



Aktive Sterbehilfe – Ausweg oder Irrweg?

Stephan Holthaus & Timo Jahnke

1. Einleitung

Zur Diskussionslage

In Deutschland gibt es seit längerer Zeit heftige öffentliche Debatten um die Frage einer Legalisierung von aktiver Sterbehilfe. Befürworter, die sich auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen beziehen, und Gegner, die den Schutz des Lebens auch bei Schwerstkranken und Sterbenden im Blick haben, stehen sich gegenüber. In Deutschland ist man sich fast überall einig, dass eine kommerzielle Sterbehilfe verboten bleiben soll. Darüber hinaus gibt es aber keinen Konsens, ob aktive Sterbehilfe generell verboten oder eingeschränkt erlaubt werden soll.

Gründe für die kontroverse Diskussion gibt es genug. So macht z.B. die zunehmende Technisierung der Intensivmedizin Menschen Angst, wenn sie an ihr Lebensende denken. Die Überalterung der Gesellschaft und die steigende Lebenserwartung stellen die Frage nach einem „gnädigen Sterben“. Die in einigen deutschen Nachbarländern liberale Auffassung zum Thema führt auch hierzulande zum Ruf nach Gesetzesänderungen. Außerdem hört man immer wieder von erschütternden Einzelfällen schwer leidender Menschen, die für ihren „Freitod“ ins Ausland fahren müssen.

Grundsätzlich wird das Vorhaben einer gesetzlichen Regelung seit 2013 auf politischer Ebene vorangetrieben. Der Deutsche

Bundestag diskutiert in diesem Jahr (2015) über verschiedene Gesetzentwürfe, die das Thema Sterbehilfe bzw. den ärztlich assistierten Suizid in geregelte Bahnen lenken sollen. Diese Entwürfe stammen sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern einer ärztlich assistierten Selbsttötung

Auch auf europäischer Ebene werden seit Jahren intensive Diskussionen geführt. Besonders innerhalb einiger Gremien der Europäischen Union gibt es engagierte Befürworter aktiver Sterbehilfe. Die gesetzlichen Regelungen sind aber immer noch in die Verantwortung der Länder gestellt.

Die Begriffe

Im Ausland wird für aktive Sterbehilfe in der Regel der Begriff „Euthanasie“ gebraucht. In Deutschland wird angesichts der nationalsozialistischen Vergangenheit der Begriff dagegen vermieden.

Bei „aktiver Sterbehilfe“ sind generell zwei Dinge auseinanderzuhalten: die Tötung eines alten bzw. kranken Menschen auf Verlangen und der „ärztlich assistierten Suizid“, der auch „Beihilfe zur Selbsttötung“ genannt wird. Dabei besorgt ein Arzt dem Sterbewilligen ein Medikament, das er aber selbstständig einnehmen muss. Der Arzt ist beim Suizid nicht anwesend, weil er sich sonst wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen würde.

Von diesen beiden Formen der aktiven Sterbehilfe ist die „passive Sterbehilfe“ zu

unterscheiden, das „Sterbenlassen“. Hier geht es um Therapiebegrenzung in ausweglosen Fällen. Medizinisch beschränkt man sich dabei auf die Basisversorgung des Todkranken. Dies hat nichts mit aktiver Sterbehilfe zu tun.

Ein Sonderfall ist die „indirekte Sterbehilfe“. Hier wird dem Patienten eine hohe Dosis von Schmerzmittel verabreicht, auch auf die Gefahr hin, dass dadurch der Tod beschleunigt wird. Dabei ist das Ziel der Behandlung nicht der Tod des Menschen, sondern eine bedauerliche Folgeerscheinung. „Indirekte Sterbehilfe“ ist von daher ebenfalls keine „aktive Sterbehilfe“.

Diese verschiedenen Formen von Sterbehilfe müssen klar auseinandergelassen werden.

Die Rechtslage in verschiedenen Ländern

In Deutschland ist aktive Sterbehilfe, konkret die „Tötung auf Verlangen“, durch § 216 des Strafgesetzbuches derzeit noch verboten. Zudem räumt das Grundgesetz durch die „Unantastbarkeit der Menschenwürde“ und durch das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“ dem Lebensschutz hohe Priorität ein. Außerdem ist es in der Bundesrepublik nicht möglich, das für den schmerzfreien Suizid nötige Medikament Natrium-Pentobarbital zu bekommen.

Urteile aus verschiedenen Strafrechtsprozessen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass dem Willen des Patienten mittlerweile ein so hohes Recht zugesichert wird, dass ein „ärztlich assistierter Suizid“ auf Wunsch des Patienten in der Praxis straffrei bleibt. Der 66. Juristentag hat 2006 ausdrücklich die Straflosigkeit bei unterlassener Hilfeleistung im Fall eines freiver-

antwortlichen Suizids gefordert. Die Bundesärztekammer wandte sich als Landesvertretung der Mediziner bisher allerdings vehement gegen jede Form einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe und hat diese Auffassung in jüngerer Vergangenheit mehrfach bekräftigt.

In den Niederlanden ist die „Tötung auf Verlangen“ dagegen seit 2002 straffrei, wenn auch an strikte Regeln gebunden. So muss ein „unerträgliches und aussichtsloses Leiden“ vorliegen und der Patient wiederholt Sterbehilfe gewünscht haben. Der Wille des Einzelnen ist dabei oberste Norm der Rechtsprechung. Die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe liegt derzeit im Jahr bei ca. 4.800. Seit 2002 hat sich die Zahl der Fälle vervierfacht, was deutlich macht, dass eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe den Willen nach der Beendigung des Lebens ansteigen lässt.

Auch in Belgien ist die aktive Sterbehilfe seit 2002 straffrei. Die Gesetzgebung geht noch deutlich über das niederländische Modell hinaus. Sie gilt inzwischen auch für unheilbar und psychisch Kranke sowie für schwerstkranke Kinder. Als drittes Beneluxland legalisierte Luxemburg 2008 die aktive Sterbehilfe.

In der Schweiz ist nur der „ärztlich assistierte Suizid“ straffrei, nicht die „Tötung auf Verlangen“. Jährlich machen davon ca. 300 Menschen Gebrauch. Darüber hinaus ist auch in den amerikanischen Bundesstaaten Oregon, Washington, Montana, Kalifornien, New Mexico und Vermont ärztlich assistierter Suizid straffrei.

In fast allen Ländern Europas gibt es mittlerweile starke Lobbygruppen, die sich für die Legalisierung aktiver Sterbehilfe einsetzen.

zen. Insbesondere in Frankreich und Großbritannien konnte in den vergangenen Jahren eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe nur mit Mühe verhindert werden. Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte fällte zudem im medial stark beachteten „Fall Vincent Lambert“ im Juni 2015 ein Grundsatzurteil, das die letzten juristischen Hürden für die Einstellung künstlicher Ernährung bei (Wach-)Komapatienten beseitigt hat. Dieses Urteil, auch wenn es sich nur auf einen Sonderfall bezieht, verstehen nicht wenige als ein deutliches Signal für anzustrebende Gesetzgebung auf Länderebene. Generell lässt sich feststellen, dass in Deutschland die Zahl der Befürworter einer Freigabe des ärztlich assistierten Suizids zunimmt, wenn auch die Vorbehalte gegen die „Tötung auf Verlangen“ nicht hoch sind. Immer mehr Menschen halten das generelle Verbot für unmenschlich und betonen die Autonomie des Menschen, der auch über seinen Todeszeitpunkt frei entscheiden soll.

Wenn wir die ausländischen Zahlen auf Deutschland übertragen würden, hieße das: Bei Übernahme der Gesetze von Oregon (den assistierten Suizid) wären es ca. 1.500, der Schweizer Regelung 3.000 und mit der niederländischen Gesetzeslage der Tötung auf Verlangen kämen wir in Deutschland sogar auf über 20.000 Fälle von aktiver Sterbehilfe im Jahr. Darüber muss sich jeder klar sein, der heute behauptet, es handle sich doch nur um eine kleine Gruppe von Menschen, die aktive Sterbehilfe in anderen Ländern in Anspruch nehmen.

2. Was ist gegen aktive Sterbehilfe einzuwenden?

Recht auf Autonomie und leidfreies Leben?

Die aktuellen Forderungen nach Freigabe aktiver Sterbehilfe müssen zunächst im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklung der Moderne und Postmoderne eingeordnet werden.

Der moderne Mensch möchte heute um jeden Preis sein Leben autonom gestalten. Jede Form von Fremdbestimmung wird generell als Einengung verstanden. Dies gilt auch für medizinische Behandlungen und für den Sterbeprozess, Bereiche, die in der Vergangenheit eher Tabuthemen waren und dem medizinischen Personal überlassen wurden.

Von daher überrascht nicht der Unmut, wenn man in bestimmten (Extrem-) Situationen des Lebens offenbar nicht frei entscheiden und keine Rechte einklagen kann. Konkret fordert man die völlige Autonomie darüber, seinem Leben mit Hilfe anderer ein Ende setzen zu dürfen.

Die Frage nach der Autonomie des Menschen spielt eine Schlüsselrolle in der Diskussion. In wieweit darf und soll der Mensch über sein Leben und dessen Ende frei verfügen? Befürworter aktiver Sterbehilfe pochen auf das Selbstbestimmungsrecht als höchstes Gut, auch am Lebensende. Andere sprechen davon, dass Autonomie in Krisensituationen eine Illusion sei. Der Mensch sei gerade in solchen Situationen oft mehr ein Getriebener der äußeren Umstände und Einflüsse, und nicht ein neutraler und objektiver Entscheider. Er bleibe auch in extremen Grenzsituationen in Abhängigkeit. Etwa vom Arzt, ohne dessen Hilfe der Mensch im Fall eines assistierten Suizids sein Leben nicht beenden könne,

oder von seinem Umfeld und dessen Einschätzung der Lage bzw. des Lebenswertes.

Bei der Grundsatzfrage nach der Autonomie des Menschen und deren Grenzen spielen religiöse und ethische Überzeugungen eine wesentliche Rolle. Nach christlichem Verständnis ist das Leben z.B. ein anvertrautes Geschenk Gottes, mit dem der Mensch verantwortlich umgehen soll. Gott hält als Schöpfer und Erfinder des Lebens sowohl dessen Anfang (Psalm 119,73; 139,13-16) als auch dessen Ende (Psalm 90,3; Prediger 7,17; Matthäus 6,27) in Händen und misst dem Leben eine jeweils individuelle Spanne zu. Sogar über den Tod hinaus sorgt er sich um seine Geschöpfe (Johannes 3,16).

Der Mensch ist nach christlichem Verständnis zwar keine willenlose Marionette. Er ist zur Freiheit berufen darf und soll sein Leben selbstständig gestalten, aber immer in der Verantwortung vor Gott, seinem Schöpfer. Ihm gegenüber muss er sich sogar einmal rechtfertigen (Römer 14,10; 2. Korinther 5,10). Autonomie hat deshalb ihre Grenze in Gott und seinen Geboten. Verantwortlich leben heißt für Christen deshalb, nach Gottes Bestimmung zu leben. Freiheit bedeutet, sich für Gottes Bestimmung bewusst zu entscheiden und in diesem Rahmen das Leben bis zu seinem natürlichen Ende selbst zu gestalten. Ein bewusstes Annehmen des natürlichen Sterbeprozesses ist dabei letztlich nichts anderes als ein Akt wahrer Selbstbestimmung. Aktive Sterbehilfe widerspricht diesem christlichen Menschen- und Weltbild.

Auch die Einstellung zu Leid und Krankheit ist bei Befürwortern der aktiven Sterbehilfe von einem bestimmten Weltbild

geprägt. Ziel ist es dabei, Schmerzen und Leiden auszuweichen. Nur ein leidfreies Leben sei auch ein glückliches Leben – so meinen viele.

Diese Lebenseinstellung übersieht allerdings, dass Leid untrennbar zum Leben dazu gehört. Die Unfähigkeit, mit Krankheit, Leid und Tod umzugehen, ist dabei ein gesellschaftliches Phänomen moderner Zeit. Der tiefe Wunsch, Leiden bewusst zu vermeiden oder zu umgehen ist zwar menschlich verständlich, aber als Grundeinstellung des Lebens problematisch. Der „schnelle Tod“ erscheint hier als „Erlösung“, ist es aber in vielen Fällen gar nicht. Zudem: Beispiele aus der niederländischen Sterbehilfepaxis belegen, dass es in etlichen Fällen die Angehörigen sind, die auf aktive Lebensbeendigung drängen, und nicht die Betroffenen selbst. Auch bei ihnen kann nicht ausgeschlossen werden, dass als Hauptmotiv die möglichen zukünftigen Lasten im Vordergrund stehen, wenn der Schwerkranken weiterlebt.

Das christliche Zentraldokument, die Bibel, zeichnet ein anderes Bild vom menschlichen Leben. Leid gehört hier zur begrenzten Existenz des Menschen dazu, weil er in einer gefallen Welt lebt. Zwar soll Leid nicht bewusst gesucht werden und wird keineswegs idealisiert, aber es soll angenommen und getragen werden. Im Leid spricht Gott sogar dem Menschen seinen besonderen Beistand zu und steht ihm zur Seite. Das beste Beispiel dafür ist Jesus Christus, der vorbildlich sein Leid bis zum Ende ertrug.

Am Beispiel der Forderung nach Autonomie und dem leidfreien Sterben wird deutlich, wie stark die ganze Debatte um aktive

Sterbehilfe von zeitbedingten Lebenseinstellungen geprägt ist.

Unabsehbare Folgen für andere

Die Forderung nach der Freigabe aktiver Sterbehilfe muss auch von den Folgen her beurteilt werden. Betroffen davon sind nicht nur die Suizidwilligen, sondern viele andere Menschen im Umfeld.

Da ist zunächst der behandelnde Arzt. In Deutschland agieren Ärzte beim begleiteten Suizid in einer Grauzone. Beim aktiven Eingreifen in den Sterbeprozess wird er in jedem Fall zum Wegbereiter des Todes, direkt oder indirekt, und verstößt damit schon grundsätzlich gegen seinen ursprünglichen ärztlichen Auftrag, Leben zu retten und Leben zu erhalten. Ihm wird die Bürde auferlegt, am Tod eines Menschen entscheidend mitverantwortlich zu sein. Dies betrifft sowohl den Entscheidungsprozess, als auch die praktische Ausführung. Es wäre daher im Sinne des ärztlichen Selbstverständnisses wünschenswert, die Grenze zwischen einem natürlichen „sterben lassen“ und einer in welcher Form auch immer vollzogenen Tötungshandlung nicht zu überschreiten. Die Ärztevertretungen in Deutschland wenden sich deshalb mehrheitlich gegen jede Ausweitung des Rechts auf aktive Sterbehilfe, da es dem eindeutigen Auftrag eines Arztes widerspricht.

Jenseits des Standesrechts steht der Arzt aber auch für einem generellen ethischen Dilemma: Er verstößt zumindest im Falle der „Tötung auf Verlangen“ gegen das ethische Verbot des Mordens. Der Wunsch des Patienten, getötet zu werden, löst dieses Dilemma kaum auf, ist es doch der Arzt, durch den aktiv und willentlich der Tod des Menschen herbeigeführt wird.

Was in der Diskussion leider auch häufig übersehen wird: Auch die Angehörigen sind im Falle aktiver Sterbehilfe mit einbezogen. Sie stehen oft unter starken Belastungen. Einerseits sehen sie das Leiden des Patienten und fühlen sich hilflos. Andererseits sind viele mit der Entscheidung des Kranken für einen Suizid überfordert, wenn sie im Vorfeld damit konfrontiert werden. Hier gilt gleiches wie schon zuvor bei den Ärzten. Fällt eine Entscheidung für den Tod, bleiben die Angehörigen mit allen offenen Fragen und Gewissensnöten zurück. Studien in diesem Bereich zeigen, dass Angehörige oft noch jahrelang unter dem Suizid geliebter Menschen leiden, auch wenn sie diesen Schritt ursprünglich einmal befürworteten. Trauerarbeit gestaltet sich kompliziert, wenn es dabei um den Abschied eines Menschen geht, der nicht ging, weil er musste, sondern es unbedingt wollte. Quelle angeben

Die seelische Motivationslage

Auch die Motivation des Patienten ist völlig unterschiedlich. Warum möchte er sterben? Ist er bei der Entscheidung Herr seiner Sinne? Sind alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft? Fühlt er sich mit seinen Schmerzen allein gelassen? Meint er, den Angehörigen nur noch zur Last zu fallen? Diese und viele andere Fragen und Umstände sind häufig der Grund, warum Patienten um aktive Sterbehilfe bitten.

Die eigentliche Notlage ist vermehrt auch im psychischen statt nur im somatischen Bereich zu suchen. Hier gibt es eindruckliche Erfahrungen aus der palliativmedizinischen Praxis. So berichten Schmerztherapeuten, dass Menschen häufig zu neuem Lebensmut finden, wenn man für Sie die

Umstände wie Schmerzen, Luftnot oder auch Einsamkeit mit ganzheitlichen medizinischen und menschlichen Zuwendungen verändert. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nimmt in der Regel ab, wenn medizinischer und seelischer Beistand gesichert sind. Je besser ein Patient ganzheitlich betreut wird, desto weniger fragt er nach aktiver Sterbehilfe – was zeigt, wie stark die Frage von der Gemütslage des Patienten abhängig ist.

Druck durch die Kostenfalle?

Gegner der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe argumentieren nicht zu Unrecht mit der Frage nach den Kosten im Gesundheitswesen. Sie dürfte in Zukunft tatsächlich vermehrt bei Behandlungsentscheidungen eine Rolle spielen. Sicher ist: Die Beiträge der Krankenkassen werden angesichts des demographischen Faktors und der hohen Kosten der Intensivmedizin unweigerlich steigen. Immer mehr Leistungen werden dagegen gekürzt. Da liegt die Befürchtung nahe, dass bei einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe der Ruf nach dem „Sterben-Sollen“ lauter wird.

Dieses Szenario ist tatsächlich nicht von der Hand zu weisen. Ein Blick ins Ausland, wo es keine medizinische „Rund-um-Versorgung“ gibt, unterstreicht diese Befürchtung. In Großbritannien muss die Dialyse von den Patienten ab dem 60. Lebensjahr aus eigener Tasche bezahlt werden. In den Niederlanden ist es bei älteren Menschen zunehmend üblich, eine so genannte „Lebensverfügung“ mit sich zu führen, in der die Weiterführung lebenserhaltender Maßnahmen ausdrücklich gefordert wird. Der Lebensschutz von alten und kranken Menschen gerät dort zunehmend unter Druck.

Mit solchen und ähnlichen Fragen wird sich auch Deutschland auseinandersetzen müssen, sollte man zu einer liberaleren Gesetzgebung kommen.

Leben in Würde – bis zuletzt

Befürworter aktiver Sterbehilfe pochen häufig auf die Würde des Menschen. Selbstbestimmtes Sterben bewahre die Würde des Menschen am Lebensende. Ein Leben mit schwerer Krankheit und großen Schmerzen hingegen nehme dem Menschen seine Würde. Solche Menschen würden nur dahinvegetieren. Ihnen müsse ein Recht auf ein würdevolles Sterben eingeräumt werden.

Auch bei der Frage, woran sich die Würde eines Menschen zeigt, spielen ethische Grundüberzeugungen eine wichtige Rolle. Welcher Mensch wie und wann welche Würde hat, entscheidet das Menschenbild.

Würde und Wert sind z.B. nach christlichem Verständnis unveränderliche Konstanten. Selbst schwerste Krankheit oder Behinderung können daran nichts ändern. Der Mensch erhält nach christlicher Sicht seine Würde und seinen Wert nicht aus sich selbst heraus. Sie sind vielmehr eine Gabe Gottes, so wie das menschliche Leben an sich. Der Mensch ist deshalb immer Ebenbild Gottes. Gerade darin liegen seine Würde und sein Wert. Diese unveräußerliche Würde hat der Mensch bereits vor seiner Geburt (Psalm 139,16) und behält sie bis zum Tod (Jesaja 46,4). Der Mensch verliert diese Würde nie, auch nicht, wenn er schwerstkrank ist, nicht einmal, wenn er sich von Gott abwendet.

Deshalb muss den Befürwortern aktiver Sterbehilfe widersprochen werden, die die

Würde des Menschen an seinem Gesundheitsstatus festmachen. Schwerste Krankheit oder Behinderung können das Leben unvorstellbar belasten und zur Qual werden lassen, sie können dem Menschen aber niemals seine Würde nehmen. Selbst der schwerkranke und alte Mensch ist nach christlichem Verständnis immer ein von Gott geliebtes Geschöpf und damit wertvoll und einzigartig. Würdelos kann nur der Umgang mit dem Kranken sein, nie aber seine Existenz an sich.

Deshalb ist heute angesichts der Debatten um Sterbehilfe eine neue Wertschätzung der Kranken und Schwachen unbedingt von Nöten. Sie dürfen nicht auf das Abstellgleis geschoben und damit würdelos behandelt werden. Eine Gesellschaft, die Kranke nicht mit Respekt und Hingabe behandelt, wird menschlich und kulturell ärmer. Eine Existenz in Würde hängt aber nicht nur von den äußeren Umständen ab, sondern in erster Linie von der Kernidentität des Menschen. Gerade diese Überzeugung kann davor bewahren, im Schwerstkranken nur noch ein dahinvegetierendes Nichts zu sehen.

Neue Wege der Pflege wie die Palliativmedizin und die Behandlung in Hospizen können schon heute Kranken und Sterbenden würdevoll begleiten. Aktive Sterbehilfe ist aus dieser Perspektive kein „Töten aus Mitleid“ oder Respekt vor der Würde des Menschen, wie oft behauptet wird. Sie ist vielmehr ein Töten aus verweigertem „mit-leiden“. Echtes Mitleid zeigt sich gerade in einer ganzheitlichen medizinischen und seelsorgerlichen Begleitung von Kranken und Sterbenden, bis hin zu ihrem natürlichen Ende, die niemals ihre grundsätzliche Würde verlieren. Selber entscheiden zu wollen, was menschenwürdiges Leben ist

und was nicht, ist dagegen ein willkürliches und mitunter sogar gefährliches Unterfangen.

3. Was zu tun ist

Um die Forderung nach aktiver Sterbehilfe unnötig zu machen, braucht es neben der ganzheitlichen Zuwendung gegenüber den Kranken eine Stärkung der Palliativmedizin und einen Ausbau der Hospize.

Auch muss einer gesellschaftlichen Tabuisierung von Leid, Sterben und Tod entgegengewirkt werden. Eine „Kunst des Sterbens“ ist nicht mit einer „Kunst des Tötens“ zu verwechseln. Stattdessen müssen Menschen mit Themen wie Krankheit, Leid und Tod frühzeitig konfrontiert werden. Wer diese Dinge als natürlichen Bestandteil des Lebens schon lange vor Krankheit und Sterben wahrnimmt, kann gelassener damit umgehen.

Nicht selten ist die Angst vor einer ungewissen Zukunft im Krankheitsfall Auslöser für einen Sterbewunsch. Oder die Tötungshandlung soll nach Wunsch der Betroffenen gewissermaßen prophylaktisch erfolgen, um eventuell eintretenden Verschlechterungen des aktuellen Zustandes vorzubeugen. Diesen Unsicherheiten soll und kann entgegengewirkt werden. Dazu dienen engmaschige medizinische Beratung und Betreuung nach ganzheitlichem Konzept, das alle (Lebens-)Belange des kranken und leidenden Menschen in den Blick nimmt. Wer sich verstanden und gut begleitet fühlt, lässt sich häufig von seinem Sterbewunsch abbringen, wie zahlreiche Beispiele aus der Palliativ- und Hospizpraxis belegen. Sterbebegleitung statt Sterbebeschleunigung ist hier ein möglicher Schlüssel zur Lösung.

In der Vorbereitung auf das natürliche Sterben ist auch die Beschäftigung mit einer Patientenverfügung hilfreich, wobei man sich bewusst machen muss, dass nicht jede Krankheitssituation im Vorfeld am Schreibtisch abgeschätzt werden kann. Der Sachverstand der Ärzte sollte durch eine Patientenverfügung nicht unterlaufen werden. Ebenso wichtig ist eine Betreuungsregelung bzw. eine Vorsorgevollmacht.

Die Forderung nach einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids, so wie es in verschiedenen Gesetzentwürfen angestrebt wird, steht aus verschiedenen Gründen dagegen auf tönernen Füßen.

Die Alternative heißt nicht: „Leben um jeden Preis“, sondern ganzheitliche Betreuung der Alten und Kranken. Was wir deshalb brauchen ist eine „aktive Sterbebegleitung“, nicht eine „aktive Sterbehilfe“. Viele Erfahrungen aus der Palliativmedizin und der Hospizarbeit zeigen: Wer im Sterben gut begleitet wird, fragt nicht nach aktiver Sterbehilfe.

Diese gekürzten Ausführungen sind im Wesentlichen dem Buch von Stephan Holthaus / Timo Jahnke, *Aktive Sterbehilfe – Ausweg oder Irrweg?*, Gießen: Brunnen-Verlag, 2008, entnommen.

Ausgewählte Literatur

Beckmann, Rainer / Claudia Kaminski u.a., *Es gibt kein gutes Töten: Acht Plädoyers gegen Sterbehilfe*, Leipzig: Manuscriptum, 2015.

Bedford-Strohm, Heinrich, *Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe*, München: Kösel, 2015.

Das Hospiz-Buch, Hg. Johann-Christoph Student, 4. Aufl. Freiburg: Lambertus, 1999.

Eibach, Ulrich, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und das „lebensunwerte“ Leben*, 2. Aufl. Wuppertal: R. Brockhaus, 1998.

Gröhe, Hermann / Nikolaus Schneider, *Und wenn ich nicht mehr leben möchte? Sterbehilfe in Deutschland*, Asslar: adeo, 2015.

Husebø, Stein, *Leben lohnt sich immer: Von aktiver Sterbehilfe zur Hilfe zum Leben – ein Arzt erzählt*, Freiburg: Herder, 2002.

Husebø, Stein / Eberhard Klaschik, *Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie. Gesprächsführung. Ethik.*, 4. Aufl. Berlin: Springer, 2006.

Krause Landt, Andreas / Axel W. Bauer u.a., *Wir sollen sterben wollen: Warum die Mitwirkung am Suizid verboten werden muss*, Leipzig: Manuscriptum, 2013.

Kuschel, Amelia, *Der ärztlich assistierte Suizid: Strafakt oder Akt der Nächstenliebe?* Frankfurt/M.: Peter Lang, 2007.

Ohly, Lukas. *Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde*. Stuttgart: Kohlhammer, 2002.

Schockenhoff, Eberhard, *Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg: Pustet, 1991.

Spaemann, Robert / Bernd Wannewetsch,
*Guter schneller Tod? Von der
Kunst, menschenwürdig zu sterben*,
Gießen: Brunnen, 2013.

Spaemann, Robert / Th. Fuchs, *Töten oder
sterben lassen? Worum es in der
Euthanasiedebatte geht*. Freiburg:
Herder, 1997.

Spaemann, Robert / Gerrit Hohendorf u.a.,
*Vom guten Sterben: Warum es kei-
nen assistierten Tod geben darf*,
Freiburg: Herder, 2015.

Zimmermann-Acklin, Markus. *Euthanasie:
Eine theologisch-ethische Untersu-
chung*. Freiburg: Herder, 2002.

© 2008/2015 Institut für Ethik & Werte,
Rathenastr. 5-7, 35394 Gießen,
Tel. 0641 97970-35, info@ethikinstitut.de

FTA e.V.,
IBAN: DE27 5139 0000 0051 1020 02,
Volksbank Mittelhessen
(BIC: VBMHDE5F),
Verwendungszweck: Ethikinstitut

www.ethikinstitut.de
www.facebook.com/Ethikinstitut

Links

Deutsche Hospiz Stiftung: www.hospize.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:
www.dgpalliativmedizin.de

International Task Force on Euthanasia:
www.internationaltaskforce.org

Care NOT Killing: www.carenotkilling.org.uk

