

Bachelorarbeit

Eva Kogler 0633143

Einstellungen und Argumente in der aktuellen Diskussion über Sterbehilfe anhand des Philosophen Peter Singer

Medizinische Universität Graz

Mag. Dr. Erwin Horst Pilgram

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Albert Schweitzer Klinik

Titel der Lehrveranstaltung: Ethik

Vorgelegt am: 26.11.2010

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Hr. Dr. Pilgram für die Betreuung dieser Arbeit bedanken. Er stand mir immer mit hilfreichen Anregungen und konstruktiver Kritik zur Seite. Weiterns möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die während der Studienzeit sehr oft meine Anwesenheit entbehren musste.

Besonderer Dank gilt meinem Freund Hannes, der mir in den letzten Monaten eine besondere moralische Stütze war und stets ein offenes Ohr für mich hatte.

1 Inhaltsverzeichnis

2	Einleitung	5
3	Begriffserklärungen.....	7
3.1	Ethik versus Moral	7
3.2	Passive Sterbehilfe	8
3.3	Indirekte Sterbehilfe.....	9
3.4	Aktive Sterbehilfe.....	9
3.5	Hilfe zur Selbsttötung.....	10
3.6	Patientenverfügung.....	11
3.7	Sterbebegleitung.....	12
3.8	Peter Singers Unterteilung der Euthanasie.....	13
3.9	Utilitaristische Ethik.....	14
3.9.1	Hedonistischer Utilitarismus	14
3.9.2	Präferenzutilitarismus.....	14
4	Aktuelle Situation	15
4.1	Studien aus Österreich	15
4.1.1	Akzeptanz und Einstellung zu aktiver und passiver Sterbehilfe	15
4.1.2	Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden.....	17
4.2	Fallbeispiele aus den Medien	18
4.2.1	Tötung auf Verlangen.....	18
4.2.2	Freispruch	18
4.3	Rechtliche Lage.....	19
4.3.1	Niederlande.....	19
4.3.2	Belgien	20
4.3.3	Frankreich	21
4.3.4	Schweiz.....	21
4.3.5	Österreich und Deutschland.....	21

5	Peter Singers Zugang zur Sterbehilfe	22
5.1	Kurzbiografie.....	22
5.2	Utilitaristischer Ansatz bei Peter Singer	23
5.3	Singers Unterteilung der Euthanasie	24
5.3.1	Freiwillige Euthanasie	24
5.3.2	Unfreiwillige Euthanasie	26
5.3.3	Nichtfreiwillige Euthanasie	26
5.4	Singers Meinung zu passiver Sterbehilfe.....	29
5.5	Kritik an Singer	30
5.5.1	Fallbeispiele	30
5.5.2	Weitere Kritikpunkte	31
6	Schlussfolgerung	34
7	Literaturverzeichnis.....	36
8	Anhang	38
9	Ehrenwörtliche Erklärung	39

2 Einleitung

Das Sterben und der Tod – etwas ganz alltägliches – und dennoch etwas, das im Bewusstsein der meisten Menschen keinen Platz hat beziehungsweise verdrängt wird. Die Medizin als „Heilungswissenschaft“ hat im Taumel des Fortschrittglaubens mittels immer neuerer technischer und operativer Machbarkeit den Menschen im Traum der Erreichbarkeit des unsterblich Werdens belassen, stößt jedoch im klinischen Alltag ständig an die Grenzen des Möglichen und hat sich seit geraumer Zeit mehr oder weniger stark ihrer eigentlichen Wurzeln des „Begleitens“ und „Da-seins“, besonders in der letzten Lebensphase im Sinne der Palliativmedizin, besonnen. (vgl. Stenzel 1993, S. 7)

Gleichzeitig wird in einer Gesellschaft und Kultur, in der das Leistungsprinzip besonders wichtig ist und in der nur das „Starke“, „Autonome“ und „Anpassungsfähige“ Bedeutung hat, alles „Schwache“ (Bedürftige, Hilflose, Abhängige, das Mitgefühl ansprechende) gerne verdrängt. Der zunehmende Verlust an Autonomie (Selbstständigkeit, Unabhängigkeit) im Alter, im voranschreitenden Prozess einer unheilbaren Krankheit (die zum Tode führt), sowie jeglicher Behinderung geistiger oder körperlicher Art, wird vom Durchschnittsmenschen in der Regel als etwas Unerträgliches angesehen. (vgl. Anstötz et al. 1995, S. 3)

Wenn dies so ist, stellt sich nun die Frage, wo die Grenze zwischen einer humanen Pflege und/oder Sterbebegleitung einerseits, und einer Sterbehilfe zur Beseitigung alles „Unnützem und Schwachem“¹ andererseits, liegt?

Diese Problematik soll in der vorliegenden Bachelorarbeit anhand von Begriffserklärungen, aktueller Studien und Fallbeispielen, sowie der rechtlichen Situation in ausgewählten europäischen Ländern und anhand der Sichtweisen des Philosophen Peter Singer, die abschließend kritisch hinterfragt werden, geklärt werden.

Die Beweggründe zur Beschäftigung mit diesem Thema liegen in meiner Tätigkeit als Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester im geriatrischen Bereich. In diesem Berufsumfeld kam ich in den letzten Jahren sehr oft mit Leid, mit Verlust der Selbstständigkeit, aber auch mit Wünschen nach Lebensbeendigung in Kontakt. Aus diesem Grund interessierte ich mich sehr für Literatur zum Thema Euthanasie und stieß dabei auch auf den

¹ Nationalsozialismus (vgl. Seidler 1993, S. 226ff).

Philosophen Peter Singer, dessen Einstellung mich so sehr zum Nachdenken anregte, dass ich diese Bachelorarbeit darüber verfasste.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie zum Beispiel Patienten/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

3 Begriffserklärungen

Dieses Kapitel beschreibt die in dieser Arbeit verwendeten Begriffe, um ein einheitliches Verständnis zu erreichen.

3.1 Ethik versus Moral

Die Begriffe „Ethik“ und „Moral“ werden in der Alltagssprache oft gleichwertig verwendet. Sie werden jedoch aus pragmatischer Sicht getrennt.

Unter Moral werden Regeln, Sinnvorstellungen und Wertmaßstäbe (Normen) verstanden, die das Handeln eines einzelnen Menschen oder einer Gesellschaft leiten.

Ethik hingegen ist die methodische Untersuchung unterschiedlicher moralischer Aussagen oder Systeme, um die Verbindung mit ihren Grundannahmen systemisch darzustellen.

Ethik ist somit die Theorie der Moral.

Der Begriff Ethik wird weiter unterschieden in die normative Ethik und in die deskriptive Ethik. Bei der normativen Ethik werden die bestehende Wertüberzeugungen kritisch hinterfragt. Bei der deskriptiven Ethik hingegen werden die ethischen Wertüberzeugungen und Wertkonflikte bei einzelnen Menschen oder in der Gesellschaft beschrieben.

(vgl. Hick 2007, S. 271ff)

3.2 Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe versteht man eine Therapiebegrenzung. Passive Sterbehilfe und Therapiebegrenzung stehen jedoch im Konflikt zueinander, da Therapiebegrenzung durchaus auch „aktives Handeln“ erfordern kann, wie zum Beispiel das Abschalten eines Beatmungsgerätes. Charakteristisch ist jedoch nicht ihr aktives Handeln, sondern das Geschehen lassen des Strebens, durch Nichteinleitung („Unterlassen“) oder durch Abbruch einer Therapie („Handeln“).

Es lassen sich dabei zwei Situationen unterscheiden:

- Therapiebegrenzung bei Menschen, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat.
- Therapiebegrenzung bei Menschen mit schwerer, unheilbarer Grunderkrankung.

Wichtig ist, dass die Therapiebegrenzung auf Wunsch des entscheidungsfähigen Menschen erfolgt.

Problematischer wird jedoch die Situation bei nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen. Hier kann aus ethischer Sicht auf weitere therapeutische Maßnahmen verzichtet werden, sofern diese das Leiden des Menschen verlängern und den Krankheitsprozess nicht aufhalten können. (vgl. Hick 2007, S. 56ff)

3.3 Indirekte Sterbehilfe

Unter indirekter Sterbehilfe werden Maßnahmen verstanden, die die Lebensqualität des todkranken Menschen verbessern sollen (zum Beispiel durch eine Sedierung), obwohl sie als Nebenwirkung eine lebensverkürzende Wirkung haben könnten. Das eigentliche Ziel der Handlung ist demnach die Verbesserung der Lebensqualität und die „Nebenwirkung“ der Lebensverkürzung wird dabei in Kauf genommen. (vgl. Hick 2007, S. 75)

3.4 Aktive Sterbehilfe

Unter aktiver Sterbehilfe wird die absichtliche, schmerzlose Tötung eines kranken Menschen durch den Arzt verstanden. Ziel ist hierbei die Erlösung des Menschen von seinem unerträglichen Leiden, welches auf andere Weise nicht gelindert werden kann. Dadurch unterscheidet sich aktive Sterbehilfe von anderen Tötungshandlungen. Außerhalb Deutschlands wird für den Begriff Sterbehilfe das Wort Euthanasie verwendet. Euthanasie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „guter Tod“. Im deutschen ist der Begriff stark durch seine frühere Bezeichnung für die „Vernichtung unwerten Lebens“ zu Zeiten des Nationalsozialismus belastet.

Es werden zwei Arten von aktiver Sterbehilfe unterschieden:

- Tötung auf Verlangen (voluntary euthanasia), wenn die Tötung auf ausdrücklichen Wunsch des Menschen durchgeführt wird.
- Nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe (nonvoluntary euthanasia), wenn Menschen getötet werden, die nicht entscheidungsfähig sind. Zum Beispiel bei Neugeborenen oder komatösen Menschen.

Gelegentlich wird die Tötung gegen den ausdrücklichen Wunsch eines Menschen als involuntary euthanasia bezeichnet. Wichtig ist jedoch zu unterscheiden, dass es sich hierbei nicht um Sterbehilfe handelt, sondern um Totschlag oder Mord. (vgl. Hick 2007, S. 78f)

3.5 Hilfe zur Selbsttötung

Wird vom Arzt nur eine Hilfe bereitgestellt, zum Beispiel in Form eines Medikamentes, aber die Tötungshandlung vom betroffenen Menschen selbst ausgeführt, handelt es sich um eine Hilfe zur Selbsttötung. Im Vergleich zur aktiven Sterbehilfe führt hier der betroffene Mensch den letzten Handlungsschritt selbst aus.

Wichtig bei der Rechtfertigung des assistierten Suizids ist zu unterscheiden, ob es sich um eine freie Entscheidung im Sinne eines Bilanzselbstmordes handelt. Das heißt, ob eine rationale (vernünftige) Abwägung von positiven und negativen Aspekten erfolgte und diese in der Gesamtbilanz des Lebens negativ ausfiel, oder ob die Selbstmordgedanken aufgrund von sozialen (zum Beispiel Isolierung) oder psychischen (zum Beispiel Depression) Problemen entstanden sind. Ein sogenannter Bilanzselbstmord kommt sehr selten vor. Eine Beihilfe zur Selbsttötung durch einen Arzt aufgrund von sozialer oder psychischer Probleme ist nicht rechtfertigbar, da diese Probleme behandelbar sind oder erst durch eine Behandlung entstanden sein können (zum Beispiel eine Depression als Nebenwirkung von Medikamenten). Weiterns ist jeder Arzt dazu verpflichtet, sobald ein Mensch bewusstlos wird, dessen Leben zu retten, sofern dies aus medizinischer Sicht noch möglich ist. (vgl. Hick 2007, S. 106ff)

3.6 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung bietet Menschen die Möglichkeit ihren Willen und Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung in der letzten Phase ihres Lebens niederzuschreiben. Gerade bei entscheidungsunfähigen Patienten ist eine solche Patientenverfügung für den Arzt zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens sehr bedeutsam. Trotzdem wird darauf hingewiesen, dass der Arzt bei der Beachtung einer Patientenverfügung immer daran denken sollte, dass eine solche Verfügung vom Patienten meist in gesunden Tagen verfasst wurde und dass Hoffnung besonders in ausweglosen Situationen auch wachsen kann. Daher ist vom Arzt sicherzustellen, dass der Patient seine Meinung nicht geändert hat. Desweiteren kommt es gelegentlich vor, dass der Patient entgegen der Empfehlungen ohne ärztliche Aufklärung eine solche Verfügung verfasst hat. (vgl. Hick 2007, S. 118ff)

In Österreich gibt es seit 1. Juni 2006 ein Patientenverfügungsgesetz. Dieses Gesetz ermöglicht den Bürgern eine beachtliche oder verbindliche Patientenverfügung anhand eines einheitlichen Formulars zu verfassen. Diese muss vom behandelnden Arzt beachtet werden und ist nur dann gültig, wenn der Patient sich über längere Zeit nicht äußern kann. Ein akut lebensbedrohliches Ereignis, das eine medizinische Notfallversorgung erfordert, ist davon ausgenommen, da der Zeitaufwand für die Suche nach einer möglichen beachtlichen oder verbindlichen Patientenverfügung das Leben des Patienten nicht gefährden darf. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sowie das Abbrechen oder das Nichteinleiten der künstlichen Ernährung bleiben weiterhin verboten.

Die beachtliche Patientenverfügung muss in die Entscheidungsfindung des Arztes mit einfließen, bedarf keiner Beglaubigung durch einen Rechtsanwalt oder Notar und kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Die verbindliche Patientenverfügung verlangt, dass die abgelehnten Maßnahmen sehr genau beschrieben werden und der Patient die Folgen der Patientenverfügung einschätzen kann, bedarf unter Angabe des Datums einer Beglaubigung durch einen Rechtsanwalt oder Notar und muss alle fünf Jahre nach den gleichen Kriterien erneuert werden. (vgl. <http://www.hospiz.at/dach/willenserklaerung.htm>)

3.7 Sterbebegleitung

Unter Sterbebegleitung im Sinne der Palliativmedizin wird die Linderung von Leiden und Schmerzen mit allen aus den verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Verfügung stehenden Mitteln verstanden. Das heißt so viel wie Hilfe beim Sterben zu geben, den unausweichlichen Sterbeprozess durch angemessene Unterstützung zu erleichtern und zu begleiten damit ein Sterben in Würde und ohne unerträgliches Leiden möglich wird. Neben der medikamentösen Schmerzlinderung oder Sedierung, ist die menschliche Unterstützung von großer Bedeutung. Dabei ist nicht der Arzt als „Gesundheitsprofi“ sondern der Arzt als Mensch gefragt. (vgl. Hick 2007, S. 113ff)

Sterben und Tod sind nicht ident. Sterben ist eine Lebensphase, denn wer stirbt, lebt noch. Daher ist Sterbebegleitung Lebenshilfe. Die Sterbebegleitung ist eine besondere Aufgabe, da sie uns mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Zur Achtung der Würde Sterbender zählt vor allem ihm das Gefühl zu geben, nicht allein gelassen zu sein. In unserer schnelllebigen Gesellschaft bietet ein langer Sterbeprozess oft erst die Möglichkeit für Sterbende, den Sinn ihres zurückliegenden Lebens wirklich zu erkennen. Diese wertvolle Zeit durch aktive Sterbehilfe zu kürzen ist ethisch nicht vertretbar.

Sterben in Würde kann auch Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht (zum Beispiel der Verzicht auf intensivmedizinische Maßnahmen) mit sich bringen. Wichtig ist jedoch, dass die medizinische Basisversorgung wie Ernährung, Körperpflege und palliativmedizinische Maßnahmen, aufrechterhalten bleibt. Ziel ist das „Sterben können“ des Menschen. (vgl. Pöltner 2006, S. 254f)

3.8 Peter Singers Unterteilung der Euthanasie

Peter Singer unterscheidet drei Formen der Euthanasie:

- **Freiwillige Euthanasie:**
Unter freiwilliger Euthanasie versteht Singer die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen (vgl. Singer 1994, S. 226).
- **Unfreiwillige Euthanasie:**
Unter unfreiwilliger Euthanasie versteht Singer, wenn ein Mensch fähig ist, seinem eigenen Tod zuzustimmen, dies aber nicht tut, weil er nicht gefragt wird, oder weil er gefragt wird, dies aber ablehnt (vgl. Singer 1994, S. 229).
- **Nichtfreiwillige Euthanasie:**
Unter nichtfreiwilliger Euthanasie versteht Singer, wenn ein Mensch nicht in der Lage ist, die Entscheidung zwischen Leben und Tod zu verstehen (vgl. Singer 1994, S. 230).

3.9 Utilitaristische Ethik

Der Begriff Utilitarismus kommt aus dem lateinischen und bedeutet Nutzen beziehungsweise Vorteil. Das heißt, dass das Grundprinzip des Utilitarismus der Nutzen ist. Die Maximierung des Nutzens für möglichst viele Menschen muss Ziel jeder Handlung sein. Es werden dabei der hedonistische Utilitarismus und der Präferenzutilitarismus unterschieden. (vgl. Hick 2007, S. 285)

3.9.1 Hedonistischer Utilitarismus

Diese klassische Form wurde von J. Bentham 1789 begründet. Dabei geht es um das Ziel der Lustmaximierung nach dem Prinzip des Nutzens. Nicht der eigene Lustgewinn, sondern die größtmögliche Summe von Lustgewinnen in der Gruppe steht im Vordergrund. (vgl. Hick 2007, S. 285)

3.9.2 Präferenzutilitarismus

Es handelt sich um eine modernere Form des Utilitarismus. Im Unterschied zum hedonistischen Utilitarismus wird Nutzen nicht als Lust sondern als die Befriedigung der Präferenzen (Interessen) der Betroffenen verstanden. Das heißt, dass der Nutzen einer Handlung umso größer ist, je mehr Interessen der von dieser Handlung betroffenen Menschen befriedigt werden. (vgl. Hick 2007, S. 286)

4 Aktuelle Situation

In diesem Kapitel werden zwei aktuelle Studien präsentiert und anhand zweier Fallbeispiele auf die Problematik der Sterbehilfe hingewiesen.

4.1 Studien aus Österreich

4.1.1 Akzeptanz und Einstellung zu aktiver und passiver Sterbehilfe

Im Dezember 2009 wurde vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie das IFES (Institut für Empirische Sozialforschung) beauftragt, eine telefonische Befragung von 1000 repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ausgewählten Menschen ab einem Alter von 16 Jahren durchzuführen (vgl. Stronegger & Freidl 2010).

Repräsentativität bedeutet, dass die Stichprobe (Teilmenge der Population) und die zugängliche Population, darunter werden alle Individuen, Objekte oder Substanzen verstanden, sich möglichst in vielen Eigenschaften gleichen. Zu diesen Aspekten zählen beispielsweise das Alter, das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit, das Einkommen und die Ausbildung. (vgl. Burns & Grove 2005, S. 50 & 276)

Gefragt wurde nach der Akzeptanz und Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe. Bei der Frage zur aktiven Sterbehilfe wurde ein konkretes Fallbeispiel (siehe [§ Anhang](#)) verwendet. Das Ergebnis war Folgendes:

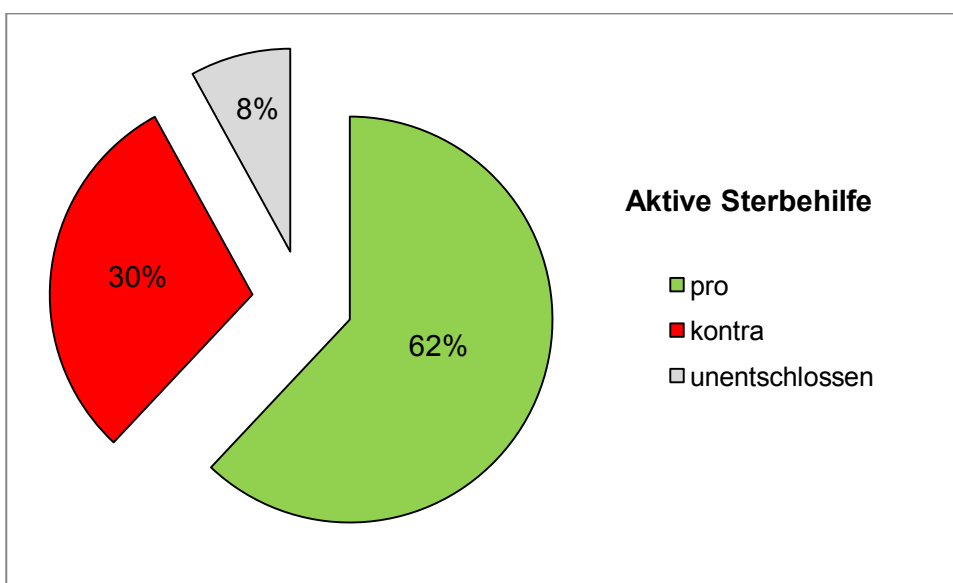


Abbildung 1 Befragung zu aktiver Sterbehilfe

62% der Befragten sprachen sich für die aktive Sterbehilfe aus und nur 30% waren dagegen. Die restlichen 8% waren unentschlossen. Dies zeigte eine Zunahme von ca. 13% zu vergleichbaren Befragungen in den Jahren 2000 und 2006.

Die Ergebnisse der Befragung zur passiven Sterbehilfe waren Folgende:

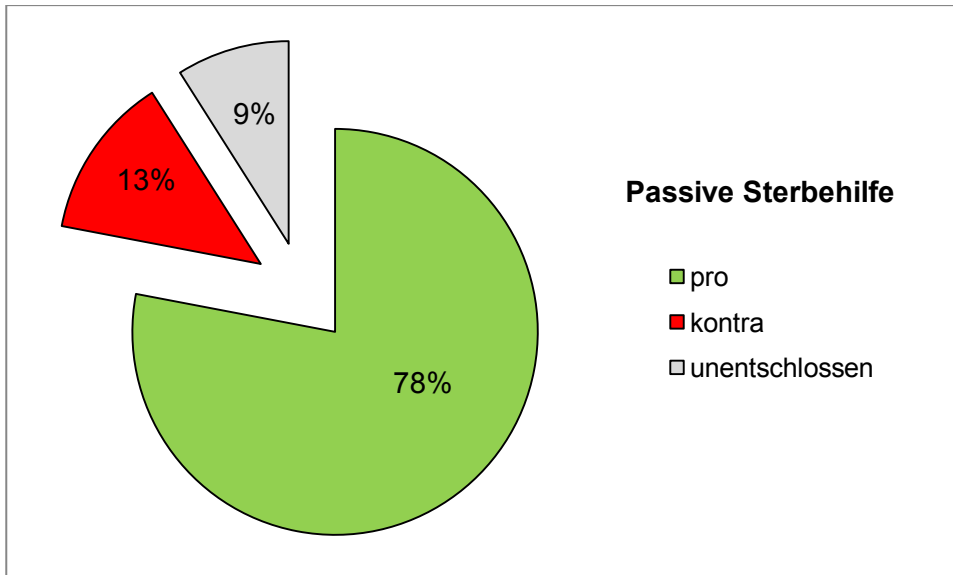


Abbildung 2 Befragung zu passiver Sterbehilfe

Es waren sogar 78% der Personen dafür, nur 13% waren dagegen und 9% der Befragten waren unentschlossen.

Es konnten keine Unterschiede bezüglich Alter, Einkommen und Wohnregion festgestellt werden. Bei jüngeren Menschen fand sich jedoch eine leicht höhere Zustimmung. Menschen mit Erfahrung in der Pflege Schwerstkranker lehnten hingegen die aktive Sterbehilfe öfters ab. Stronegger und Freidl kamen zu der Annahme, dass die Einstellung zur Sterbehilfe vorwiegend durch weltanschauliche Überzeugung geprägt ist und weniger durch Erfahrung. Weiteres weisen sie darauf hin, dass in einem immer schwerer finanzierbaren Gesundheitssystem eine Legalisierung der Sterbehilfe schließlich dazu führen könnte, dass nur sozial besser gestellte Personen die freie Wahl zwischen kostenintensiver Palliativmedizin einerseits und Sterbehilfe andererseits hätten. Aufgrund dieser Studie würden Stronegger und Freidl keine gesetzliche Regelung empfehlen. (vgl. Stronegger & Freidl 2010)

Bei kritischer Betrachtung des hier verwendeten Fallbeispiels stellt sich die Frage, ob Laien sich wirklich eine konkrete Meinung über die Situation bilden können. Die Möglichkeiten der heutigen Palliativmedizin kennen und aufgrund dessen eine ethisch

vertretbare Antwort bei gleichzeitig sehr eingeschränkter Antwortmöglichkeit geben können.

4.1.2 Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden

Im September 2009 wurde eine Studie von Stronegger et al. auf der 13. Grazer Konferenz, die in Innsbruck zum Thema Teaching Medicine – an Interprofessional Agenda stattfand, über den Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden präsentiert. Dabei erstreckte sich der Erhebungszeitraum von 2001 bis 2009. Grazer Medizinstudierende wurden mittels eines anonymen Fragebogen über ihre Einstellung zur Sterbehilfe und ihre Erfahrung in der Sterbebegleitung befragt. Weiteres wurden noch 68 Personen, die sich in der Pflegeausbildung befanden, befragt. In diesem Fragebogen wurden sowohl geschlossene Fragen (Antwortmöglichkeiten werden vorgegeben) als auch konkrete Fallbeispiele verwendet. Die Ergebnisse zeigten eine starke Veränderung in der Einstellung zur ärztlichen Sterbehilfe. Im Vergleich der Ergebnisse zwischen offenen Fragen und Fallbeispielen zeigte sich, dass besonders bei den offenen Fragen die Befürwortung der Sterbehilfe anstieg. Aus diesem Grund kamen Stronegger et al. zu dem Schluss, dass die Befragungen künftiger Studien zu diesem Thema nicht auf einfachen Fragen basieren sollten, sondern eher auf validierten Skalen (überprüfte Gültigkeit), die aufgrund von Fallbeispielen entstanden sind. (vgl. Stronegger et al. 2009)

4.2 Fallbeispiele aus den Medien

4.2.1 Tötung auf Verlangen

Leider gab es im Jahr 2006 einen Fall von Sterbehilfe in Österreich. Dabei soll ein Lungenfacharzt einer 70-jährigen Frau drei Injektionen verabreicht haben, die schließlich zum Tode der nach Sterbehilfe bittenden Frau führte. Der Arzt fühlte sich nicht schuldig mit der Begründung, dass diese Person in den letzten 5 Jahren mehrmals nach Sterbehilfe bat und unter ihren Diagnosen wie zum Beispiel schwere Durchblutungsstörungen, Verkalkungen und Aufweichungen im Gehirn sehr zu leiden hatte.

(vgl. DiePresse.com 07.10.2008)

Der pensionierte Lungenfacharzt wurde schließlich im Jahre 2008 zu 18 Monaten bedingt wegen Tötung auf Verlangen verurteilt (vgl. DiePresse.com 17.12.2008).

4.2.2 Freispruch

Im Jahre 2009 gab es aber auch in Italien einen aufsehenerregenden Fall. Dabei ging es um eine Frau, die nach einem schweren Autounfall 17 Jahre lang im Koma lag. Nach jahrelangem Kampf gelang es dem Vater eine rechtliche Erlaubnis vom Kassationsgericht in Rom (letzte Instanz im italienischen Justizsystem) zu bekommen, die künstliche Ernährung seiner Tochter einstellen zu dürfen. Es gab intensive Proteste seitens des Volkes, der Kirche und des Regierungschef Silvio Berlusconi.

(vgl. DiePresse.com 05.02.2009)

Nur drei Tage nach Beendigung der künstlichen Ernährung verstarb die Frau

(vgl. DiePresse.com 10.02.2009).

4.3 Rechtliche Lage

Dieses Kapitel beschreibt die rechtliche Situation zu aktiver Sterbehilfe in ausgewählten europäischen Ländern.

4.3.1 Niederlande

Es gibt eine gesetzlich verankerte Patientenverfügung, die neben dem Verzicht auf kurative Behandlung auch die aktive Sterbehilfe erlaubt. Die aktive Sterbehilfe ist jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, wie zum Beispiel:

- Der Arzt muss sich überzeugen, dass diese Entscheidung freiwillig und nach intensiver Überlegung erfolgte.
- Der Arzt muss feststellen, dass es sich um eine unheilbare Krankheit handelt.
- Das Leiden des Patienten muss unerträglich sein.
- Der Patient muss über seinen Zustand informiert sein.
- Es darf keine andere Lösung für den Patienten geben.
- Ein weiterer Arzt muss hinzugezogen werden.
- Minderjährigen ist eine solche Lebensbeendigung erlaubt, sofern das Einverständnis der Eltern vorliegt.
- Eine Kommission muss die Einhaltung aller Vorschriften prüfen.

Es wird geschätzt, dass in den letzten Jahren zwischen 2.000 und 20.000 Menschen auf diese Weise verstorben sind. Viele niederländische Bürger, die jegliche Art von Sterbehilfe ablehnen, tragen mittlerweile einen Ausweis bei sich, in dem dieser Wunsch dokumentiert ist. (vgl. Holland 2009, S. 137f)

4.3.2 Belgien

In Belgien gibt es seit 2002 eine gesetzlich verankerte Patientenverfügung, die es auch ermöglicht, aktive Sterbehilfe zu verlangen. Im Vergleich zu den Niederlanden gibt es jedoch kaum Einschränkungen:

- Der Wunsch muss lediglich schriftlich niedergelegt sein, kann die Person ihren Wunsch jedoch nicht mehr selbstständig niederschreiben, so kann das für sie auch eine Person des Vertrauens tun.
- Der Patient muss volljährig sein.
- Die Tötung ist auch erlaubt, wenn dieser unheilbar krank ist, jedoch nicht in absehbarer Zeit sterben wird oder wenn dieser unter einem andauernden psychischen Leiden leidet.
- Wenn ein Patient sich noch nicht im Endstadium seiner Erkrankung befindet, muss der Arzt einen zweiten Mediziner hinzuziehen.
- Es muss zwischen der Äußerung des Wunsches und der Durchführung der Tötung ein Monat liegen.
- Jede aktiv geleistete Sterbehilfe muss nur im Nachhinein einer Kommission gemeldet werden, die dann lediglich die Einhaltung der Formalitäten prüft.
(vgl. Holland 2009, S. 139f)

4.3.3 Frankreich

Im Jahre 2004 wurde die Möglichkeit einer Patientenverfügung gesetzlich verankert, die ein Recht auf Sterbenlassen und somit die passive Sterbehilfe legalisiert. Die aktive Sterbehilfe bleibt weiterhin verboten.

Die passive Sterbehilfe ist nur nach Beratung mit dem Patienten, seiner Angehörigen und zwei Ärzten möglich. Danach kann es beispielsweise möglich werden, dass ein todkranker Mensch Schmerzmitteln erhalten darf, auch wenn diese den Todeskampf verkürzen.

(vgl. Holland 2009, S. 141)

4.3.4 Schweiz

In der Schweiz gibt es noch kein Patientenverfügungsgesetz. Es gibt jedoch einzelne Regelungen in den verschiedenen Kantonen. Dadurch ist es in Zürich erlaubt, dass Sterbehilfeorganisationen in Alten- und Krankenheimen aktive Sterbehilfe durchführen dürfen. Weiters gibt es in der Schweiz eine sogenannte Grauzone, da die Beihilfe zum Suizid ohne selbstsüchtige Beweggründe erlaubt ist. Aufgrund dessen haben sich Sterbehilfeorganisationen wie zum Beispiel die „Dignitas“ gebildet, die Beihilfe zum Suizid durch ehrenamtliche Mitarbeiter leisten. Der Vorsitzende bleibt dabei im Hintergrund und verdient das Geld. Durch diese Grauzone ist es bereits schon zu einer Art Sterbetourismus gekommen. Ein Züricher Staatsanwalt berichtete, dass im Jahre 2003 in Züricher Wohnungen, die von „Dignitas“ gemietet wurden, 93 Ausländer und nur zwei Schweizer gestorben sind. (vgl. Holland 2009, S. 142f)

4.3.5 Österreich und Deutschland

Die Sterbehilfe ist in beiden Ländern gesetzlich verboten. In Österreich wird sehr viel Wert gelegt, die Hospiz- und palliativmedizinischen Einrichtungen weiter auszubauen.

(vgl. Holland 2009, S. 144)

5 Peter Singers Zugang zur Sterbehilfe

Im folgenden Kapitel wird näher auf die Sichtweisen des Philosophen Peter Singer eingegangen und seine Einstellung zur Sterbehilfe kritisch hinterfragt.

5.1 Kurzbiografie

Prof. Peter Albert David Singer wurde am 6. Juli 1946 in Melbourne, als Sohn jüdischer Eltern, die ihrerseits aus Wien ausgewandert waren, geboren. In den frühen siebziger Jahren machte Singer auf sich aufmerksam und wurde aus diesem Grund von der Cambridge University Press ermutigt, sein erstes Werk „Practical Ethics“ zu verfassen. Nach etlichen Vorlesungen in den USA und Melbourne, wurde er 1977 Professor an der Abteilung für Philosophie der Monash-University in Australien, wo er seit 1983 Direktor des Zentrums für „Human Bioethics“ ist. Seine Ideen werden besonders im englischsprachigen Raum diskutiert. Er selbst sieht Teile seiner Vorstellungen bereits in den Niederlanden und in Großbritannien als verwirklicht. Versuche seitens Singers solche Diskussionen und Vorträge auch in Deutschland zu halten, wurde von „Krüppelinitiativen“, Behindertenverbände, den Grünen und zahlreichen Einzelpersonen mehrmals boykottiert. Gründe hierfür liegen noch immer in den geschichtlichen Wurzeln als zu Zeiten des Nationalsozialismus unter dem Begriff „Euthanasie“ Vernichtung von unwerten Leben stattfand. (vgl. Stenzel 1993, S. 7ff)

5.2 Utilitaristischer Ansatz bei Peter Singer

Peter Singer versteht sich als Vertreter des Präferenzutilitarismus und sucht darin eine Rechtfertigung für die Euthanasie. Der Utilitarismus bedarf aber besonders in der praktischen Anwendung einer kritischen Würdigung. (vgl. Hick 2007, S. 288)

Entscheidend ist beim Utilitarismus nicht, ob eine Handlung gut oder schlecht ist, sondern wie es mit ihren Folgen aussieht, daher ist der Utilitarismus auch ein Konsequentialismus (vgl. Hick 2007, S. 285).

Da im Utilitarismus nur die Konsequenzen einer Handlung von Bedeutung sind, kann es durchaus möglich sein, dass Mittel, die zum Ziel führen, den moralischen Grundüberzeugungen widersprechen. Desweiteren müssten wir bei jeder einzelnen unserer Handlungen darauf achten, dass die Interessen aller anderen Menschen im gleichen Maße berücksichtigt werden. Diese Ausdehnung der Verantwortung dürfte schließlich zur Überforderung des Einzelnen führen. (vgl. Hick 2007, S. 288)

Weiterns hebt der Präferenzutilitarismus den Zusammenhang von Mensch und Person auf. So kann es einerseits Personen geben, die keine Menschen sind, wie zum Beispiel höher organisierte Tiere, und andererseits kann es Menschen geben, die keine Personen sind. Es wird dabei zwischen selbstbewussten Leben, bewusstem Leben und nicht bewusstem Leben unterschieden. Selbstbewusste und über Rationalität verfügende Wesen genießen den höchsten Lebensschutz. Solche Wesen verfügen nämlich über Präferenzen ihrer Zukunft betreffend. (vgl. Pöltner 2006, S. 41)

Beim hedonistischen Utilitarismus lässt sich als gemeinsamer Nenner die Lust festlegen, beim Präferenzutilitarismus ist dies nicht möglich, da die Interessen verschiedener Individuen sich in der Regel nicht vergleichen lassen (vgl. Hick 2007, S. 289).

5.3 Singers Unterteilung der Euthanasie

Euthanasie beziehungsweise aktive Sterbehilfe wird seit dem 5. Jahrhundert vor Christus von den Ärzten abgelehnt. Damals schon legten sie den Eid des Hippokrates ab. Mit diesem haben sie geschworen, keine zum Tode führende Medizin auf Verlangen zu verabreichen und auch keine zu empfehlen. (vgl. Singer 1994, S. 225)

Als weiteres Argument gegen die Euthanasie wird das Vernichtungsprogramm zu Zeiten des Nationalsozialismus als Beispiel genannt, welches zeigt, was passieren kann, wenn der Staat die Macht hat, unschuldige Menschen zu töten (vgl. Singer 1994, S. 225).

Peter Singer unterscheidet drei Formen von Euthanasie:

- Freiwillige Euthanasie (siehe [5.3.1](#))
- Unfreiwillige Euthanasie (siehe [5.3.2](#))
- Nichtfreiwillige Euthanasie (siehe [5.3.3](#))

5.3.1 Freiwillige Euthanasie

Singer versteht darunter die Euthanasie auf Verlangen eines Menschen, der getötet werden will. Gelegentlich lässt sich diese Form kaum von der Beihilfe zum Selbstmord unterscheiden. (vgl. Singer 1994, S. 226)

5.3.1.1 Fallbeispiel

Ein Pathologe aus Michigan baute eine Selbstmordmaschine, um todkranken Menschen beim Selbstmord zu helfen. Diese Maschine bestand aus einem Metallstab mit drei Flaschen, die in eine Kanüle mündeten. Der Arzt muss die Kanüle in die Vene der Person führen. Zu diesem Zeitpunkt tropft nur Kochsalzlösung in die Vene. Die betreffende Person kann im Anschluss einen Knopf drücken, daraufhin fließt zuerst ein Mittel durch, das zum Koma führt und dann fließt automatisch aus dem letzten Fläschchen das tödliche Mittel in die Vene. Als diese Maschine erstmalig angewendet wurde, wurde der Arzt wegen Mordes angeklagt, der Prozess wurde jedoch nie eröffnet, da die betreffende Person ihren Tod selbst herbeigeführt hat. (vgl. Singer 1994, S. 227)

5.3.1.2 Rechtfertigung freiwilliger Euthanasie

Die Gesetzeslage in den meisten Ländern ist sehr eindeutig formuliert und besagt, dass weder das Verlangen, noch der unheilbare Zustand, noch der Grad des Leidens vom

Vorwurf des Mordes freisprechen. Viele Befürworter der freiwilligen Euthanasie schlagen deshalb vor, die Gesetzeslage so zu verändern, dass ein Arzt sich nicht mehr strafbar macht, wenn er einem Menschen auf eigenen Wunsch zum Sterben verhilft.

Freiwillige Euthanasie ist somit die Tötung eines rationalen (vernunftgemäßen) und seiner selbst bewussten Wesens und nicht eines bloß bewussten Wesens, wie Singer dies im Rahmen der nichtfreiwilligen Euthanasie beschreibt. (vgl. Singer 1994, S. 247)

Warum wiegt die Tötung eines selbst bewussten Wesens nun schwerer, als die Tötung eines bloß bewussten Wesens?

Singer gibt dafür vier Gründe an:

- Ein klassisch-utilitaristisches Argument, das besagt, dass die Tötung eines selbst bewussten Wesens schlimmere Auswirkungen auf andere hat, da selbst bewusste Wesen ihren eigenen Tod fürchten können.
- Ein präferenz-utilitaristisches Argument, das besagt, dass ein wichtiger Grund gegen das Töten besteht, weil der Wunsch des Opfers weiterzuleben durchkreuzt wird.
- Eine Rechtstheorie, die besagt, dass man um ein Recht auf Leben zu haben, fähig sein muss, die Fortsetzung seines Lebens zu wünschen.
- Akzeptanz der unabhängigen (autonomen) Entscheidung rational handelnder Wesen. (vgl. Singer 1994, S. 248)

Singer stellt sich nun die Frage, ob irgendeiner der oben genannten Gründe auch Argumente gegen das Töten liefern kann, wenn eine Person zu sterben wünscht. Das klassisch-utilitaristische Argument lässt sich hierbei nicht anwenden. Wenn Menschen freiwillig getötet werden wollen, würde dies weder Furcht noch Unsicherheit hervorrufen. Das Argument der Furcht spricht sogar für die freiwillige Euthanasie, weil wir befürchten müssten, dass unser Tod unnötig in die Länge gezogen wird, wenn diese Art der Euthanasie nicht erlaubt wäre.

Der Präferenzutilitarismus steht für die freiwillige Euthanasie ein. Wenn dieser den Wunsch weiterzuleben als Grund gegen das Töten gelten lässt, muss er andererseits den Wunsch zu sterben für das Töten gelten lassen.

Die Rechtstheorie spricht sich ebenfalls dafür aus, denn wenn ein Mensch die Bitte zu sterben äußert, verzichtet dieser automatisch auf sein Recht auf Leben.

Auch das Autonomieprinzip steht der freiwilligen Euthanasie positiv gegenüber. Wenn ein Mensch autonom (unabhängig) entscheidet, sterben zu wollen, so muss uns der Respekt

vor der Autonomie dieses Menschen dazu veranlassen, diesen Wunsch zu unterstützen. Obwohl es nun Gründe gibt, die eigentlich die Tötung von selbst bewussten Menschen als schwerwiegender ansehen, als die Tötung eines anderen Wesens, so sprechen in diesem Fall die Gründe eher für als gegen die freiwillige Euthanasie. (vgl. Singer 1994, S. 248ff)

5.3.2 Unfreiwillige Euthanasie

Wenn ein Mensch fähig ist, seinem eigenen Tod zuzustimmen, dies aber nicht tut, weil er nicht gefragt wird, oder weil er gefragt wird, dies aber ablehnt, dann spricht Singer von unfreiwilliger Euthanasie.

Bei dieser Definition werden demnach zwei Situationen unterschieden, denn es besteht ein großer Unterschied, ob ein Mensch getötet wird, der sich dafür entschieden hat weiterleben zu wollen, oder ob ein Mensch getötet wird, der nicht zugestimmt hat, aber zugestimmt hätte, wenn er gefragt worden wäre.

Wird ein Mensch ohne seine Zustimmung getötet, so kann dies nur dann als Euthanasie gelten, wenn das Motiv darin bestand dem Menschen Leiden zu ersparen.

(vgl. Singer 1994, S. 229f)

5.3.2.1 Keine Rechtfertigung unfreiwillige Euthanasie

Wir werden hoffentlich niemals das Recht haben, darüber zu entscheiden, ob das Leben eines Menschen so lebensunwert ist, sodass wir unfreiwillige Euthanasie rechtfertigen können. Wenn ein Mensch weiterzuleben wünscht, kann dies nur ein gutes Zeichen dafür sein, dass sich sein Leben zu leben lohnt. Kann es ein besseres Zeichen dafür geben? Daher finden wir zum Glück Beschreibungen von unfreiwilliger Euthanasie eher in der Literatur als im wirklichen Leben. (vgl. Singer 1994, S. 256f)

5.3.3 Nichtfreiwillige Euthanasie

Unter nichtfreiwilliger Euthanasie versteht Singer, wenn ein menschliches Wesen nicht in der Lage ist, die Entscheidung zwischen Leben und Tod zu verstehen.

Zu diesen menschlichen Wesen zählt Singer diejenigen, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Zustimmung zu Sterbehilfe zu geben. Das sind zum Beispiel Menschen, die unheilbar krank sind, schwerbehinderte Säuglinge, oder Menschen, die durch einen Unfall, Krankheit oder hohes Alter die Fähigkeit verloren haben, diese Entscheidung zu treffen und auch nicht vorher Sterbehilfe unter diesen Umständen gefordert oder abgelehnt haben. (vgl. Singer 1994, S. 230)

5.3.3.1 Rechtfertigung nichtfreiwilliger Euthanasie

Eigenschaften von Menschen wie zum Beispiel Autonomie, Selbstbewusstsein und Rationalität sind entscheidend für diese Art der Sterbehilfe. Die Tötung von Säuglingen kann somit laut Singer nicht gleichgesetzt werden mit der Tötung eines selbstbewussten Menschen oder anderen selbstbewussten Wesen, da Säuglinge diese Eigenschaften nicht haben. Diese Sichtweise beschränkt er jedoch nicht auf Säuglinge, die wegen einer irreversiblen geistigen Behinderung niemals selbstbewusste, rationale Menschen werden können. (vgl. Singer 1994, S. 233)

Da auch keine Autonomie vorhanden ist, spricht auch nicht die Respektierung der Autonomie gegen die Sterbehilfe. Stellt sich nun die Frage nach der Lebensqualität des Säuglings. Ist ein Säugling so schwer krank, dass das Leiden des Kindes so elend sein wird, dass es sich nicht zu leben lohnt, dann folgt sowohl aus der „Vorherige-Existenz“ als auch aus der „totalen“ Version des Utilitarismus, dass es besser sei, das Leben des Säuglings zu beenden. Wichtig ist jedoch, dass keine äußeren Gründe wie zum Beispiel Gefühle der Eltern vorliegen. (vgl. Singer 1994, S. 235)

Die „Vorherige-Existenz“ Version des Utilitarismus spricht sich normalerweise gegen die Sterbehilfe aus, weil der Säugling bereits existiert und von seinem Leben zu erwarten ist, dass in seiner Bilanz Glück über Unglück überwiegen wird und ihn zu töten bedeuten würde, dass der Säugling dieser positiven Glücksbilanz beraubt werden würde. Daher wäre seine Tötung Unrecht. Die „totale“ Version des Utilitarismus stellt sich die Frage, ob nicht der Tod des Säuglings zur Zeugung eines zweiten Kindes führen würde, das vermutlich ein besseres Leben haben würde. (vgl. Singer 1994, S. 236f)

Das heißt der Verlust eines glücklichen Lebens für das erste Kind wird durch den Gewinn eines glücklicheren Lebens für das zweite Kind in Kauf genommen. Stehen noch dazu keine Gefühle der Eltern dagegen, so kann der Tod des ersten Säuglings aus der „totalen“ Version des Utilitarismus heraus gerechtfertigt werden. Der Säugling wird damit ersetzbar gemacht wie ein nichtselbstbewusstes Tier. (vgl. Singer 1994, S. 238)

Die Tötung von behinderten Säuglingen ist eine sehr schwierige Thematik, Singer weist immer wieder darauf hin, dass die Tötung eines Säuglings moralisch nicht gleichbedeutend ist, als die Tötung einer Person (vgl. Singer 1994, S. 244).

Stellt sich nun die Frage, was denn wirklich die Interessen eines Säuglings sind? Säuglinge leben von einem Augenblick zum Anderen. Sie kennen noch keine Vergangenheit und können auch noch keine Zukunftspläne für sich schmieden. Sie haben Interessen, die an den jeweiligen Augenblick gebunden sind und die nur durch Bewusstsein (Empfindung) wahrgenommen werden können, nicht jedoch selbstbewusst, wie es bei Personen der Fall ist. Diese Interessen sind Wärme und Nahrung zu bekommen sowie keinen Schmerz und Unbehagen zu erleben. Die Situation der Säuglinge kann je nach Auslegung beziehungsweise Sichtweise derjenigen Menschen, die über Leben und Tod eines solchen Wesens philosophieren oder gar entscheiden, für oder gegen die Rechtfertigung von nichtfreiwilliger Euthanasie verwendet werden. (vgl. Kuhse & Singer 1999, S. 195f)

Wenn nichtfreiwillige Euthanasie nun auch gelegentlich bei älteren Menschen angewendet wird, weil sie bettlägerig und leidend sind und nicht mehr über Leben oder Tod entscheiden können, könnten ältere Menschen befürchten, dass jedes Medikament oder jede Spritze, die sie bekommen, ihnen den Tod bringt. Einen solchen Menschen vom Gegenteil zu überzeugen wird mit Sicherheit sehr schwierig. Einziger Schutz der älteren Menschen wäre schriftlich festzulegen, dass man nichtfreiwillige Euthanasie ablehnt. (vgl. Singer 1994, S. 246)

5.4 Singers Meinung zu passiver Sterbehilfe

Im Bezug auf passive Sterbehilfe ist Singer der Meinung, dass dieser passive Weg den Tod eigentlich nur lange hinauszögert. Es werden irrelevante Faktoren wie zum Beispiel eine normalerweise leicht zu heilende Infektion zur Todesursache. Wenn die Menschheit nun zugeben würde, dass es ihr Ziel ist möglichst schnell und schmerzlos zu sterben, sollte dieser gewünschte Tod nicht dem Zufall überlassen werden. Es sollte dann sichergestellt werden, dass der Tod auf die bestmögliche Weise eintritt. (vgl. Singer 1994, S. 271f)

5.5 Kritik an Singer

Peter Singers Einstellungen zur Sterbehilfe wurden neben vielen anderen Autoren auch von Jürgen Stenzel kritisch beleuchtet. Jürgen Stenzel, geboren 1962 in Burlage, studierte nach seiner Absolvierung des Zivildienstes in der Schwerstbehindertenbetreuung Philosophie und Germanistik. (vgl. Stenzel 1993)

In seinem Werk versucht er anhand der Philosophie Constantin Brunners², die in Richtung einer biologisch orientierten Ethik geht, zu verdeutlichen, warum Singers Einstellungen mit einer wirklichen Ethik nichts zu tun haben (vgl. Stenzel 1993, S. 11).

Die anthropologisch wichtige Frage, wann der Mensch ein Mensch im eigentlichen Sinne ist, ist für Singer schnell geklärt. Für ihn ist er ein rechtlicher Mensch (Person), wenn er über Selbstbewusstsein und Rationalität verfügt. (vgl. Stenzel 1993, S. 52)

Für Singer kommt es nicht auf das Wohl des Einzelnen, sondern immer auf die Menge des Gesamtleidens und der Gesamtlust an, unabhängig vom persönlichen Eigeninteresse. Das heißt, das Leiden des Einzelnen spielt keine Rolle, wenn dadurch eine größere Summe von Leiden bei anderen minimiert werden kann. Singer spricht hier von gleicher Interessenserwägung. Würden wir diese Einstellung im wirklichen Leben befolgen, hätte dies weitläufige Konsequenzen die uns eigentlich unmoralisch sein sollten.

(vgl. Stenzel 1993, S. 32)

Singer unterstützt damit einen wesentlichen Kritikpunkt des Utilitarismus, der nur die Maximierung des Gesamtnutzens fordert und auf den Bezug der Verteilung des Gesamtnutzens auf die Individuen der Gesellschaft gleichgültig bleibt

(vgl. Gähde & Schrader 1992, S. 84).

5.5.1 Fallbeispiele

In einem Krankenhaus liegen vier Patienten, denen jeweils ein lebenswichtiges Organ fehlt. Zufällig wird ein Unfallopfer eingeliefert, das so schwer verletzt ist, dass es nach Meinung der Ärzte keine Überlebenschance hat und spätestens in zwei Wochen versterben wird. Ein Arzt könnte nun die Organe des Unfallopfers entnehmen und somit das Leben der vier anderen Patienten retten. Singers Theorie zufolge wäre dies moralisch korrekt, denn das Überlebensinteresse von den vier Menschen ist moralisch höher zu

² Constantin Brunner wurde am 28. August 1862 in Altona geboren. Sein eigentlicher Name war Leo Wertheimer, er war jüdischer Herkunft. Er studierte Philosophie und Geschichte in Deutschland. Brunner setzte sich mit Kant auseinander, konnte sich jedoch erst mit Spinoza identifizieren. Am 27. August 1937 verstarb Brunner an seinem Herzleiden. (vgl. Kasch 1970)

bewerten als das des Unfallopfers, der eigentlich keine Überlebenschance hat. Ist die Tötung des Unfallopfers moralisch vertretbar, dann wäre es auch moralisch gut, wenn ein gesunder Mensch für einen solchen Eingriff geopfert werden würde. Vier Lebendige sind mehr als einer. Mit Singers Theorie wäre dies vernünftig und auch Pflicht des Arztes. (vgl. Stenzel 1993, S. 32f)

Es darf hierbei niemals vergessen werden, dass nicht das Töten sondern das Heilen zu den wichtigsten Aufgaben des Arztes zählen und wenn dies nicht mehr möglich ist, dann die Schmerzlinderung in allen Phasen des Lebens (vgl. Pöltner 2006, S. 276).

Einen erschütternden Fall gab es in den USA, wo zerstückelte Säuglinge aus Mittelamerika an Krankenhäuser verkauft wurden. Wohlhabende Eltern konnte „Ersatzteile“ für ihre erkrankten Säuglinge kaufen. Nach dem Prinzip der gleichen Interessenerwägung nach Singer wären diese Handlungen durchaus rechtfertigbar, denn Kinder aus einer sozialschwachen Familie haben sicher ein schlechteres Leben als Kinder einer wohlhabenden Familie. Somit wäre die Summe des Leidens minimiert. Dieses moralisch angeblich Gute, bei dem das Eigeninteresse zum Wohle der Allgemeinheit hintangestellt wird, entpuppt sich aber bei genauerer Betrachtung als eine menschenverachtende und mörderische Handlung. (vgl. Stenzel 1993, S. 34)

5.5.2 Weitere Kritikpunkte

Peter Singer geht es aber nicht nur um die Euthanasie von nichtselbstbewussten Wesen sondern auch um die Euthanasie von Personen. Er vertritt die Meinung, dass ein Säugling mit Hämophilie (Bluterkrankheit) durch einen anderen Säugling, der weniger leiden müsste, ersetzbar ist. Es ist jedoch allgemein bekannt, dass Menschen mit Hämophilie bei entsprechender ärztlicher Behandlung ein durchaus normales Leben führen können. Diese Säuglinge werden also künftig selbstbewusste und rationale Wesen werden, die ihre Zukunft planen werden können und somit laut Singers Kriterien ein Recht auf Leben hätten. (vgl. Stenzel 1993, S. 36)

Kein Mensch ist ersetzbar. Wenn beispielsweise bei einer Geburt das Leben der Mutter in Gefahr ist, sollten sich alle Ärzte darum bemühen das Leben beider zu retten. Somit muss auch hier Singers Einstellung, dass das Leben eines zweiten Kindes, das deshalb geboren wurde, weil das erste Kind wegen einer Behinderung oder Lebensgefahr der Mutter

getötet wurde, das des ersten ersetzen kann, widersprochen werden. (vgl. Stenzel 1993, S. 41)

Kein Kind dieser Welt ist ein „Noch-Nicht“. Es besitzt alles was es zum Kind sein braucht. Den Verstand des Erwachsenen hat es noch nicht, aber damit könnte es auch noch nicht leben. Es ist auf seiner Stufe der Existenz am Ziel angekommen. Ist das Leben eines Kindes, nur weil es noch nicht Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Rationalität, Autonomie hat, deshalb nicht oder weniger lebenswert? (vgl. Stenzel 1993, S. 46)

Die Konsequenz seiner Sichtweise wäre, dass alle Wesen getötet werden dürften, wenn durch deren Tod eine Lustmaximierung für die Welt erzielt werden würde. Wo würden wir dann die Grenzen ziehen? Was wäre zum Beispiel mit einem Melancholiker, Pessimist, oder dauerhaft unglücklich Verliebte? Sie empfinden vielleicht mehr Unlust als Lust in ihrem Leben. Ist deshalb ihr Leben lebensunwert und wäre dadurch Euthanasie rechtfertigbar? (vgl. Stenzel 1993, S. 37)

Desweiteren vertritt Singer die Meinung, dass bei Euthanasie von schwerstbehinderten Säuglingen Gefühle der Eltern, die durch die kleine, hilflose und niedliche Erscheinung des Kindes hervorgerufen werden, zurückgestellt werden sollten. Andererseits setzt er gerade diese Gefühle ein, wenn es zum Schutz der Rechte von Tieren geht, für die er sich stets sehr stark einsetzt. Hier kann durchaus von parteilichem Interessensdenken und nicht von Wissenschaft gesprochen werden. (vgl. Stenzel 1993, S. 38)

In Singers Theorien gibt es sehr viele Widersprüche zu finden. Einer betrifft beispielsweise das „Maximierung von Lust und Minimierung von Leiden Prinzip“, das ihm so wichtig ist. Denn wie schon bei der unfreiwilligen Euthanasie erwähnt, vertritt Singer die Meinung, dass es möglich sein sollte, jemanden der eigentlich in seiner Glücksbilanz mehr Glück als Unglück empfindet, zu töten, wenn dieser nicht erkennen kann, welches Leid ihm in Zukunft bevorstehen wird. Doch wie wird jemals jemand feststellen können, ob das Leben eines anderen Menschen so elend sein wird, dass es besser sei ihn jetzt zu töten? Vor allem müsste eine genaue Definition von Lust, Leid, Glück, Unglück vorliegen. Aber selbst mit einer Definition wäre dies nicht möglich zu beurteilen, da die subjektiven Empfindungen jedes Einzelnen hinzugezogen werden müssten. (vgl. Stenzel 1993, S. 39f)

Gegner der freiwilligen Euthanasie argumentieren, dass man sich niemals wirklich sicher sein kann, ob die Entscheidung sterben zu wollen, frei und rational entschieden wurde.

- Kann es nicht passieren, dass Kranke oder Betagte von ihren Angehörigen dazu gedrängt werden ihr Leben möglichst rasch zu beenden?
- Besteht nicht die Gefahr eines Mordes unter dem Vorwand, dass ein Mensch Euthanasie verlangt hat?
- Kann jemand der krank ist, schwere Schmerzen leidet und unter dem Einfluss starker Medikamente steht, wirklich eine rationale Entscheidung darüber treffen ob er Leben oder Sterben möchte?

Aus diesem Grund wurden zum Beispiel in den Niederlanden Richtlinien (siehe 4.3.1 Niederlande) erarbeitet, die befolgt und überprüft werden müssen, wenn aktive Sterbehilfe geleistet wird.

Ärzte können sich aber auch irren. So gibt es sehr viele Menschen, die trotz Diagnose „unheilbar krank“ noch etliche Jahre in guter Gesundheit lebten. Singer räumt jedoch ein, dass dieser kleinen Zahl unnötiger Todesfälle, eine große Summe von Leiden und Schmerz gegenüber steht, die wirklich unheilbar Kranke erdulden müssen, wenn aktive Sterbehilfe nicht legalisiert wird. (vgl. Singer 1994, S. 250ff)

Singers Meinung zur freiwilligen Euthanasie sollte uns eigentlich Angst einjagen. Singer vergisst hierbei wohl, dass Leben nicht quantifizierbar ist und sich durch nichts aufwiegen lässt. (vgl. Stenzel 1993, S. 41)

Auch hier findet sich in Singers Darstellung ein deutlicher Widerspruch. Wie lang darf laut Singer ein Mensch mit einer Diagnose „unheilbar krank“ noch leben? Und sollte in einer solchen Situation statt in guter Gesundheit nicht von guter Lebensqualität gesprochen werden?

6 Schlussfolgerung

Am Ende angelangt stellt sich nun die Frage der Lebenswertigkeit des Lebens, vor allem eines Lebens, das durch schweres Leiden oder einer unheilbaren Krankheit geprägt ist. Diese Frage lässt sich wohl nur im subjektiven Kontext, das heißt im Zusammenhang eines betreffenden Lebensschicksals verbunden mit dem dazugehörenden sozialen Umfeld beantworten und kann nur schwerlich verallgemeinernd behandelt werden. Auch die Frage der Lebensqualität ist in diesem Zusammenhang entscheidend, jedoch ebenso ein Punkt der interindividuell differiert und selbst innerhalb eines Menschenlebens starken Veränderungen unterliegen kann. Aus diesem Grund können Befragungen im Rahmen von Studien zu dieser schwierigen Thematik nur Tendenzen aufzeigen. Es stellt sich auch die Frage, ob Laien über die umfangreichen Möglichkeiten der heutigen Palliativmedizin Bescheid wissen und sich dadurch überhaupt ein klares Urteil bilden können.

Desweiteren wissen wir aus Erfahrung, dass Menschen gerade in der letzten Phase ihres Lebens einen sehr starken Lebenswillen entwickeln. So kann es passieren, dass Menschen, die früher vielleicht Befürworter der Sterbehilfe waren, zu plötzlichen Gegnern werden. (vgl. Holland 2009, S. 34)

Auch Singers Sichtweisen zu diesem äußerst sensiblen Thema bringen letztendlich nach genauerer kritischer Betrachtung eher mehr Widersprüche als wirklich praxisnahe Lösungsvorschläge.

Wenn wir Singers Sichtweisen im wirklichen Leben übernehmen würden, würden sich viele Fragen auftun, die ethisch nicht vertretbar wären:

- Welches Leben ist „lebensunwert“?
- Wer dürfte dies entscheiden?
- Wo würden wir die Grenzen ziehen?
- Wie und wann würde „lebensunwertes“ Leben beseitigt werden?
- ...

Solche Fragen die unfreiwillige und nichtfreiwillige Euthanasie betreffend, werden zum Glück mit hoher Wahrscheinlichkeit im großen gesellschaftlichen Rahmen kaum Platz für Diskussion finden.

Die kritisch ethische Auseinandersetzung freiwillige Euthanasie bei Schwerstkranken und Sterbenden versus Palliativmedizin hingegen wird wohl fortwährend ein Brennpunkt nicht nur philosophischer, sondern auch gesellschaftspolitischer und psychologischer Betrachtung sein.

Nach intensiver Auseinandersetzung mit dieser Thematik, oder gerade deswegen, vertrete ich weiterhin die Meinung, dass jedes Leben lebenswert ist und in diesem Sinne möchte ich diese Arbeit mit folgendem Zitat beenden:

„Kein Mensch, sei er noch so behindert, alt oder sonst wie nicht zu den „Normalen“ gehörig, ist ersetzbar, weil jeder Mensch von irgendwelchen anderen Menschen geliebt wird, weil sein Dasein gewollt wird, und vor allem---: weil er ein einmaliger Mensch ist, etwas Besonderes, noch nie Dagewesenes, das durch sein Dasein allein ein Recht auf Leben besitzt“ (Stenzel 1993, S. 98).

7 Literaturverzeichnis

Anstötz, C, Hegselmann, R & Kliemt, H 1995, *Peter Singer in Deutschland, Zur Gefährdung der Diskussionsfreiheit in der Wissenschaft*, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main

Burns, N & Grove, S 2005, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, Urban & Fischer, München

DiePresse.com (07.10.2008), *"Sterbehilfe aus Mitleid": Salzburger Arzt vor Gericht*, <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/420543/index.do?from=simarchiv>, abgerufen am 29.03.2010

DiePresse.com (17.12.2008), *Salzburger Sterbehilfe-Prozess: 18 Monate bedingt für Arzt*, <http://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/438423/index.do?from=simarchiv>, abgerufen am 29.03.2010

DiePresse.com (05.02.2009), *Italien: Regierung und Kirche gegen Sterbehilfe im Fall Eluana*, <http://diepresse.com/home/panorama/welt/449989/index.do?from=simarchiv>, abgerufen am 29.03.2010

DiePresse.com (10.02.2009), *Eluana Englaro am dritten Tag ohne Ernährung verstorben*, <http://diepresse.com/home/panorama/welt/451176/index.do?from=simarchiv>, abgerufen am 29.03.2010

Gähde, U & Schrader, WH 1992, *Der klassische Utilitarismus, Einflüsse-Entwicklungen-Folgen*, Akademie Verlag, Berlin

Hick, C 2007, *Klinische Ethik*, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Holland, K 2009, „Du sollst nicht töten - oder vielleicht doch? Zum Stand der Euthanasiediskussion in Deutschland und in den Nachbarländern“, in Burgheim, W (Hrsg.), *Die Rechte der Sterbenden, zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis*, Forum-Verlag, Merching

Kasch, M 1970, *Constantin Brunner, sein Leben und Wirken, aktive Philosophie*, Roelandfoto-offset n.v., Holland

Kuhse, H & Singer, P 1999, *Individuen, Menschen, Personen - Fragen des Lebens und Sterbens*, Academia Verlag, Sankt Augustin

Patientenverfügung, Gesetz und einheitliches Formular,
<http://www.hospiz.at/dach/willenserklaerung.htm>, abgerufen am 16.07.2010

Pöltner, G 2006, *Grundkurs Medizin-Ethik*, 2. Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien

Seidler, E 1993, *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*, 6. neubearbeitete und erweiterte Auflage, Kohlhammer, Stuttgart

Singer, P 1994, *Praktische Ethik*, 2. revidierte und erweiterte Auflage, Reclam, Ditzingen

Stenzel, J 1993, *Kein Recht auf Leben: Peter Singers Kritik des Lebensrechtes im Lichte der Philosophie Constantin Brunners/Jürgen Stenzel*, Die Blaue Eule, Essen

Stronegger, W & Freidl W (11.03.2010), *Zunehmende Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe in Österreich*, <http://www.springermedizin.at/gesundheitspolitik/?full=15572>, abgerufen am 29.03.2010

Stronegger, W et al. (14.12.2009), *Einstellungswandel zur Sterbehilfe bei Medizinstudierenden*, <http://www.egms.de/static/de/meetings/grako2009/09grako22.shtml>, abgerufen am 29.03.2010

8 Anhang

Fragestellung von Stronegger und Freidl (welche dankenswerter Weise für die Bachelorarbeit zur Verfügung gestellt wurde) bei der Studie zur Akzeptanz und Einstellung zu aktiver und passiver Sterbehilfe unter der österreichischen Bevölkerung:

„Wie beurteilen Sie die folgende Situation: Ein Arzt behandelt einen 79jährigen krebskranken Patienten, der aus medizinischer Sicht an seiner Krankheit sterben wird. Der Patient hat starke Schmerzen und bittet den Arzt, ihm so bald wie möglich eine Spritze zu verabreichen, die zu seinem sofortigen Tod führt. Soll der Arzt den Patientenwunsch erfüllen? (ja/nein)“ (Stronegger & Freidl 2010)

9 Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 26.11.2010

Einstellungen und Argumente in der
aktuellen Diskussion zur Sterbehilfe
anhand des Philosophen Peter Singer
Eva Kogler