

Zur Euthanasie-Diskussion in den USA : eine kritische Einführung

Autor(en): **Holderegger, Adrian**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie = Revue philosophique et théologique de Fribourg = Rivista filosofica e teologica di Friburgo = Review of philosophy and theology of Fribourg**

Band (Jahr): **44 (1997)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-760820>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

ADRIAN HOLDEREGGER

Zur Euthanasie-Diskussion in den USA

Eine kritische Einführung

Die Sterbehilfe mit ihren ethischen, medizinischen, sozialen und insbesondere juristischen Aspekten gehört in den USA sowohl im akademischen Bereich wie in der Öffentlichkeit zur Zeit wohl zu den meist diskutierten Topoi¹ der medizinischen Ethik. Die Diskussion weist in den USA neben den spezifischen kulturpolitischen Aspekten, neben den Besonderheiten der Rechtsprechung und der Legislation ebenfalls weiterführende Elemente auf, die für die kontinentaleuropäische Diskussion durchaus von Interesse sein können. Bislang wurde in dieser Frage die US-amerikanische Debatte – vor allem, was den philosophischen, fallbezogenen Argumentationsgang anbelangt – nur wenig zur Kenntnis genommen. Dies mag zu weiten Teilen damit zusammenhängen, daß die anglo-amerikanische philosophische Kultur mit der «angewandten Ethik» eine Tradition hervorgebracht hat, die auf medizinische Herausforderungen anders, viel flexibler und problemspezifischer reagiert als die europäische Tradition. Umgekehrt gilt aber auch, daß die Sprache nach wie vor ein großes Hindernis für die US-amerikanische Integration nicht-englischsprachiger, namentlich der kontinentaleuropäischen Literatur darstellt.² Dies führt dazu, daß zwar eine stetig wachsende Rezeption der anglo-amerikanischen Fachdiskussion innerhalb der medizinischen Ethik erfolgt, nicht aber umgekehrt eine Auseinandersetzung mit den eher generellen, humanistisch ausgerichteten Denkrichtungen Europas.

¹ Ethische Fragen zur Gentechnologie werden im Gegensatz zu Europa weit weniger intensiv, aber auch weit weniger kontrovers und unter weit weniger Vorbehalten diskutiert.

² Margaret P. BATTIN, eine für diesen Fragenkomplex sehr beachtete Autorin, hat den interessanten Versuch unternommen, die bundesdeutschen Gesetzgebung zu «Euthanasie/Suizid» und die entsprechende Erfahrung auf die Relevanz für die amerikanische Diskussion und Legislation hin zu prüfen. Sie kommt zu dem nüchternen Ergebnis, daß ein Vergleich und ein «Lernen voneinander» viel schwieriger sei als ursprünglich angenommen, nicht bloß aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten, sondern vor allem auch aufgrund kultureller Unterschiede. Vgl. DIES.: Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?, in: DIES.: The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life, Oxford University Press, New York 1994, 254–270.

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit der jüngeren, vorwiegend ethischen Literatur und versucht anhand eines systematischen Leitfadens die «mainstreams» der Euthanasie-Diskussion einzuordnen und kritisch zu gewichten. Es wäre allerdings vermessen, wollte man auf einigen Seiten einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der weitverzweigten Debatte geben, da die Literatur hierzu ins Unüberblickbare gewachsen ist.³ Es kann sich auch nicht darum handeln, die einzelnen Aspekte abschließend zu diskutieren; sie sollen vielmehr im Zeichen der gegenwärtigen Diskussionslage aufgeschlüsselt und ihre kontroversen und nicht ausdiskutierten Perspektiven etwas geschärft herausgehoben werden.

I. Der Kontext

Tom L. Beauchamp, einer der prominentesten amerikanischen Medizin-Ethiker, vermerkt im Vorwort eines kürzlich erschienenen Sammelbandes⁴, es gebe in der medizinischen Ethik und in der medizinischen Praxis keine strengeren moralischen Regeln als diejenigen, die gegen die direkte Beendigung des Lebens eines Patienten gerichtet seien; aber besonders im Bereich der Sterbehilfe sei ein Trend zum flexibleren Umgang mit diesen Normen festzustellen. – Die Diskussion gerade um diese Normen verläuft in den USA wohl insofern zugespitzter denn im europäischen Kontext, als sich das medizinische Ethos und die medizinische Praxis in einem Konfliktfeld bewegen, das von zwei gegensätzlichen Polen bestimmt ist: Einerseits wird es geprägt von der bislang eher rigoros gehandhabten Regel der *medizinischen Erhaltung* menschlichen Lebens mit der entsprechenden Auswirkung auf die Gerichtspraxis mit den oft übertriebenen Genugtuungssummen; aus Angst nämlich, vor Gericht angeklagt zu werden, ergreift die Ärzteschaft bei todkranken Patienten oft Maßnahmen, die medizinisch nicht mehr angezeigt sind. Andererseits ist das Konfliktfeld bestimmt von der immer entschiedener formulierten Forderung nach *Autonomie* im Sinne des individuellen Selbstbestimmungsrechtes⁵, das in der liberalen-amerikanischen Gesellschaft mit der traditionellen Hochschätzung individueller Freiheitsrechte einen anderen Klang hat als in Europa.

³ Einen ersten Überblick kann vermitteln: KEOWN John (ed.): *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, University Press, Cambridge 1995.

⁴ BEAUCHAMP, Tom L. (ed.), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, New Jersey 1996.

⁵ CHARLESWORTH, Max: *Bioethics in a Liberal Society*, University Press, Cambridge 1993. Vgl. auch: BURGESS, John P.: Can I Know that my Time has come? *Euthanasia and Assisted Suicide*, in: *Theology Today* 51 (1994) 204–218 («Modern medicine seems to treat biological life as an absolute value ... Autonomy becomes an absolute value», S.204f.). MCCORMICK SJ, Richard A.: *Technology, the Consistent Ethic and Assisted Suicide*, in: *Origins* 25 (1995) No 27, 450–464 spricht denn auch von einer Verabsolutierung der Autonomie, die als Überreaktion auf den lange praktizierten Paternalismus zu interpretieren sei.

Daniel Callahan, der ehemalige Leiter des Hastings-Centers in New York, ist einer der schärfsten und bekanntesten Kritiker dieser verabsolutierenden Emphase des Selbstbestimmungsrechtes, die zwar als Reaktion auf den exzessiven medizinischen Paternalismus zu verstehen, aber keineswegs zu rechtfertigen sei. Er schärft sehr kritisch ein, Autonomie dürfe nicht mit Autarkie verwechselt werden, da zu ersterer ebenfalls Abhängigkeit und Angewiesenheit auf den anderen gehörten, insbesondere in der späten Lebensphase.⁶ Euthanasie sei nicht bloß eine Frage des individuellen Rechtes auf den eigenen Tod, sondern auch eine Frage gesellschaftlicher Verwiesenheit des Individuums und demnach auch eine Frage von gesellschaftlichen Interessen.

Ferner gilt als wesentlicher Faktor, der diese Debatte bestimmt, die starke, im allgemeinen Trend liegende «Säkularisierungstendenz» (*McCormick*), dem die Medizin unterworfen sei; sie wird in der Meinung vieler immer stärker den Regeln des «business» unterworfen, zunehmend «entprofessionalisiert» und dementsprechend vom herkömmlichen Berufsethos abgekoppelt. So wird das Arzt-Patienten-Verhältnis mehr und mehr bestimmt vom merkantilen Gesetz von Angebot und Nachfrage. Das ist eine Entwicklung, die wir auch hierzulande kennen, aber insgesamt verläuft sie in den USA wohl dramatischer.⁷ Ein Symptom hierfür dürfte sein, daß ein relativ hoher Prozentsatz von Ärzten und Ärztinnen mit ihrem Beruf nicht zufrieden sind, da sie ihre humanitären Erwartungen in ihrer beruflichen Ausübung nicht abgedeckt sehen.

Ein weiteres Element, das die Euthanasiedebatte bestimmt, ist in einer medizin-internen Vernachlässigung der *palliativen Medizin* zu suchen, insbesondere im Fehlen einer genügenden ärztlichen Ausbildung in der Schmerz-bekämpfung.⁸ Nach wie vor gelten das Nicht-Heilen-Können und das Sich-Beschränken-Müssen auf lindernde Maßnahmen – und damit letztlich auch der Tod – grundsätzlich als Mißerfolg der curativen Medizin.

In einem solchen, im wesentlichen von diesen Elementen beherrschten Kontext gibt es daher – zwar nicht als logische Folge, aber davon wesentlich determiniert – in verschiedenen Teilstaaten der USA Bestrebungen, die medizinisch assistierte Beihilfe zur Selbsttötung von todkranken Patienten zu legalisieren.⁹ Dabei steht zur Diskussion, ob die Freiheit zur Wahl von Zeit-

⁶ Vgl. CALLAHAN, Daniel: *The Troubled Dream of Life*, Simon and Schuster, New York 1993, bes. S.144ff.; DERS.: *When self-determination runs amok*, in: *Hastings Center Report* 22 (1992) 2, 52–55.

⁷ Charakteristisch hierfür ist die Äußerung Joseph A. CALIFANO'S, in: DERS., *Radical Surgery*, Times Books, New York 1994, 58: «Für viele Ärzte und Spitäler ist die medizinische Praxis mehr Geschäft als praktizierte Medizin. Für mich wird es Jahr für Jahr schwieriger, den Unterschied einer Geschäftsführung etwa bei Chrysler und der eines Spitals deutlich zu machen».

⁸ Vgl. MCCORMICK SJ, Richard A.: *Physician-Assisted Suicide: Flight from Compassion*, in: *Christian Century* 108 (1991) 1133.

⁹ Bisher war in den USA nur die passive Sterbehilfe vom obersten Gericht zugelassen. Die teilstaatlichen Initiativen und die Gerichtsentscheide in einzelnen Bundesstaaten wollen eine Revision des bundesstaatlichen Verbotes aktiver Sterbehilfe

punkt und Art des eigenen Todes höher zu veranschlagen sei als das staatliche Interesse, Sterbehilfe z.B. zum Schutz ökonomisch unterprivilegierter Schichten zu verbieten. Es ist nicht zu übersehen, daß in letzter Zeit auch in der entsprechenden Literatur insgesamt immer häufiger Argumente – gerade auch von medizinischer und philosophischer Seite¹⁰ – für die Erfüllung des Todeswunsches von Patienten beigebracht werden.

II. Der Kern der Debatte

Wenn man die derzeitige medizin-ethische Debatte in die Form der am häufigsten gestellten und abgehandelten Fragen auffächert, ergibt sich folgendes Set an Fragen, die Aufschluß geben über den Kern der ethischen Problemstellung¹¹: Ist das Absetzen lebenerhaltender Maßnahmen bei todkranken Patienten eine Form des Tötens (*Definitionsfrage*)? Ist diese Handlung als Suizid oder als Euthanasie zu bezeichnen (*fremdverursachte Eigenverfügung oder selbstbestimmte Fremdverfügung*)? Worin besteht der moralische Unterschied zwischen dem direkten Beenden des Lebens eines Menschen und dem willentlichen Sterbenlassen eines Menschen? Gibt es überhaupt einen moralischen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen (*Moralische Differenz von Tun und Lassen*)? Weiter wird gefragt, unter welchen medizinischen, rechtlichen und ethischen Bedingungen bei einer Lockerung des Verbotes Ärzten und Ärztinnen und dem Pflegepersonal eine Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt werden könnte (*politisch-pragmatisches Lösungsmodell*).

Einige dieser Fragen wurden im Laufe der Geschichte von Philosophen und Theologen ausführlich und ergiebig diskutiert. Naturgemäß stand die Frage des moralischen Rechtes auf Selbsttötung (Suizid) im Vordergrund.¹² Plato, Aristoteles und die Stoiker in der Antike, Augustinus und Thomas in der

erzwingen (vgl. Initiative 119 in Washington 1991, Proposition 161 in Californien 1992 und die Ballot Measure 16 in Oregon 1994). Ein Entscheid des Bundesgerichtes steht aber immer noch aus.

¹⁰ Inzwischen beteiligen sich renommierte Philosophen wie Ronald Dworkin (Oxford/New York), Thomas Nagel (New York), John Rawls (Harvard) über die Form des Manifestes am politisch-öffentlichen Diskurs.

¹¹ Mittels philosophischer Schlüsselbegriffe (Deontologie, Konsequentialismus, Pragmatismus) wurde die Debatte sehr hilfreich rekonstruiert von: FINS, Joseph/BACCHETTA, Matthew: Framing the Physician-Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia Debate: The Role of Deontology, Consequentialism, and Clinical Pragmatism, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 43 (1995) 563–568.

¹² Hierzu gibt es eine Reihe ausgezeichnete Studien: BRODY, Baruch (ed.): Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holland 1989; DROGE, Arthur J.: A Noble Death: Suicide and Martyrdom among Christians and Jews in Antiquity, Harper, San Francisco 1992; GOLDSTEIN, Sidney: Suicide in Rabbinic Literature, Klav Pub. House, Hoboken, New York 1989. (Zuletzt erschienene anderssprachige Titel: MINOIS, Georges: Histoire du suicide: la société occidentale face à la mort volontaire, Paris 1995; HOOFF, Anton J.L. van: Zelfdoding in the antieke wereld: van autothanasia tot suicide, Nijmegen 1990.)

Spätantike und im Mittelalter, John Donne¹³, Michel de Montaigne, David Hume und Immanuel Kant in der Neuzeit haben eine ganze Reihe von Argumenten hinterlassen, die in der anglo-amerikanischen Literatur zum großen Teil auch heute noch Gegenstand kritischer Analysen sind.¹⁴ In der Antike und im Mittelalter war – von einigen, wenngleich auch starken Ausnahmen abgesehen – die Selbsttötung verboten. Allerdings begannen im 16. Jahrhundert einige Philosophen, die Selbsttötung mehr und mehr als einen Akt persönlicher Freiheit zu betrachten. Es gilt nun nicht, im einzelnen diese geschichtliche Entwicklung nachzuzeichnen, sondern es gilt festzustellen, daß damit in verschiedenen Ländern die *Entkriminalisierung des Suizides* eingeleitet wurde, die mit der Aufhebung des entsprechenden Strafartikels in England im Jahre 1971 für den okzidentalen Kulturraum als abgeschlossen gelten kann. Gewissermaßen in Fortsetzung dazu steht derzeit die Frage zur Diskussion, ob es ein (verfassungsmäßig) *geschütztes Recht* auf aktive Beendigung des eigenen Lebens geben kann.¹⁵

In den Vereinigten Staaten beschäftigen sich zur Zeit mehrere Gerichtshöfe mit dieser Frage. In dieser teils heftig geführten Debatte scheint inzwischen nach einigen Irritationen wenigstens darin ein Konsens¹⁶ zu bestehen, daß zu unterscheiden sei zwischen dem Verzicht auf lebenerhaltende Maßnahmen und der Beihilfe zur Selbsttötung. Es hat sich die Meinung durchgesetzt, daß Entscheidungen, die von Arzt und Patient getroffen werden, auf lebenerhaltende Maßnahmen zu verzichten, nicht bloß moralisch vertretbar, sondern angesichts heutiger hochentwickelter Medizin unumgänglich seien; dagegen werden in gesetzlicher Hinsicht – von einigen Reformbestrebungen abgesehen – im allgemeinen der medizinisch assistierte Freitod («assisted suicide») wie auch die direkte Selbst-Beendigung des Lebens («euthanasia») als

¹³ DONNE, John: *Biothanatos*, 1647, kritisiert als erster die seit der Väterzeit und dem Mittelalter überlieferten theologischen Argumente. Seine Kritik wird von David HUME im wichtigen Traktat «On Suicide» (1776) aufgenommen.

¹⁴ Vgl. insbesondere BATTIN, Margaret Papst: *Ethical Issues in Suicide*, Practice-Hall, New Jersey 1995, 26–130; DIES., *The least worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford University Press, New York 1994; THOMASMA, David C.: *An Analysis of Arguments For and Against Euthanasia and Assisted Suicide*, in: *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 5 (1996) 62–72; LEBACQZ, Karen/ENGELHARDT, Tristram: *Suicide*, in: HORAN, Dennis J./MALL, David (eds.): *Death, Dying, and Euthanasia*, Aletheia Books Univ. Publications of America 1980.

¹⁵ Eine große publikumswirksame Rolle spielt der Bestseller: HUMPHRY, Derek: *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Secaucus, New York 1991. BROVINS, Joan M., *Dr. Death: Dr. Kevorkians' RX*, Lifetime Books, Hollywood 1993; BETZOLD, Michael: *Appointment with Doctor Death*, Troy, Michigan 1993.

¹⁶ Vgl. MEISEL, Alan: *The Legal Consensus about Forgoing Life-Sustaining Treatment: Its Status and its Prospects*, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2 (1992) 309–345.

gesetzeswidrig betrachtet. Genau dies sind aber die entscheidenden Herausforderungen an die Legislation.¹⁷

Das bedeutet, daß es bezüglich der *Erlaubtheit* der *aktiven* Lebensbeendigung in der Öffentlichkeit wie auch in der «scientific community» keinen Konsens gibt.¹⁸ Und ein solcher scheint auch naturgemäß nicht in Sicht zu sein. Es besteht aber auf der anderen Seite Einigkeit darüber, daß das intendierte Sterbenlassen unter bestimmten Umständen moralisch wie gesetzlich vertretbar ist. Kaum moralische oder rechtliche Bedenken liegen beispielsweise dann vor, wenn ein Todkranker aus eigenem Antrieb bei vollem Bewußtsein und in voller Kenntnis der medizinischen Alternativen und Konsequenzen auf weitere Behandlungen verzichtet. Auch wenn über die moralische Legitimität eines solchen Aktes kaum Zweifel bestehen, so besteht hingegen aufgrund uneinheitlicher *Definitions-Bestimmungen* Uneinigkeit in der Kennzeichnung, und damit letztlich doch auch in der moralischen Bewertung dieses Aktes. Soll er als eine Form legitimer Selbsttötung bezeichnet werden oder schlicht als eine Handlung, die den Tod «erlaubt» bzw. in Kauf nimmt? – Aus diesem Zusammenhang heraus hat sich eine wichtige, im deutschen Sprachraum so nicht geläufige sprachliche und sachliche Differenzierung herausgebildet: «assisted suicide» und «euthanasia».

III. Eine terminologisch-sachliche Differenzierung: der medizinisch assistierte Tod («assisted suicide») und die Euthanasie («euthanasia»)

Das Wort Euthanasie weist bekanntlich in den verschiedenen Sprachkontexten unterschiedliche Bedeutungen auf. Jeder ethische Diskurs setzt eine klare Sprachregelung voraus, was nicht zuletzt in den verschiedenen Arbeiten zu Definitionsfragen seinen Niederschlag findet.¹⁹ In diesem Zusammenhang ist die Feststellung wichtig, daß in der US-amerikanischen Literatur bis ca. 1970 unter Euthanasie vorwiegend die aktive Beendigung des Lebens eines todkranken Menschen durch einen Dritten verstanden wurde.²⁰ Logischerweise

¹⁷ Vgl. PALERMO, G.B.: Should Physician-Assisted Suicide be Legalized – A Challenge for the 21st Century, in: *Intern. Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 39 (1995) 367–376.

¹⁸ Vgl. MORENO, Jonathan D.: *Arguing Euthanasia: The Controversery over Mercy Killing, Assisted Suicide, and the «Right to Die»*, Simon and Schuster, New York 1995; UROVSKY Melvin I. (ed.): *The Right to Die: Two-Volume Anthology of Scholarly Articles*, Garland Publ., New York 1996.

¹⁹ Vgl. VEATCH, Robert M.: *Death, Dying, and the Biological Revolution. Our last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven and London 1989 (Rev. Edition), 15ff.

²⁰ Vgl. BEAUCHAMP, Tom B.: Intending Death, a.a.O. 3; WREEN, Michael: The Definition of Euthanasia, in: *Philosophy and Phenomenological Research* 48 (1988) 4, 637–653; DERS.: The definition of suicide, in: *Social Theory and Practice* 14 (1988) 1–23; QUILL, Timothy E. et al.: Care of the Hopelessly Ill: Proposed Criteria for Physician Assisted Suicide, in: *New England Journal of Medicine* 327 (1992) 1380–1384.

wurde unter dieser Voraussetzung – allerdings sachlich auch bestritten – weiter unterschieden in aktive/passive und in freiwillige/unfreiwillige Euthanasie. Um nun die medizinisch assistierte Beihilfe zum Tod («assisted suicide») von diesen Formen der Euthanasie abheben und in ihrer spezifischen ethischen Eigenart diskutieren zu können, wird eine genauere Definition der Euthanasie vorgeschlagen.²¹ Sie wird in der Literatur im allgemeinen stillschweigend vorausgesetzt, wenn im Unterschied dazu von «assisted suicide» die Rede ist.

Euthanasie liegt dann vor, wenn die folgenden und *ausschließlich* diese Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Tod ist mindestens durch eine weitere Person, deren Handlung zum Tod beiträgt, gewollt.
2. Die Person, die stirbt, ist entweder schwer krank oder irreversibel komatös (oder wird es bald sein); die Beendigung dieses Zustandes ist allein der ausschlaggebende Grund für die Lebensbeendigung.
3. Die angewendeten Mittel müssen so schmerzlos sein wie möglich, oder dann müssen genügend moralische Gründe gegeben sein für eine schmerzhaftere Methode.

Der sogenannte «assisted suicide» (assistierter Tod) kann damit – jedenfalls in begrifflicher Hinsicht – von der «euthanasia» klarer abgegrenzt werden. Erstere Handlung meint, daß diejenige Person, welche den Tod veranlaßt, selbst die letzte und eigentliche Ursache des Todes ist (oder dann die Ursache einer Kette von Umständen, die zum Tode führen), freilich unter Assistenz anderer.²² Dagegen meint die direkte und einverständliche Euthanasie, daß die Ursache des Todes eine andere Person ist. Der Begriff «Suizid» indiziert des weiteren den wichtigen Umstand, daß nicht unbedingt eine tödliche Krankheit vorliegen muß. In dieser Hinsicht deckt also dieser Begriff mehr Handlungsmöglichkeiten ab als der Begriff «Euthanasie». Daß die Frage der Lebensbeendigung in anderen semantischen Kontexten und mit Begriffen, die unbelasteter sind und in der Gesellschaft ohnehin freundlichere Konnotationen wachrufen, diskutiert wird, scheint für die ethische Diskussion wie für die Öffentlichkeit nicht unerheblich zu sein.²³ Somit steht im Vordergrund die in Geschichte, Theorie und Praxis weniger belastete Frage nach dem Recht der Selbstverfügung über das eigene Leben (Selbsttötung), die dann nicht über das Einfallstor der Euthanasie diskutiert werden muß. Soll man dies für einen begrifflichen Trick oder für eine weise und für die Diskussion hilfreiche Klärung halten?

²¹ Vgl. Art.: Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life, in: Encyclopedia of Bioethics, REICH, Warren Thomas (ed.), 2nd edition, New York 1995, vol. I, 554–577.

²² WATTS, David T.; HOWELL, Timothy: Assisted Suicide is not Euthanasia, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 40 (1992) 10, 1043–1046.

²³ Jedenfalls ist die Beobachtung interessant, daß der Begriff «Euthanasia» nicht mehr eine prominente Rolle spielt.

IV. Verantwortung für den Tod

Mit der begrifflichen Differenzierung eröffnet sich ein großes Feld weiterer Fragestellungen: Klärungsbedürftig bleibt bei aller begrifflichen Differenzierung die Frage nach der Ursache bzw. nach dem verursachenden Grund des Todes und damit die Frage der Zuschreibung der Verantwortlichkeiten. In welcher Art und Weise sind die Ärzte und Ärztinnen bei einer «Assistenz» involviert? Welche Verantwortung tragen sie, selbst wenn der Entscheid zur Lebensbeendigung nicht bei ihnen liegt? Wenn Ärzte auf Ersuchen ihrer Patienten hin die künstliche Beatmung abschalten oder die Nahrungszufuhr absetzen, welche Rolle spielen sie in der Herbeiführung des Todes? Verursachen sie den Tod des Patienten, und sind sie dafür voll verantwortlich? Noch bis vor wenigen Jahren wurden diese Fragen dahingehend beantwortet, Ärzte und Pflegepersonal würden an Patienten einen Tötungsakt begehen, wenn sie lebenserhaltende Behandlungen – selbst im unwiderruflich terminalen Stadium – absetzten. Den Patienten hinwiederum wurde unterstellt, sie begingen Suizid und damit eine in sich verwerfliche Handlung.²⁴

Bei diesem Diskussionsstand war das Bedenken der alten juristischen und ethischen Unterscheidung in *Sterbenlassen* und *Töten* sehr hilfreich. Vor allem die Gerichte bezogen sich darauf. Für die Legitimität des Sterbenlassens bzw. für das Absetzen bestimmter Behandlungen machten sie folgende Argumente geltend: Im Fall der Absetzung einer Behandlung ist das Versagen des «biologischen Systems» der verursachende Grund des Todes. Die medizinische Technik hat nur eine unterstützende Funktion. Das Leiden des Patienten ist der einzige und entscheidende Grund des Todes. Wird die technische Unterstützung abgesetzt, tritt der natürliche Tod ein, denn der natürliche Prozeß nimmt seinen Lauf, den er ohne technische Hilfe genommen hätte. Diese Argumentation war im sog. Quinlan-Fall im Staate New Jersey maßgeblich. Die Entscheidung, daß lebenserhaltende Maßnahmen abgesetzt werden könnten, hatte für andere Gerichte Signalwirkung.

Naturgemäß führte diese in rechtlicher Hinsicht für Ärzte und Pflegepersonal entlastende Unterscheidung zu weiteren, vor allem philosophisch-ethischen Nachfragen. Denn es gibt Fälle, in denen das Absetzen bestimmter Maßnahmen keineswegs gerechtfertigt werden kann. Wenn ein Arzt beispielsweise bei einem Querschnittgelähmten aus Versehen das Respirationsgerät abschaltet, würden wir niemals behaupten, der Tod wäre nicht durch das Handeln des Arztes verursacht worden, sondern er hätte lediglich dem Patienten erlaubt zu sterben. Anders liegt der Fall allerdings bei einem auf den Tod kranken Krebspatienten, der an einer akuten Lungenentzündung leidet und bei dem die lebensverlängernden Maßnahmen abgesetzt werden. Im einen Fall

²⁴ Vgl. WEIR, Robert: *Abating Treatment with Critically Ill Patients: Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life*, Oxford University Press, New York 1989.

würden wir das Abbrechen lebenerhaltender Maßnahmen, unabhängig von den Motiven, als einen Tötungsakt bezeichnen, während wir im anderen Fall von einem legitimen Sterbenlassen sprechen würden.

V. Der Begriff «Töten»

Damit stellt sich die Frage, ob Sterbenlassen und Töten moralisch unterscheidbare Handlungen darstellen? Wenn ja, worin besteht der Unterschied? Nun gibt es allerdings einige Autoren, die keinen Unterschied mehr sehen zwischen Sterbenlassen und Töten, wenn Motive, Intention und Umstände dieselben sind. *James Rachels* vertrat sehr einflußreich diese Position.²⁵ Er meinte, wenn es moralisch erlaubt sei, einen Patienten absichtlich sterben zu lassen, dann könne die aktive Beendigung des Lebens ebenfalls erlaubt sein, insbesondere dann, wenn damit weniger Schmerzen verbunden seien. Mit Recht macht *Tom L. Beauchamp* darauf aufmerksam, daß wir im Falle der Aufhebung der Unterschiede genötigt sind, einige begriffliche Klärungen vorzunehmen: Beispielsweise müßte der Begriff «Töten» reserviert bleiben für Handlungen, durch die jemand absichtlich und ungerechtfertigterweise den Tod eines anderen Menschen verursacht.²⁶ Viele Autoren gebrauchen deshalb den Begriff Töten im Sinne von «ungerechtfertigtem Töten». Das heißt: Ärztliches Handeln fällt dann nicht unter die Kategorie des Tötens, wenn unter Zustimmung eines todkranken Patienten lebenerhaltende Maßnahmen abgesetzt werden; dagegen wäre dann von einer Tötungshandlung zu sprechen, wenn ein Arzt ohne rechtfertigbaren Grund eine Behandlung abbricht. Schließt man allerdings das Sterbenlassen prinzipiell von Tötungshandlungen aus, dann können jene Handlungen nicht mehr als Tötungshandlungen erfaßt werden, durch die jemand gegen alle medizinischen Indikationen (beispielsweise in krimineller Absicht) Behandlungen abbricht oder Apparate entfernt. Aus diesem Grunde plädieren eine Reihe von Autoren für die Beibehaltung der Unterscheidung. Damit bleibt aber die Frage nach jenen Momenten, welche eine moralische Differenz begründen, bestehen.

Es dürfte unbestritten sein, daß die Richtigkeit oder Falschheit einer Handlung von den rechtfertigenden Gründen abhängt. Nicht die phänomenologisch richtige Beschreibung des Aktes, sondern die auf dem Spiele stehenden Werte, Umstände und Motive spielen eine entscheidende Rolle. In der Kontroverse um Sterbenlassen und Töten steht die Frage nach der *Intention* an zentraler Stelle. Ist die Intention moralisch relevant? Heißt jemanden sterben lassen, auch gleichzeitig dessen Tod intendieren? Heißt jemandem aktive Beihilfe zum Tode leisten, seinen Tod intendieren, oder heißt dies nur, daß mit diesem Akt allein sein Wunsch durchgesetzt werden soll?

²⁵ Vgl. DERS.: Active and Passive Euthanasia, in: *New England Journal of Medicine* 292 (1975) 78–80; vgl. DERS.: *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford University Press 1986.

²⁶ BEAUCHAMP, Tom L.: *Intending Death*, a.a.O. 8f.

Damit stellt sich die Frage nach dem Wesen der Intention und nach den Kriterien, wonach intendierte von nichtintendierten Akten unterschieden werden können. Darüber gibt es eine Fülle an Literatur.²⁷ Bei aller Verschiedenheit scheinen die Positionen gemeinsam ein Element hervorzuheben: Die Handlungsabsicht setzt ein Handlungsprojekt (Plan, Idee) über die Mittel der Handlungsrealisierung wie auch eine Grundidee der Handlungsziele voraus. Oder umgekehrt formuliert: Zur Handlungsintention gehört zumindest in groben Umrissen die Vorstellung, wie Handlungen realisiert werden sollen und welches Ziel damit verfolgt werden soll. Und damit gehört das intendierte Ergebnis notwendigerweise zum Handlungsprojekt. Das bedeutet, daß die Handlungsabsicht zur Beurteilung der Handlung belangvoll ist und ein *moralisch relevantes Kriterium* in der Beurteilung einer objektiv beschreibbaren Tat darstellt.

In diesem Zusammenhang wird in den Handlungstheorien üblicherweise unterschieden in Handlungen und Handlungsfolgen, in gewollte und ungewollte, aber vorhergesehene Handlungsfolgen. In einem weiteren Sinn gehören unbeabsichtigte Handlungsfolgen ebenfalls zum Handlungsprojekt, denn Handlungsergebnisse können intendiert sein, auch wenn sie nicht erwünscht sind (z. B. wenn bei einem chirurgischen Eingriff bei der Entfernung einer bösartigen Geschwulst dadurch das ganze Organ – zwar intendiert, aber doch unerwünscht – in Mitleidenschaft gezogen wird). Diese philosophische Unterscheidung hat eine direkte und eine praktische Bedeutung für die Sterbehilfe. Sie spielte eine große Rolle im sogenannten Fall «Rodriguez» in British Columbia, wo einer an Alzheimer erkrankten 42jährigen Frau der medizinisch assistierte Freitod mit dem Hinweis verweigert wurde, es handle sich hier nicht bloß um einen in Kauf genommenen, sondern um einen intendierten, aktiv herbeigeführten Tod.²⁸ Der Gerichtshof argumentierte, es könne klar zwischen einer palliativen, das Leben eventuell verkürzenden Pflege und einem medizinisch direkt assistierten Tod unterschieden werden. Auch wenn sich die Akte äußerlich glichen, läge der moralische Unterschied in der unterschiedlichen Absicht begründet.

²⁷ KENNY, Anthony: *The History of Intention in Ethics*, in: DERS.: *Anatomy of the Soul*, Basil Blackwell Oxford 1973; NAGEL, Thomas: *The View from Nowhere*, Oxford University Press, New York 1986. Autoren wie A. GERWITH, J.L. MACKIE, C. FRIED, A. DONAGAN, G.E.M. ANSCOMBE haben sich damit beschäftigt. Vgl. PELLEGRINO, Edmund D.: *The Place of Intention in the Moral Assessment of Assisted Suicide and Active Euthanasia*, in: BEAUCHAMP, Tom L.: *Intending Death*, a.a.O. 163–183.

²⁸ Vgl. *British Columbia Court of Appeal Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* [1993], B.C.J. No 641 (Q.L.) (B.C.C.A.).

VI. Die Theorie des doppelten Effektes

Um diese Problematik ethisch möglichst widerspruchsfrei lösen zu können, wurde häufig auf das in der moraltheologischen Tradition²⁹ herausgearbeitete «Prinzip des doppelten Effektes» zurückgegriffen. Dieses handlungstheoretische Lehrstück versucht das scheinbare Dilemma zwischen den *beabsichtigten* und den *in Kauf genommenen Folgen* einer Handlung wie auch den Umstand, daß eine Handlung gute und schlechte Folgen haben kann, in einer widerspruchsfreien und plausiblen Theorie zu lösen.

Gemäß der Grundaussage dieser Theorie³⁰ müssen vier Bedingungen, von denen jede notwendig ist, für die moralische Richtigkeit einer Handlung mit einem doppeltem Effekt erfüllt sein.³¹ Eine Handlung mit Doppelfolge ist nur dann moralisch erlaubt, wenn alle Bedingungen, die folgende vier Aspekte betreffen, erfüllt sind.

Die *Handlung*. Der Akt muß als solcher unabhängig von den Folgen moralisch gut oder moralisch indifferent sein.

Die *Intention*. Der Handelnde darf allein den guten Effekt intendieren. Der schlechte Effekt darf in Kauf genommen, aber nicht intendiert werden.

Das *Mittel*. Die schlechte Wirkung darf kein Mittel zur Erreichung eines guten Zieles sein.

Die *Verhältnismäßigkeit*. Die guten Effekte müssen im Vergleich zu den schlechten Wirkungen verhältnismäßig sein. Diese Verhältnismäßigkeit rechtfertigt die in Kauf genommenen schlechten Folgen.

In der intensiven englisch-sprachigen Diskussion wurden die Theorie als solche, aber auch die einzelnen Bedingungen einer scharfen Kritik unterworfen. Im Zusammenhang der medizinischen Ethik war insbesondere die zweite Bedingung Gegenstand der Auseinandersetzung.³²

²⁹ Vgl. MANGAN, Joseph T.: An Historical Analysis of the Principle of Double Effect, in: *Theological Studies* 10 (1949) 41–61. In der US-amerikanischen katholischen, medizin-ethisch orientierten Literatur gilt dieses Prinzip im allgemeinen als ein geeignetes theoretisches Instrument, um die Fragen der Sterbehilfe lösen zu können. Vgl. die Dissertation von: ROSS, Jeffrey M.: Proportionalism and the Principle of Double Effect, Berkeley 1994 (Manus.).

³⁰ Vgl. BOYLE, Joseph: Toward understanding the principle of double effect, in: *Ethics* 90 (1980) 527–538; DAVIS, Nancy: The doctrine of double effect: Problems of interpretation, in: *Pacific Philosophical Quarterly* 65 (1984) 107–123; GILLON, Ranan: The Principle of Double Effect and Medical Ethics, in: *British Medical Journal* 292/6514 (1986) 193–194; MARQUIS, Donald B.: Four versions of double effect, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991) 515–544.

³¹ Vgl. zu den verschiedenen Formulierungen: MARQUIS, Donald: Four Versions of Double Effect, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991) 515–544.

³² Vgl. FOOT, Philippa: The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect, in: *Oxford Review* 5 (1967) 59–70; HART, H.L.A.: Punishment and Responsibility, Clarendon Press, Oxford 1968; dagegen: ANSCOMBE, Gertrude E.M., Action, Intention, and Double Effect, in: *Proceeding of the American Catholic Philos. Association* 54 (1982) 12–25.

Der Haupteinwand besagt, daß es bei verschiedenen Fällen schwierig sei, eine moralische Differenz auszumachen zwischen der Verabreichung von schmerzstillenden Mitteln und der Verabreichung einer lebensbeendenden Dosis. In keinem der beiden Fälle will der Handelnde den Tod, und aus der alleinigen Beschreibung der Fälle läßt sich keine moralische Differenz ableiten. Kritiker (z. B. *James Rachels*, *Philippa Foot*) wenden ein, es sei nicht einsichtig zu machen, warum eine Schmerzmedikamentation mit dem intendierten Tod Tötung sein soll, dagegen die Handlung mit dem in Kauf genommenen Tod nicht. Für diejenigen, die an einem moralischen Unterschied festhalten, konzentriert sich demnach die Frage darauf, ob es Kriterien gibt, die es erlauben, zwischen einem willentlich herbeigeführten und einem in Kauf genommenen Tod unterscheiden zu können. Bei beiden Handlungen besteht die Intention darin, den Patienten von Schmerzen zu befreien; Schmerzfreiheit ist das eigentliche Ziel der Handlung, und nicht der Tod als «physisches Übel»; denn um einen schmerzfreien Zustand zu erreichen, wählt wohl niemand das Mittel des Todes, wenn dieses nicht erforderlich ist. Beide Positionen akzeptieren den schlechten «Effekt», weil der gute nur so realisiert werden kann; der Unterschied besteht in der Absicht. Gerade zu diesem Punkt dauert die Diskussion an, die aufgrund von Vorbehalten und moralischen Intuitionen eher für eine Beibehaltung der Unterscheidung spricht.³³ Naturgemäß führt sie zurück zu den zentralen Themen der Handlungstheorie und zur Frage nach dem Wesen der Ursächlichkeit von Handlungen überhaupt. – Ein weiterer Punkt gegen die Beibehaltung der Unterscheidung wird aus konsequentialistischer Sicht (*J. Rachels*, *F. Foot*, *T. Quill* u. a.) angeführt, weil das Prinzip zu einigen unannehmbaren Konsequenzen führe. Beispielsweise würde eine indirekte Herbeiführung des Todes bzw. eine langsame Verkürzung des Lebens bei einer entsprechenden Schmerztherapie Tage und Wochen schmerzhaften Lebens bedeuten, wo eine rasche Herbeiführung des Todes die Schmerzen rasch beenden würden.

In der Tat ist dies ein Dilemma, das bei der Aufrechterhaltung des Prinzipes bestehen bleibt. Denn das Prinzip geht von der fundamentalen Voraussetzung aus, daß die direkte Verursachung des Todes ein fundamentales, aber nicht absolutes Übel darstellt, das in der Regel nicht durch ein anderes Übel (freilich aber unter Umständen durch ein fundamentales Gut) aufgewogen werden kann. Das Prinzip des Doppeleffektes ist gerade darauf ausgerichtet, die *harten Folgen* dieser Grundannahmen abzuschwächen. Ob man nun diesen Ausgangspunkt anerkennt oder nicht, in beiden Fällen hat man sich der Frage nach dem Wesen und nach dem Sinn des Todes und des Schmerzes zu stellen. Daß man hierzu im Umfeld der Sterbehilfedebatte wenig Vertiefendes lesen kann, mag mit dem Umstand zu tun haben, den *Warren Reich* als «Divorce of

³³ Vgl. KAGAN, Shelly: *The Limits of Morality*, Oxford University Press, New York 1989 (prüft die Argumente pro und contra); BRODY, Baruch: *Withdrawal of Treatment versus Killing of Patient*, in: BEAUCHAMP, Tom L.: *Intending Death*, a.a.O. 90–103 (Brody ist der Ansicht, der Unterschied von notwendiger Bedingung und eigentlicher Ursache würde eine moralische Differenz begründen).

Norm and Meaning in Bioethics» bezeichnet.³⁴ Oder anders gewendet: Es stehen eher Fragen der technischen Kontrolle und des technischen Managements des Todes und damit die entsprechenden ethischen Problemstellungen im Vordergrund als Fragen nach der Anthropologie des Todes. *William F. May* mag recht haben, wenn er meint, daß wir es hier mit einem spezifisch amerikanischen Problem zu tun haben, nämlich mit der Obsession, alle Probleme technisch lösen zu wollen.³⁵

VII. Die einverständliche aktive Euthanasie

Die Argumente, die zugunsten der aktiven Euthanasie angeführt werden, lassen sich mit den folgenden Schlüsselbegriffen kennzeichnen: Anerkennung der Selbstbestimmung (autonomy), Gebot des Mitgefühls mit Sterbenden (compassion with the dying), Beachtung sozialer Lasten (compassion with caregivers), Kontrolle über den Tod (control of dying).³⁶ Das Basisargument, d. h. das Argument, in dem letztlich alle anderen rechtfertigenden Argumente gründen, bildet das «Autonomie-Argument», das in der amerikanischen Literatur bekanntlich einen anderen Klang hat; es meint: Selbstbestimmung, Respektierung der Entscheidung.³⁷ Das Hauptargument zu Gunsten der Euthanasie lautet: Wenn entscheidungsfähige Personen ein moralisches und legales Recht haben, Behandlungen zu verweigern³⁸, dann gibt es (möglicherweise) auch ein ähnliches moralisches Recht auf Beihilfe zur Lebensbeendigung von seiten der Medizin. Es stellt sich die Frage, ob es dann nicht moralisch richtig ist, wenn Ärzte und Ärztinnen dabei assistieren? – 1989 haben zwölf prominente amerikanische Ärzte die moralische Richtigkeit der medizinischen Assistenz

³⁴ Vgl. REICH, Warren Thomas, in: VERHEY, Allen: *Religion & Medical Ethics. Looking back, Looking forward*, B. Eerdmans Publishing, Michigan 1996, 97.

³⁵ MAY, William F.: *Active Euthanasia and Health Care Reform. Testing the Medical Covenant*, Eerdmans Publishing, Michigan 1996, 41. Der Autor setzt sich hier mit den Folgen einer möglichen «Euthanasie-Praxis» bezüglich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auseinander. Insgesamt stehen hier die sozialen Implikationen und Folgen (Druck auf Patienten, vor allem auf die Nicht-Versicherten, Ausweitung der Praxis usw.) zur Diskussion, von denen ansonsten eher nur beiläufig die Rede ist.

³⁶ Vgl. MAY, William F.: *Active Euthanasia*, a.a.O. 25ff.

³⁷ Vgl. MENDIOLA, Michael M.: *Autonomy, Impartial Rationality, and Public Discourse*, Diss. GTU, Berkeley 1991.

³⁸ Die President's Commission for the Study of Ethical Problems in medicine hat 1983 mit der Studie: *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, Washington D.C., die theoretische Grundlage für alle späteren Gerichtsentscheide gelegt, welche ein solches Recht einfordern. Das Selbstbestimmungsrecht auf den Tod muß auf dem Hintergrund dieses mittlerweile zum common sense gewordenen moralischen Standards gesehen werden.

verteidigt. Ihr Hauptargument³⁹ liegt genau auf dieser Linie. Sie argumentieren, wenn die Behandlungsverweigerung aus Respekt vor der Autonomie gerechtfertigt ist und die Gesellschaft mit diesen Konsequenzen leben kann, dann muß dasselbe Recht reinterpretiert und erweitert werden. Es wäre eben nicht konsistent zu begründen, warum die Autonomie das Recht auf die Verweigerung einer Behandlung einschließt, das Recht aber auf die Herbeiführung des eigenen Todes ausschließt. Medizinische Assistenz sollte dann erlaubt sein, wenn die Bedingung für einen Patienten unerträglich wird, die Schmerztherapie versagt und allein ein ärztlicher Eingriff Erleichterung bringen kann. Auch wenn heute – so wird weiter argumentiert – in den allermeisten Fällen die Schmerzen erträglich gemacht werden können, so bleibt doch die grundsätzliche Frage nach der Vereinbarkeit der aktiven Euthanasie mit dem Recht auf Selbstbestimmung.

Die (noch) vorherrschende Meinung unter den Ärzten und Ärztinnen scheint zu sein, daß die Tötung, d. h. die direkte Herbeiführung des Todes, in der Medizin moralisch nicht zu legitimieren, jedoch das Sterbenlassen bei entsprechenden Voraussetzungen moralisch erlaubt und unter Umständen sogar geboten sei. Die Kontroverse läßt sich dann auf den Punkt bringen: Kann das Leben einen derartigen «Interessens-Status» begründen, der die Verfügungsgewalt begrenzt und dementsprechend den (staatlichen) Schutz vor einer direkten Verfügung einfordert? Die Interpretationen dieses «Interessens-Status» gehen auseinander.

Autoren, die die herkömmliche medizinische und juristische Position verteidigen, greifen in der Regel nicht auf metaphysische, sondern auf berufsethische und sozialpolitische Argumente zurück: Das herkömmliche Berufsethos mit seinem Heil- und Pflegeauftrag ist – so wird gefolgert – mit der direkten Tötungshandlung unvereinbar; die «professionelle Integrität» (professional integrity) stehe auf dem Spiel. Tötungshandlungen bzw. die Assistenz seien mit den Zielen ärztlichen Handelns unvereinbar, denn diese bestünden im Heilen, Wiederherstellen der Gesundheit und in der Hilfe zu einem friedlichen und würdigen Tod.⁴⁰

Das zweite Argument (bekannt als «wedge argument», «slippery slope argument»⁴¹), das die negativen sozialpolitischen Folgen ins Spiel bringt, ist seiner Natur nach komplexer: Empirische Voraussagen oder reine Mutmaßungen bezüglich erosiver Veränderung des gesellschaftlichen Wertesystems, des Risikos des Mißbrauchs, des Druckes auf Marginalisierte, auf Unter- und Nichtversicherte sind schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Viele teilen diesbezügliche Befürchtungen. In diesem Kontext wird oft auf die Erfahrungs-

³⁹ Vgl. *New England Journal of Medicine* 320 (1989) 844–849. Vgl. auch: DAVIS, Ann N.: The Right to Refuse Treatment, in: BEAUCHAMP, Tom L.: *Intending Death*, a.a.O. 109–125 (Lit.).

⁴⁰ Vgl. MILLER, Franklin G.; BRODY, Howard: Professional Integrity and Physician-Assisted Death, in: *Hastings Center Report* 25 (1995) 3, 8–17.

⁴¹ Vgl. WALTON, Douglas: *Slippery Slope Argument*, Clarendon Press, Oxford 1992.

werte der Niederlande⁴² rekurriert, die nebst Australien das einzige Land sind, die die legale (medizinisch assistierte) Euthanasie kennen. Die Daten des ersten offiziellen Berichtes⁴³ geben aber meines Erachtens noch zu wenig Klarheit und sind, wie die Diskussion zeigt, für unterschiedliche Interpretationen offen.

In dieser kontrovers geführten Diskussion räumen verschiedene, nicht (religiös⁴⁴ orientierte) Ethiker und Ethikerinnen ein, daß zwar ernstzunehmende Gründe für den medizinisch assistierten Freitod sprächen, daß sie aber für eine Revision der derzeitigen Gesetze und für eine Revision der Gesundheitspolitik nicht ausreichen. Denn es müßte eben klar unterschieden werden in individuelle Regeln, die unmittelbar im Zusammenhang des Autonomieanspruches stünden, und in gesellschaftliche Regeln, die andere Subjekte wie auch die sozialfürsorglichen und medizinischen Institutionen mit-involvieren. Diese Unterscheidung erscheint für einige so wichtig, daß sie einer Legalisierung des «assisted suicide» und der «euthanasia» nicht zuzustimmen vermögen.⁴⁵

(Abgeschlossen am 15. Januar 1997)

⁴² Vgl. VAN DER MAAS, Paul J. et al.: Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life: An Investigation Performed Upon Request of the Commission of Inquiry into the Medical Practice Concerning Euthanasia, Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1992.

⁴³ Für Anfang 1997 wird der zweite Rimmelink-Bericht (Rapport über die Situation in Holland nach der Einführung des Euthanasiegesetzes) erwartet. Vor allem wird von ihm Aufschluß über Einstellungsveränderungen und über Folgen im Health Care-System erwartet.

⁴⁴ Eine eingehende Auseinandersetzung mit den theologischen Positionen, die hier nicht berücksichtigt werden, ist vorgesehen in dem für Frühjahr 1998 geplanten Sammelband: HOLDEREGGER, Adrian (Hg.): Der medizinisch assistierte Tod. Beiträge aus vier Disziplinen, Freiburg i.Ue. 1998. Die Studie geht auf die Anregung US-amerikanischer Kolleginnen und Kollegen zurück.

⁴⁵ Einer der prominentesten Vertreter dieser Position ist Daniel CALLAHAN. Dies ist im weiteren auch die Position der «American Medical Association» (vgl. deren offizielles Publikationsorgan JAMA); dagegen allerdings Margaret Papst BATTIN. Andere, grundsätzlichere Bedenken ergeben sich, wenn religiös-theologische Gesichtspunkt berücksichtigt werden. Vgl. PREVIN, M.P.: Assisted Suicide and Religion – Conflicting Conceptions of the Sanctity of Human Life, in: *Georgetown Law Journal* 84 (1996) 589–616.