

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Grenzenlos selbstbestimmt

Autor: Asmus Finzen  
Seiten 39–40

## Die Sprache der Sterbehilfe

**Zusammenfassung** Zentrales Merkmal der gegenwärtigen Diskussion um die Sterbehilfe ist ihre mangelnde sprachliche und inhaltliche Differenzierung. Da werden die Argumentationsebenen gewechselt. Da werden die grundsätzlichen Unterschiede zwischen der Erleichterung des Sterbens und der Tötung von Kranken einfach weggewischt. Da werden Vorurteile gegenüber der Intensivmedizin gepflegt. Da wird immer wieder – vor allem für Demenzkranke – kaum verklausuliert die »aktive Sterbehilfe« gefordert – die Tötung der Kranken. Die ständige Wiederholung der Forderung nach dem »Verbot der Sterbehilfe« in Medien, Talkshows und politischen Debatten ist geeignet, Millionen sterbenskranke Menschen in Angst zu versetzen, in Angst darüber, dass ihnen am Ende die menschlich gebotene Hilfe beim Sterben versagt bleibt.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 38,- Euro einschl. Porto, Ausland 38,- Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Peter Weber  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**  
Peter Brieger, Kempten  
Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld

Kathrin Reichel, Berlin  
Renate Schernus, Bielefeld  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Peter Weber, Hannover  
Dyrk Zedlick, Glauchau



Autor: Asmus Finzen



# Die Sprache der Sterbehilfe

**Zusammenfassung** Zentrales Merkmal der gegenwärtigen Diskussion um die Sterbehilfe ist ihre mangelnde sprachliche und inhaltliche Differenzierung. Da werden die Argumentationsebenen gewechselt. Da werden die grundsätzlichen Unterschiede zwischen der Erleichterung des Sterbens und der Tötung von Kranken einfach weggewischt. Da werden Vorurteile gegenüber der Intensivmedizin gepflegt. Da wird immer wieder – vor allem für Demenzkranke – kaum verklausuliert die »aktive Sterbehilfe« gefordert – die Tötung der Kranken. Die ständige Wiederholung der Forderung nach dem »Verbot der Sterbehilfe« in Medien, Talkshows und politischen Debatten ist geeignet, Millionen sterbenskranke Menschen in Angst zu versetzen, in Angst darüber, dass ihnen am Ende die menschlich gebotene Hilfe beim Sterben versagt bleibt.

## Wider die Verlüderung der Sprache der Sterbehilfe

Wir werden mindestens noch ein Jahr über die gesetzliche Regelung zur Hilfe bzw. Beihilfe bei der Selbsttötung – und nur darum geht es – streiten. Die Sprach-Verlüderung um die Sterbehilfe behindert die notwendige offene Diskussion.

Die öffentliche Debatte ist notwendig. Sie ist notwendig, weil der gesellschaftliche Konsens darüber, wie wir das Ende des Lebens gestalten wollen, brüchig geworden ist. Sie setzt aber voraus, dass wir Klarheit in die Begrifflichkeit der Sterbehilfe bringen: Wir müssen rigoros unterscheiden zwischen *Hilfe beim Sterben* – also der Erleichterung des Sterbens todkranker Menschen – und der *Hilfe zum Sterben* – also zur vorzeitigen Beendigung des Lebens durch Tötung der Kranken (international: Euthanasia). Erst wenn wir wissen, wovon wir reden, können wir uns ein Urteil bilden.

### Die Terminologie der Sterbehilfe

**Hilfen beim Sterben:** Symptomlinderung, Schmerzbekämpfung, Behandlung von Angst und Unruhe – fälschlich »indirekt aktive« Sterbehilfe genannt. Unterlassung und Beendigung »sinnlos« gewordener – aussichtsloser belastender therapeutischer Maßnahmen bei sterbenden Menschen – fälschlich »passive Sterbehilfe« genannt.

**Hilfen zum Sterben:** Tötung kranker Menschen auf deren Verlangen – irreführend »aktive Sterbehilfe« genannt (verboten); Hilfe zur Selbsttötung, Hilfe bzw.

Beihilfe zum Suizid (gesetzlich zulässig; Ärzten in zehn Bundesländern durch ihre Berufsordnung verboten).  
(nach *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch seit 1994*)

Dazu ist es notwendig, die vorherrschende Begrifflichkeit zu überwinden: »aktive Sterbehilfe«, »passive Sterbehilfe«, »indirekt aktive Sterbehilfe«. Diese Begriffe sind Camouflage: Aktive Sterbehilfe ist in Wirklichkeit Töten. Passive Sterbehilfe ist nicht »passiv«. Sie führt durch Unterlassen zum Tode: Sie setzt entsprechend *aktive* Entscheidungen und Handlungen voraus. Indirekt aktive Sterbehilfe ist nicht »aktiv«. Sie ist Symptomlinderung ohne das *Ziel* der Lebensverkürzung, nimmt sie aber ggf. billigend in Kauf, sie ist *Hilfe beim Sterben*.

### Hilfen beim Sterben sind ein Gebot der Menschlichkeit

Sterbehilfe mit Symptomlinderung, Schmerzbekämpfung und Angstlösung (fälschlich »indirekt aktive« Sterbehilfe genannt)

Die Bekämpfung von Schmerzen und anderen belastenden Krankheitssymptomen gehört zu den ältesten und vornehmsten Aufgaben der Medizin. Die Kranken haben Anspruch darauf. Es ist unverständlich, warum das in der Systematik der Sterbehilfe als »indirekt aktiv« bezeichnet wird. Offenbar wird unterstellt, dass eine ausreichende Schmerzbehandlung in der Endphase des Lebens lebensverkürzend wirke. Das mag in früheren Zeiten einmal zutreffend gewe-

sen sein. Angesichts der Möglichkeiten der heutigen Schmerztherapie ist das Unsinn. Dasselbe gilt für die Behandlung von Angst und Unruhe. Gewiss gibt es Grenzfälle; aber entscheidend ist die Absicht. Anders mag es bei der terminalen Sedierung sein, einer andauernden tiefen Sedierung, die in der Sterbephase zur Leidensminderung eingesetzt und bis zum Tod fortgeführt wird. Prinzipiell setzt sie eine besondere Entscheidung voraus, über die Behandelnde, Angehörige und gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigte Übereinstimmung erzielen müssen, wenn die Kranken nicht entscheidungsfähig sind und keine entsprechende Verfügung vorliegt. Auch hier gilt: Es geht darum, dem unausweichlichen Sterben seinen Lauf zu lassen, nicht es absichtlich herbeizuführen.

Sterbehilfe durch Unterlassen und Beenden aussichtsloser belastender Therapien (irreführend »passive« Sterbehilfe genannt)

Jeder Kranke kann jede Form der medizinischen Behandlung verweigern. Er kann sich, wenn er dies will, auch bei schweren, ohne spezifische Therapien tödlich verlaufenden Krankheiten, Heilpraktikern oder alternativmedizinischen Verfahren zuwenden, die nach wissenschaftlicher Erkenntnis keine Aussichten auf Erfolg haben. Er kann sich einer aus ärztlicher Sicht notwendigen Operation verweigern und dabei in Kauf nehmen, dass er an einer sonst heilbaren Krankheit stirbt. Er kann verlangen und durchsetzen, dass jede weitere Behandlung unterlassen wird. Er kann die Fortsetzung der Nierendialyse untersagen und damit

innerhalb von Tagen seinen Tod herbeiführen. Er kann auch jede Form von künstlicher Ernährung verweigern und den Einsatz von Antibiotika, etwa bei einer Lungenentzündung, untersagen. Er kann alles dies, solange er nicht durch sein Leiden in seiner Urteils- und Entscheidungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist. Sein Wille muss, wenn er alles dieses bei vollem Verstand durch eine entsprechende Patientenverfügung auch für die Zukunft erklärt hat, von seinen Ärzten und von seinen Angehörigen respektiert werden. Die behandelnden Ärzte können strafrechtlich verfolgt werden, wenn sie diesen Willen nicht befolgen.

Eine neue Situation tritt ein, wenn der Sterbende das Bewusstsein verloren und keine Verfügung hinterlassen hat. Dann obliegt es den behandelnden Ärzten (und ihrem Team) in Absprache mit den Angehörigen zu entscheiden, ob und wann lebenserhaltende Maßnahmen, die kein therapeutisches Ziel mehr verfolgen, beendet werden. Das sind schwerwiegende ethisch-moralische Entscheidungen, die im Extremfall Maßnahmen wie die Beendigung der künstlichen Beatmung einschließen. Deshalb werden in vielen Ländern seit Langem im Vorfeld des absehbaren Todes Vereinbarungen über absehbare notwendige Entscheidungen am Ende des Lebens getroffen: Medical Decisions Concerning the End of Life (MDCEL), wenn möglich unter Einbeziehung der Kranken, auf jeden Fall aber ihrer Angehörigen.

### Hilfen zum Sterben sind Krankentötung und Hilfe zur Selbsttötung

Die Tötung kranker Menschen auf deren Verlangen (international »Euthanasia«)

Die Tötung kranker Menschen auf deren Verlangen ist derzeit nur in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg straffrei. Diese

Form der »Sterbehilfe« ist nach deutschem Recht strafbar. Sie kann zu hohen Haftstrafen führen. Es ist auch nicht damit zu rechnen, dass sie in unserem Land legalisiert werden wird. Jochen Taupitz, Medizinrechtler und Mitglied des Deutschen Ethikrates, hält in einem Interview mit dem »Spiegel« (11/2009) fest: »Es gibt sicherlich Grenzfälle. Aber das rechtfertigt noch lange nicht die pauschale Zulassung aktiver Sterbehilfe. Da berufe ich mich auf ein englisches Sprichwort, das heißt: »Hard cases make bad law« – an extremen Grenzfällen kann man keine rechtlichen Regeln ausrichten. Wenn ein Angehöriger einem solchen Patienten hilft, kann ein Gericht ja von Strafe absehen.«

### Hilfe zur Selbsttötung

Suizidhilfe ist Hilfe zur aktiven Beendigung des Lebens. Streng genommen ist sie eine Form der »aktiven Sterbehilfe«. Der entscheidende Unterschied: aktiv ist bei der Hilfe zum Suizid der Mensch, der sich das Leben nimmt, nicht der Begleiter bzw. Helfer. Rechtlich ist das der Unterschied zwischen strafbarem Totschlag und erlaubter Selbsttötung, schlimmstenfalls zwischen Straffreiheit und lebenslanger Haft. In der Sterbehilfedebatte hat die Suizidhilfe eine so große Bedeutung, weil man sie als Umgehung des Verbots der Krankentötung verstehen kann. Quantitativ spielt sie allerdings auch in den Ländern, wo sie gesetzlich geregelt ist, wie in den Niederlanden und im US-Staat Oregon, oder wo sie ohne spezielle gesetzliche Regelung praktiziert wird, wie in der Schweiz, eine geringe Rolle: Nur 0,2 bis 0,4 Prozent aller Todesfälle in diesen Ländern erfolgen durch assistierten Suizid. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist auch in Deutschland nicht strafbar. Aber die Rechtsprechung hat durch eine eigenwillige Interpretation des Paragraphen 323 c StGB – unterlassene Hilfeleistung – ein Delikt daraus

gemacht. Das Patientenverfügungsgesetz sollte in dieser Hinsicht eine neue Rechtslage geschaffen haben. Allerdings ist die Hilfe zur Selbsttötung den Ärzten in zehn Bundesländern durch ihre Berufsordnung verboten.

Wie immer wir die Sterbehilfe regeln, sie wird uns nicht von unserer Angst vor dem Tode befreien, von unserer Neigung, lieber über das Sterben der anderen als über unser eigenes zu diskutieren. Wir müssen uns bewusst sein, dass wir mit unseren Erwartungen an die Medizin einen eigenen Zielkonflikt auf diese übertragen: von den Erwartungen der Hochleistungsmedizin bestmöglich zu profitieren, um von einem bestimmten – unseren Vorstellungen nach genau abgrenzbaren – Zeitpunkt an, Hilfe beim möglichst leidensarmen Sterben zu erfahren. Das kann nicht ohne Probleme sein. Deshalb müssen wir uns fragen, wie die Hilfe dabei gestaltet werden kann und welche Grenzen das geltende Recht dabei setzt.

### Literatur

Psychyrembel: Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage. De Gruyter: Berlin 1994  
Finzen, A.: Das Sterben der anderen. Psychiatrie Verlag/Mabuse Verlag: Bonn 2009

### Der Autor

**Prof. Dr. med. Asmus Finzen**  
Stephanstr. 61  
10559 Berlin  
asmus.finzen@t-online.de  
www.finzen.ch