

## 23.1 Formen der Sterbehilfe

### Patientengeschichte (31)

#### **Extubation mit Todesfolge?**

Eine 78-jährige Patientin wird in einer Rehabilitationseinrichtung nach Aortenklappenersatz bewusstlos aufgefunden, vom Notarzt intubiert und in die Klinik gebracht. Dort erleidet sie multiple Hirninfarkte und einen Status epilepticus mit fortbestehender Bewusstlosigkeit. Nach neurologischem Konsil sind bleibende neurologische Ausfälle zu erwarten, jedoch besteht durchaus ein Rehabilitationspotenzial, sodass eine endgültige Einschätzung der Prognose erst nach entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen möglich sein wird. Diese Rehabilitation ist allerdings nur nach Anlage eines Tracheostomas möglich, da die Patientin aktuell über keine ausreichenden Schutzreflexe verfügt. Der Ehemann der Patientin, der als gesetzlicher Betreuer eingesetzt wird, legt glaubwürdig dar, dass diese bei verschiedenen Anlässen eine Langzeitbeatmung für sich abgelehnt habe, insbesondere, da ihre Mutter vor ihrem Tod über längere Zeit künstlich beatmet worden sei. Die Patientin hatte diese Situation nur schwer verkraftet und sich wiederholt gegen solche lebensverlängernden Maßnahmen ausgesprochen, falls sie selbst einmal ähnlich schwer erkranken sollte. Auch habe sie dies in einer Patientenverfügung festgehalten, die jedoch derzeit nicht auffindbar ist. Vor diesem Hintergrund stimmt der Ehemann als gesetzlicher Vertreter einer Tracheotomie nicht zu. Der Verzicht auf die Tracheotomie würde bedeuten, die Patientin extubieren zu müssen, mit der sehr großen Wahrscheinlichkeit, dass sie unter der aktiven Maßnahme der Extubation verstirbt. Die behandelnden Ärzte scheuen vor der Extubation mit möglicher Todesfolge zurück, weil sie unsicher sind, ob sie mit der Extubation nicht schon den Grenzbereich der aktiven Sterbehilfe betreten.

#### **Kommentar**

Diese Patientengeschichte zeigt deutlich, dass begriffliche Unklarheiten die Lösung eines ethischen Problems erschweren können. Die Ärztinnen und Ärzte berufen sich auf das Verbot der aktiven Sterbehilfe als Begründung dafür, trotz fehlender Zustimmung des Ehemanns als gesetzlichem Betreuer eine Tracheotomie durchzuführen, um die Patientin weiterbeatmen zu können, was nach Lage der Dinge Körperverletzung wäre. Allerdings stellt sich hier die Frage, ob die Begriffe »aktive Sterbehilfe« und »passive Sterbehilfe« überhaupt im richtigen Sinn benutzt werden.

Bereits in den ersten Kapiteln war zu sehen, dass sich ethische Konflikte am Ende des Lebens in besonders akzentuierter Form ergeben. Im Folgenden wird eine Systematisierung der ethischen Probleme am Lebensende vorgenommen. Eine solche Systematisierung ist deswegen hilfreich, weil sich gerade bei Fragen rund um die Sterbehilfe sehr häufig terminologische Missverständnisse ergeben, die eine sachliche Behandlung des zugrunde liegenden Problems erschweren. In einem groben Schema lassen sich vier klassische Formen von Sterbehilfe unterscheiden: a. passive Sterbehilfe, b. indirekte Sterbehilfe, c. aktive Sterbehilfe und d. assistierter Suizid. Diese Terminologie ist in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten, und es sind Vorschläge unterbreitet worden, von dieser Terminologie abzukommen. So hat der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zur Sterbehilfe eine Abkehr von der Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe empfohlen und stattdessen dafür votiert, zwischen a. Sterbebegleitung, b. Therapie am Lebensende, c. Sterbenlassen, d. Beihilfe zur Selbsttötung und e. Tötung auf Verlangen zu differenzieren. Wie wichtig im ethischen Sinn gerade solche Begriffe wie »Sterbenlassen« sind, wird im Folgenden anhand der klassischen Terminologie dargelegt, um daraus die semantischen Schwierigkeiten dieser Begriffe abzuleiten und zur Kernfrage vorzustoßen, wie unabhängig von der Wortwahl die unterschiedlichen Entscheidungen am Lebensende ethisch zu bewerten sind.

### 23.1.1

#### Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe wird der Verzicht auf eine medizinische Maßnahme, deren Reduktion oder Abbruch bei einem schwerkranken Patienten verstanden. Zu den Maßnahmen, auf die bei passiver Sterbehilfe häufig verzichtet wird, gehören beispielsweise die Reanimation und die antibiotische Behandlung (s. Patientengeschichte 32, S. 342). Ebenso kann auch der etwaige Verzicht auf Einleitung einer Dialysebehandlung als Therapieverzicht zur passiven Sterbehilfe gezählt werden. Die Therapiereduktion betrifft vor allem die Reduktion der kreislaufunterstützenden Medikamente auf der Intensivstation, aber auch die Reduktion von anderen Maßnahmen, die bei einer Maximaltherapie vorgenommen werden. Der Therapieabbruch schließlich kann genauso den Abbruch der künstlichen Beatmung bedeuten wie den Abbruch der Sondennahrung (wie in der weiter unten beschriebenen Patientengeschichte 32) oder den Abbruch der weiteren Dialysebehandlung. Die Heterogenität dieser Maßnahmen, die allesamt zum Komplex der passiven Sterbehilfe zu zählen sind, verdeutlicht, dass der Begriff der passiven Sterbehilfe nicht von der Art der Handlung abhängig ist. Ob eine Maß-

nahme als passive Sterbehilfe zu gelten hat, hängt eben nicht davon ab, ob etwas aktiv getan oder passiv unterlassen wird. Sowohl das passive Unterlassen (Therapieverzicht) als auch das aktive Tun (Therapieabbruch) gehören – unter bestimmten Zusatzannahmen (s. unten) – zur Kategorie der passiven Sterbehilfe. Eine Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen ist also für die Definition der passiven Sterbehilfe nicht relevant. Ob ein Handeln (zur Erinnerung: Handeln kann sowohl Unterlassen als auch Tun bedeuten, vorausgesetzt, dieses Handeln geschieht intentional, s. Kap. 1) als passive oder als aktive Sterbehilfe zu gelten hat, hängt somit nicht von rein performativen Faktoren ab, sondern von anderen Kriterien.

Ein zentrales dieser Kriterien ist das der **Intention**. Passive Sterbehilfe ist definiert durch die Intention, das Sterben zuzulassen oder geschehen zu lassen. Passive Sterbehilfe beginnt also bereits dann, wenn der Arzt die Absicht hat, das Sterben zu akzeptieren und es nicht mehr zu verhindern. Das erklärt, warum das aktive Abschalten eines Respirators eine passive Sterbehilfe darstellt, wenn mit dem Abschalten die Intention verknüpft ist, einen Sterbeprozess nicht mehr weiter künstlich aufzuhalten. Durch die Einbindung des Intentionskriteriums in die Definition der passiven Sterbehilfe ergibt sich, dass nicht das Handeln alleine den Begriff der passiven Sterbehilfe bestimmt, sondern erst das bestimmende Motiv des Handelns. Würde z. B. ein Angehöriger den Respirator eines sterbenden Patienten abschalten, weil er damit früher an sein Erbe zu gelangen hofft, dann wäre die Absicht des Angehörigen nicht das Geschehenlassen eines Sterbeprozesses, sondern vielmehr die aktive Inangsetzung eines solchen. Das Abschalten des Respirators mit einer solchen Intention wäre dann keine passive Sterbehilfe, sondern eine Tötung des Patienten. Nun könnte man einwenden, dass man auch in dem Fall, in dem man den Apparat ausstellt, um den Patienten sterben zu lassen, das Sterben des Patienten beabsichtigt. Wenn man den Tod des Patienten nicht wollte, würde man ja die Behandlung mit dem Respirator fortsetzen. Um diesen Einwand zu klären, muss man genau hinschauen, worauf die Intention des Arztes zielt, wenn er passive Sterbehilfe vornimmt. Zwar weiß der Arzt um den Tod, der als Folge seines Handelns wahrscheinlich eintreten wird, aber seine Absicht ist nicht der Tod per se, sondern seine Absicht besteht darin, einen etwaigen Sterbeprozess nicht aufzuhalten. Ob in der Folge aus diesem Verzicht auf die Behandlung dann tatsächlich der Tod eintritt oder nicht, ist für die primäre Absicht des Arztes nicht relevant. Wäre der Tod die Absicht des Arztes, so würde er ja, um sicherzugehen, dass dieser Tod auch tatsächlich eintritt, andere Methoden wählen müssen, nämlich die direkte Herbeiführung des Todes. Mit der Wahl des Therapieabbruchs gesteht sich der Arzt lediglich ein, dass seine Behandlungen sinnlos oder nicht vom Patien-

tenwillen gedeckt sind, aber er verfolgt damit nicht das Ziel der Herbeiführung des Todes. Anton van den Beld hat ein schönes Beispiel für diese Differenzierung gefunden: Man stelle sich einen Schachspieler vor, der seine Niederlage voraussieht und deshalb das Spiel aufgibt: »Er könnte noch ein paar Züge machen, aber er verzichtet darauf. Nicht um seine Niederlage herbeizuführen, sondern um diese durch sein Aufgeben als unvermeidlich zu besiegen.« (Van den Beld 1991, S. 66) Dieses nicht medizinische Beispiel macht deutlich, dass es sehr wohl möglich ist, einen schwerkranken Menschen bewusst sterben zu lassen, seinen Tod zu akzeptieren und auch zu befürworten, ohne deshalb zugleich diesen Tod als eigentlichen Zweck des eigenen Handelns betrachten zu müssen. Obwohl man den Tod des Patienten erwartet, beabsichtigt man ihn nicht, sondern lässt ihn lediglich zu.

Das zweite relevante Kriterium zur Bewertung einer Handlung als passive Sterbehilfe ist die **Kausalität**. Dies soll am Beispiel des Therapieabbruchs gezeigt werden. Das Abschalten eines Respirators hat bei einem sterbenden ateminsuffizienten Patienten dessen Tod zur Folge. Der Therapieabbruch ist hier der **notwendige Grund** für das Sterben des Patienten. Ohne den Abbruch würde der Patient nicht sterben. Gleichzeitig ist dieses Abschalten aber nicht der **hinreichende Grund** für sein Sterben. Wäre der Patient nämlich nicht ernsthaft krank, würde er trotz dieses Therapieabbruchs nicht sterben. Wenn also ein Therapieabbruch bei einem ernsthaft kranken Patienten vorgenommen wird, stellt dieser zwar eine notwendige, aber keineswegs eine hinreichende Bedingung für dessen Sterben dar. Eine Kausalität zwischen Abbruch der Therapie und Tod liegt somit nur eingeschränkt vor.

Ein weiteres relevantes Kriterium stellt die **Grundhaltung zum Sterben** selbst dar. Die der passiven Sterbehilfe zugrunde liegende Haltung lässt sich als eine solche des Akzeptierens beschreiben, des Akzeptierens der Endlichkeit des Menschen. Passive Sterbehilfe ist somit nicht nur eine Handlung, die eine bestimmte Kausalität und eine bestimmte Intentionalität impliziert, sondern sie ist vor allem eine Haltung, die von einer bestimmten Vorstellung des Todes geprägt ist. In dieser Vorstellung wird der Tod als etwas betrachtet, das man nur wartend annehmen kann, als etwas, das man zulassen kann, als etwas, das sich eben nur erwarten und nicht herbeiführen lässt. Hierin liegt ein Hauptunterschied zwischen der passiven und der aktiven Sterbehilfe.