

**Landesethikomitee - Die Sorge um ein menschenwürdiges Sterben....  
Vortrag am 7.11.2003 von Prof. Dr. Karl Golser**

**EUTHANASIE - Ausdruck für ein menschenwürdiges Sterben?**

**1. Härtefälle der letzten Zeit bereiten den Weg für die Euthanasie**

Ausgehen möchte ich von einem Fall, der am vergangenen Sonntag, 2. November, zwei volle Seiten des „Alto Adige“ gefüllt hat. In Ville del Monte bei Tenno im Trentino hatte Marta Parolari, eine 46-jährige Mutter, ihren 28-jährigen schwer behinderten Sohn mit einem Kissen erstickt, weil sie am Ende ihrer Kräfte war und nicht mehr ansehen konnte, wie ihr Sohn immer schlechter wurde, kaum mehr aß und auch immer aggressivere Reaktionen hatte. Die Frau hatte sich bisher vorbildlich um ihr behindertes Kind gekümmert, ihr Mann hatte sie wegen dieser großen Belastung verlassen, sie fühlte sich allein gelassen. Der Staatsanwalt hatte in einem ersten Kommentar von „eutanasia pietosa“ gesprochen, obwohl das italienische Gesetz diesen Akt einen „omicidio volontario aggravato“ einstuft und dafür mehrjährige Gefängnisstrafen vorsieht. Oft aber geschieht es, dass in den nachfolgenden Prozessen, die mit großer Medienaufmerksamkeit verfolgt werden, die Strafe drastisch vermindert oder gar ganz erlassen wird. Ein Psychiater kommentierte diesen Fall als einen „atto di amore“.

Zehn Tage zuvor stand im „Corriere della Sera vom 23.10.2003 wiederum ein ganzseitiger Bericht über einen römischen Advokaten, der seine an Alzheimer Krankheit erfasste Frau erschossen hatte, weil er nicht mehr ansehen konnte, wie es mit seiner Frau abwärts ging, wie sie ihn nicht mehr erkannt hat. „Mi diceva: ma tu chi sei? L'ho abbracciata, poi ho sparato“. Der Advokat erklärte dann der Zeitung, er hoffe, dass dadurch die Diskussion über die gesetzliche Zulassung der Euthanasie eröffnet werde.

Wieder ein paar Tage vorher, am 18. Oktober 2003 gab es in der Zeitung „La Repubblica“ einen Bericht, dass in Mailand ein Vater bei Gericht jetzt durchsetzen möchte, dass bei seiner seit 1992 im Wachkoma bzw. im neurovegetativen Zustand befindlichen Tochter die künstliche Ernährung mit Magensonde abgebrochen werde, damit sie endlich sterben könne. Die Frage ist: Handelt es sich bei der künstlichen Ernährung um eine Therapie, für die man zustimmen müsste oder um eine jedem Menschen gebührende Pflege?

Ein ähnlicher Prozess läuft zur Zeit in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Florida. Hier geht es um eine Komapatientin, die seit dem Jahre 1990 mit flüssiger Nahrung versorgt werden muss. Ihr Mann, der allerdings schon längst eine andere Lebensgefährtin hat und auch die Prämie einer hohen Lebensversicherung einstecken möchte, kämpft vor Gericht darum, dass man die Ernährung abstellen kann, die Eltern dieser Frau, die strenge Katholiken sind,

kämpfen darum, dass sie weiter leben darf und erheben den Vorwurf, man habe die mögliche Rehabilitation unterlassen. Das Gericht hatte dem Mann bereits stattgegeben, so dass am 15. Oktober die Ernährung abgebrochen wurde, aber die Eltern hatten es beim Gouverneur von Floria Jeb Bush, dem Bruder des Präsidenten George Bush, erreicht, dass dieser Gerichtsbeschluss aufgehoben wurde (vgl. FAZ, 10. und 18.10.03, sowie Corriere della Sera 23.10.03).

Am meisten Aufheben hatte im September ein Fall in Frankreich erregt. Eine Mutter hat ihrem Sohn, der seit einem Verkehrsunfall im Jahre 2000 gelähmt, stumm und blind war, eine Giftspritze verabreicht. Der Sohn war im Koma ins Krankenhaus eingeliefert worden, die Ärzte aber hatten beschlossen, nicht mehr zu intervenieren, um den klar geäußerten Todeswillen zu respektieren. Der Sohn Vincent Humbert hatte nämlich mit Hilfe der Mutter schon im Jahr 2002 einen Brief an den Staatspräsidenten Chirac gerichtet mit der Bitte, ihn sterben zu lassen. Daraus war dann ein Buch mit dem Titel entstanden „Je vous demande le droit de mourir“, das gleichzeitig mit der praktizierten Euthanasie veröffentlicht wurde. Auch in Frankreich ist die Euthanasie gesetzlich untersagt, aber der frühere französische Gesundheitsminister Bernard Kouchner hat seine Bewunderung für die Mutter ausgesprochen und diesen Akt als eine Geste der Zärtlichkeit bezeichnet (vgl. Berichte in der FAZ 26.9. und Corriere della Sera 27.9.2003).

Bezugnehmend auf diesen Fall hat in der Süddeutschen Zeitung vom 29.10.2003 der bekannte Schriftsteller Walter Jens, der schon im Jahre 1995 zusammen mit Hans Küng ein Plädoyer für die Euthanasie veröffentlicht hatte<sup>1</sup>, folgendes geschrieben: „So unabdingbar die Ergänzung der kurativen durch die palliative Medizin ist und so dankbar wir der Hospizbewegung sein müssen: überzeugend und trostreich ist das vorausdenkende Eingehen auf die die letzte Stunde erst dann, wenn den Ärzten das Recht zugestanden wird, Menschen wie Vincent Humbert in auswegloser Lage Samariterhilfe zu leisten, ohne für ihre Tat bestraft zu werden.“ Mit dieser Samariterhilfe ist hier die Tötung gemeint bzw. die Euthanasie.

Es ist augenscheinlich, dass solche Berichte, vor allem wie aufgemacht sind, die öffentliche Meinung beeinflussen, in dem Sinne, dass immer mehr Menschen in Europa sich für die legale Zulassung der Euthanasie aussprechen, so wie es in den Niederlanden und Belgien schon geschehen ist.

Aber versuchen wir jetzt, einmal die Begriffe zu klären:

---

<sup>1</sup> Vgl. Jens, Walter, Küng, Hans, Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, Piper V., München-Zürich 1995

## 2) Terminologische Klarstellungen

Es gibt nämlich kaum ein Wort, das begrifflich so unklar und missverständlich gebraucht wird wie Euthanasie und das deutsche Äquivalent Sterbehilfe.

Zuerst das Wort **Euthanasie**: Es leitet sich ja vom Griechischen ab und bedeutet wörtlich guter Tod. Gemeint war damit ein leichtes Sterben, oft auch ein glücklicher und ehrenhafter Tod („felici vel honesta morte mori“). Der Dichter Suetonius hat in seinem „Caesarenleben“ um 120 n. Chr. einen solchen Tod beim Kaiser Augustus beschrieben. Niemals aber wird in der Antike Euthanasie in Verbindung gebracht mit der Tötung, sei es mit dem Aussetzen von Kindern, sei es auch mit der im Eid des Hippokrates verbotenen Beihilfe zur Selbsttötung.

Im ganzen mittelalterlichen Latein kommt Euthanasie überhaupt nicht mehr vor. Sie taucht als Begriff erst im Jahre 1623 wieder auf in der Schrift „De dignitate et augmentis scientiarum“ bei Francis Bacon, der eine „euthanasia interior“ unterscheidet, d.i. die innere Vorbereitung des Menschen auf seinen Tod, und eine „euthanasia exterior“, das sind alle ärztlichen Maßnahmen, die dem Kranken das Sterben erleichtern, vor allem ist damit gemeint die Schmerzstillung.

Man muss bis zum Ende des 19. Jahrhunderts warten, bis man zum modernen Gebrauch des Wortes gelangt, das nun vorwiegend das Beenden eines Lebens bedeutet, das sinnlos ist oder sinnlos geworden ist. Hierfür spielten der Sozialdarwinismus eine Rolle, aber auch die Befürwortung des Freitods durch gewisse Philosophen. Es gab auch in anderen europäischen Ländern verschiedene Publikationen, die sich für eine schmerzlose Tötung von unheilbar Kranken, vor allem von geistig Kranken aussprachen. Im Nationalsozialismus wurde dies während des Krieges in die Tat umgesetzt, so dass auf diese Weise weit über 70.000 Menschen getötet wurden. Der Nürnberger Ärzteprozess von 1946/7 hat sich damit ausführlich auseinandergesetzt.

Der Schock über diese Untaten blockierte in Deutschland eine Diskussion über die Euthanasie bis in die siebziger Jahre, während sie in anderen Ländern, vor allem im angelsächsischen Raum ununterbrochen weitergeführt wurde. So wurde schon im Jahre 1935 eine Gesellschaft für Euthanasie in den Vereinigten Staaten von Amerika gegründet, nach dem Kriege folgten ähnliche Vereinigungen in England und in Frankreich.

Allgemein kann man sagen, dass die Diskussion in den siebziger Jahren in eine neue Phase getreten ist, nachdem verschiedene spektakuläre Einzelfälle bekannt geworden sind. Die Diskussion ist so auch im deutschen Sprachraum wieder aufgenommen worden, wobei man sich aber, um sich von den nationalsozialistischen Praktiken abzusetzen, vorwiegend des Begriffes der **Sterbehilfe** bedient.

Auch dieser Begriff ist nicht klar. Deshalb möchte ich vorab unterscheiden:

1. Sterbehilfe als Hilfe *im* Sterben, man könnte hierfür auch den Begriff Sterbebegleitung oder Sterbebeistand gebrauchen. Sie umfasst neben dem menschlichen und seelsorglichen Beistand auch alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, die dem Kranken das Sterben erleichtern. Eine solche Sterbehilfe ist Ausdruck der Solidarität und auch von der christlichen Morallehre nicht nur erlaubt, sondern geboten.

2. Sterbehilfe als Schmerztherapie unter Inkaufnahme einer möglichen *Lebensverkürzung*. Man hat dies auch *indirekte* Euthanasie genannt. Das Problem besteht darin, dass gewisse Dosen von Schmerzmitteln, besonders von Morphinpräparaten, als ungewollten Nebeneffekt eine lebensverkürzende Wirkung haben können. Die Frage wurde z.B. Papst Pius XII. gestellt, der sie im Lichte der traditionellen Moraltheologie dahin löste, dass man eine Handlung mit Doppelwirkung in Kauf nehmen könne, wenn das direkt angestrebte Ziel einzig die Linderung der Schmerzen sei, während der Nebeneffekt der möglichen Lebensverkürzung zwar gewusst, aber eigentlich nicht intendiert bleibt. Inzwischen haben sich die Schmerztherapie und die palliative Medizin so entwickelt, dass heute diese verschiedenen und auf den Patienten selbst abgestimmten Kombinationen von Medikamenten durch ihre beruhigende und den Organismus stabilisierende Wirkung das Leben eher verlängern als verkürzen, auch wenn es dabei bleibt, dass Morphin in einer bestimmten Dosierung durchaus lebensverkürzend ist.

Auch die im Jahr 1995 veröffentlichte Enzyklika „Evangelium vitae“ von Papst Johannes Paul II. spricht lobend von den „palliativen Behandlungsweisen“ und nimmt Bezug auf die Unterscheidung von Pius XII., wobei sie auch betont, dass man nicht ohne schwerwiegenden Grund die Sterbenden des Bewusstseins berauben dürfe. „Die Menschen sollen vor dem herannahenden Tod in der Lage sein, ihren moralischen und familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, und sich vor allem mit vollem Bewusstsein auf die endgültige Begegnung mit Gott vorbereiten können“ (EV Nr. 65).

3. Sterbehilfe als *Sterbenlassen*. Im Grunde handelt es sich um den Verzicht auf künstliche, lebensverlängernde Maßnahmen oder um den Abbruch einer bereits eingeleiteten Behandlung, wenn der ursprünglich intendierte Heilerfolg nicht mehr erreicht wird. Manchmal wird dafür auch der Begriff *passive* Euthanasie verwendet.

Was gemeint ist, wird deutlicher, wenn man sich gegen einen „therapeutischen Übereifer“ („accanimento terapeutico“) ausspricht und wenn man - dafür ist allerdings oft eine sorgfältige Analyse der einzelnen Fallgeschichten verlangt - die Frage von Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch diskutiert.

Die schon genannte Enzyklika „Evangelium vitae“ fasst die früheren lehramtlichen Stellungnahmen<sup>2</sup> folgendermaßen zusammen:

„Von ihr (der Euthanasie) zu unterscheiden ist die Entscheidung, auf 'therapeutischen Übereifer' zu verzichten, das heißt auf bestimmte ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation des Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind. In diesen Situationen, wenn sich der Tod drohend und unvermeidlich ankündigt, kann man aus Gewissensgründen 'auf (weitere) Heilversuche verzichten, die nur eine ungewisse und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Bemühungen unterlässt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden'. Sicherlich besteht die moralische Verpflichtung, sich pflegen und behandeln zu lassen, aber diese Verpflichtung muss an den konkreten Situationen gemessen werden; das heißt, es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“ (EV Nr. 65).

4. Als vierte und eigentliche Verwendung der Begriffe Sterbehilfe bzw. Euthanasie ist schließlich die direkte Hilfe zum Sterben gemeint, also die aktive Herbeiführung des Todes oder die gewollte Beschleunigung des Sterbevorgangs, wie sie z.B. durch die Injektion eines todbringenden Mittels erfolgen kann. Meistens wird für die Definition einer solchen Art von Euthanasie verlangt, dass die Herbeiführung des Todes auf das Verlangen des Patienten hin geschieht. Bedenkenswert ist, dass in den Niederlanden, wo ja ab 1. April 2002 das Gesetz zur „Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ in Kraft getreten ist, aufgrund der von der Regierung selbst veröffentlichten Daten in einem Viertel der Fälle die Lebensbeendigung auch ohne ausdrücklich vom Patienten geäußertes Verlangen geschehen ist.

5. Man müsste als letzte Form auch die Beihilfe zum Suizid erwähnen, welche in den Niederlanden und in Belgien zusammen mit der aktiven Euthanasie depenalisiert worden ist und z.B. auch in der Schweiz nicht unter Strafe steht. Manchmal wird auch diese als indirekte Euthanasie bezeichnet, was aber nicht korrekt ist, denn „direkt“ und „indirekt“ bezieht sich auf die Intention des einzelnen Handelnden, ebenso auch „aktiv“ und „passiv“ auf den Modus der Handlung selbst, aber immer eines einzelnen Handelnden, während bei der Beihilfe zum Suizid es sich um zwei oder mehrere Handelnde handelt. Korrekterweise müsste man hier von der Kooperation, der Mitwirkung zu einer

---

<sup>2</sup> Es sind vor allem die Ansprachen Pius' XII. und die „Erklärung über die Euthanasie“ der Kongregation für die Glaubenslehre vom 5. Mai 1980. Letzterer Text wird auch direkt zitiert.

Handlung sprechen, die formal oder material sein kann, je nachdem ob man mit dem Tun des Haupthandelnden einverstanden ist oder nicht.

### 3) Unterschiedliche ethische Theorien

Diese Unterscheidungen sind getroffen worden auf Grund einer langen ethischen Tradition der sogenannten Aktanalyse, indem also die Handlung eines Menschen genau nach ihren Elementen analysiert wird, also nach dem Objekt der Handlung selbst (finis operis), nach der Intention des Handelnden (finis operantis), nach den Umständen („circumstantiae“) und den Folgen der Handlung („consequentiae“). In dieser Tradition wurde dann auch das „Adagium“ geprägt: „Bonum ex integra causa, malum ex quovis defectu“. Damit eine Handlung gut ist, müssen alle Elemente der Handlung gut sein, während es genügt, dass nur ein Element schlecht ist, um die ganze Handlung selbst schlecht zu machen.

Zum Beispiel wird das Almosengeben, das von seinem Objekt her eine gute Sache ist, schlecht, wenn es mit einer schlechten Intention verkoppelt ist, um z.B. jemanden zu verführen. Das wichtigste dieser Handlungselemente ist das Objekt der Handlung selbst, d.h. man geht davon aus, dass gewisse Handlungen schon von ihrem Objekt her so determiniert sind, dass sie immer schlecht sind. In diesem Sinne ist Lügen oder das Morden immer schlecht, weil schon im Objekt der Handlung eine moralische Qualifikation enthalten ist. Um sich neutral auszudrücken, um also bloß den äußeren Tatbestand ohne moralische Qualifikation zu beschreiben, müsste man deshalb von einer Falschaussage oder vom Töten sprechen.

Man kann auch aufgrund der langen sittlichen Erfahrung das Objekt einer Handlung so eingrenzen, dass die Handlung unter allen Umständen als schlecht angesehen werden muss. In der Tradition wurde deshalb das Tötungsverbot so eingegrenzt, indem man sagte „Man darf niemals direkt einen unschuldigen Menschen töten“. In diesem Sinn hat man den Tatbestand der Notwehr ausgeschlossen, denn der Angreifer ist eo ipso schuldig, und ebenso die Fälle, wo etwas Gutes intendiert wird, aber der Tod als Folge in Kauf genommen wird. So hat man z.B. die Entfernung des von einem Tumor befallenen Uterus einer schwangeren Frau von der direkten Intention der Heilung und Lebensrettung her gerechtfertigt, auch wenn dabei als Folge der Tod des Fötus in Kauf genommen wird.

All diese Begriffsbestimmungen und Unterscheidungen beruhen nun auf ontologischen Vorentscheidungen, indem davon ausgegangen wird, dass gewisse Dinge von vornherein gut und gewisse Dinge schlecht sind, weil sie gegen das integrale Wohl der menschlichen Person sind<sup>3</sup>, wobei der Mensch selbst auf das

<sup>3</sup> "Was zu tun und zu lassen ist, bestimmt sich letztlich vom **Wohl der menschlichen Person** her. Der sittliche Anspruch ist von ihm her zu erkennen und zu begründen. Gut und darum zu tun ist, was dem personalen Wohl des Menschen entspricht und dient, was ihn als Menschen fördert, sein Menschsein entfaltet, ihn mehr und besser Mensch sein läßt. Umgekehrt ist alles, was dem Wohl der Person schadet, was die personale Entfaltung

Gute hin ausgerichtet verstanden wird, nämlich in schon vorgegebene Schöpfungsordnungen eingebunden.

In der bioethischen Prinzipienlehre würde dies dem obersten Prinzip entsprechen „Primum nil nocere“, also dem Prinzip, dass man vor allem dem Patienten nicht schaden dürfe. Wobei vorausgesetzt wird, dass das bewusste Töten eines unschuldigen Menschen immer ein Schaden ist, der durch nichts gerechtfertigt ist. So heißt es auch im hippokratischen Eid „Ich werde auch niemandem eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, auch nie einen Rat in dieser Richtung erteilen“.

Das Benefizienz-Prinzip bzw. das Prinzip des Nutzens oder Wohltuns ist diesem untergeordnet, in dem Sinne, dass es Aufgabe des Arztes ist, seinen Patienten zu heilen bzw. seine Leiden zu lindern und ihn in Gesundheit und Krankheit bis hin zu seinem natürlichen Tod zu begleiten. Man sollte diese Sicht nicht vorschnell als Paternalismus bezeichnen, dass also der Arzt alleine entscheidet, was seinem Patienten gut tut, sondern Arzt und Patient fühlten sich in der traditionellen Sicht vorgängigen sittlichen Ordnungen unterworfen. Was unethisch ist, war von vornherein bestimmt, so dass es hier absolute Grenzen für das Handeln gegeben hat.

Diese ontologische Zuordnung zwischen dem Wahren (einer Seinsordnung, die es zu erkennen gilt) und dem Guten wurde schon ab dem ausgehenden Mittelalter durch den Nominalismus in Frage gestellt, indem das Gute nur mehr dem Wollen zugeordnet wurde („bonum quia iussum, malum quia prohibitum“, Wilhelm von Ockham, 1290-1349). Ab der Aufklärungszeit wird dann das Gute immer stärker in der sittlichen Selbstbestimmung des Subjektes, in seinem guten Willen gesehen.

Bei Immanuel Kant ist diese Autonomie immer aber bezogen auf das Prinzip der Universalisierung (vgl. den sogenannten „kategorischen Imperativ“: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie allgemeines Gesetz werde“). In der angelsächsischen Tradition des Utilitarismus, die in bestimmten laizistischen nun dominierend ist, richtet sich alles nach dem „Utile“, nach dem Nutzen des Subjektes ist. Eine Handlung gilt dann als gut und gerechtfertigt, wenn sie im Vergleich mit anderen Handlungsalternativen die größte Anzahl positiver, im Grunde nicht-moralischer Werte, wie z. B. Glück, Reichtum, Gesundheit, Schönheit, Wissen usw., hervorbringt.

#### 4) Das Argument der Autonomie

Es ist nun heute so, dass in der bioethischen Diskussion eindeutig die Autonomie des Subjektes zum obersten Prinzip aufgerückt ist, dass also der Patient es ist,

---

verhindert, verzögert oder vermindert, das sittlich Negative, das darum nicht zu tun, sondern zu lassen ist. Ob etwas gut oder böse ist, hängt ab von seiner Wirkung auf die menschliche Person. daran ist alles zu messen, ob und wie weit es den Menschen selber wachsen lässt oder zumindest vor Verkümmern bewahrt“, so Helmut Weber, Allgemeine Moralthologie, Graz: Styria 1991, 154.

ohne dessen Einwilligung, ohne dessen informierten Konsens keine therapeutische Handlung an ihm vollzogen werden darf. Dies ist auch richtig so, weil es letztendlich um das eigene Leben, um das eigene Wohlbefinden des Patienten selbst geht. Es geht hier um Grunde um ein Veto-Recht des einwilligungsfähigen und mündigen Patienten.

Die Frage ist nur, ob auch positiv der Wille des Patienten ausschlaggebend sein kann, ob also im Patienten-Arzt-Verhältnis der Arzt diesen Willen zu erfüllen hat. Konkret eben den Willen, nicht mehr leben zu wollen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Als Grund dafür wird zumeist unerträgliches Leiden genannt, also ein Urteil über eine Lebensqualität, die nicht mehr zuzumuten ist. Wenn der Patient unter diesen Umständen selbst seinem Leben ein Ende setzt, dann müsste man sich eines Urteils enthalten. Freilich könnte man sich hier fragen, ob dies auch Ausdruck der Autonomie des Patienten ist, denn in vielen Fällen wird die Freiheit des Patienten eingeschränkt sein.

Aber man kann nicht ausschließen, dass es in gewissen Fällen auch einen sogenannten „Bilanz-Suizid“ gibt, dass also der Patient unter Abwägung aller Gründe zum Schluss kommt, es habe für ihn keinen Sinn mehr weiterzuleben. Ich denke hier z.B. an einen Arzt, der angesichts einer bestimmten Diagnose ziemlich genau weiß, was auf ihn zukommen wird und deshalb beschließt, mit seinem Leben Schluss zu machen.

Dabei spielt heute das Argument der eigenen Würde eine große Rolle, die es nicht zulassen kann, total die eigene Selbstbestimmung, auch die Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen zu verlieren. Bei vielen spielt freilich auch die Angst vor körperlichen Schmerzen eine große Rolle, obwohl diese - ich meine die physischen Schmerzen - unter Anwendung der modernen Schmerztherapie doch größtenteils behoben werden können. Aber es gibt auch seelische Schmerzen, eine sehr komplexe Leidenssituation: Ich meine damit gerade das Allein-Gelassen-Werden, die vielen Ängste vor dem, was auf einen zukommt und zugleich die Schwierigkeit und oft auch die Unmöglichkeit, mit anderen über die eigenen Ängste zu reden, der Wille, den anderen nicht ungebührlich zur Last zu fallen und deren autonome Lebensgestaltung zu beeinträchtigen.

In theologischer Perspektive müssen wir dem entgegenhalten, dass der Mensch als dialogisches Wesen verstanden wird. Es gibt die dialogische Grundsituation zwischen den Menschen: so wie der Mensch in seiner Anfangsphase ganz in einen Dialog eingebettet ist, so sollte dieser Dialog auch greifen, wenn es dem Ende zugeht und die eigene Autonomie immer mehr abnimmt. Und vor allem gibt es den Grunddialog zwischen Mensch und Gott. Die Theologie versteht die Existenz des Menschen als getragen vom liebenden Ja des Schöpfers und Erlösers, das erhalten bleibt und das auch den dunklen Dimensionen des Leids und der Verlassenheit noch einen letzten Halt gibt, weil der Erlöser selbst auch hier uns solidarisch geworden ist.

Für sehr viele sind aber die Antworten der christlichen Religion zu Sterben und Tod kein tragender Lebenshintergrund mehr. Von den meisten Menschen unserer Gesellschaft wird zwar irgendwie ein Fortleben nach dem Tode angenommen oder bei allen Zweifeln doch mit dieser Eventualität gerechnet, aber man kann sich darunter wenig vorstellen. Die Aussagen, dass sich im Tod die Seele vom Leibe trennt, dass es ein persönliches Gericht in der Begegnung mit Gott, dem Schöpfer gibt, wirken merkwürdig blass. Erst recht können viele mit Himmel, Hölle und Fegfeuer und mit der Auferstehung der Toten nicht viel anfangen. Es muß auch gesagt werden, dass darüber relativ wenig oft gepredigt wird, ebenso dass die entsprechenden Ausführungen der Dogmatik in der theologischen Ethik, die sich mit dem Lebensende befasst, kaum eine Rolle spielen.

Dennoch lässt sich die Frage nicht umgehen, die der Mensch stellt, wenn er weiß, dass er in absehbarer Zeit sterben muss, nämlich die: Was geschieht mit mir? Es ist eine Frage, auf die niemand eine erschöpfende Antwort geben kann, weil eben keiner vom Sterben zurückgekehrt ist, um davon zu erzählen. Es bleibt so ein unaufhellbares Dunkel, das Angst macht.

Das menschliche Leben ist ein Hingehen auf den Tod, es besteht so eine Anziehung vom Tod her und zugleich eine Abstoßung. Deswegen verstecken sich menschliches Leben und der Tod ständig, bis es zur Begegnung im individuellen Sterben des Menschen kommt. Die Philosophen und die Theologen haben darüber nachgedacht, zu erklären, was dabei geschieht. Es ist sicherlich falsch und würde von einem nicht mehr tragbaren Dualismus sprechen, wenn man sagen wollte: Der Tod geht nur den menschlichen Leib an, der eben zerfällt; die unsterbliche Seele werde davon nicht berührt. Nein, der Tod geht sicherlich auch die Seele an. Der ganze Mensch stirbt. Er erleidet den Tod und ist wohl auch aktiv dabei. Aber wie?

Die plausibelste Erklärung, die ihre Grundlagen bei Augustinus, aber auch beim modernen Philosophen Lévinas hat, scheint mir folgende sein, die eben von der Beziehung ausgeht<sup>4</sup>. Wenn ich mit einem Menschen in einer tiefen Liebesbeziehung stehe und dieser Mensch dann stirbt, dann erlebe ich selbst zutiefst dieses sein Sterben. Es stirbt gleichsam in mir etwas ab. Ich weiß: Nie mehr werde ich seine Stimme hören, werden sein Augen mich anblicken, werde ich ihn leibhaftig erleben. Ich erfahre dabei, dass auch ich einmal sterben werde. Zugleich trägt mich das Wissen, dass diese Beziehung nicht ausgelöscht wird. Sie lebt fort, auch mit dem Verstorbenen bin ich noch in einem Dialog. Von daher kommt auch die Überzeugung bei allen Religionen und primitiven Völkern, dass die Verstorbenen irgendwie fortleben.

Wenn diese meine Beziehung dann noch eingebettet ist in einen lebendigen Dialog mit Gott, dann weiß ich, dass dieser mein Verstorbener nun bei Gott ist, ja dass ich ihn nach meinem Tod wieder erreichen werde. Wir werden auferstehen, wie auch immer wir uns dies vorstellen können. Die Gemeinschaft unter den

---

<sup>4</sup> Vgl. hierzu C. ZUCCARO, op. cit. 76.

Menschen und mit Gott wird fort dauern. Es ist symptomatisch, dass die Sterbegebete unserer Kirche - und darauf nimmt auch Kübler-Ross Bezug - gerade diese gemeinschaftliche Dimension aussprechen, wenn wir bei der Beerdigung den Hymnus singen. „Zum Paradiese mögen Engel dich geleiten, die Heiligen dir entgegenkommen, usw.“.

Welches Fazit können wir aus dieser Überlegung ziehen? Wohl vor allem die Einsicht, dass die Angst vor dem Sterben dann gelindert wird, wenn der terminale Patient in gute menschliche Beziehungen eingebettet ist, wenn einführende Menschen ihn bis zur Schwelle des Todes begleiten, wenn er über alles, was ihn bedrückt sprechen kann, wenn auch noch Versöhnung und Wiederherstellung menschlicher Beziehungen geschieht. Es war sicherlich Ausdruck dieses Wissens, wenn es Brauch und sehnlichster Wunsch im Mittelalter war, inmitten liebender Menschen zu sterben. Jeder hatte sogar Zugang zum Sterbebett, um mit den Angehörigen zu beten. Eine der häufigsten Darstellungen z.B. auf unseren Flügelaltären ist das Sterben Mariens inmitten der zwölf Apostel.

Der in unserer Gesellschaft immer stärker geäußerte Wunsch nach Euthanasie kann in diesem Sinn auch als Versagen unserer Gesellschaft interpretiert werden, welche unfähig ist, diese Gemeinschaft herzustellen und so den sterbenden Menschen in all seiner angstbesetzten Einsamkeit zurücklässt.

### 5) Das Argument der Gerechtigkeit

Was bis jetzt ausgeführt wurde betrifft die Situation des Patienten allein, der sein Leben beenden möchte, also letztendlich die Suizidproblematik. Bei der Beihilfe zum Suizid und bei der aktiven Euthanasie geht es aber immer um zwei Handelnde bzw. um zwei Willensäußerungen. Neben dem autonomen Willen des Patienten gibt es auch den Willen des Arztes, der sein eigenes Gewissen und seine eigenen ethischen Prinzipien und seine Deontologie hat.

Es ist demnach keine saubere ethische Lösung sein, wenn der Arzt seine Kompetenz und seine Dienstleistungen einfach dem Willen des Patienten unterordnet und zum Erfüllungsgehilfen seiner Wünsche wird. Die Medizin würde hier ihre eigene Autonomie aufgeben. Die meisten deontologischen Codices räumen so dem Arzt eine Letztentscheidung zu, nicht nur für die Aufnahme, die Unterlassung und auch den Abbruch entsprechender Therapien, sondern auch in der Interpretation des mutmaßlichen Willens des Patienten, je nachdem in welchem Grad ein Patient auch einwilligungsfähig ist.

Was nun die ethische Entscheidungsfindung betrifft, so sehe ich tendenziell einen etwas verschiedenen Ansatzpunkt zwischen dem Arzt in seiner Tätigkeit und dem Ethiker.

Der Arzt geht in seinem Wertbewusstsein, das ja sein ethisches Urteil prägt, vor allem von Einzelfällen aus. Er erfährt die Not des Patienten, er hat

Gespräche mit den Angehörigen und er möchte konkret helfen. Von daher ergibt es sich auch, dass die Erfahrungen in diesen Notsituationen ihn sehr beeinflussen. Der Arzt erfährt so immer wieder einen spezifischen Leidensdruck und befindet sich in sehr speziellen Entscheidungssituationen, die sich als besondere Härtefälle nicht immer von allgemeinen Normen abdecken lassen. Gerade die ärztliche Disziplin hat immer diese Letztentscheidung nach bestem Wissen und Gewissen betont.

Der Ethiker und wohl auch der Jurist gehen hingegen von allgemeinen Normen aus und fragen sich, welche Auswirkungen bestimmte Normen und bestimmte Verhaltensweisen auf die Gesamtgesellschaft haben. Der Ethiker weiß zwar, dass allgemeine Gesetze nie jede Einzelsituation abdecken können, aber er findet es auch problematisch, wenn man von gewissen extremen Härtefällen ausgeht, dies eventuell auch in den Medien ausschlichtet, um daraufhin Druck auszuüben, dass auch die Normen geändert werden.

Es gibt nämlich eine sittenbildende Kraft der Normen und auch der entsprechenden staatlichen Gesetze. Auch ist es so, dass gewisse Unterscheidungen, so richtig sie auch in der Theorie sein können, von der breiten Bevölkerung nicht rezipiert werden. Das Paradebeispiel dafür ist die gesetzlich vorgesehene Straffreiheit für den Schwangerschaftsabbruch in bestimmten Fällen. Was gesetzlich nicht mehr bestraft wird, wird dann ziemlich bald als sittlich erlaubt, ja sogar als Rechtsanspruch verstanden.

Eine ähnliche Entwicklung kann sich wegen der gesetzlichen Straffreiheit für die Beihilfe zum Suizid und für die aktive Euthanasie ergeben. Deshalb ist das Argument des slippery slope, der sogenannten schiefen Ebene durchaus stichhaltig. Durch das scheinbar schrittweise Nachgeben in einzelnen Situationen, durch verschiedene Ausnahmeregelungen für besondere Härtefälle würde man allmählich den Lebensschutz für alle Menschen in allen Lebenslagen untergraben. Der Medizinethiker fragt deshalb zurecht, welche Auswirkungen eine vom Gesetz vorgesehene Straffreiheit für Beihilfe und aktive Euthanasie für das Arzt-Patientenverhältnis selbst hat, noch dazu wenn er zur Kenntnis nehmen muss, dass es in den Niederlanden auch viele Fälle einer Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten gegeben hat, ja dass dort die vom Gesetz intendierte Kontrolle dieser Praxis nicht greift, weil ein großer Prozent der Ärzte die vorgesehene Meldung unterlässt<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Im Jahr 1990 sind nur 18% und im Jahr 1995 41 % der Euthanasiefälle an die Staatsanwaltschaft gemeldet wurden. Das heißt, dass bei einer großen Zahl von Patienten die rechtlichen Euthanasiebestimmungen missbraucht oder negiert wurden. Auch das neue Gesetz wird dem wohl kaum Abhilfe schaffen können. Wenn man die Zahlen von 1995 hernimmt, so haben also 59% der Ärzte die Todesbescheinigungen gefälscht. Ebenso belegt eine Studie, dass bei den Ärzten, die ihre Fälle nicht gemeldet haben, sie in 82% der Fälle keinen zweiten Kollegen konsultiert haben. Damit werden also die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltskriterien übergangen. Dies ergibt sich aus einer 1995 durchgeführten Studie von Gerrit van der Wal und Paul J. van der Maas: Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure, Den Haag 1996, von der ausführlich berichtet Fuat S. ODUNCU, Begleiten statt töten, in: Stimmen der Zeit 219 (2001,8), 520-532.

Die Folge davon ist eine diffuse Angst bei älteren Patienten, der Arzt könnte in Absprache mit den eigenen Angehörigen, welche die Begleitung von Pflegefällen als unzumutbar empfinden, entscheiden, ihr als nicht mehr der Lebensqualität entsprechend eingestuftes Leben zu beenden<sup>6</sup>. Ebenso fragt es sich, ob nicht auch der Arzt selbst seine Autonomie verlieren kann, indem er dann immer stärker unter gesellschaftlichen Druck gerät, wenn es keine absoluten ethischen Grenzen mehr gibt für sein Tun in dieser delikaten Lebensphase.

Der Ethiker, der sich vor allem mit Rechtsfragen beschäftigt, fragt sich auch, ob ein Staat neben der Garantie für die Freiheitsentscheidungen seiner eigenen Bürger, sofern dadurch nicht Dritte geschädigt werden, nicht auch eine Gemeinwohlverpflichtung hat. Als oberstes Prinzip für das Gemeinwohl wurde bis jetzt immer der Schutz des Lebens aller Bürger angesehen, als äußerste Grenze, damit nicht das Faustrecht sich durchsetzt. Der Druck durch wirtschaftliche Kosten für die Pflege in der terminalen Phase und eben auch durch selbstbestimmte Menschen, die ihre Lebenspläne nicht durchkreuzen lassen wollen und sich weigern, sich vorzeitig mit Leiden und Tod auseinanderzusetzen, wird nämlich immer größer.

Es fragt sich nur: Welche Gesellschaft wollen wir? Eine Gesellschaft, in der das Faustrecht dominiert, dass also die Starken - hier die Gesunden und Leistungsstarken - sich durchsetzen und anderen Menschen, die eindeutig zur Last geworden sind, wegen mangelnder Lebensqualität absprechen oder eine Gesellschaft, die getragen ist vom Respekt und der Ehrfurcht vor dem Leben und Sterben jedes Einzelnen?

Eine Gesellschaft aber auch, die weiß, dass man die letztere Einstellung nicht durch Gesetze erzwingen kann, sondern durch mühevollen Erziehungsarbeit, durch das Eingehen und Begleiten der Menschen in ihrer letzten Lebensphase, durch das Heranlassen der Beschäftigung mit dem Sterben sowohl bei den anderen und auch bei sich, eine Gesellschaft, die sich um ethische Grundhaltungen bemüht, die aber zugleich weiß, dass es Situationen gibt, wo Menschen überfordert sind und wo nicht jeder einzelne Fall von vornherein durch Normen und Gesetze abgedeckt sein kann.

Gefährlich aber ist es, wenn man nur extreme Härtefälle diskutiert und von ihnen her die Gesetze ändern möchte, anstatt auf die vielen Beispiele zu schauen, wo die Begleitung dieser Menschen gelingt, wo Menschen durch solche Erfahrungen auch innerlich bereichert werden und das Leben nun mit anderen Augen ansehen.

---

<sup>6</sup> Auf diese Folge haben die niederländischen Bischöfe mehrmals hingewiesen, vgl. Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the Legislative Procedure 1983-2001, Utrecht/Leuven:Peeters, 2002