biomedizin, Mentis, Münster, S. 13-28 (2016)
224. Schmidt-Jortzig E: Die Entpersönlichung des Sterbens. Z Evangel Ethik 46: 20-27 (2002)
225. Schmoll H (2014). „Der Tod als Dienstleistung“? <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/debatte-ueber-sterbehilfe-im-bundestag-13264357.html> (10.03.2015)
226. Schnieder P: Normgerechtes Sterben. Aufgaben und Grenzen staatlicher Regulierung. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 57-64 (2015)
227. Schockenhoff E: Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss. Matthias-Grünewald, Mainz (1993)
228. Schockenhoff E: Töten oder Sterbenlassen. Worauf es in der Euthanasiedebatte ankommt. In: Gordjin B, ten Have H (Hrsg): Medizin-Ethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Frommann-Holzboog, Stuttgart Bad-Cannstatt, S. 459-476 (2000)
229. Schockenhoff E: Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen. Herder, Freiburg (2013)
230. Scholz R: Die Diskussion um die Euthanasie. Zu den anthropologischen Hintergründen einer ethischen Fragestellung. LIT, Münster (2002)
231. Schöne-Seifert B: Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Universitätsverlag Freiburg, Freiburg, S. 98-119 (1999)

232. Schöne-Seifert B: Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. Aufl, Herder, Freiburg, S. 98-119 (2000)
233. Schöne-Seifert B: Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch verantwortbar? In: Petermann F (Hrsg): Sterbehilfe. Grundsätzliche und praktische Fragen. Ein interdisziplinärer Diskurs, Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Bd 38, Universität St. Gallen, S. 45-67 (2006)
234. Schöne-Seifert B: Grundlagen der Medizinethik. Kröner, Stuttgart (2007)
235. Schreiber H-L: Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien – Vorbild für die Bundesrepublik? In: Thiele F (Hrsg): Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte, Wilhelm Fink, München, S. 117-126 (2005)
236. Schroth J: Deontologie und die moralische Relevanz der Handlungskonsequenzen. Z Philos Forsch 63: 55-75 (2009)
237. Schulte von Drach MC (2014). „Beim Sterben wird’s persönlich“. <http://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-debatte-im-bundestag-beim-sterben-wirds-persoendlich-1.2218884> (10.03.2015)
238. Schwäbische (2014). In Prozess um Sterbehilfe droht Gutachterschlacht. [http://www.schwaebische.de/region/biberach-ulm/ulm/stadtnachrichten-ulm\\_artikel,-In-Prozess-um-Sterbehilfe-droht-Gutachterschlacht-\\_arid,5603452.html](http://www.schwaebische.de/region/biberach-ulm/ulm/stadtnachrichten-ulm_artikel,-In-Prozess-um-Sterbehilfe-droht-Gutachterschlacht-_arid,5603452.html) (12.11.2017)
239. Schwank A: Memento mori – Nur wer in Würde lebt, kann auch in Würde sterben. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg): Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, Edition 8, Zürich, S. 7-18 (2001)
240. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Neue Jurist Wochenschr 12: 767-769 (1996)
241. 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, 2. Aufl, Universitätsverlag Freiburg, Herder, Freiburg Wien, S. 39-54 (2000)

242. Simon A: Ethische Probleme am Lebensende. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung herausgegeben von Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau und Norbert W. Paul, 1. Aufl, Suhrkamp, Frankfurt a.M., S. 446-478 (2006)
243. Simon A: Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe. Ausbau der Palliativmedizin gefordert. Dtsch Arztebl 107: A1383-1385 (2010)
244. Singer M: Duties to Oneself. In: Radcliff P (Hrsg): Limits of Liberty. Wadsworth, Belmont, S. 108-144 (1966)
245. Singer P: Praktische Ethik. 2. Aufl, Reclam, Stuttgart (1994)
246. Soldt R (2014). Ein Prozess um Leben und Tod. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/prozess-wegen-moeglicher-sterbehilfe-in-ulm-12847372.html> (12.10.2014)
247. Spaemann R: Es gibt kein gutes Töten. In: Spaemann R, Fuchs T (Hrsg): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht, Herder, Freiburg Basel Wien, S. 12-30 (1997)
248. Spaemann R: Die Vernünftigkeit eines Tabus. In: Spaemann R, Wannenwetsch B (Hrsg): Guter schneller Tod? Von der Kunst, menschenwürdig zu sterben, Brunnen, Basel (2013)
249. Spaemann R, Fuchs T: Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Herder, Freiburg (1997)
250. Springer (2017). Ethik in der Medizin. <http://www.springer.com/medicine/journal/481> (15.03.2017)
251. Stadler C: Sterbehilfe - gestern und heute. Psychiatrie-Verlag, Bonn (1991)
252. Stahl RY, Emanuel EJ: Physicians, Not Conscripts – Conscientious Objection in Health Care. N Engl J Med 14: 1380-1385 (2017)
253. Stüber C: „Ärztliche Freiheit und Berufsethos“ – Hängen ärztliche Berufsfreiheit und ärztliches Berufsethos zusammen? Lindenthal-Institut, Köln, 21. August 2004, 11.–12. September 2004. Ethik Med 17: 57–60 (2005)
254. Taupitz J (2009). Ärztliche Suizidbeihilfe: Weder verboten noch unärztlich. Der Chirurg: BDC online. [www.bcd.de/index\\_level3.jsp?documentid=778433154a60a336c12575d30030c333&form=Dokumente](http://www.bcd.de/index_level3.jsp?documentid=778433154a60a336c12575d30030c333&form=Dokumente). (22.07.2013)

255. Ternieden H (2014). Mehrheit der Deutschen für aktive Sterbehilfe. [www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-mehrheit-der-deutschen-fuer-aktive-sterbehilfe-a-943806.html](http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-mehrheit-der-deutschen-fuer-aktive-sterbehilfe-a-943806.html) (02.02.2016)
256. Thomas G: Krankheit als Manifestation menschlicher Endlichkeit. Theologische Optionen zwischen Widerstand und Ergebung. In: Höfner M, Schaede S, Thomas G (Hrsg): Religion und Aufklärung, Bd 18, Mohr Siebeck, Tübingen, S. 161-192 (2010)
257. Tröndle H: Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem? Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 99: 25-48 (1987)
258. Tugendhat E: Das Euthanasieproblem in philosophischer Sicht. Zeitschrift für systematische Philosophie 1: 123-138 (1994)
259. Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L: Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life. An Investigation Performed Upon Request of the Commission of Inquiry into Medical Practice Concerning Euthanasia. Special Issue, Health Policy Monographs, Bd 2, Health Policy 22: 1-262 (1992)
260. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL: Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995. NEJM 335: 1699-1705 (1996)
261. Veatch RM: Theories of Medical Ethics: The Professional Model compared with the Societal Model. In: Land W, Dossetor JB (Hrsg): Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce, Springer, Berlin, S. 3-9 (1991)
262. Velleman JD: Against the right to die. J Med Philos 17: 665-681 (1992)
263. Vetter H: Grundriss Heidegger. Ein Handbuch zu Leben und Werk. Felix Meiner, Hamburg (2014)
264. Virt G: Leben bis zum Ende. Tyrolia, Innsbruck (1998)
265. Vollmann J: Sterbebegleitung. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/01, Berlin, S. 3-14 (2001)
266. Vollmann J: Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den USA. Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel. Ethik Med 14: 270-286 (2002)
267. Von der Pfordten D: Normative Ethik. Gruyter, Berlin New York (2010)

268. Weiffen M, überarbeitet von Heinrichs B (August 2009), grundlegend überarbeitet von Rose C und Campe K (Oktober 2009), überarbeitet von Halsband A, Möbus F, Rose C (April/Mai 2010), überarbeitet von Möbus F, Ullrich R, Rose C (Juli/August 2010), aktualisiert von Coninx S und Jahangiri M (Oktober/November 2010), überarbeitet von Lanzerath D (März 2011), aktualisiert von Coninx S (Mai 2011), aktualisiert von Risse J und Pier J (Januar 2015, August 2015, Oktober 2015) (2015). Sterbehilfe. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (15.05.2015)
269. Weischedel W (Hrsg): Immanuel Kant – Werkausgabe. Bd 7, 2. Aufl, Suhrkamp, Frankfurt a. M. (1977)
270. Werner MH: Streit um die Menschenwürde. Bedeutung und Probleme eines ethischen Zentralbegriffs. Z Med Ethik 46: 259-272 (2000)
271. Werner MH: Ethik als Rekonstruktion von (welcher?) Moral?. In: Kellerwessel W, Cramm W-J, Krause D, Kupfer H-C (Hrsg): Diskurs und Reflexion. Wolfgang Kuhlmann zum 65. Geburtstag, Königshausen & Neumann, Würzburg, S. 215-240 (2005)
272. Wernstedt T, Mohr M, Kettler D: Sterbehilfe in Europa. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel von zehn Ländern unter besonderer Berücksichtigung der Niederlande und Deutschlands. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 35: 220-231 (2000)
273. Wiesemann C, Biller-Adorno N, Frewer A: Medizinethik. Thieme, Stuttgart (2005)
274. Wiesing U: Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! Ethik Med 25: 67–71 (2013)
275. Wiesing U, Marckmann G: Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit. Alber, Freiburg (2009)
276. Wils JP: Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Mentis, Paderborn (1999)
277. Wise J: Australian Euthanasia Law Throws Up Many Difficulties. BMJ 317: 969 (1998)
278. Witschen D: Mehr als die Pflicht. Studien zu supererogatorischen Handlungen und ethischen Idealen. Academic Press Fribourg, Freiburg Schweiz, Herder, Freiburg Wien (2006)
279. Wittwer H: Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Mentis, Paderborn (2003)

280. Wolbert W: Ist der Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen noch sinnvoll?  
In: Holderegger A (Hrsg): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. Aufl, Universitätsverlag Freiburg, Herder, Freiburg Wien, S. 57-76 (2000)
281. Wolf JC: Euthanasie auf abschüssiger Bahn. Zeitschrift für Pädagogik 37: 267-283 (1991)
282. Wolf JC: Sterben, Tod und Tötung. In: Wiesing U (Hrsg): Ethik in der Medizin. Reclam, Stuttgart, S. 220-225 (2000)
283. Wolf JC: Sterben, Tod und Tötung. In: Wiesing U (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 2. Aufl, Reclam, Stuttgart, S. 240-245 (2004)
284. Woratschka R (2014). Zum Ende des Lebens. <http://www.tagesspiegel.de/politik/debatte-ueber-sterbehilfe-zum-ende-des-lebens/10971954.html> (11.03.2015)
285. Wunder M: Auf der schiefen Ebene. Die Legalisierung der Tötung auf Verlangen zieht logisch auch das Töten auf Verlangen anderer nach sich. Frankfurter Rundschau vom 27.04.2005, Verlag der Frankfurter Rundschau, Frankfurt a. M. (2005)
286. Wunder M: Des Lebens Wert. Zur alten und zur neuen Debatte um Autonomie und Euthanasie. In: Rotzoll M, Hohendorf G, Fuchs P, Richter P, Mundt C, Eckert WU: Die nationalsozialistische >>Euthanasie<<- Aktion >>T4<< und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Ferdinand Schöningh, Paderborn, S. 391-404 (2010)
287. Wüsthube A: Rationalität und Hermeneutik. Diskursethik, Pragmatischer Idealismus, Philosophische Hermeneutik. Habilitationsschrift, Philosophische Fakultät, Westfälische-Wilhelmsuniversität Münster, Königshausen & Neumann, Würzburg (1998)
288. Zaborowski H: Von einer verlorenen Kunst des Sterbens – und des Lebens. Zu Wolfgang Herrndorfs Arbeit und Struktur. In: Niederschlag H, Proft I (Hrsg): Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege, Bd 7, Ethik Institut Vallendar, Matthias Grünewald, Ostfildern, S. 87-96 (2015)
289. Zeit Online (2017). Sterbehilfe kann im Extremfall möglich sein. <http://www.zeit.de/gesellschaft/2017-03/bundesverwaltungsgericht-sterbehilfe-medikament-urteil> (11.07.2017).
290. Zeitschrift für medizinische Ethik (2017). Impressum. <http://www.zfme.de/index.php/impressum.html> (15.03.2017)

291. Zimmermann-Acklin M: Zur Sterbehilfediskussion in der theologischen Ethik. Ethik Med 12: 2–15 (2000)
292. Zimmermann-Acklin M: Bioethik, Recht und Politik. 5. Weltkongress der „International Association of Bioethics“ (IAB), 21.–24. September 2000, Imperial College/London. Ethik Med 13: 134–139 (2001)
293. Zimmermann-Acklin M: Euthanasie- Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2. Aufl, Universitätsverlag Freiburg, Freiburg Schweiz (2002)
294. Zimmermann-Acklin M: Mit Helium in den Tod? Zur Diskussion um die Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Ethik Med 20: 83–85 (2008)
295. Zimmermann-Acklin M: Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. Z Med Ethik 55: 221-233 (2009)

## 7. Anhang

### Anhang 1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier Stufen der wertebezogenen Entscheidungen in der Medizin. Quelle: Stahl u. Emanuel 2017 .....	34
Abbildung 2: Wissenschaftsbereich Ethik. Abbildung 2 zeigt die Unterteilung des Wissenschaftsbereichs Ethik in seine Teildisziplinen und die Arbeitsfelder sowie Aufgabenbereiche dieser. Quellen: Müller-Busch et al. 2007, Knoepffler et al. 2006 .....	37
Abbildung 3: Methodik der Literaturrecherche zu den Argumenten für und wider Sterbehilfe in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für Medizinische Ethik“. Die Literaturrecherche umfasst den Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016. ....	55
Abbildung 4: Übersicht über die textanalytischen Ansätze. Quelle: Atteslander 2010.....	56
Abbildung 5: Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung nach Mayring in modifizierter Form. Das Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung wurde dem Forschungsdesign individuell angepasst. Quelle: Mayring u. Fenzl 2014 S.550 .....	62
Abbildung 6: Zeitliche Verteilung der Beiträge zur Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Quellen: Die Beiträge sind in Anhang 3 tabellarisch aufgeführt (n=106). ....	79
Abbildung 7: Zeitliche Verteilung der Beiträge zu den Argumenten für und wider Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und „Zeitschrift für medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Quellen: Die Beiträge sind in Anhang 3 tabellarisch aufgeführt (n=37).....	79
Abbildung 8: Abbildung 8 zeigt, auf welche Form der Sterbehilfe sich die untersuchten Textpassagen zu den Argumenten und Gegenargumenten bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente für oder gegen eine der untersuchten Formen der Sterbehilfe aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet.....	81

Abbildung 9: Häufigkeit der genannten Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen. In die Auswertung gingen alle Textpassagen ein, welche Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten und einem Beitrag entstammen, der in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ oder der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurde. Nannte ein Autor ein Argument innerhalb eines Beitrags mehrfach, ging nur eine Nennung in die Auswertung mit ein, um statistische Verzerrungen zu vermeiden. .... 82

Abbildung 10: Abbildung 10 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument der schiefen Ebene in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen). .... 84

Abbildung 11: In Abbildung 11 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument der schiefen Ebene selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument der schiefen Ebene lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet..... 85

Abbildung 12: Die Argumente der schiefen Ebene mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument der schiefen Ebene aufweisen,

wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument der schiefen Ebene ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ zugeordnet. .... 86

Abbildung 13: Kategoriensystem der Argumente der schiefen Ebene mit Gegenargumenten. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Argumente der schiefen Ebene“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente der schiefen Ebene oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet..... 93

Abbildung 14: Abbildung 14 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument „Autonomie-Gefährdung“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen). .... 99

Abbildung 15: In Abbildung 15 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument „Autonomie-Gefährdung“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument „Autonomie-Gefährdung“ lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet. .... 100

Abbildung 16: Das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle

Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument „Autonomie-Gefährdung“ aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument der „Autonomie-Gefährdung“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ zugeordnet..... 101

Abbildung 17: Kategoriensystem des Arguments der „Autonomie-Gefährdung“. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Gefährdung“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das Argument „Autonomie-Gefährdung“ oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. .... 109

Abbildung 18: Abbildung 18 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren die Argumente zu den „gesellschaftlichen Gründen“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die „gesellschaftliche Gründe“ als Argumente beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen). .... 114

Abbildung 19: In Abbildung 19 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit den „gesellschaftlichen Gründen“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe

im Allgemeinen angeführt werden, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet..... 115

Abbildung 20: Gesellschaftliche Gründe gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen eingeteilt in Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Gesellschaftliche Gründe“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die „gesellschaftliche Gründe“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage „gesellschaftliche Gründe“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Gesellschaftliche Gründe“ zugeordnet..... 115

Abbildung 21: Abbildung 21 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren Argumente zur „Rolle des Arztes“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen zur „Rolle des Arztes“ aufweisen, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen). ..... 123

Abbildung 22: In Abbildung 22 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit Argumenten zur „Rolle des Arztes“ selbst argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren Argumente zur „Rolle des Arztes“ lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente zur „Rolle des Arztes“ gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen aufweisen, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet..... 124

Abbildung 23: Argumente zur „Rolle des Arztes“, die gegen die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen angeführt wurden, mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Rolle des Arztes“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die Argumente zur „Rolle des Arztes“ aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage ein Argument zur „Rolle des Arztes“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Rolle des Arztes“ zugeordnet. .... 125

Abbildung 24: Häufigkeit der genannten Argumente für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen. In die Auswertung gingen alle Textpassagen ein, welche Argumente für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen enthielten und einem Beitrag entstammen, der in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ oder der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurde. Nannte ein Autor ein Argument innerhalb eines Beitrags mehrfach, ging nur eine Nennung in die Auswertung mit ein, um statistische Verzerrungen zu vermeiden. .... 155

Abbildung 25: Abbildung 25 zeigt, auf welche Form der Sterbehilfe die Autoren das „Autonomie-Argument“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen). .... 156

Abbildung 26: In Abbildung 26 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem „Autonomie-Argument“ für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das „Autonomieprinzip“ als Argument lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden

Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet. .... 157

Abbildung 27: Das „Autonomie-Argument“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Argument“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen das „Autonomieprinzip“ als Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das „Autonomieprinzip“ ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Autonomie-Argument“ zugeordnet..... 158

Abbildung 28: Kategoriensystem des „Autonomie-Arguments“. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Autonomie-Argument“ und die Gegenargumentationslinie wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die das „Autonomie-Argument“ oder entsprechende Gegenargumente aufweisen, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. .... 165

Abbildung 29: Abbildung 29 zeigt, auf welche der untersuchten Formen der Sterbehilfe die Autoren das Argument „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ in den untersuchten Beiträgen bezogen. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, die dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen beinhalten, wurden der entsprechenden Form der Sterbehilfe mit einer Unterkategorie zugeordnet (n=Anzahl der Textstellen)..... 171

Abbildung 30: In Abbildung 30 wird vergleichend dargestellt, in wie vielen Fällen die Autoren in den untersuchten Beiträgen mit dem Argument „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe und Sterbehilfe im Allgemeinen argumentierten („Argumentation des Autors“) und in wie vielen Fällen die Autoren das Argument lediglich wiedergaben ohne eigene Argumentation („Zitierung des Diskurses“). Dies erfolgte durch Zitierung anderer Quellen oder durch Wiedergabe eines bestehenden Diskurses. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden entweder der Unterkategorie „Zitierung des Diskurses“ oder der Unterkategorie „Argumentation des Autors“ zugeordnet. .... 172

Abbildung 31: Das Argument der „Sterbehilfe als Ultima ratio“ mit Unterkategorien. Die Unterkategorien zur Oberkategorie „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung mithilfe der Software MAXQDA generiert. Berücksichtigt wurden alle Beiträge, die in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ und der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 publiziert wurden. Alle Textstellen in diesen Beiträgen, bei denen dieses Argument für die Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe oder Sterbehilfe im Allgemeinen genannt wird, wurden einer Unterkategorie zugeordnet. Nannte der Autor in einer Textpassage das Argument ohne weitere inhaltliche Spezifizierung, wurde diese Textpassage der Oberkategorie „Sterbehilfe als ‚Ultima ratio‘“ zugeordnet. .... 172

## Anhang 2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rechtliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland bezogen auf die verschiedenen Formen der Sterbehilfe. Quellen: Weiffen 2015, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2017 .....	4
Tabelle 2: Am 13.11.2014 wurde im Bundestag über die Suizidbeihilfe in Form einer Orientierungsdebatte beraten. Fünf fraktionsübergreifende Gruppen von Abgeordneten legten anschließend Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Beihilfe zur Selbsttötung im deutschen Bundestag vor. Tabelle 2 zeigt die vorgelegten Gesetzesentwürfe mit ihren vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen. Quellen: Kosfeld 2015, Hausding 2015, Mayr 2015, Dickentmann 2014, Schmoll 2014 .....	9
Tabelle 3: Es werden verschiedene Formen der Sterbehilfe unterschieden. Für die Formen der Sterbehilfe werden im Diskurs teils unterschiedliche Termini verwendet. Tabelle 3 zeigt die Termini zu den verschiedenen Formen der Sterbehilfe, die in meinem Forschungsvorhaben gewählt wurden, mit entsprechender Definition und Synonymen. Quellen: Nationaler Ethikrat 2006, Deutscher Ethikrat 2006 .....	51
Tabelle 4: Mayring entwickelte Techniken für die qualitative Inhaltsanalyse. Tabelle 4 führt die Techniken auf, welche im Rahmen dieses Forschungsvorhabens bei der Inhaltsanalyse verwendet wurden. Weiterhin wird aufgezeigt, in welcher Phase der Inhaltsanalyse die Techniken angewandt wurden und wie dabei vorgegangen wurde. Quellen: Mayring u. Fenzl 2014, Atteslander 2010 .....	59

## Anhang 3 Material der Literaturrecherche zur aktuellen Fachdiskussion um die Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe.

Das Material umfasst alle Artikel, die die Sterbehilfe thematisieren und im Zeitraum der Jahre Januar 2000 bis März 2016 in der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ oder in der „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ erschienen sind.

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie	Marcel Bahro, Jindrich Strnad	Kontroversen	Ethik Med (2000) 12:257–261	Dr. med. Marcel Bahro, MBA, MBE, HSG, MHM Abteilung für Gerontopsychiatrie, Universitätsklinik für Klinische Psychiatrie Bern
Zur Sterbehilfediskussion in der theologischen Ethik	Markus Zimmermann-Acklin	Originalarbeiten	Ethik Med (2000) 12:2–15	Markus Zimmermann-Acklin: Moraltheologisches Institut, Universität Fribourg, Switzerland
Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme	Alberto Bondolfi		Ethik Med (2000) 12:262–268	PD Dr. theol. Alberto Bondolfi, Institut für Sozialethik, Universität Zürich
Jahrestagung 2000 der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5.-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität	Rainer Prönneke: Die Rolle des Arztes in der Sterbehilfe	Abstracts	Ethik Med (2000) 12:194–221	Dr. med. R. Prönneke: Städtisches Krankenhaus Salzgitter, Akademisches Lehrkrankenhaus, Medizinische Klinik, Kattowitzer Straße 191, 38226 Salzgitter
Bioethik, Recht und Politik 5. Weltkongress der „International Association of Bioethics“ (IAB), 21.–24. September	Markus Zimmermann-Acklin	Tagungsbericht	Ethik Med (2001) 13:134–139	

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
2000, Imperial College/London				
Aktive und passive Sterbehilfe – Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung	Bernward Gesang	Originalarbeit	Ethik Med (2001) 13:161–175	PD Dr. phil. Bernward Gesang: Philosophisches Institut der Universität Düsseldorf
Der eigene Tod – Die Selbstbestimmung des Patienten und der Schutz des Lebens in ethischer und rechtlicher Dimension	Thomas Gutmann		Ethik Med (2002) 14:170–185	Dr. iur. Thomas Gutmann, M.A.: Leopold-Wenger-Institut für Rechtsgeschichte der Universität München, Abt. B.
Therapieverzicht am Lebensende? Ethische Fragen des medizinisch assistierten Sterbens	Ulrich H. J. Körtner		Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002)	
Kommentar II	Oliver Rauprich	Fall und Kommentare	Ethik Med (2002) 14: 219-222	
Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe	Franz-Josef Bormann		Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002)	
AKTUELLER BERICHT Belgien verabschiedet Euthanasie-Gesetz	Fuat S. Oduncu	Aktueller Bericht	Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002)	
Aktive Sterbehilfe: Ungereimtheiten in der Euthanasie-Debatte	Hans Günther Ruß	Originalarbeit	Ethik Med (2002) 14:11–19	Dr. phil. habil. Hans Günther Ruß
Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den USA Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel	Jochen Vollmann		Ethik Med (2002) 14:270–286	Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann: Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
				Universität Erlangen-Nürnberg
„Das ist doch mein Leben!“ Selbstbestimmung, Vernetzung, Entscheidungsqualität in der letzten Lebensphase	Rainer Wettreck	Originalarbeit	Ethik Med 2003 15:87–96	Dr. phil. Dipl.-Psych. R. Wettreck: Medizinische Einrichtungen, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster, Deutschland
Sterbehilfe Kenntnisse und Einstellungen Berliner Medizinstudierender	Jan Schildmann, Eva Herrmann, Nicole Burchardi, Ulrich Schwantes, Jochen Vollmann	Originalarbeit	Ethik Med 2004 16:123–132	Jan Schildmann: Medizinische Klinik III, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg; Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg. Eva Herrmann: Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorerimmunologie, Helios Klinikum Berlin, Robert-Rössle-Klinik, Charité, Berlin. Nicole Burchardi: Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg. Ulrich Schwantes: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Charité, Berlin. Jochen Vollmann: Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Fried-

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
				rich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg.
Zur Unterscheidung von terminaler Sedierung und Sterbehilfe	Govert A. den Hartogh	Originalarbeit	Ethik Med 2004 · 16:378–391	Prof. Dr. Govert A. den Hartogh: Leerstoelgroep Ethiek, Afdeling Wijsbegeerte Faculteit der Geesteswetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Niederlande
Terminale Sedierung: ethisch problematisch oder rechtfertigbar? Eine theologische Perspektive	Reiner Anselm	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:342–348	Prof. Dr. theol. Reiner Anselm: Fakultät für Theologie, Georg-August-Universität, Göttingen
Terminale Sedierung aus juristischer Sicht Gebotener palliativmedizinischer Standard oder heimliche aktive Sterbehilfe?	Sonja Rothärmel	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:349–357	Dr. Sonja Rothärmel: Fachbereich Rechtswissenschaft, Universität, Gießen
Physician-assisted suicide – Medical, ethical, legal, and social implications Internationales Symposium, 19.–21. März 2004, Gießen	Florian Braune, Anna-Karina Jakovljevic	Tagungsbericht	Ethik Med 2004 · 16:420–423	
Terminale Sedierung im Sinne des niederländischen „Poldermodells“	Liesbeth Feikema	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:392–400	

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Selbstbestimmung am Lebensende Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbebegleitung	Hartmut Kreß	Aktuelles	Ethik Med 2004 · 16:291–297	Prof. Dr. Hartmut Kreß: Abt. Sozialethik, Evang.-Theol. Fakultät, Universität Bonn
Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe	Johannes Fischer	Aktuelles	Ethik Med 2004 · 16:165–169	Prof. Dr. theol. Johannes Fischer: Institut für Sozialethik, Zürich, Schweiz
„Terminale Sedierung“ Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?	H. Christof Müller-Busch	Originalarbeit	Ethik Med 2004 · 16:369–377	Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch: Abt. f. Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kladower Damm 221, 14089 Berlin
Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar?	D. Beck	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:334–341	Dr. med. D. Beck: Palliativstation am Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Georg-August-Universität, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Terminale Sedierung, Sterbehilfe und kausale Rollen	Dieter Birnbacher	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:358–368	Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher: Philosophisches Institut, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
„Aktive Sterbehilfe“ auf dem Weg nach Deutschland? Paradigmatische Fälle und die Entscheidung des Verfassungsgerichts in Ungarn	László Kovács, Andreas Frewer	Informationen	Ethik Med 2004 · 16:75–80	László Kovács: Semmelweis Egyetem, Magatartás Tudományi Intézet, Budapest, Ungarn Prof. Dr. med. Andreas Frewer: Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, AK

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
				International Debates on Euthanasia, Medizinische Hochschule, Hannover
Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende	Gerald Neitzke, Andreas Frewer	Originalarbeiten	Ethik Med 2004 · 16:323–333	Dr. med. Gerald Neitzke: Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover
Klinische Ethik am Lebensende	Andreas Frewer, Gerald Neitzke	Editorial	Ethik Med 2004 · 16:321–322	Prof. Dr. med. Andreas Frewer: Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Juniorprofessur Fundierung und Didaktik der Medizinethik, Medizinische Hochschule Hannover
Sorge für ein menschenwürdiges Lebensende in katholischen Pflegeeinrichtungen in Flandern (Belgien)	Chris Gastmans	Originalarbeiten	Ethik Med 2005 · 17:284–297	Prof. Dr. Chris Gastmans: Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven
Patientenverfügungen Zwischenbericht der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages	Ulrike Riedel	Aktuelles	Ethik Med 2005 · 17:28–33	
Second international conference: clinical ethics consultation Universität Basel, 17.–20.03.2005	Gerd Richter	Tagungsbericht	Ethik Med 2005 · 17:248–251	
„Ärztliche Freiheit und Berufsethos“ – Hängen ärztliche Berufsfreiheit und ärztliches	Christiane Stüber	Tagungsbericht	Ethik Med 2005 · 17:57–60	Christiane Stüber: Institut für Philosophie, Universität Leipzig

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Berufsethos zusammen? Lindenthal-Institut, Köln, 21. August 2004, 11.–12. September 2004				
Autonomie am Lebensende – Patientenverfügungen Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz	A. T. May	Aktuelles	Ethik Med 2005 · 17:152–158	Dr. A. T. May: Zentrum für Medizinische Ethik, Ruhr-Universität, Bochum
Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbegleitung	Sandra Bartels, Mike Parker, Tony Hope, Stella Reiter-Theil	Originalarbeiten	Ethik Med 2005 · 17:191–205	Sandra Bartels: Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik, Medizinische Fakultät der Universität Basel, Schweiz Mike Parker: ETHOX, Universität Oxford, Großbritannien Tony Hope: ETHOX, Universität Oxford, Großbritannien Prof. Dr. Stella Reiter-Theil: Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik, Medizinische Fakultät der Universität Basel, Schweiz
Einstellung einer künstlichen Ernährung und kritische Anfragen an die Rechtsprechung	Gisela Bockenheimer-Lucius	Editorial	Ethik Med 2005 · 17:265–268	Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius: Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt a. M.
Assistenz zum guten Leben Der Trend zur wunscherfüllenden Medizin	Matthias Kettner	Editorial	Ethik Med 2006 · 18:5–9	Prof. Dr. Matthias Kettner Fakultät für das Studium fundamentale, Universität Witten-Herdecke

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Kommentar I	Ruth Schwerdt	Kommentar	Ethik Med 2006 · 18:252–256	Prof. Dr. Ruth Schwerdt Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Eine gesetzliche Regulierung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?	Georg Bosshard, Noémi de Stoutz, Walter Bär	Originalarbeit	Ethik Med 2006 · 18:120–132	Dr. med. Georg Bosshard, MAE: Institut für Rechtsmedizin, Universität, Zürich, Schweiz Dr. med. Noémi de Stoutz (Ehemalige Vizepräsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung) Prof. Dr. med. Walter Bär, Dr. med. Georg Bosshard, MAE: Institut für Rechtsmedizin, Universität, Zürich, Schweiz
The Global, the Local, and the Parochial A commentary on Vilhjálmur Árnason	Nikola Biller-Andorno	Ethik in der Medizin aus internationaler Perspektive	Ethik Med 2006 · 18:390–392	Prof. Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno: Lehrstuhl für Biomedizinische Ethik Ethik-Zentrum der Universität Zürich, Schweiz
Medizinethik auf dem Weg ins 21. Jahrhundert – Bilanz und Zukunftsperspektiven Aus Sicht der Katholischen Theologie	Hille Haker	Ethik in der Medizin als interdisziplinäres Forschungsfeld	Ethik Med 2006 · 18:325–330	Prof. Dr. Hille Haker: Johann Wolfgang Goethe-Universität, Fachbereich 7 – Katholische Theologie, Moraltheologie/Sozialethik, Frankfurt am Main

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Kommentar II	Volker Lipp, Michael Benedikt Nagel	Fall und Kommentare	Ethik Med 2006 · 18:186–188	Prof. Dr. jur. Volker Lipp, Dr. Michael Benedikt Nagel: Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht und Rechtsvergleichung, Georg-August-Universität, Göttingen
Kommentar II	Reinhard Merkel	Fall und Kommentare	Ethik Med 2006 · 18:256–260	Prof. Dr. Reinhard Merkel: Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie, Universität Hamburg
Zukunftsperspektiven der Medizinethik – aus Sicht des Rechts	Gunnar Duttge	Ethik in der Medizin als interdisziplinäres Forschungsfeld	Ethik Med 2006 · 18:331–336	Prof. Dr. Gunnar Duttge: Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen, Zentrum für Medizinrecht
Locked-in – freigegeben für den Tod Wenn nur Denken und Fühlen bleiben – Neuroethik des Eingeschlossenseins	Andrea Kübler, Cornelia Weber, Niels Birbaumer		Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006)	
LÄNDERBERICHTE Ein Überblick über den Verlauf der Sterbehilfe-Debatte in Frankreich	Ruth Horn, Irmhild Saake, Traugott Roser	Berichte	Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006)	
Aktuelles zur Sterbehilfe-Debatte in England	Ralf J. Jox	Berichte	Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006)	
Aktive Sterbehilfe – Recht auf Selbsttötung? Eine Stellungnahme aus christlicher Sicht und aus Sicht der	Ulrich Eibach		Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006)	

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Krankenhausseelsorge				
Güter, Tugenden, Pflichten Zum sittlichen Fundament der Medizinethik	Johannes Fischer	Originalarbeit	Ethik Med 2006 · 18:148–163	Prof. Dr. theol. Johannes Fischer: Institut für Sozialtechnik, Ethik-Zentrum, Universität Zürich
Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik Interdisziplinäres Kolloquium des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin für Nachwuchswissenschaftler und -wissenschaftlerinnen, Ruhr-Universität, Bochum, 13.–17. Februar 2000	Anette Schulz-Baldes, Thomas Splett	Tagungsbericht	Ethik Med 2006 · 18:195–200	Dr. Thomas Splett: Department für Philosophie, LMU München Anette Schulz-Baldes: Universität, Zürich
Medizinethik und Philosophie	Klaus Steigleder	Ethik in der Medizin als interdisziplinäres Forschungsfeld	Ethik Med 2006 · 18:310–314	Prof. Dr. Klaus Steigleder: Institut für Philosophie, Ruhr-Universität Bochum
Frailty Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des alten Menschen	Ulrich H.J. Körtner	Originalarbeiten	Ethik Med 2006 · 18:108–119	Prof. Dr. theol. Ulrich H.J. Körtner: Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Österreich
Die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie	Claudia Wiesemann	Ethik in der Medizin als interdisziplinäres Forschungsfeld	Ethik Med 2006 · 18:337–341	Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann: Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen
Ethik im Medizinstudium – Entwicklungen und Herausforderungen	Gerald Neitzke	Ethik in der Medizin in Aus- und	Ethik Med 2006 · 18:374–378	Dr. Gerald Neitzke: Abt. Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin,

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
		Weiterbildung		Medizinische Hochschule Hannover
Ethik in der klinischen Medizin Bestandsaufnahme und Ausblick	Jochen Vollmann	Ethik in der Medizin und ihre Aufgaben in der Praxis	Ethik Med 2006 · 18:348–352	Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann: Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
Wie sollten Ärzte mit Patientenverfügungen umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinärer Sicht	Dieter Birnbacher, Peter Dabrock, Jochen Taupitz, Jochen Vollmann	Aktuelles	Ethik Med 2007 · 19:139–147	Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher: Philosophisches Institut, Universität Düsseldorf
Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente	Dagmar Fenner	Originalarbeiten	Ethik Med 2007 · 19:200–214	Priv.-Doz. Dr. Dagmar Fenner: Philosophisches Seminar der Universität Basel, Schweiz
»Mein Tod gehört mir« – Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Patientenverfügung	Peter Fonk		Zeitschrift für medizinische Ethik 54 (2008)	
Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende – eine ethische Problemexposition	Matthias Remenyi		Zeitschrift für medizinische Ethik 54 (2008)	
Schiefe-Bahn-Argumente in der Sterbehilfe-Debatte	Roland Kipke		Zeitschrift für medizinische Ethik 54 (2008)	
Mit Helium in den Tod? Zur Diskussion um die	Markus Zimmermann-Acklin	Editorial	Ethik Med 2008 · 20:83–85	Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Beihilfe zum Suizid in der Schweiz				lin: Institut für Sozialethik, Universität Luzern, Schweiz
Kommentar I	H. Christof Müller-Busch	Fall und Kommentare	Ethik Med 2008 · 20:135–137	Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch: Abt. f. Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kladower Damm 221, 14089 Berlin
Kommentar II	Alfred Simon	Fall und Kommentare	Ethik Med 2008 · 20:138–139	Dr. Alfred Simon: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien	Marie-Christin Hahnen, Tania Pastrana, Stephanie Stiel, Arnd May, Dominik Groß, Lukas Radbruch	Originalarbeit	Ethik Med (2009) 21:289–305	T. Pastrana, S. Stiel, L. Radbruch: Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Deutschland A. May, D. Groß: Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin RWTH Aachen, Aachen, Deutschland
Kommentar I zum Fall „Aus dem Hospiz in die Schweiz?“	Regine Bölter	Fall und Kommentare	Ethik Med (2009) 21:127–129	R. Bölter: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende:	Axel W. Bauer		Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009)	

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Die Patientenverfügung als Patentlösung?				
Dem Sterben zuvor kommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid	Markus Zimmermann-Acklin		Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009)	
Welche Art von Selbstbestimmung für sterbenskranke Patienten? Eine vergleichende Studie in Frankreich und Deutschland	Ruth Horn		Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009)	
7. Ethiktag des Klinischen Ethikkomitees: Ethik im klinischen Alltag – Erste Öffentliche Sitzung eines Ethikkomitees Erlangen, 22. November 2008	Daniel Leonhardt	Tagungsbericht	Ethik Med (2009) 21:341–343	
Aus dem Hospiz in die Schweiz?		Fall und Kommentare	Ethik Med (2009) 21:125–126	
Kommentar II zum Fall „Aus dem Hospiz in die Schweiz?“	Bärbel Schönhof	Fall und Kommentare	Ethik Med (2009) 21:131–133	
Legalisierung der aktiven Sterbehilfe – Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie?	Frank Dietrich	Originalarbeiten	Ethik Med (2009) 21:275–288	F. Dietrich: Abteilung Philosophie, Universität Bielefeld
Wofür braucht die Medizinethik empirische Methoden? Eine normativ-ethische Untersuchung	Marcus Düwell	Originalarbeit	Ethik Med (2009) 21:201–211	M. Düwell: Ethics Institute, Department for Philosophy, Utrecht University, The Netherlands
Empirische Forschung in der Medizinethik: Methodenreflexion und forschungspraktische Herausforderungen am Beispiel eines	Jan Schildmann, Jochen Vollmann	Originalarbeit	Ethik Med (2009) 21:259–269	J. Schildmann, J. Vollmann: Institut für Medizinische Ethik und Ge-

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
mixed-method Projekts zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende				schichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
Sedierung am Lebensende Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)	Gerald Neitzke, Frank Oehmichen, Hans Joachim Schliep, Dietrich Wördehoff	Aktuelles	Ethik Med (2010) 22:139–147	G. Neitzke: Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, F. Oehmichen: Zentrum für Langzeitbeatmung, Beatmungsentwöhnung und Heimbeatmung, Klinik Bavaria, Kreischa, Deutschland H. J. Schliep: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover, Deutschland D. Wördehoff: ehem. Medizinische Klinik, Krankenhaus St. Michael, Völklingen, Deutschland
Therapiebegrenzung, Therapieverzicht und Therapieabbruch – das BGH-Urteil vom 25.06.2010	Gerd Richter	Editorial	Ethik Med (2010) 22:301–302	G. Richter: Fachbereich Medizin, Dekanat/Ethikkommission, Philipps-Universität Marburg, Deutschland
Zwischen Todesverdrängung und -integration. Ambivalenzen moderner Medizin	Kai Hau-cke	Originalarbeit	Ethik Med (2010) 22:331–340	
Kommentar III zu: Neitzke G, Oehmichen F, Schliep HJ, Wördehoff D: Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG	Christof Schäfer	Aktuelles	Ethik Med (2010) 22:351–353	

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ethik Med 22:139–147				
Menschenbilder und Anthropologie in der Bioethik	Marcus Düwell	Originalarbeiten	Ethik Med (2011) 23:25–33	M. Düwell: Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht, Niederlande
BMBF-Klausurwoche (ELSA): Würde und Autonomie als Leitprinzipien in Theorie und Praxis der humanen und außerhumanen Lebenswissenschaften. Ethische, rechtliche und theologische Dimensionen Bonn, 21.–26. Februar 2011	Diana Aurenque, Kristina Klitzke	Tagungsbericht	Ethik Med (2011) 23:247–250	Dr. phil. D. Aurenque: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard Karls Universität Tübingen K. Klitzke: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff?	Peter Schaber	Originalarbeiten	Ethik Med (2012) 24:297–306	Prof. Dr. P. Schaber: Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik, Ethik-Zentrum, Universität Zürich, Schweiz
Ist die Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt?	Julian Bleek	Originalarbeiten	Ethik Med (2012) 24:193–205	Dr. J. Bleek: Innere Medizin – Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin und konservative Intensivmedizin, Vivantes Klinikum Am Urban, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin, Deutschland
Fatale Klarheit	Dieter Birnbacher	Editorial	Ethik Med (2012) 24:1–3	Prof. Dr. D. Birnbacher: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Philosophie

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Kursbericht: 37. Intensive Bioethics Course Georgetown University, Washington DC, 6.–10. Juni 2011	Diana Aurenque	Tagungsbericht	Ethik Med (2012) 24:253–256	Dr. phil. D. Aurenque: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard Karls Universität Tübingen
Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)	Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann F. Spittler, Dietrich Wördehoff	Aktuelles	Ethik Med (2013) 25:349–365	Dr. med. G. Neitzke: Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover Dr. theol. M. Coors: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover, Deutschland Dr. med. W. Diemer: Palliativstation, Ev. Krankenhaus Herne, Herne, Deutschland Dr. jur. P. Holtappels: Hamburg, Deutschland PD Dr. med. J. F. Spittler: Datteln, Deutschland Dr. med. D. Wördehoff: ehem. Medizinische Klinik, Krankenhaus St. Michael, Völklingen, Deutschland
Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Ja!	Martina Wenker	Aktuelles	Ethik Med (2013) 25:73–77	Dr. med. M. Wenker: Ärztekammer Niedersachsen, Präsidentin, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Deutschland

<b>Überschrift</b>	<b>Autoren</b>	<b>Angaben zur Art der Publikation</b>	<b>Publikationsangaben</b>	<b>Angaben zur Institution des Autors</b>
Ethische Entscheidungen in Hospizen Ergebnisse einer qualitativen Studie in drei Hospizen in Nordrhein-Westfalen	Andreas Walker, Christof Breitsameter	Originalarbeiten	Ethik Med (2013) 25:301–313	Dr. phil. A. Walker, Prof. Dr. theol. C. Breitsameter: Lehrstuhl für Moraltheologie, Katholisch-Theologische Fakultät, Forschungsprojekt Untersuchungen zur Verbesserung der Sterbekultur in Deutschland (Ein Projekt des Fördervereins Lukas-Hospiz e. V.), Ruhr-Universität Bochum, Deutschland
Das ‚gute Leben‘ in der Bioethik	Roland Kipke	Originalarbeiten	Ethik Med (2013) 25:115–128	Dr. R. Kipke: Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Eberhard Karls Universität Tübingen, Deutschland
Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein!	Urban Wiesing	Aktuelles	Ethik Med (2013) 25:67–71	Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen
Was bringt die Lebensende-Forschung für die Ethik in der Medizin?	Markus Zimmermann-Acklin	Editorial	Ethik Med (2014) 26:1–2	PD Dr. theol M. Zimmermann-Acklin: Departement für Moraltheologie und Ethik, Universität Fribourg, Schweiz
Pro organisierte Suizidbeihilfe	Grischa Merkel, Daniel Häring	Kontroverse	Ethik Med (2015) 27:163–166	Prof. Dr. iur. G. Merkel: Juristische Fakultät, Universität Basel, Schweiz Dr. iur. D. Häring: Böckli Bühler Partner, Juristische Fakultät, Universität Basel, Schweiz

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
Ethics and Evidence in End-of-Life Decision Making. Interdisciplinary Perspectives Bochum, 3–4. April 2014	Carola Seifart	Tagungsbericht	Ethik Med (2015) 27:255–258	PD Dr. C. Seifart: Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin, Dekanat, Ethikkommission, Marburg, Deutschland
Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute Zur Frage nach der ethischen Rechtfertigung eines Verbots ärztlicher Suizidassistenz in einer liberalen Gesellschaft	Roland Kipke	Originalarbeiten	Ethik Med (2015) 27:141–154	Dr. R. Kipke: Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Universität Tübingen, Deutschland
Autonomie und Menschenrechte am Lebensende Erlangen, 21.–22. November 2014	Monika Trum, Marc Stowasser	Tagungsbericht	Ethik Med (2015) 27:343–345	
Kommentar I zum Fall – „Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung“	Jürgen Bickhardt	Fall und Kommentare	Ethik Med (2015) 27:235–237	Dr. med. J. Bickhardt
Die Kraft der Normalisierung Ein evangelisch-theologischer Beitrag zur Regelung der ärztlichen Suizidassistenz	Matthias Braun, Jens Ried, Peter Dabrock		Zeitschrift für medizinische Ethik 61 (2015)	
Ärztlich assistierter Suizid in Deutschland de lege lata und de lege ferenda	A. Katarina Weilert		Zeitschrift für medizinische Ethik 61 (2015)	
Gut sterben? Anmerkungen zur Frage der ärztlichen Suizidbeihilfe	Marcus Knaup		Zeitschrift für medizinische Ethik 61 (2015)	

<b>Überschrift</b>	<b>Autoren</b>	<b>Angaben zur Art der Publikation</b>	<b>Publikationsangaben</b>	<b>Angaben zur Institution des Autors</b>
Was ist das Problematische an der Palliativen Sedierung? – eine Übersicht	Bernd Alt-Epping, Friedemann Nauck, Birgit Jaspers	Originalarbeiten	Ethik Med (2015) 27:219–231	PD Dr. med. B. Alt-Epping, Prof. Dr. med. F. Nauck, Dr. phil. B. Jaspers: Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?	Dieter Birnbacher	Originalarbeit	Ethik Med (2015) 27:315–324	Prof. Dr. D. Birnbacher: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Philosophie
Kommentar II zum Fall – „Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung“	Dieter Birnbacher	Fall und Kommentare	Ethik Med (2015) 27:239–240	Prof. Dr. D. Birnbacher: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Philosophie
„Leben machen, sterben lassen“: Palliative Care und Biomacht	Nina Streeck	Originalarbeit	Ethik Med (2015)	N. Streeck: Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Schweiz
Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext: Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen palliativen Sedierung am Lebensende	Claudia Bozzaro	Originalarbeit	Ethik Med (2015) 27:93–106	Dr. C. Bozzaro: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Freiburg, Deutschland
Contra organisierte Suizidbeihilfe	Florian Bruns, Gerrit Hohendorf	Kontroverse	Ethik Med (2015) 27:167–170	PD Dr. med. G. Hohendorf: Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und Abteilung für Klinische Toxikologie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München Dr. med. F. Bruns, M.A.: Institut für Geschichte der Medizin

Überschrift	Autoren	Angaben zur Art der Publikation	Publikationsangaben	Angaben zur Institution des Autors
				und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaften Berlin, 15. Juni 2015	Tanja Henking	Tagungsbericht	Ethik Med (2015) 27:259–262	Dr. jur. T. Henking, LL.M.: Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
Sterben als Regelungsbedarf, Palliative Care und die Sorge um das Ganze	Helen Kohlen	Editorial	Ethik Med (2016) 28:1–4	Univ. Prof. Dr.Helen Kohlen: Pflegewissenschaftliche Fakultät/Ethikinstitut, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV), Deutschland
Rechtliche Verbotsvorschläge der ärztlichen Unterstützung bei der Selbsttötung von schwerkranken Patienten Kritische Überlegungen aus rechtlicher und ethischer Perspektive	Tanja Henking , Jochen Vollmann	Originalarbeit	Ethik Med (2016)	Dr. jur. T. Henking, LL.M. , Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Vollmann: Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

## 8. Curriculum vitae

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.