

„Leben in Würde bis zuletzt...“

Informationen und Materialien zu Sterbehilfe und Euthanasie

Erstellt von Dr. Maria Overdick-Gulden (Trier) und Michael Frisch (Trier) für die Aktion Lebensrecht für Alle e.V. (ALfA)

Letzte Aktualisierung: Februar 2007

Rückfragen oder Anregungen per Email an mifrisch@web.de

Inhalte:

A) Hintergrundinformationen

- 1. Geschichtliche Entwicklung**
- 2. Begriffliche Differenzierung**
- 3. Zur Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe**
- 4. Aktuelle Rechtslage in Deutschland und anderen Staaten**
- 5. Euthanasie an Neugeborenen in den Niederlanden**
- 6. Ethische Probleme im Angesicht des Todes**
- 7. Autonomie des Patienten, Patientenverfügung und „mutmaßlicher Wille“**
- 8. Palliativmedizin und Hospizbewegung**
- 9. Aktive Sterbehilfe pro und contra**

B) Materialien

- 1. Berufsethische Standpunkte**
- 2. Theologisch-philosophische Stellungnahmen**
- 3. Dokumente der Katholischen Kirche**
- 4. Sonstige Stellungnahmen zur Sterbehilfe (Befürworter und Gegner)**
- 5. Erfahrungsberichte aus den Niederlanden**

C) Weiterführende Hinweise

- 1. Literatur**
- 2. Filme**
- 3. Links**

Hintergrundinformationen

1. Geschichtliche Entwicklung und Begriff „Euthanasie“

Der Euthanasiebegriff hat sich im Laufe der Jahrhunderte mehrfach gewandelt. Bis heute gibt es keinen Konsens über seine Bedeutung und seine Anwendung. Das Wort „euthanasia“ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet soviel wie „der gute Tod“ („eu“=gut; „thanatos“=Tod).

Man kann „gut“ leben und kann „gut“ sterben, das wussten eben schon die alten Philosophen. Seneca (4 v. - 65 n. Chr.) z. B. schrieb in seinem Werk „Über die Kürze des Lebens“: „Leben muss man das ganze Leben lernen und, worüber du mehr vielleicht dich wundern wirst, das ganze Leben muss man sterben lernen.“ Man kann als „Held“ ehrenhaft in die Geschichte eingehen, wenn man sich in den „Dienst am Vaterland“ stellt und den „guten Tod“ dabei auf sich nimmt, so dachten und denken noch heute viele Völkergruppen.

Bereits in der vorchristlichen Antike nahm man zum Thema Sterben, Selbsttötung (Suizid) und der sog. Mitleidstötung schwerbehinderter oder schwerstkranker Menschen jedoch ganz unterschiedliche Positionen ein. Der griechische Philosoph Platon (427-347 v.Chr.) vertrat eine am Interesse der Kommune (Polis, „Staat“) orientierte Nichtbehandlung Schwerkranker; er propagierte auch die Tötung schwerbehinderter Säuglinge (Infantizid) durch „Aussetzen“ und er billigte die Selbsttötung Schwerkranker. Dieses Aussetzen von unerwünschten Säuglingen und Kleinkindern war z.B. in der griechischen Stadt Sparta „legal“ und durchaus nicht ungewöhnlich. Dort gab es eine Schlucht „Apothetos“, in welche man diese Kinder warf oder man setzte sie dort aus, um sie ihrem „Schicksal zu überlassen“ oder um „den Dingen ihren Lauf“ zu lassen.

Nach Aristoteles, dem Schüler Platons, dagegen begeht derjenige, der sich selbst (auch bei Krankheit) tötet, ein Verbrechen und verliert das Bürgerrecht auf ordnungsgemäße Bestattung. Ein Bürger dürfe sich der Gemeinschaft nicht verweigern, so der Philosoph. Daher lehnte Aristoteles auch eine ärztlich ausgeführte Euthanasie strikt ab. Andererseits forderte er ein Gesetz, wonach nichts „Verstümmeltes“ aufgezogen werden sollte. Er plädierte also aus „volkshygienischen“ (eugenischen) Gründen für die Früheuthanasie an behinderten Kindern.

Ganz anders wollten Pythagoras (griechischer Philosoph, 6.Jahrhundert v.Chr.) und seine Schüler aus religiösen Gründen „rein“ (asketisch) leben, und sie verlangten, insbesondere die „Heiligkeit des Lebens“ zu respektieren und weder sich selbst noch einen anderen zu töten. Abtreibung wurde ebenso wie der Infantizid (Kindestötung) abgelehnt. Dem vielleicht legendären Arzt Hippokrates wurde eine Sammlung von etwa 60 überkommenen medizinischen Schriften zugeschrieben, auf die sich auch der „Hippokratische Eid“ der Ärzte zurückführt. Wahrscheinlich ist er im 4. Jahrhundert vor Christus im pythagoreischen Geist formuliert worden. Darin heißt es: „Ich will

weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben...In alle Häuser, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen..." Dieser Text erwies sich im Laufe der Jahrhunderte als ethisch beständig und vernünftig. Er hat Wirkkraft bis in die Gegenwart und gilt auch heute noch vielen Ärzten als Grundlage ihres beruflichen Ethos'.

Später wurde vor allem bei qualvollen Leiden eine verstärkte Schmerzbekämpfung durch den Arzt und die intensive Begleitung des Kranken gefordert (Thomas Morus, 1478-1535, englischer Staatsmann und Philosoph, Heiliger der Kath.Kirche) sowie die Erleichterung des Sterbens als „euthanasia medica“ oder „äußere Euthanasie“ („euthanasia exterior“) anempfohlen (Francis Bacon, 1561-1626, englischer Staatsmann und Philosoph, Wegbereiter des Empirismus). Dabei blieb weitgehend offen, ob die Schmerzlinderung auch die Beschleunigung des Sterbens bewirken sollte. Nach Bacon sollte die „innere Euthanasie“, d.h. die Vorbereitung auf den Tod dem Seelsorger oder Verwandten überlassen bleiben.

Der Königsberger Philosoph Immanuel Kant (1724-1804) hat während der Zeit der „Aufklärung“ vor allem an die Pflichten erinnert, die der Mensch sich selbst wie seinem Nächsten gegenüber und vor Gott hat. Sein Urteil ist unmissverständlich: „Die Selbstentleibung ist ein Verbrechen (Mord). Dieses kann nun auch als Übertretung seiner Pflicht gegen andere Menschen (Eheleute), Eltern gegen Kinder, des Untertans gegen seine Obrigkeit oder seine Mitbürger, endlich auch gegen Gott, dessen uns anvertrauten Posten in der Welt der Mensch verlässt, ohne davon abgerufen zu sein, betrachtet werden.“ (Immanuel Kant, Ethische Elementarlehre, 1.Buch, 1.Artikel). Kant behauptet also eine „Pflicht zum Leben“.

Der berühmte Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (geb. 1762) beruft sich ausdrücklich auf den hippokratischen Eid und erklärt: der Arzt „soll und darf nichts anderes thun als Leben erhalten, ... ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn... glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth, und folglich die Unmöglichkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“

Die „Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde“ (1886) erklärt: der Arzt sei „bei allem Streben nach Euthanasie nicht berechtigt..., das Geringste zu thun, was zur Verkürzung des Lebens beitragen kann. Hier hat der Begriff „Euthanasie“ also noch nicht die verengte Bedeutung, die sie im Laufe der Zeit mit der „aktiven Tötung“ des Patienten identifiziert. Gleichwohl war diese Verbots-Position lange allgemeiner ärztlicher Konsens.

Erst im späteren 19. Jahrhundert entwickelte sich ein „biologisch“ begründeter Gegenentwurf, der die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ einforderte. Dieser

eugenische Entwurf forderte die „Ausscheidung des Schwachen“ aus der Gesellschaft (so u. a. die Deutschen Ernst Haeckel, Alexander Tille, Alfred Ploetz). Er wurde durch Darwins Evolutionstheorie und die Philosophie Friedrich Nietzsches ausgelöst und unterstützt. Nietzsche formulierte 1889 in seiner „Moral für Ärzte“: „Der Kranke ist ein Parasit der Gesellschaft. In einem gewissen Zustand ist es unanständig, noch länger zu leben.“ Dies „sollte bei der Gesellschaft eine tiefe Verachtung nach sich ziehen“. Folglich sollten Ärzte „die Vermittler dieser Verachtung“ der „parasitären“ Kranken sein! Dieser Zeittrend mündete in die 1920 -also lange vor den Euthanasie-Verbrechen der Nazis - erschienene „Doppelschrift“ des Strafrechtlers Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ ein. Dazu rechneten die Autoren 3 Patientengruppen: unheilbar Krebskranke mit eigenem Todeswunsch, dann die „unheilbar Blödsinnigen“, einerlei ob sie so geboren oder... so geworden sind“ und drittens „geistig gesunde Persönlichkeiten, die durch irgendein Ereignis... bewusstlos geworden sind“, da sie auch nach einem eventuellen Erwachen „zu einem namenlosen Elend“ verurteilt seien.

Diese Diskussionen blieben in der Weimarer Republik (1919-1933) rein theoretischer Natur. Doch nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde gegen anfängliche juristische Einwände nicht nur das „Zwangssterilisationsprogramm“ nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eingeführt. Vielmehr verfolgte man, allerdings heimlicher, auch ein spezielles „Euthanasieprogramm“, getrennt als „Kinder-“ und „Erwachseneneuthanasieprogramm“. Etwa 5000 bis 8000 Kinder wurden über Amtsärzte in „Fachkliniken“ eingewiesen, „begutachtet“ und dort getötet. Die in der Berliner Tiergartenstraße Nr.4 bei Kriegsbeginn 1939 eingerichtete Zentrale für die „Erwachseneneuthanasie“ übernahm letztlich die Organisation der Verteilung „nicht arbeitsfähiger“ Geisteskranker und Behinderter in die Vernichtungslager. In 6 Tötungszentren wurden von Januar 1940 bis 1. September 1941 mehr als 70.000 Menschen - über ärztliche Vermittlung - vergast. Das ganze Ausmaß dieser unter dem Decknamen „T4“ ablaufenden Tötungsmaschinerie ist bis heute noch nicht bekannt.

Aus dieser Erfahrung von Unmenschlichkeit in Deutschland (Sympathisanten zu diesem Konzept gab es auch in vielen Nachbarländern) wurde in den USA auch die nach 1947 noch von Bürgern eingeforderte „Euthanasie mit Einwilligung“ abgelehnt. Die Ärztin Alice Platen-Hallermund (Buchautorin von „Die Tötung Geisteskranker in Deutschland“ von 1947) schrieb: „Diese freiwillige Euthanasie, die als so human gepriesen wird, kann nur dort vertreten werden, wo ein flacher Eudämonismus die wirklichen Grundlagen des Menschseins erschüttert hat und der Mensch von Tod und Leiden nichts wissen will.“ Die Ärztin lehnt nicht den Eudämonismus, das berechtigte Streben des Menschen nach Glück ab, sondern das „flache“ Streben, das nicht nach Ethik, d.h. nach dem Zulässigen und dem Menschen Angemessenen, nicht nach der Verantwortung vor Gott und/oder der menschlichen Gemeinschaft fragt. Der „flache“ Eudämonismus will die rasche Lösung, wenn es menschliche und zwischenmenschliche

Probleme gibt und schreckt dabei auch nicht davor zurück, das Tötungsverbot zu übertreten.

2. Begriffliche Differenzierung

Wie der geschichtliche Rückblick zeigt, ist Euthanasie, die den guten (auch leichten) Tod meint, ein schillernder Begriff. Das gilt auch für den heute meist alternativ gebrauchten Begriff „Sterbehilfe“. Zur Unterscheidung der verschiedenen Aspekte werden im allgemeinen folgende Kriterien und spezifizierende Begriffe verwendet:

1. *Sterbebegleitung ohne Lebensverkürzung* meint die medizinische Betreuung des Sterbenden durch Arzt, Angehörige, Seelsorger. Sie bedeutet Hilfe beim Sterben und nicht Hilfe zum Sterben.

2. *Passive Euthanasie* meint die Einstellung lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen oder den Verzicht auf sie. Hierbei steht die Zustimmung des Patienten, sein Einverständnis im Mittelpunkt. Er muss daher voll aufgeklärt sein über seinen Zustand und vor allem seine Zustimmung zum Behandlungsverzicht geben können. Primär lässt „passive Sterbehilfe“ den Tod zu, akzeptiert ihn, aber man wird nicht zu seinem Handlanger. Sie verlängert das menschliche Leben nicht aus medizinischem Ehrgeiz, aber entscheidet auch nicht eigenmächtig darüber, wann der Tod eintreten soll. Sie hält beim Sterbenden aus, pflegt und versorgt ihn.

Die Problematik der „passiven Sterbehilfe“ liegt in der Erkundung des Patientenwillens, wenn der Betroffene nicht ansprechbar oder nicht zustimmungsfähig ist. Darf der Arzt z. B. bei einem Wachkomapatienten die künstliche Ernährung abstellen und damit sicher seinen Tod einleiten?

3. *Aktive Euthanasie* oder *direkte Sterbehilfe* ist die beabsichtigte und direkt gewollte Tötung eines Patienten. Diese kann auf Verlangen des Patienten erfolgen oder auch ohne oder sogar gegen dessen Zustimmung, wobei letzteres nichts anderes als Mord bedeutet.

4. Unter *indirekter Euthanasie* versteht man die Betäubung starker Schmerzen durch Mittel, die mit ihren Nebenwirkungen den Organismus belasten und so den Sterbeprozess beschleunigen können. Bei der Verabreichung hoher Dosen von Schmerz- und/oder Beruhigungsmitteln kann ungewollt und spontan als Nebenwirkung der Tod des Patienten eintreten.

Für die ethische Beurteilung aus christlicher, medizinischer und vernunftethischer Sicht ist entscheidend, ob der Sterbehelfer den Tod des Patienten herbeiführen will, also in der Absicht handelt, zu töten. Zur Unterscheidung dieser Handlungsabsichten hat man deshalb heute dem Begriff „Sterbehilfe“ jenen der „Sterbebegleitung“ entgegengestellt. Sterbebegleitung ist „Hilfe beim oder im Sterben“. „Sterbehilfe“ wird dagegen überwiegend „aktiv“ verstanden als „Hilfe zum Sterben“. Diese Unterscheidung weist auf die kritische Grenze zwischen einem moralisch

unbedenklichen Sterbenlassen und der in Deutschland verbotenen (nach § 216 rechtswidrigen) beabsichtigten Patienten-Tötung.

Trotz dieser differenzierenden Begrifflichkeit bleiben aber auch heute noch Fälle, deren Einordnung zumindest juristisch nicht eindeutig möglich ist.

3. Zur Unterscheidung zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe

Vielfach wird die Frage gestellt, ob es in der Praxis überhaupt möglich ist, aktive und passive Sterbehilfe immer eindeutig voneinander abzugrenzen? Lässt es sich wirklich begründen, hier ethisch und juristisch eine so klare Trennungslinie zu ziehen?

So schreiben beispielsweise Walter Jens und Hans Küng in ihrem Buch *„Menschenwürdig sterben“* (1995): *„Jeder Arzt weiß, dass bei der heute immer rasanteren Entwicklung der Medizin die Grauzonen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe immer größer werden. Konkret gefragt: warum soll der Abbruch einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme - etwa das Abstellen einer Beatmungsmaschine - nur eine passive und deshalb erlaubte Sterbehilfe sein?“*

Sind die Grenzen zwischen den Begriffen „aktiv/passiv“, „direkt/indirekt“ nicht tatsächlich fließend? Was ist bei der Beurteilung unbedingt zu berücksichtigen?

Folgende Argumente sind hier bedeutsam:

1. Es gibt einen eindeutigen (signifikanten) moralischen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen, selbst wenn sich die medizinischen Handlungen z. B. das Abstellen des Atemgeräts oder der Abbruch künstlicher Ernährung (Herausziehen der Magensonde) äußerlich gleichen sollten. Denn es ist ethisch entscheidend, auf die Motivation und Absicht (Intention) zu achten, in der etwas gemacht wird und die uns zum Handeln bewegt.

Töten kommt nicht von innen wie das Sterben, nicht vom Organismus und seinem „Zerfall“ (Desintegration) selbst heraus, sondern „überwältigt“ ihn von außen, mittels einer besonderen Technik (Injektion der „Todesspritze“, Ersticken, das Verdursten/Verhungern-Lassen u. ä.).

2. Das strikte rechtliche Tötungsverbot ist vernunftgemäß. Denn die medizinische Bewertung, dass das Leiden irreversibel ist, kann in einzelnen Fällen falsch sein. Aktive Euthanasie setzt aber Fakten. Denn der Tod ist unumkehrbar und beraubt den Patienten jeglicher Chance, eine in seinem individuellen Fall vielleicht doch noch mögliche Besserung seines Zustands zu erleben. Die passive Sterbehilfe, desgleichen die indirekte, dagegen lassen im Einzelfall die kleine Chance des Überlebens offen. Man nimmt hin, den Tod nicht verhindern zu können, aber man führt den Tod nicht aktiv herbei.

3. Zwischen aktiver und passiver Euthanasie besteht eine weitere bedeutsame Differenz insofern, als die „Dambruchgefahr“ bei der ersteren besonders hoch ist. Die Konsequenz einer gesetzlichen Lockerung der aktiven Sterbehilfe oder gar ihrer unkontrollierten Freigabe leitet auf die „schiefe Ebene“ („Slippery slope“), auf die ein

Staat, seine Justiz und die Gesellschaft geraten können. Befragungsergebnisse legen nahe, dass sog. Mitleidstötungen und die Beseitigung „lebensunwerten“ Lebens mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mehr und mehr akzeptiert würden, wie sich am Beispiel der Niederlande oder der T4-Aktion der Nationalsozialisten nachweisen lässt.

4. Eine allgemeine Praxis „selbstbestimmter Euthanasie“ würde die Situation kranker und sterbender Menschen drastisch verändern. Der aus mehr oder weniger freiem Entschluss geäußerte Wille sterben zu wollen, stünde als gleichberechtigte Option neben dem Wunsch des Weiterlebens. Das Lebenwollen wäre dann nicht mehr das selbstverständliche Recht auch eines schwerkranken Menschen, sondern nur noch eine von zwei möglichen und selbst zu treffenden Entscheidungen. Wer sich aber frei entscheiden kann, trägt immer auch die Folgen dieser Entscheidung. Für alle Konsequenzen (Pflege, Medikamente, Kosten), die sich aus der bewussten Ablehnung der Euthanasie ergeben, wird so der Patient in die Verantwortung genommen. In diesem Sinne schreibt der Philosoph Robert Spaemann 2004: *„Es gibt kein gutes Töten. Wo das Gesetz es erlaubt und die Sitte es billigt, sich zu töten oder sich töten zu lassen, da hat plötzlich der Alte, der Kranke, der Pflegebedürftige alle Mühen, Kosten und Entbehrungen zu verantworten, die seine Angehörigen, Pfleger und Mitbürger für ihn aufbringen müssen.“* Aus einer scheinbar erweiterten Autonomie schwerkranker Patienten kann so sehr schnell eine tödliche Falle werden!

4. Aktuelle Rechtslage in Deutschland und anderen Staaten

a) Deutschland

Nach deutschem Recht bedeutet „Tötung auf Verlangen“ die Tötung eines Menschen, zu der der Täter durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten bestimmt wurde. Dies wird als Tötungsdelikt nach § 216 Strafgesetzbuch (StGB) mit Freiheitsentzug von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Abzugrenzen ist sie von der (straflosen) Beihilfe zur Selbsttötung; eine solche liegt unter Umständen dann vor, wenn die eigentliche Tötungshandlung durch den Sterbewilligen selbst ausgeführt wird und eine fremde Person ihn dabei lediglich unterstützt.

Abgesehen vom Tatbestand der „Tötung auf Verlangen“ gibt es keine eigene gesetzliche Regelung der Sterbehilfe. Daher muss auf strafrechtliche Normen, wie sie für Tötungsdelikte gelten, zurückgegriffen werden, z. B. auf den Totschlagsparagrafen 212 StGB, wenn der Verdacht auf eine beabsichtigte Tötung besteht.

Passive Sterbehilfe, etwa durch Abschalten der Beatmungsgeräte, ist unter bestimmten, eng begrenzten Voraussetzungen straffrei.

Im ärztlichen Standesrecht finden sich ansatzweise Regelungen zur Sterbehilfe (§16 Musterberufsordnung in der Fassung von 1997), wie die unten aufgeführten „Richtlinien“ bzw. „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen

Sterbebegleitung". Diese sind zwar rechtlich nicht verbindlich, bringen aber auch von der Rechtsprechung anerkannte Standards zum Ausdruck und können als Beschreibung sorgfältigen ärztlichen Handelns wie auch als wichtige Entscheidungshilfen angesehen werden (vgl. Brockhaus Enzyklopädie 1998, Bd. 21, S. 95)

b) Niederlande

Die Euthanasiebewegung in den Niederlanden begann in den 60er Jahren. In seinem 1969 erschienenen Buch "Medizinische Macht und medizinische Ethik" machte Jan Hendrik van den Berg auf die Folgen der modernen Hochleistungsmedizin aufmerksam. Der Autor forderte, dass Lebensverlängerung nur dort angestrebt werden solle, wo sie sinnvoll sei. 1973 wurde eine Ärztin lediglich zu einer Woche Haft verurteilt, nachdem sie ihre unheilbar erkrankte Mutter auf deren Wunsch hin tötete. 1985 erließ das Akademische Krankenhaus in Utrecht als erste Klinik Euthanasie-Richtlinien für seine Ärzte. 1990/91 einigten sich Niederländische Ärztevereinigung und Justizministerium auf ein freiwilliges Meldeverfahren für Euthanasie und medizinisch assistierten Suizid. Zwei Jahre später wurde eine gesetzliche Meldepflicht eingeführt. Nach einer Gesetzesreform durften Ärzte nur Sterbehilfe an todkranken Patienten leisten, wenn diese an unerträglichen Schmerzen leiden und ausdrücklich mehrfach um Euthanasie gebeten hatten. Noch immer war es möglich, dass ein Ermittlungsverfahren gegen den Mediziner eingeleitet wird.

1995 wurde eine erste Bilanz vorgelegt: demnach starben in diesem Jahr rund 3600 Personen durch Euthanasie und medizinisch assistierten Selbstmord, darunter fast 1000 ohne ihre Einwilligung. Lediglich in 36 Fällen wurden Ermittlungen aufgenommen, den Anklagen folgte nur ein einziges Gerichtsverfahren! Die Tötungen ohne Zustimmung der Betroffenen begründeten die befragten Ärzte in einer 1996 veröffentlichten Studie zu 38 % damit, dass „die Nächsten es nicht ertragen könnten.“

Im Jahre 1998 starben nach Schätzungen 4000 Niederländer durch Euthanasie, darunter auch chronisch Kranke, Koma-Patienten und Kinder. Daraufhin wurden Pläne vorgelegt, um das Verfahren zu ändern und die Meldebereitschaft der Ärzte zu erhöhen. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde jedoch kein einziger Arzt wegen solcher Vergehen verurteilt!

1999 legte das niederländische Kabinett einen Gesetzentwurf vor, nach dem Staatsanwälte in Euthanasiefällen nur noch ausnahmsweise tätig werden und Ärzte solche Fälle lediglich an die dafür eingerichteten Kommissionen melden müssen. Im November 2000 beschloss die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments diese weitgehende Freigabe der Euthanasie. Im April 2001 stimmte auch die Erste Kammer zu; das Gesetz konnte damit in Kraft treten.

Nach diesem Gesetz können auch schon Zwölfjährige rechtswirksam Sterbehilfe verlangen, allerdings ist die Zustimmung ihrer Eltern oder des Vormunds erforderlich.

Nähere Informationen zur niederländischen Euthanasie an Neugeborenen findet sich in Kapitel 5.

Insgesamt wurden im Jahr 2001 in Holland 2054 Euthanasiefälle gemeldet (eine der gesetzlichen Voraussetzungen der Straffreiheit), eine Regierungsstudie lässt im gleichen Zeitraum 4000 bis 5000 Fälle erkennen. Demnach wird jeder zweite Euthanasiefall nicht gemeldet, so dass man von einer erheblichen Dunkelziffer ausgehen muss.

c) Belgien

Auf der Grundlage eines von den belgischen Regierungsparteien - Sozialdemokraten, Liberale und Grüne - 1999 eingebrachten gemeinsamen Gesetzentwurfes hat Belgien nach den Niederlanden im Jahr 2002 als weltweit zweites Land die aktive Sterbehilfe für todkranke Menschen legalisiert. Demnach sind auch aktive lebensbeendende Maßnahmen unter Umständen straffrei. Das Paket hat drei Gesetze zum Inhalt, die sich allerdings vom holländischen Vorbild in einigen wichtigen Punkten unterscheiden. Das erste Gesetz sieht eine Ausnahme im Strafgesetzbuch vom dort festgeschriebenen Verbot des Tötens vor. Danach soll aktive Sterbehilfe dann straffrei sein, wenn der Wunsch nach lebensbeendenden Maßnahmen von einem volljährigen und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befindlichen Patienten mehrfach, freiwillig und überlegt und schriftlich oder vor Zeugen geäußert wird. Der Patient muss an einer unheilbaren Krankheit leiden, die ein Weiterleben für ihn körperlich wie psychisch unerträglich macht. Hoffnung auf Linderung darf nicht bestehen. Zudem muss zwischen dem Wunsch nach Sterbehilfe und lebensbeendenden Maßnahmen mindestens ein Monat vergehen. Die beiden anderen Gesetzestexte befassen sich mit der Einsetzung einer Kontrollkommission und der Verstärkung der sterbebegleitenden Medizin.

Offiziellen Statistiken zufolge ist seit der Legalisierung die Zahl der Fälle von Sterbehilfe deutlich gestiegen. In den Jahren 2004 und 2005 seien 742 Fälle registriert worden, heißt es in einem Bericht der staatlichen Sterbehilfe-Kommission, das seien mit 31 Fällen pro Monat fast doppelt so viele wie 2002 mit 17 Fällen. Für 2006 wurden bereits 37 Fälle pro Monat erwartet. Damit waren in den Jahren 2005/06 der Kommission zufolge 0,36 Prozent aller Todesfälle mit Sterbehilfe verbunden. Laut Bericht ist etwa die Hälfte der Sterbehilfe-Patienten zwischen 60 und 79 Jahre alt. Auf die Altersgruppe zwischen 20 und 39 Jahre entfallen sechs Prozent der Fälle, auf Menschen zwischen 40 und 59 Jahre 28 Prozent und auf die über 80-Jährigen 17 Prozent. In zwei Prozent der Fälle sei die Sterbehilfe auf Grundlage einer vorher verfassten Willenserklärung durchgeführt worden. (Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?p=sterbehilfe&src=suche&id=26351>)

d) Frankreich

Frankreichs nationales Ethik-Komitee hat sich im Jahr 2006 für die Beibehaltung der aktiven Sterbehilfe als Straftatbestand ausgesprochen. Gleichzeitig forderten die Mitglieder einen Ausbau der sterbebegleitenden Pflege in den Krankenhäusern. Wenige Monate zuvor hatte das Komitee Ausnahmen bei der Strafverfolgung

vorgeschlagen, die allerdings ausschließlich die Gerichtsverfahren betreffen. So sollen die Geschworenen die Möglichkeit erhalten, Fälle von Euthanasie anders zu behandeln als andere Fälle von Mord und Totschlag.

e) Schweiz

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Selbstmord durch Sterbehelferorganisationen legal. Jährlich gibt es nach Schätzungen rund 120 Fälle. Wer die "Freitod-Hilfe" in Anspruch nehmen will, muss an ärztlich diagnostizierten, unerträglichen Schmerzen und einer Krankheit mit einer schlechten Prognose leiden, mindestens 18 Jahre alt sowie im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte sein. Aktive Sterbehilfe ist dagegen weiterhin verboten.

f) USA

Die Justizkommission des US-Senats stimmte im April 2000 einem Gesetz zu, das die ärztliche Hilfe zum Selbstmord verbietet. Nach dem Gesetz ist es Ärzten verboten, zum Tode führende Medikamente zu verschreiben. Gleichzeitig wird eine wirksamere Anwendung von Medikamenten zur Schmerzlinderung empfohlen. Bei Verstößen droht eine Höchststrafe von bis zu 20 Jahren Haft. Anders lauten die Bestimmungen in Oregon. Dort haben nach amtlichen Angaben bislang rund 50 Menschen von dem USA-weit einzigen Euthanasie-Gesetz Gebrauch gemacht. Die Bürger hatten Ende 1997 dem Gesetz über erlaubte Sterbehilfe zugestimmt, nachdem es bereits 1994 verabschiedet, aber juristisch angefochten worden war. Nach dem Gesetz "In Würde sterben" können todkranke Patienten ihren Arzt um ein zum Tode führendes Mittel bitten.

g) Australien

Medizinische Sterbehilfe war weltweit erstmals 1995 im australischen Northern Territory erlaubt worden. Das Provinz-Parlament in Darwin stimmte mehrheitlich dafür, dass sich unheilbar Kranke unter bestimmten Bedingungen von Ärzten töten lassen dürfen. 1997 allerdings hob das Bundesparlament das Gesetz des Nord-Territoriums wieder auf. Nach der australischen Verfassung kann die Zentrale zwar nicht in die Gesetzgebung der sechs Bundesstaaten, wohl aber in die des Nord- und des Hauptstadt-Territoriums eingreifen.

(Quelle: <http://www.mdr.de/artour/404705-hintergrund-2231618.html>)

4. Euthanasie an Neugeborenen in den Niederlanden

Die niederländische Regierung hat im November 2006 beschlossen, auf Wunsch von Kinderärzten jetzt auch die Tötung unheilbar kranker Neugeborener straffrei zu stellen, wenn bestimmte Bedingungen eingehalten werden. Zuvor hatten Kinderärzte von acht Universitätskliniken im sogenannten "Groningen Protokoll" fünf Kriterien benannt, die von den tötenden Ärzten einzuhalten seien. Zunächst müsse das Leiden des Kindes so schwer sein, dass es nach ärztlicher Erkenntnis keine „Aussicht auf Zukunft“ habe. Sodann dürfe keine Chance auf Heilung oder Besserung durch die Gabe von Medikamenten oder die Durchführung von Operationen bestehen. Sowohl die Eltern des Kindes als auch ein zweiter, unabhängiger Arzt müssten der Tötung

zustimmen. Und schließlich müsse die „bewusste Lebensbeendigung peinlich genau ausgeführt“ und die Eltern psychologisch weiter betreut werden. Nach Angaben der Verfasser des Protokolls wurden von 1997 bis 2004 bereits 22 Neugeborene aufgrund der genannten Bedingungen getötet. (vgl. auch http://www.die-tagespost.de/Archiv/titel_anzeige.asp?ID=12711)

Die Ausweitung der Euthanasie teilten die Minister für Justiz und Gesundheit in einem Schreiben vom 29. November 2006 dem Parlament mit - eine formale Gesetzesänderung soll es nicht geben. Vielmehr soll eine Kommission eingesetzt werden, die bei Spätabtreibungen und Neugeborenen-Euthanasie dem Staatsanwalt mitteilt, ob die Ärzte Sorgfaltskriterien eingehalten haben, woraufhin der Staatsanwalt entscheiden kann, den Arzt nicht strafrechtlich zu verfolgen. Grundsätzlich bleibt Sterbehilfe an Minderjährigen in den Niederlanden weiterhin strafbar. Allerdings können Ärzte bei unheilbaren Krankheiten mit unerträglichen Leiden die Therapie von Säuglingen abbrechen. Abtreibungen in den letzten Schwangerschaftsmonaten sind ebenfalls möglich, wenn das Kind laut den Untersuchungen keine oder kaum Überlebenschancen hat. Die Fälle müssen der Staatsanwaltschaft gemeldet werden, die über die Eröffnung eines Strafverfahrens entscheidet. Die neue Kommission aus drei Ärzten, einem Juristen und einem Ethik-Experten soll den Staatsanwälten dabei Hilfestellung leisten.“

(<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?p=sterbehilfe&src=suche&id=25506> und <http://www.hubertthueppe.de/bio05/051202.shtml>)

Auch in Großbritannien wird über Euthanasie an Neugeborenen diskutiert. So forderte das Royal College of Obstetricians and Gynaecology (RCOG) im November 2006 in London, Fachärzte sollten „ernsthaft überlegen“, schwer behinderte Neugeborene zu töten, weil dies oftmals „die beste Lösung“ sei.

(<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?p=sterbehilfe&src=suche&id=26280>)

6. Ethische Probleme im Angesicht des Todes

Ab wann aber darf man (irgendwie schon) „sterben lassen“? Wenn der Schwerkranke deprimiert ist und der Todkranke ein seelisches „Tief“ durchlebt? Wenn die Angehörigen seinen Verfall nicht mehr ansehen können? Schließt das Selbstbestimmungsrecht der Kranken und Sterbenden das Recht ein, Zeitpunkt und Art des eigenen Todes zu wählen? Und schließt es das Recht ein, einen anderen, nämlich seinen Arzt, zum Töten zu bestimmen?

Hier stehen Fragen im Raum, die nicht nur in Deutschland aktuell sind, sondern europaweit diskutiert werden: Darf man schon vor dem eigentlichen Sterben den Tod „näher“ bringen? Oder ist nicht auch „erlöschendes Leben“ vor Zugriffen Dritter, und seien es Staat, Krankenkasse oder Verwandte, zu schützen? Was heißt überhaupt „Lebensende“? Was heißt „erlöschendes Leben“? Wer darf und kann das (genau) festlegen? *Darf man einem Wachkomapatienten, der in der Regel keinen fortschreitenden Krankheitsverlauf hat und daher eher einem schwerbehinderten Menschen gleich zu setzen ist, die Nahrung entziehen?*

Oder ist sogar *jede* „Unterstützung kranker Menschen am Lebensende“ frei erlaubt, auch wenn man damit aktive Sterbehilfe, also aktive Euthanasie, meint und diese über das Recht auf Selbstbestimmung legalisieren und damit aus dem Strafrecht herausnehmen will, wie ein zwischenzeitlich abgelehnter Antrag des Schweizer Liberalen Dick Marty beim Europarat forderte?

7. Autonomie des Patienten, Patientenverfügung und „mutmaßlicher Wille“

Während bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts das Handeln des Arztes den Prinzipien der hippokratischen Tradition im wesentlichen folgen sollte, trat zuerst im angloamerikanischen, später auch im deutschsprachigen Raum eine Verschiebung der Perspektive ein. Der Patient und sein Lebensentwurf rückten in den Vordergrund. Man würdigte seine Autonomie, seine Selbstbestimmung. Gegen den bewusst geäußerten Willen des Patienten darf der Arzt nicht handeln, sonst macht er sich nach heutigem deutschen Recht der „Körperverletzung“ nach § 223 Strafgesetzbuch schuldig.

In der Akutmedizin („Intensivstation“ z. B.) steht der Arzt allerdings unter aktuellem Handlungsdruck, da er andererseits wegen „unterlassener Hilfeleistung“ gerichtlich belangt werden kann. Er muss also handeln, zumal in solchen Situationen oft keine Vorhersage (Prognose) möglich ist.

So entstanden verschiedene Modelle der rechtlichen Wahrnehmung dieses Grundrechts auf „Selbstbestimmung“ mit etwas unterschiedlichen Verbindlichkeiten. Vor allem sollte der Patient entscheiden, in welchem gegenwärtigen oder künftigen Zustand er einen Behandlungsabbruch wünscht, ob er mit allen Mitteln der modernen Medizin weiterbehandelt werden will oder nicht. Es geht um die Anweisung an die behandelnden Ärzte, eine Behandlung erst gar nicht einzuleiten oder eine eingeleitete Behandlung (Behandlung plus Basisversorgung einschließlich Ernährung) zu modifizieren, zu begrenzen oder zu beenden.

Ein Modell hierzu ist die sogenannte Patientenverfügung, eine Willenserklärung, die von einem Patienten bei klarer Bewusstseinslage und uneingeschränkter Urteilsfähigkeit abgegeben wird.

Eine solche Patientenverfügung scheint auf den ersten Blick sehr hilfreich zu sein, sie wirft jedoch in der Praxis eine Reihe von Fragen auf: Wie wirksam ist die Willenserklärung eines Patienten? Welche Voraussetzungen sind zu ihrer Verbindlichkeit zu erfüllen? Hat sie Grenzen und wenn ja, welche? Kann eine Patientenverfügung, die als „Vorausverfügung“ meist im gesunden Zustand verfasst worden ist, überhaupt eine im Sterbeprozess gültige Entscheidungshilfe sein? Häufig betrifft sie gar nicht die konkrete Situation des Patienten, der zwar in lebensbedrohlicher aber nicht aussichtsloser Lage ist, d.h. in einer Situation, wo Behandlung noch greifen kann. Ist die jeweilige konkrete Situation überhaupt vorhersehbar? Vorausverfügungen sind meist zu vage oder zu speziell, sodass sie im Ernstfall keine wirkliche Hilfe sind. Wenn Vorausverfügungen überhaupt brauchbar

sein sollen, müssen sie dann nicht auf einer guten Kommunikation mit dem Arzt aufbauen, was in der Praxis schwer zu realisieren ist (z.B. Arztwechsel im Krankenhaus)?

So meint etwa der Jurist Prof. W. Höfling: *„Gerade kontinuierlichen Gesprächen zwischen Arzt und Patienten kommt eine besondere Bedeutung zu, namentlich auch, um die Wertvorstellungen des Patienten valide zu bestimmen. Durch regelmäßig wiederholte, zeitlich nicht weit zurückliegende, also möglichst aktuell verfasste Vermerke über „Aufklärungsgespräche“ mit dem Hausarzt werde der Zweifel an der notwendigen vollständigen Information des Patienten weitgehend ausgeräumt und könne auch vor Gericht glaubhaft gemacht werden.“*

Neben der Patientenverfügung gibt es das Modell der Patientenanwaltschaft. Diese meint die Bestellung eines Betreuers (Betreuungsverfügung) für Situationen kommender Entscheidungsunmündigkeit (etwa bei künftigen Bewusstseinsverlust), die auf einen an das Vormundschaftsgericht gerichteten Vorschlag zur Auswahl eines Betreuers mit dem Aufgabenbereich „Gesundheitssorge“ vorgenommen wird.

Alternativ kann auch eine Vorsorgevollmacht für einen Vertrauten (z.B. Ehepartner) ausgestellt werden für den (künftigen) Fall, dass man durch Altersabbau (Demenz) oder Eintritt in ein Koma selbst verhandlungsunfähig wird. Kritiker weisen allerdings darauf hin, dass ein Bevollmächtigter oft zu uninformiert oder emotional überfordert sei oder sich als Angehöriger sogar in einem belastenden Interessenkonflikt befinde.

Nicht immer liegt eine Patientenverfügung in schriftlicher Form oder eine Betreuungsverfügung vor. Dann verbleibt es dem Arzt, Angehörige in seine Entscheidung über Weiterbehandlung oder Behandlungsabbruchs einzubinden. Wie hat sich der Patient früher dazu mündlich geäußert, wie er sterben möchte? Wie lautet sein „mutmaßlicher Wille“ in der aktuellen Situation?

Die Problematik dieser Fragen liegt auf der Hand: Wie genau kann so der Wille ermittelt werden? Sind die Angehörigen nicht zugleich die Erben des Patienten und lassen eigene Wünsche in das Gespräch einfließen? Sind sie nicht voreingenommen oder psychisch besonders belastet? Können sie überhaupt, wenn sie vom Mitleid geprägt sind, über das Interesse des Patienten in seiner aktuellen Situation „objektiv“ urteilen und mitbestimmen, was „das Beste für ihn“ wäre? Oder scheuen sie vielleicht die weitere Pflege? Ist der „mutmaßliche Wille“ dann aber nicht eher eine Fiktion? Ist nicht viel mehr auf die aktuellen pflegerischen Bedürfnisse des Patienten zu achten und einzugehen als auf frühere Aussagen in gesunden Tagen?

Dazu Prof. Höfling: *„Wer glaubt, ein menschenwürdiges Sterben sei heute nicht mehr möglich, der ist schneller geneigt, auf ärztliche Behandlung zu verzichten. Man mag in diesem Fall noch sagen können, hier entscheide der Betroffene noch selbst („autonom“) zu Lasten seiner Integrität. Weit gefährlicher ist aber die damit verbundene Tendenz, dass fremdbestimmte Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden. Der Übergang zur ‚aktiven Sterbehilfe‘ vollzieht sich immer*

schneller. Das niederländische Modell der Euthanasie bietet hierfür zum Teil erschreckendes Anschauungsmaterial."

8. Palliativmedizin und Hospizidee

„Die meisten Menschen wollen in der letzten Phase ihres Lebens keinen schnellen Tod,.... sie wollen nicht leiden, aber sie wollen nicht sterben.“ (Fuat Oduncu, Medizinethiker an der Universität München, 2004)

Was ist Palliativmedizin? Der Name leitet sich vom lateinischen *pallium* ab, und das heißt „Mantel“. Dazu fällt einem die Geschichte des römischen Offiziers Martin von Tours ein, der um das Jahr 330 n. Chr. vor Amiens seinen Mantel mit einem erfrierenden Bettler teilt.

Schon Hippokrates hatte die Schmerzbehandlung bei nicht heilbaren Krankheiten empfohlen. Die moderne Palliativmedizin kümmert sich um Patienten mit unheilbaren und weiter fortschreitenden Erkrankungen, besorgt vor allem Schmerzlinderung, zudem auch die Behandlung von Nebenwirkungen von Medikamenten oder Begleitsymptomen der Grundkrankheit wie Übelkeit, Erbrechen und Darmstörungen. Auch seelische Störungen wie Depression gehören in ihr Behandlungsgebiet. Ihr Ziel ist die Erhaltung der maximal möglichen Lebensqualität des unheilbar Kranken, wenn die Krankheitsursache nicht mehr zu beseitigen ist. Inbegriffen ist die individuelle liebevolle Betreuung des Patienten. An einigen deutschen Universitäten gibt es bereits Lehrstühle für Palliativmedizin sowie seit etwa 1993 auch Palliativstationen in Kliniken und Krankenhäusern.

Hospizidee und Hospizbewegung stammen aus England und wurden von der Londoner Ärztin und Krankenpflegerin Ciceley Saunders ins Leben gerufen. Sie wollte den Todkranken und Sterbenden sagen: *„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern bis zuletzt leben können.“*

Die Hospizbewegung verpflichtet sich in ihren Grundätzen zur Menschlichkeit: die Zeit des Sterbens wird als zum Leben gehörende Zeit verstanden. Daraus ergibt sich ein bewusster Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer. Sie will dabei alles tun, damit der Sterbende möglichst schmerzarm die letzte Lebensphase verbringen und sie - möglichst in seinem gewohnten Zuhause - als intensiv gelebte Zeit gestalten kann.

Leider ist die Palliativmedizin in vielen Ländern noch nicht so weit entwickelt, dass jeder Kranke auch diejenige Dosis an Medikamenten erhält, die ihm die Schmerzen nimmt. Den Ausbau der Palliativmedizin hat deshalb die Parlamentarische Versammlung des Europarates bereits im Jahre 1999 gefordert.

Zitat des Philosophen Robert Spaemann: *„Die Hospizbewegung, nicht die Euthanasiebewegung ist die humane Antwort auf die Herausforderung, vor die wir heute gestellt sind.“*

9. Aktive Sterbehilfe pro und contra (teilweise stichwortartig)

a) Behauptung: *Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen schließt das Recht auf die Gestaltung seines Sterben ein*

Pro: Jeder Mensch hat das Recht, über sein Leben selbst zu entscheiden. Dazu gehört auch das Recht, den Zeitpunkt des eigenen Todes zu bestimmen und ihn, wenn erwünscht, auch selbst herbeizuführen oder dies von einem anderen zu verlangen. Wer ihm dieses Recht verweigert, missachtet die Autonomie des Menschen und damit auch seine Würde, die in eben dieser Autonomie zum Ausdruck kommt.

Contra: Der Mensch hat keine Verfügungsgewalt über das Menschenleben - auch nicht über das eigene (vgl. 5.Gebot: "Du sollst nicht töten), denn Gott allein ist Herr über Leben und Tod.. Das Leben ist eine Gabe, ein Geschenk; es ist nicht das Eigentum des Menschen.

b) Behauptung: *Aktive Sterbehilfe ist Hilfe zu einem menschenwürdigen Tod. Das Mitleid mit dem Patienten gebietet es, ihm zu helfen.*

Pro: Wer einem schwerkranken Menschen, der nicht mehr weiterleben möchte, aber sich selbst nicht töten kann oder will, auf dessen eigenen Wunsch hin den Gnadentod gibt, begeht kein Verbrechen, sondern leistet ihm einen Liebesdienst. Eine medizinisch korrekt ausgeführt aktive Sterbehilfe ist die letzte Hilfe, die ein Arzt seinem Patienten gewähren kann, wenn dieser sein Dasein als unerträglich und unwürdig empfindet.

Contra: Wer einen Menschen liebt, tötet ihn nicht, sondern sucht nach Wegen, die ihm helfen menschenwürdig zu leben und zu sterben. Die Palliativmedizin bietet solche Wege in vorbildlicher Weise an. Im übrigen ist es sehr gefährlich, eine Tötung aus Mitleid zuzulassen, weil hier Motive anderer ins Spiel kommen. Wer „mit-leidet“, handelt - zumeist unbewusst - mehr aus den eigenen, als unerträglich empfundenen Gefühlen heraus als aus Interesse am wirklichen Wohl des Patienten. Im Hinblick auf den gesellschaftlichen Diskurs eignet sich das Mitleids-Argument ganz besonders zu einer missbräuchlichen Verwendung, weil es in unreflektierter Weise an die Emotionen der Menschen appelliert: Auch das Euthanasie-Programm der Nazis wurde so u.a. mit „Mitleid“ begründet!

Weiterhin ist es prinzipiell falsch, aus der Not des Patienten eine auf Tötung beruhende Hilfsverpflichtung für andere abzuleiten. Wer beispielsweise von einem Arzt eine tödliche Spritze verlangt, verlässt den Bereich eigener Autonomie und greift in die Gewissensfreiheit anderer ein. Sich selbst töten und sich von einem anderen töten lassen, sind zwei völlig unterschiedliche Dinge!

c) Behauptung: *Ärztliche Gewissensfreiheit kann auch bei Legalisierung aktiver Sterbehilfe berücksichtigt werden*

Pro: Man könnte durch entsprechende gesetzliche Regelungen dafür sorgen, dass kein Arzt gezwungen wäre, aktive Sterbehilfe zu leisten. Auf diese Weise wäre die Gewissensfreiheit der Ärzte gewahrt.

Contra: Die Erfahrungen mit der Abtreibung haben gezeigt, dass dies eine theoretische Überlegung ist. Faktisch gerieten Ärzte unter Druck gegen ihre Überzeugung mitzumachen, um nicht Patienten („wenn Sie mir das nicht versprechen, suche ich mir einen anderen Hausarzt!“) oder (als Krankenhausärzte) ihren Job zu verlieren. Die Rolle des Arztes würde sich ändern, viele Ärzte würden in Gewissenskonflikte geraten. Ärzte, die aktiv töten, „spielen Gott“ - sie maßen sich an etwas zu tun, was sie grundsätzlich nicht tun dürfen. Der Arzt ist zur Lebenserhaltung verpflichtet (Eid des Hippokrates) und übernimmt eine Garantenpflicht für seine Patienten. Wäre dies nicht mehr ohne jede Einschränkung sichergestellt, würde auch das Vertrauen zwischen Arzt und Patient grundlegend zerstört. Welcher Patient könnte seinem Arzt noch restlos vertrauen, wenn er nicht absolut sicher sein kann, dass die nächste Injektion keine tödliche ist??

d) Behauptung: *Schwerkranke führen oft kein menschenwürdiges Leben mehr*

Pro: der zunehmende Verlust aller Fähigkeiten und Möglichkeiten bedeutet für manche Kranke den Verlust ihrer Würde - kein würdevolles Leben mehr.

Contra: ein Mensch kann seine Würde nicht verlieren; aber seine Mitmenschen können ihn würdelos behandeln; es hängt also von uns Angehörigen und Pflegenden ab, ob ein Patient sich respektiert und menschenwürdig behandelt fühlt oder nicht.

e) Behauptung: *Niemand kann gezwungen werden, ein langes, qualvolles Sterben zu ertragen*

Pro: Aktive Sterbehilfe ist häufig die einzige Möglichkeit, seelisches Leid und körperliche Qualen zu beenden; in solchen Fällen ist es verständlich, dass Menschen sterben wollen und diesen Willen muss man auch akzeptieren.

Contra: Mit Hilfe der Palliativmedizin lassen sich körperliche Schmerzen heute fast immer wirkungsvoll behandeln. Dabei bleibt der Patient im allgemeinen bei vollem Bewusstsein und kann häufig noch lange ein weitgehend normales Leben führen. Sobald aber die körperlichen Schmerzen beseitigt oder jedenfalls erträglich geworden sind und der Kranke auch genügend menschliche Zuwendung erfährt, verschwindet der Wunsch nach Sterbehilfe nahezu immer. Auf eine sinnlose künstliche Lebensverlängerung darf verzichtet werden; niemand muss endlos an irgendwelchen Apparaten hängen (Behandlungsabbruch, Behandlungsverzicht → passive Sterbehilfe)

f) Behauptung: *Jeder sollte frei entscheiden können, ob er sein Leben noch lebenswert findet oder nicht*

Pro: Wenn ein Mensch aus freien Stücken sein Leben beenden will, weil er es unter den gegebenen Umständen nicht mehr lebenswert findet, dann ist dagegen nichts einzuwenden.

Contra: Der Wunsch sterben zu wollen ist überwiegend durch externe Faktoren bestimmt. Bei kranken Menschen sind dies zumeist unbehandelte Schmerzen, mangelnde Zuwendung und/oder das Gefühl anderen zur Last zu fallen. Wenn diese Faktoren ganz oder teilweise entfallen, entfällt auch der Wunsch sterben zu wollen. Insofern handelt es sich beim Todeswunsch gerade nicht um eine freie Entscheidung, sondern um den subjektiv einzig erkennbaren Ausweg aus einer extremen, meist fremdbestimmten Notsituation. Eine Gesellschaft, die auf die Nöte schwerkranker Menschen mit dem Angebot ihrer Tötung anstatt mit Hilfe reagiert, unterstützt daher nicht ihre Freiheit, sondern verweigert ihnen in unmenschlicher Weise das, was sie eigentlich brauchen.

Steckt hinter dem Wunsch sterben zu wollen nicht ein "Schrei nach Hilfe, nach Liebe und Zuwendung"? (so die berühmte Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler-Ross); bei schmerzfreien, liebevoll umsorgten Patienten kommt es so gut wie nie zum Wunsch nach aktiver Sterbehilfe! Wenn ein kranker Mensch nicht mehr leben will, dann heißt das eigentlich nur, dass er so nicht mehr leben will. Ihn zu töten, wäre gerade nicht die richtige Antwort auf seine wirklichen Bedürfnisse! Sterbebegleitung durch wirksame Schmerztherapie, liebevolle Zuwendung und menschliche Nähe entspricht den wirklichen Bedürfnissen sterbender Menschen.

g) Behauptung: *Die Gefahr eines Missbrauchs besteht bei eindeutigen gesetzlichen Regelungen nicht*

Pro: Durch strenge gesetzliche Regelungen würde die aktive Sterbehilfe auf wenige Fälle schwerster Krankheit und eindeutiger Willenserklärung des Patienten beschränkt bleiben. Die immer wieder beschworene Gefahr eines Missbrauchs besteht daher nicht.

Contra: Auch scheinbar eindeutige Regelungen werden in der Praxis einen Missbrauch nicht verhindern. Folgendes ist zu bedenken: Ist der Kranke wirklich urteils- und entscheidungsfähig, wenn er um Euthanasie bittet? Oder liegt vielleicht eine kurzfristige Depression oder Verzweiflung vor? Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass auch chronisch depressive Menschen aus dem krankheitsbedingten Wunsch nach dem Tod euthanasiert wurden und werden, obwohl eine medikamentöse Behandlung möglich, ja nötig wäre.

Wer entscheidet bei Bewusstlosigkeit? Arzt? Angehörige? Patientenverfügungen oder frühere Aussagen sind nur bedingt hilfreich! In dieser Situation ist daher die Gefahr der Fremdbestimmung und der Einflussnahme von Angehörigen auf den Arzt besonders hoch.

Wo soll man überhaupt die Grenzen ziehen? Erfahrungsgemäß bleibt es nicht bei wenigen Ausnahmen, wie die Euthanasie-Praxis in den Niederlanden beweist. Es

besteht in der Tat die Gefahr eines "Dambruches". Die Achtung vor dem Leben droht verloren zu gehen, auch im Bewusstsein der Menschen

h) Behauptung: *Die Intensivmedizin verletzt die Würde des Menschen, weil der Patient um jeden Preis am Leben gehalten wird*

Pro: Die Frage nach einem „Sterben in Würde“ entstand im Laufe des medizintechnischen Fortschritts und wird heute immer häufiger gestellt. Mit der sog. Intensivmedizin gelang es ja mehr und mehr, klinisch Tote ins Leben zurückzurufen. So erst trat z. B. das Bild des Wachkomas in Erscheinung oder eine komatöse und künstlich am Leben erhaltene Schwangere konnte ein Kind austragen konnte („Erlanger Baby“). Die an sich positive medizintechnische Entwicklung erscheint aber nicht selten paradox: sie nimmt dem Sterben seinen „natürlichen“ Charakter. Während sie das Weiterleben manipulieren kann, erscheint das mit allen technischen Mitteln gelingende Am-Leben-Erhalten nicht immer „menschenwürdig“ oder „lebenswert“ zu sein. Häufig wird versucht „alles Machbare unter Verletzung der Menschenwürde“ umzusetzen anstatt einen menschenwürdigen Tod zuzulassen oder herbeizuführen.

Contra: Diese Argumentation ist zu einem gewissen Teil berechtigt, muss aber differenziert betrachtet werden. Grundsätzlich gilt, dass eine intensivmedizinische Lebenserhaltung, besonders auch das Nicht-Verhungern-/Nicht-Verdursten-Lassen von Wachkoma-Patienten, keineswegs das Recht auf einen menschenwürdigen Tod beeinträchtigt. Die Menschenwürdegarantie nach Art. 1 Abs. 1 GG ist erst dann berührt, wenn der sterbende Mensch zum erniedrigten Objekt medizinischer Behandlung wird. Das ist er bei einer korrekt ausgeführten „Intensivpflege“ doch grundsätzlich nicht! Andererseits ist es in der Tat nicht immer sinnvoll, jede medizinisch denkbare Therapie auch dann noch durchzuführen, wenn sich das Sterben definitiv nicht mehr aufhalten lässt. In solchen Fällen ist ein Behandlungsabbruch nicht nur ethisch und juristisch erlaubt („Passive Sterbehilfe“), sondern unter Umständen sogar geboten, wenn eine Weiterbehandlung für den Patienten eine sinnlose und quälende Lebensverlängerung bedeuten würde.

Professor Höfling: *„Der menschenfreundliche Umgang mit Kranken und Sterbenden wahrt allerdings die Würde des Menschen allemal besser als die schnelle Beendigung seines Lebens.“*

i) Behauptung: *Aktive Sterbehilfe kann Patienten und Familien von oft unzumutbaren Belastungen befreien*

Pro: Für die Patienten und ihre Familie sind lange Krankheit und Sterbeprozess häufig eine unerträgliche psychische und physische Belastung; durch Euthanasie kann man diesen Zustand schnell und schmerzlos beenden.

Contra: Eine Gesellschaft muss Belastungen, die durch einzelne Menschen entstehen, prinzipiell durch angemessene Hilfe solidarisch mittragen. Sie darf die Belastungen nicht durch die Tötung dessen beseitigen, der diese Belastungen verursacht.

Unzumutbar belastete Familien müssen daher Unterstützung bekommen, anstatt ihnen die Tötung ihrer Angehörigen anzudienen. Gerade in Zeiten knapper Kassen wäre nach einer Legalisierung der Euthanasie die Gefahr groß, dass sich die Solidargemeinschaft der zweifellos hohen Kosten in der letzten Phase eines Menschenlebens durch die billige Lösung des Tötens entledigt.

Zudem würde durch eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe ein unglaublicher Druck auf kranke und sterbende Menschen entstehen, ihrer Familie die finanziellen und sonstigen Belastungen auf diese Weise zu ersparen. Warum der Familie so lange zur Last fallen, wenn es eine schnelle und allgemein akzeptierte Alternative gibt? Alte und kranke Menschen würden durch eine Legalisierung der Euthanasie unter Druck geraten; viele würden um den Tod bitten, um niemandem zur Last zu fallen, weil sich niemand um sie kümmert, weil sie glauben, die Familie wäre sie gerne los, weil sie das Gefühl haben unnütz zu sein, weil ihre Freunde das auch schon getan haben, weil ihre Pflege die Familie und die Gesellschaft finanziell belastet und oder aus vielen anderen Gründen. Das wäre aber gerade keine letztlich selbstbestimmte, sondern eine fremdbestimmte Entscheidung!! Leid und Tod gehören zum menschlichen Leben und müssen angenommen und durchgestanden werden. Für Sterbende und Angehörigen sind dies oft wichtige Erfahrungen, die ihnen durch aktive Sterbehilfe genommen würden.

j) Behauptung: *Durch eine Legalisierung aktiver Euthanasie könnten erhebliche Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden*

Pro: in seinen letzten Lebensjahren verursacht ein Mensch höhere Gesundheitskosten als in seinem gesamten Leben zuvor. Zumindest einen Teil dieses Geld könnte man durch eine gezielte Lebensbeendigung bei aussichtsloser Erkrankung besser für andere Patienten verwenden, vor allem dann, wenn die Ressourcen knapper werden.

Contra: Ein menschliches Leben aus Kostengründen vorzeitig zu beenden, ist unmenschlich, eine solche Forderung daher ethisch abwegig. Die Menschenwürde verbietet es grundsätzlich, ein Leben gegen ein anderes abzuwägen. Allerdings besteht tatsächlich die Gefahr, dass in Zeiten knapper Kassen dieses Argument zumindest unter der Hand an Gewicht gewinnen wird. So warnt etwa der Jurist Wolfram Höfling: *„Würdige Lebensverlängerung ist jedenfalls aufwändiger als der schnelle Tod. Das sollte in Zeiten, in denen fast alles unter dem Diktat der Kostenminimierung steht, zum Nachdenken anhalten.“*

B) Materialien

1. Berufsethische Standpunkte

Wann steht das „Sterben“ fest? Wann ist der „point of no return“ gegeben?

Nach der Definition der Bundesärztekammer von 1979 beginnt der Sterbeprozess, „wenn die elementaren körperlichen Lebensfunktionen erheblich beeinträchtigt sind oder völlig ausfallen. Sind diese Lebensgrundlagen derart betroffen, dass jegliche Fähigkeit entfällt, Subjekt oder Träger eigener Handlungen zu sein, d. h., sein Leben selbst zu bestimmen, und steht der Tod wegen lebensgefährdender Komplikationen bevor, so ist dem Arzt ein breiter Ermessensspielraum für sein Handeln zuzugestehen.“

Den von der Bundesärztekammer am 11. 9. 1998 vorgelegten „Grundsätze(n) zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gingen gesellschaftliche Debatten voraus. Diese neuen ärztlichen Richtlinien fassen den Begriff der Sterbebegleitung (!) weiter. Sein Anwendungsbereich erstreckt sich nicht mehr nur auf den Umgang mit Patienten, bei denen der Sterbeprozess im oben beschriebenen Sinn eingesetzt hat, sondern umfasst auch den Zustand, bei dem es keine Aussicht mehr auf Heilung gibt. In solchen Fällen (Krebskranker im Endstadium) kann eine „Änderung des Therapieziels und Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen“ verantwortet werden. Dies gilt selbstverständlich nur bei ausdrücklicher Zustimmung des Kranken.

Der Begriff „Sterbebegleitung“ wird jetzt auf „Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit“ ausgedehnt, d.h.. Patienten im Koma und solche, die durch eine Hirnschädigung im sog. „Wachkoma“ liegen (medizinisch: „apallisches Syndrom“, wobei die Verbindung vom geschädigten Großhirn zu untergeordneten Hirnabschnitten, den sog. vegetativen Zentren in unterschiedlichem Ausmaß unterbrochen ist).

Diese Regelungen wurden 2004 noch einmal zugunsten der Patientenautonomie erweitert. Bereits in der Präambel der neuen Richtlinien heißt es: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische (also schmerzlindernde und sterbebegleitende) Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“ Weiter heißt es: „Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“

Der erweiterte Text stieß allerdings auf mehrfache Kritik. Bemängelt wurde unter anderem, dass die „künstliche Ernährung“ als ärztliche Behandlung gekennzeichnet wird, die als solche auch - zumal auf Wunsch - abgebrochen werden kann. Dies, so die Kritiker, stehe dem Grundrecht des Menschen entgegen, mit Nahrung versorgt zu werden. Schließlich gehöre die Ernährung zur selbstverständlichen „Basisversorgung“, die in jedem Fall aufrecht zu erhalten sei. Zum ändern könne der Richtlinie zufolge ein Behandlungsabbruch bereits vor dem unwiderruflichen Ausfall der Vitalfunktionen, also vor dem Sterbeprozess, erwogen werden, eben bei „Patienten mit infauster Prognose“. Dazu heißt es in den „Richtlinien“ aber differenzierter: „Bei Patienten, die ... nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapiezieles dem Willen des Patienten entspricht.“ Dann sollen (nur) palliativ-medizinische Versorgung und Pflege garantiert sein. Ähnlich kann auch beim Wachkomapatienten verfahren werden, wenn er in eine derartige Situation kommt - aber nur dann! Denn „Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.“

2. Theologisch-philosophische Stellungnahmen

- Präses Kock, Ratsvorsitzender der EKD und Karl Kardinal Lehmann, Vorsitzender der deutschen Bischofskonferenz anlässlich der „Woche für das Leben“ 2001: „Wir können einen Menschen nicht aus unserer Gemeinschaft entlassen, indem wir ihn töten. Das ist gegen das Gebot Gottes und widerspricht einer humanen Gesellschaft.“
- Die päpstliche Enzyklika „Evangelium vitae“ (1995) hält wie der Katechismus der Katholischen Kirche (KKK 1993) Euthanasie für eine schwere gegenwärtige Bedrohung des menschlichen Lebens. Die Ursachen seien in der schwierigen Auseinandersetzung mit dem Leiden zu sehen und in der Autonomieanmaßung des modernen Menschen, der sich als „Herr über Leben und Tod“ empfinde. Das drücke sich in der legalisierten Euthanasie aus, die sich als „Mitleidslösung“ (miss-)verstehe.
- Katechismus der katholischen Kirche: „Willentliche Euthanasie, gleich in welcher Form und aus welchen Beweggründen ist Mord. Sie ist ein schwerer Verstoß gegen die Würde des Menschen und gegen die Ehrfurcht vor dem lebendigen Gott, seinem Schöpfer.“ (KKK No 2324)
- Das Zweite Vatikanische Konzil reiht in der Pastoralkonstitution „Die Kirche in der Welt von heute“ die Euthanasie in einen weiten Rahmen der Missachtungen und Verstöße gegen die Menschenwürde ein: „Alle müssen ihren Nächsten ohne Ausnahme als ein „anderes Ich“ ansehen, vor allem auf sein Leben und die notwendigen Voraussetzungen eines menschenwürdigen Lebens bedacht... Heute ganz besonders

sind wir dringend verpflichtet, uns zum Nächsten schlechthin jedes Menschen zu machen und ihm, wo immer er uns begegnet, tatkräftig zu helfen, ob es sich nun um alte, von allen verlassene Leute handelt oder um einen Fremdarbeiter, der ungerechter Geringschätzung begegnet, um einen Heimatvertriebenen oder um ein uneheliches Kind, das unverdientermaßen für eine von ihm nicht begangene Sünde leidet, oder um einen Hungernden, der unser Gewissen aufrüttelt durch die Erinnerung an das Wort des Herrn: ‚Was ihr dem Geringsten meiner Brüder getan habe, das habt ihr mir getan‘ (Mt 25,40).

Was ferner zum Leben selbst in Gegensatz steht, wie jede Art Mord, Völkermord, Abtreibung, Euthanasie und auch der freiwillige Selbstmord; was immer die Unantastbarkeit der menschlichen Person verletzt, wie Verstümmelung, körperliche oder seelische Folter und der Versuch, psychischen Zwang auszuüben; was immer die menschliche Würde angreift, wie unmenschliche Lebensbedingungen, willkürliche Verhaftung, Verschleppung, Sklaverei, Prostitution, Mädchenhandel und Handel mit Jugendlichen... Sie sind eine Zersetzung der menschlichen Kultur, entwürdigen weit mehr jene, die das Unrecht tun, als jene, die es erleiden. Zugleich sind sie in höchstem Maße ein Widerspruch gegen die Ehre des Schöpfers.“

- In der Enzyklika „Evangelium vitae“ von Papst Johannes Paul II. (25. März 1995 No 64-67) heißt es über das „Drama der Euthanasie“:

„Infolge der Fortschritte auf medizinischem Gebiet und in einem kulturellen Umfeld, das sich der Transzendenz zumeist verschließt, weist die Erfahrung des Sterbens heute einige neue Wesensmerkmale auf. Denn wenn die Neigung vorherrscht, das Leben nur in dem Maße zu schätzen, wie es Vergnügen und Wohlbefinden mit sich bringt, erscheint das Leiden als eine unerträgliche Niederlage, von der man sich um jeden Preis befreien muss...“

Mit Hilfe hochentwickelter Systeme und Apparate sind Wissenschaft und ärztliche Praxis heute in der Lage, nicht nur für früher unlösbare Fälle eine Lösung zu finden und Schmerzen zu lindern oder zu beheben, sondern auch das Leben selbst im Zustand äußerster Schwäche zu erhalten und zu verlängern, Personen nach dem plötzlichen Zusammenbruch ihrer biologischen Grundfunktionen künstlich wiederzubeleben sowie Eingriffe vorzunehmen, um Organe für Transplantationen zu gewinnen.

In einem solchen Umfeld zeigt sich immer stärker die Versuchung zur Euthanasie, das heißt, sich zum Herrn über den Tod zu machen, indem man ihn vorzeitig herbeiführt und so dem eigenen oder dem Leben anderer „auf sanfte Weise“ ein Ende bereitet...

Wir stehen hier vor einem der alarmierendsten Symptome der „Kultur des Todes“, die vor allem in den Wohlstandsgesellschaften um sich greift, die von einem Leistungsdenken gekennzeichnet sind, das die wachsende Zahl alter und geschwächerter Menschen als zu belastend und unerträglich erscheinen lässt...

Unter Euthanasie im eigentlichen Sinn versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden. ‚Bei Euthanasie dreht es sich also wesentlich um den Vorsatz des Willens und um die Vorgehensweisen, die angewandt werden.‘...

Euthanasie ist eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes, insofern es sich um eine vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist...”

- Übereinstimmend haben der katholische Moraltheologe Bernhard Häring, der Theologe Alfons Auer und der protestantische Theologe und Klinikseelsorger Ulrich Eibach jede Form der aktiven Euthanasie abgelehnt. Das Sterben des Christen sei für den Christen nicht Katastrophe, falls der Mensch wirklich seinen eigenen Tod stirbt, d. h. den von Gott ihm zugedachten Sinn des Lebens und Sterbens erfasst hat und bejaht. Denn der Christ glaubt an den Sinn des Leidens im Blick auf das Leiden und Sterben seines Herrn Jesus Christus. Der unheilbar Kranke und Sterbende braucht sich nicht sinnlos dem Schmerz auszusetzen, das soll er gar nicht, aber das Suchen und grundsätzliche Annehmen des Sinns auch im Leiden kann zur letzten Erfüllung des Lebens beitragen.

Außerdem hat jeder, der nicht mehr nützlich scheint, in einer nur noch berechnenden ökonomischen Mitwelt zu befürchten, dass ihm, wenn nicht mit ausdrücklichen Worten, so doch auf sehr spürbare Weise die Frage gestellt würde, ob er sich nicht endlich als Kandidaten der Euthanasie betrachte (Bernhard Häring).

Es kann keine Autonomie des Menschen geben, wenn das menschliche Leben, sein Sinn und seine Grenzen von Gott gesetzt sind (Alfons Auer, katholischer Moraltheologe).

Der Grundgedanke der theologischen Aussage, dass der Mensch nicht Verursacher des Todes sein soll, ist der, dass der Mensch sich selbst als Geschöpf Gottes und nicht als Schöpfer und Vollender verstehen soll. Weil das Leben Gabe Gottes ist und eine besondere Bestimmung hat, ist es unbedingt zu schützen (Ulrich Eibach)

- Es ist ein sehr großer Irrtum, zu meinen, dass der Patient bei der Bitte um Euthanasie wirklich um die tödliche Injektion bittet. In fast allen Fällen bedeutet eine solche Bitte vielmehr die Bitte um Linderung des Leidens, um mehr Sterbebeistand (Paul Sporken, katholischer Moraltheologe aus den Niederlanden).

- Der Philosoph Robert Spaemann nennt drei Faktoren für die Aktivierung der Euthanasiedebatte: 1. Die demographische Situation der westlichen Industrieländer; es gehöre mittlerweile nicht mehr zur political correctness, diese Katastrophe - die seit 20 Jahren bekannt ist - zu verschweigen. Aber niemand brächte sie in den Zusammenhang mit der derzeitigen Euthanasiedebatte, das wiederum verschweige man. Aber gehört nicht „ein gehöriges Maß an Naivität dazu, im Ernst an Zufall zu glauben, wenn ausgerechnet in den westlichen Industrieländern der Ruf nach Legalisierung der Tötung alter und Kranker laut... wird“? 2. Grund der Debatte sei die wachsende Möglichkeit, Leben durch Einsatz von Apparaten „exzessiv“ zu verlängern.

3. bestimme eine sentimentale Grundstimmung, das Leben sei nur als ein gesundes und freudvolles „lebenswert“. „Was vor allem nicht sein soll, sind unangenehme Zustände. Leiden ...muss um jeden Preis beseitigt werden“, und wenn es nicht anders geht, eben durch Beseitigung des Leidenden. Spaemanns Fazit: „Das Angebot des assistierten Selbstmords wäre der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen, der infamste und der billigste. Der billigste Ausweg aber ist der, der in unserer durchökonomisierten Zivilisation mit Sicherheit am Ende gewählt wird, wenn er nicht durch Gesetz und Sitte so fest verriegelt bleibt, dass diejenigen, die seine Öffnung fordern vollständig entmutigt werden.“

3. Dokumente der Katholischen Kirche

a) Katechismus der Katholischen Kirche, deutsche Ausgabe 1993:

„Menschen, die versehrt oder geschwächt sind, brauchen besondere Beachtung. Kranke oder Behinderte sind zu unterstützen, damit sie ein möglichst normales Leben führen können.“ (276)

„Die direkte Euthanasie besteht darin, dass man aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Sie ist sittlich unannehmbar.“ (2277)

„Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.

Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwändige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.“ (2278)

„Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden. Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch als Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird

Die Betreuung des Sterbenden ist eine vorbildliche Form selbstloser Nächstenliebe; sie soll aus diesem Grund gefördert werden. .“ (2279)

b) Enzyklika „Humanae vitae“

„Man muss den ganzen Menschen im Auge behalten, die gesamte Aufgabe zu der er berufen ist; nicht nur seine natürliche und irdische Existenz, sondern auch seine übernatürliche und ewige.“ (II,7)

c) Papst Pius XII

Keine Indikation, kein Notstand kann ein in sich sittenwidriges Tun in ein sittengemäßes und erlaubtes verwandeln.

d) Enzyklika „Evangelium vitae“

„Abtreibung und Euthanasie sind Verbrechen, die für rechtmäßig zu erklären sich kein menschliches Gesetz anmaßen kann. Gesetze dieser Art rufen nicht nur keine Verpflichtung für das Gewissen hervor, sondern erheben vielmehr die schwere und klare Verpflichtung, sich ihnen mit Hilfe des Einspruchs aus Gewissensgründen zu widersetzen.“ (III 73)

„Es ist niemals erlaubt, sich einem in sich ungerechten Gesetz, wie jenem, das Abtreibung und Euthanasie zulässt, anzupassen, weder durch Beteiligung an einer Meinungskampagne für ein solches Gesetz noch dadurch, dass man bei der Abstimmung dafür stimmt.“ (III 73)

„Unter Euthanasie/Sterbehilfe versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden.“ (III 65)

„Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie/Sterbehilfe; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“ (III 65)

„Selbstmord ist immer ebenso sittlich unannehmbar wie Mord. ... aus objektiver Sicht eine schwer unsittliche Tat ...“ (III 66)

„Gott allein hat die Macht, zu töten und zum Leben zu erwecken.“ (III 66)

4. Sonstige Stellungnahmen zur Sterbehilfe

4.1. Befürworter der Sterbehilfe

a) Der schweizerische Sterbehilfeverband Dignitas veröffentlichte am 1.2.2007:

Das Schweizer Bundesgericht anerkennt das Recht auf begleiteten Suizid als Grundrecht. Auch Psychischkranke haben Anspruch, wenn sie urteilsfähig sind - Urteil schafft Rechtssicherheit

Uster/Wetzikon, 1. Februar. Das Schweizerische Bundesgericht hat das Recht eines Menschen, Art und Zeitpunkt der Beendigung seines eigenen Lebens zu bestimmen, als europäisch garantiertes Grundrecht anerkannt und gleichzeitig grundsätzlich Psychischkranken denselben Anspruch wie allen anderen Menschen gewährt, sofern sie urteilsfähig sind. Gleichzeitig hat es ein Begehren um Beseitigung der Rezeptpflicht für das für einen begleiteten Suizid benötigte Mittel abgewiesen. Das Urteil ist am Donnerstag von den Anwälten des Beschwerdeführers in Uster und Wetzikon ZH bekannt gegeben worden.

Die Entscheidung des Bundesgerichtes ist durch die Beschwerden eines psychisch kranken Mannes erwirkt worden, der Mitglied von «Dignitas» ist, dem jedoch angesichts der Rechtsunsicherheit kein Arzt ein Rezept für das für einen sicheren Suizid notwendige Medikament Natrium-Pentobarbital ausstellen wollte. Grund für die Weigerung war die stets etwas undeutlich gehaltene Androhung des Zürcher Kantonsarztes, Ärzten, die psychisch Kranken ein solches Rezept ausstellen, Berufsverbot zu erteilen. Deshalb hatte sich der Beschwerdeführer gleichzeitig an den Bundesrat, den Direktor des Bundesamts für Gesundheit, den Zürcher Kantonsarzt und den Zürcher Kantonsapotheker gewandt und geltend gemacht, er habe einen Anspruch auf direkten Zugang zum erforderlichen Medikament. Zur Begründung verwies er auf die Europäische Menschenrechtskonvention, die in Artikel 8 die Staaten verpflichtet, das Privatleben ihrer Bewohner zu achten. Zum Privatleben gehöre auch die Entscheidung über das eigene Lebensende.

Alle so ersuchten Behörden erklärten sich entweder für unzuständig oder wiesen das Begehren ab. Mit je einer Beschwerde gegen die Bundes- und die Kantonsbehörden, die auch im Rechtsmittelverfahren sein Begehren abgewiesen hatten, wandte er sich in der Folge an das Bundesgericht. Dieses hatte ihn im Laufe des Verfahrens auch persönlich angehört.

Das Bundesgericht hielt wörtlich fest:

«Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziffer 1 EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention) gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln.»

· «Es ist nicht zu verkennen, dass eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ähnlich wie eine somatische ein Leiden begründen kann, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt. Nach neueren ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen ist auch in solchen Fällen eine allfällige Verschreibung von Natrium-Pentobarbital nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen... Doch ist dabei äußerste Zurückhaltung geboten: Es gilt zwischen dem Sterbewunsch zu unterscheiden, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und jenem, der auf einem selbst bestimmten, wohlerrungenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht („Bilanzsuizid“), den es gegebenenfalls zu respektieren gilt.

Basiert der Sterbewunsch auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid, darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden.» «Ob die Voraussetzungen dazu gegeben sind, lässt sich wiederum nicht losgelöst von medizinischen - insbesondere psychiatrischen - Spezialkenntnissen beurteilen und erweist sich in der Praxis als schwierig; die entsprechende Einschätzung setzt deshalb notwendigerweise das Vorliegen eines vertieften psychiatrischen Fachgutachtens voraus . . . »

Der Generalsekretär von «Dignitas», Ludwig A. Minelli, hat am Donnerstag dazu erklärt, mit der Anerkennung des Rechts auf begleitetes Suizid als EMRK-Recht werde allen Versuchen, mit zusätzlichen «Regeln» Menschen aus anderen Staaten als der Schweiz den Weg zu einer Freitod-Begleitung in der Schweiz unmöglich zu machen, der Boden entzogen. Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention lasse keinerlei Diskriminierung zu. Im Übrigen sei die durch das Urteil nunmehr endlich erzielte Rechtssicherheit die Basis dafür, dass künftig Ärzte auch psychisch Kranken, die urteilsfähig sind, ohne das Risiko eines Berufsverbotes in Kauf zu nehmen, helfen können, indem sie nach Vorliegen eines psychiatrischen Gutachtens Natrium-Pentobarbital verschreiben dürfen.

Minelli ist auch davon überzeugt, dass dieser Entscheid in anderen europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, Großbritannien und Frankreich, nach einiger Zeit dazu führen dürfte, die dortigen eingefrorenen politischen Positionen zu überdenken und ein liberaleres Regime zu ermöglichen. Dies würde die Nachfrage nach dieser Dienstleistung in der Schweiz erheblich reduzieren können, was durchaus erstrebenswert sei. (Homepage: www.dignitas.ch)

b) Humanistischer Verband Deutschland:

Zwang zum Lebensschutz gegen Patientenwillen nimmt zu

Pressemitteilung des Humanistischen Verbandes Berlin (30.6.2004): Humanistischer Verband Deutschlands (HVD) warnt vor Einschränkung bestehender Patientenrechte:

Anlässlich der jetzt zum 30. August bevorstehenden Veröffentlichung des Berichts der Enquete-Kommission "Recht und Ethik in der modernen Medizin" sieht der HVD eine zunehmende Gefahr von aufgezwungenen Behandlungen gegen den Patientenwillen. Dies widerspräche den Ergebnissen der Arbeitsgruppe "Autonomie am Lebensende", die vor kurzem von der Bundesjustizministerin vorgestellt wurden.

Fast unbemerkt von der deutschen Öffentlichkeit will die Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages den Zwang zum Lebensschutz wieder einführen. Wie einzelne ihrer Mitglieder verlauten ließen, plant die Enquete-Kommission mit einer 2/3 Mehrheit bereits bestehende Selbstbestimmungsrechte bei Patientenverfügungen und legalen Formen der Sterbehilfe drastisch einzuschränken. Davor warnt der Humanistische Verband Deutschlands. Als Patientenvertreterin hat die Bundesbeauftragte des HVD für Patientenverfügungen und Humanes Sterben, Gita Neumann, an dem Bericht "Patientenautonomie am Lebensende", der vor zwei Wochen von Bundesjustizministerin Zypries der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, mitgewirkt. Darin wird von einer interdisziplinären Expertengruppe vorgeschlagen, endlich größere Rechtssicherheit für alle Beteiligten, d.h. vorsorgewillige Bürger, Patienten, Angehörige und Ärzte zu erreichen. "Ebendies ist aber fundamentalistischen und paternalistischen Lebensschutzvertretern ein Dorn im Auge - sie schlagen zurück" hat Gita Neumann erfahren, "nicht das Gespräch und der demokratische Konsens werden gesucht, vielmehr sind böswillige Diffamierungen und Ausgrenzungsversuche neuerdings an der Tagesordnung. Den betroffenen Angehörigen wird unterstellt, sie

wollten sterbende Familienmitglieder umbringen. Den Todkranken wird signalisiert, das Gespräch mit dem Arzt gar nicht erst zu suchen, um diesen nicht in Bedrängnis, gar ins Gefängnis zu bringen."

Die von der Zypries-Expertengruppe vorgeschlagene Ergänzung des Strafrechtsparagrafen 216 (Tötung auf Verlangen) lautet im Wortlaut wie folgt:

"Nicht strafbar ist:

1.) Die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt,

2.) Das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht."

Diese Klarstellung entspricht der heute schon geltenden Rechtslage, dass Ärzte in den genannten Fällen nicht mit dem Staatsanwalt zu rechnen haben. Dazu Gita Neumann: "Die Empfehlung unserer Gruppe wird von den Kritikern einerseits als völlig überflüssig bezeichnet - um sie im gleichen Atemzug als höchst gefährlich zu brandmarken. Leider ist dies nicht nur ein irrationaler Widerspruch in sich, sondern grausame Realität, der sich Schwerstkranke und ihre Angehörige ausgesetzt sehen. Nach dem Motto `Was wollen Sie denn eigentlich, niemand muss leiden, es gibt doch die indirekte und passive Sterbehilfe`. Umgekehrt heißt es: `Das darf der Arzt aber nicht, das ist ja strafbare Tötung`, wenn ein verzweifelter Mensch die eröffneten Möglichkeiten der Leidensminderung dann wirklich einmal in Anspruch nehmen möchte."

Der Arbeitsgruppe "Patientenautonomie am Lebensende" gehörten neben dem HVD auch Vertreter der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände an. Bemerkenswert ist, dass die Arbeitsgruppe - im Unterschied zur Enquete-Kommission - von Praktikern und Experten besetzt war und ihre Ergebnisse im weitgehenden Konsens beschlossen hat.>>

c) Philosophen (Peter Singer - Volker Gerhardt, Berlin - Reinhard Merkel, Bremen - Norbert Hoerster)

Peter Singer vertritt ein materialistisch-utilitaristisches Menschenbild. Der Mensch wird nach seinem sozialen Nutzwert beurteilt. Ein kranker Mensch ist weniger wert als ein gesunder. Mensch ist nur der, der Lebensinteresse äußert und Wünsche kundgibt. Werke u. a.: Praktische Ethik 2. Auflage 2003 (reclam) und SingerP., Kuhse H. „Muss dieses Kind am Leben bleiben. Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener, 1993.

Volker Gerhardt forderte im Juli 2003 die Zulassung der aktiven Sterbehilfe.

Reinhard Merkel schlägt eine Brücke zwischen Moralphilosophie und Strafrecht und wägt ab zwischen Leiden und Tod:

Matthias Ruch (DIE ZEIT):

Seit Jahren sorgt der Hamburger Rechtsphilosoph und Strafrechtslehrer Reinhard Merkel mit seinen Beiträgen zum Umgang mit schwer leidenden, todgeweihten Menschen für Aufsehen. Das geltende Recht, stellt er fest, hinke dem Fortschritt

der Intensivmedizin, die heute auch schwerstgeschädigte Neugeborene am Leben erhalten kann, weit hinterher. "Widersprüche und klaffende Begründungslücken" legt Merkel nun in seiner Habilitationsschrift offen und sucht, ungeachtet des "prohibitiven Tabus", das mit Blick auf die deutsche Vergangenheit eine unbefangene Auseinandersetzung mit der so genannten Frühethanasie hierzulande nach wie vor belastet und lähmt, nach rechtsethischen und strafrechtlichen Direktiven für die Entscheidungen der Ärzte.

In der Auseinandersetzung mit zehn ausgewählten Einzelfällen führt er den Leser bedrückend sachlich in die Grenzbereiche der Neonatalmedizin. Extreme Frühgeburten und Syndrome wie Trisomie führen allein in deutschen Kinderkliniken jährlich zu weit über 1000 Todesfällen durch Nichtbehandlung. Die "seelische und emotionale Verstörung", die den medizinischen Laien beim Anblick dieser Extremfälle überkommt, hat auch den Autor nicht unberührt gelassen.

Wenn Lebensrecht zur Lebenspflicht wird

Orientiert an der Maxime, "das Beste" für die Neugeborenen zu tun, nimmt Merkel den Leser bei der Hand und entführt ihn aus der Klinik quer durch das Recht in die Moralphilosophie. Dort legt er sein ethisches Fundament, denn "eine normative Autarkie des Rechts, gänzlich unabhängig von der Ethik, ist eine Illusion". Im Mittelpunkt der Argumentation steht das Recht auf Leben, dessen Schutz für jeden Menschen bedingungslos und unabhängig von seinem Zustand gilt. Doch wie weit reicht dieses Recht? Auf der Suche nach praktischen Lösungen, überprüft Merkel den theoretischen Ansatz stets am konkreten Fall und führt unschlüssige Argumente ad absurdum. Immer wieder richtet er den Blick auf seinen Beispielfall des Autofahrers, der, nach einem Unfall ausweglos eingeklemmt, qualvoll im Wagen zu verbrennen droht. Als alle Lösungsversuche scheitern und der Fahrer von den Flammen erfasst wird, zieht ein Passant seine Pistole und erschießt den Leidenden.

Strafbare Tötung oder gerechtfertigte Erlösung? "Interessenabwägung", antwortet Merkel und bricht also mit dem herrschenden Grundsatz, menschliches Leben könne niemals Gegenstand zulässiger rechtlicher Abwägung sein. Wer das Verbot der "erlösenden" Tötung auf das absolute Lebensrecht des Verbrennenden stützt, richte es gegen den, zu dessen Nutzen es besteht; das Lebensrecht würde zur Lebenspflicht! Allzu oft würde der "Schutz des Rechts auf Leben" mit dem "Schutz des bloßen biologischen Überlebens" verwechselt.

Jenseits des Juristischen definiert Merkel ein moralisches Recht auf Leben mit der Fähigkeit, "Lebensinteressen innezuhaben". Durch eine Art "Anwartschaftsrecht" auf zukünftige Interessen fallen darunter auch Neugeborene und bereits Föten im späteren Schwangerschaftsstadium. Mit seinen Veröffentlichungen zur Euthanasie und durch seine Nähe zu Peter Singer hat sich Reinhard Merkel in den vergangenen Jahren leidenschaftlicher Kritik ausgesetzt. Er hält am Begriff des "unwerten Lebens" fest, das es seines Erachtens in der Tat gibt. Denn der "Wert" eines konkreten Lebens könne ausschließlich nach seiner erwartbaren Qualität und Quantität aus der Innenperspektive des leidenden Kindes, niemals dagegen aus der Sicht gesellschaftlicher Interessen beurteilt werden. Kein anderer Maßstab sei

sinnvoll, moralisch akzeptabel und rechtlich haltbar. "Was denn sonst könnte das Sterbenlassen oder Töten eines Neugeborenen legitimieren, wenn nicht der Zustand seines Lebens?"

Die Rückkehr ins Strafrecht führt den Leser zum Notstandsparagrafen 34, dem Dreh- und Angelpunkt der juristischen Lösung. Und wieder stößt Merkel auf "unhaltbare Widersprüche" der herrschenden Lehre: Während die indirekte Euthanasie, also das bloße "Inkaufnehmen" des Todes durch möglicherweise tödliche Schmerzmedikation, nach Paragraf 34 gerechtfertigt sein kann, wird eine Rechtfertigung gezielt vorsätzlicher Tötungen absolut ausgeschlossen. "Der Vorsatz ist nicht entscheidend", hält Merkel dagegen, nicht das Motiv des abwägenden Arztes, sondern die interessengerechte Abwägung selbst müsse über Recht und Unrecht des Sterbenlassens entscheiden. Auch das Dogma, eine aktive Tötung sei stets von höherem Unwert als ein passives Sterbenlassen, wird widerlegt: Wenn es dem überwiegenden Interesse eines leidenden Neugeborenen entspricht, sein Leben nicht länger zu erhalten, könne die aktive Tötung durch eine Giftspritze nicht von höherem Unwert sein, als das Kind verhungern zu lassen. Im Einzelfall sei die aktive Euthanasie daher nicht nur zulässig, sondern ethisch geboten.

Ebenso konsequent, wie Merkel für die Sterbehilfe "zum Wohle" der Betroffenen streitet, tritt er in Fällen überwiegender Lebensinteressen der Neugeborenen für deren Schutz ein. Belange Dritter aber können eine Tötung keinesfalls rechtfertigen. Verweigert etwa eine Mutter ihre Zustimmung zu einem unvermeidlichen Kaiserschnitt, um die Tötung ihres ungewollten Kindes zu erzwingen, dürfe diese Verweigerung nicht höher gewertet werden als das Lebensinteresse des Kindes. Entgegen der gängigen Praxis hält Merkel daher einen Zwangskaiserschnitt in diesen Fällen für geboten. Auch für siamesische Zwillinge begründet er einen erweiterten Lebensschutz: Ohne akute Lebensgefahr könne die Trennung zugunsten des einen auf Kosten des Lebens des anderen nicht gerechtfertigt werden. Mit seinen anschaulichen Schilderungen gelingt es Merkel, auch medizinischen und juristischen Laien einen umfassenden Einblick in die akuten ethischen und strafrechtlichen Probleme der Neonatalmedizin zu geben. Die Rechtswissenschaft wird nicht länger umhin kommen, ihre bisherigen Lösungen kritisch zu hinterfragen, um nicht zuletzt den Medizinern endlich eine praxisgerechte Rechtsgrundlage zu schaffen. Das Fundament dazu ist mit diesem Buch gelegt.

Prof. Norbert Hoerster schrieb 1998 in seinem Buch „Sterbehilfe im säkularen Staat“: „Wer statt einem kranken oder behinderten einem gesunden Kind das Leben schenkt, verdient in Wahrheit Lob statt Tadel.“ Der Akt der Sterbehilfe sei legitim bei schweren unheilbaren Leiden, wenn der Betroffene selbst nach reiflicher Überlegung dies wünsche und ein Arzt sie vollziehe.

4.2. Ablehnung der Sterbehilfe

a) Stellungnahme der Ärzte für das Leben e.V. anlässlich ihrer Jahrestagung vom 25. - 27. Juni 2004 in Kloster Banz zum Thema: „Der Arzt und der gute Tod - Hospizbewegung und Palliativmedizin statt Tötungspraxis“:

„Die gesetzlichen Regelungen zur Euthanasie in den Nachbarländern Schweiz, Belgien und in den Niederlanden, die öffentliche Werbung der Anbieter aktiver Sterbehilfe in deutschen Medien, die gesellschaftliche Diskussion in Schulen, Akademien und forciert über sog. Umfragen, die parlamentarischen Debatten über eine eventuelle Legalisierung der Tötung von Sterbenden, aussichtslos Erkrankten, depressiven Patienten, ja lebensmüden Jugendlichen, wie sie auf Bundes- und europäischer Ebene stattfinden, und insbesondere die Initiative des Schweizers Dick Marty im Straßburger Europarat, „aktive Sterbehilfe“ in den EU-Staaten „zuzulassen“, zielen auf den Bruch mit dem ethisch gebotenen und bisher geltenden Schutz des Lebens von schwerstkranken, behinderten oder depressiven Menschen.

„Ärzte für das Leben“ sind entgegen all diesen Bestrebungen der hippokratischen Tradition verpflichtet und lehnen jegliche ärztliche Handlung mit beabsichtigter Todesfolge aus berufsethischen (*Genfer Gelöbnis*) und aus allgemein moralischen Grundsätzen (5. Gebot des Dekalogs) ab. Das jüdisch-christliche Ethos, gerade den schwachen Nächsten vor Übergriffen zu schützen, hat sich über viele Jahrhunderte bewährt: der bewusste und beabsichtigte Tötungsakt an einem von uns abhängigen leidenden Menschen ist damit unvereinbar. Auch die Aufklärung und ihr Prinzip der gleichen Würde der Menschen stehen dem entgegen. Warum sollten ausgerechnet der Arzt oder die Pflegekraft, also gerade jene, die sich dem „Wohl des Kranken“ (lateinisch: *salus aegroti*) verschrieben haben, zum tödlichen Handlangerdienst aufgerufen und dann auch schon bald verpflichtet sein? Dieses „Wohl“ ist durch Zuwendung zu ermöglichen: physisch, psychosozial und spirituell. Sterben ist als eine Phase des geschöpflichen Lebens zu verstehen, die kein gewaltsames Abbrechen, sondern individuelle und würdevolle Ausgestaltung verlangt.

Die Konsequenzen einer überbordenden Autonomie, die das Ende dramatisch in eigener Regie gestalten will, sind vorgezeichnet:

- die „Entsorgung“ von unselbständig gewordenen Patienten und Schwerstkranken mit der Möglichkeit, sich so aufwendige Therapie und Pflege zu ersparen sowie
- die weit „billigere“ Beseitigung von „unzumutbaren“ schwerbehinderten Neugeborenen durch die tödliche Injektion; beides könnte sich in Zeiten knapper medizinischer Ressourcen gesellschaftlich als verführerisch erweisen.
- Patienten könnten sich zur buchstäblichen „Selbstaufgabe“ veranlasst sehen, um Familie und Gesellschaft vom eigenen Pflegeaufwand zu entlasten; und
- dieser „Altruismus“ würde zum Ideal einer neuen „Ethik kollektiver Nützlichkeit“ avancieren, auf welche Angehörige aus den verschiedensten Motiven heraus verweisen;
- längst sind zahlreiche Fälle fremdbestimmter Patiententötungen, d. h. solcher bei Einwilligungsunfähigen bzw. gegen deren Willen, aus den Nachbarländern bekannt. Die hierdurch gestiftete allgemeine Unsicherheit und das sich daraus ergebende

Misstrauen gegen Ärzte und Pflegeberufe stören das Gemeinschaftsleben und den Rechtsstaat. Sie verletzen die Humanität.

Deshalb appellieren wir an die Politiker, aktive Sterbehilfe in unserem Land nicht zuzulassen sowie an unsere ärztlichen Kollegen, sie nicht zu praktizieren.

Kollegen und Kolleginnen an Kliniken und in freien Praxen rufen wir vielmehr dazu auf, sich im Dienst des Sterbebegleiters zu bewähren, Leiden zu lindern, sich in Palliativmedizin zu bilden, um die ärztliche Kunst auf diese Weise dem Todgeweihten zu widmen und ihm so lange wie möglich Lebensqualität zu erhalten.

Das bedeutet im Einklang mit unserem ärztlichen Ethos nicht die Erhaltung des Lebens um *jeden* Preis und lässt im individuellen Fall Raum für die verantwortungsvolle ärztliche Entscheidung über Einleitung, Fortführung oder eventuellen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Das „totale Engineering“ in einer technokratischen Medizin führt letztlich auch zur „Exitstrategie“ und so zum Verlust der Mitmenschlichkeit. Sterben und Sterbenlassen bedeuten weder eine menschliche noch eine ärztliche Niederlage.

Ärzte für das Leben unterstützen zusammen mit gleichgesinnten Ärzten die Palliativmedizin und die Hospizbewegung in Deutschland, wie sie exemplarisch die Bayerische Stiftung Hospiz darstellt, in ihrem Bemühen, sterbenskranken Mitmenschen durch adäquaten Beistand und kompetente Pflege die familiären und sozialen Kontakte zu erhalten und so ein bewusstes, dankbares und friedvolles Abschiednehmen zu ermöglichen.“

b) Grundsatzprogramm der Aktion Lebensrecht für Alle (ALfA e.V.), Auszug zum Thema Euthanasie:

„Die Praxis der Euthanasie in Nachbarländern führt zu Verunsicherung und Ängsten. Sie zerstört gegenseitiges Vertrauen und den Zusammenhalt der Gemeinschaft. Wie die Erfahrung zeigt, wird nach der Einführung der sogenannten Sterbehilfe aus dem vermeintlichen Recht auf den eigenen Tod die „Pflicht zum Tod“. Die sogenannte Sterbehilfe führt immer zur Tötung eines Menschen und stellt immer ein schweres Unrecht dar. Der Mensch ist nicht Herr über Leben und Tod. Die oft komplexe Situation bei aussichtslosem Leiden, starken Schmerzzuständen oder beim Abbau von Persönlichkeit lassen sich durch Einfühlungsvermögen, ärztlich, medikamentös und vor allem pflegerisch auf menschliche Weise bewältigen. Leiden, Sterben und Tod sind Bestandteile des Lebens, denen wir uns stellen müssen. Hospizarbeit und persönliche Sterbebegleitung sind der menschliche Weg in dieser Lebensphase.“ (<http://www.alfa-ev.de/>)

c) Statement des Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Jörg Hoppe am 04.05.2004:

„Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde - nicht aber eine Recht, getötet zu werden. Ein einklagbares Recht auf aktive Sterbehilfe wäre

zwar vermeintlich die ultimative Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung, doch von da aus ist der Weg nicht mehr weit in eine Gesellschaft, die den Menschen den Tod nahe legt, wenn sie mit dem Leben nicht mehr zurecht kommen.

Jeder Patient muss sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten und weder wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen. Diese Sicherheit ist nur zu garantieren, wenn Ärztinnen und Ärzte aktive Hilfe zum Sterben, also eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen, kategorisch ablehnen.

Wir sehen die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe todkranker Patienten, das heißt in der Sterbebegleitung. Leiden zu lindern und Angst zu nehmen, um damit ein selbstbestimmtes, würdevolles Lebensende zu ermöglichen, das ist der ärztliche Auftrag.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Das muss für Ärzte der Schlüssel zur Ermittlung des Patientenwillens sein."

d) Marburger Bund (Gewerkschaft der Klinikärzte): Ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe lehnt die Klinikärztevereinigung „Marburger Bund“ strikt ab. „Das aktive Töten von Menschen ist mit dem ärztlichen Berufsethos nicht vereinbar“, sagte der Vorsitzende des „Marburger Bundes“ Dr. Frank Ulrich Montgomery gegenüber der Nachrichtenagentur ddp im Vorfeld der Hauptversammlung des Verbandes Anfang November 2004 in Berlin.

Den Forderungen nach Sterbehilfe liege oft die Angst vor einem qualvollen Tod zu Grunde, so Montgomery. Die Konsequenz für die Ärzteschaft könne jedoch nicht Euthanasie bedeuten, sondern müsse eine bessere Schmerztherapie und Palliativmedizin am Ende des Lebens sein.

Der Vorsitzende forderte daher von der Politik mehr finanzielle Mittel, um entsprechende Therapien zu stärken und flächendeckend Palliativ- und Hospizeinrichtungen aufzubauen.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist nach Ansicht Montgomerys eine wichtige Richtschnur ärztlichen Handelns, wenn es um lebensverlängernde Maßnahmen geht. Dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen dürfe von Ärzten aber nur dann entsprochen werden, wenn eine Patientenverfügung aktuell sei und sich eindeutig auf die momentane Behandlungssituation des Patienten beziehe. „Ansonsten muss die Entscheidungshoheit über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen stets beim Mediziner bleiben“, sagte Montgomery. (Quelle: Deutsches Ärzteblatt 02.11.2004)

e) Deutsche Hospizstiftung: Neun-Punkte-Katalog für menschliche Zuwendung statt Euthanasie

1. Keine Grauzonen: Euthanasie ist Töten von Menschen.

Aktive Sterbehilfe (Euthanasie) ist das vorsätzliche Töten von Menschen - die Beschleunigung oder Vorverlegung eines Sterbevorgangs auf Verlangen oder ohne Verlangen des Betroffenen. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten. Zwar hört man oft, dass durch den medizinischen Fortschritt Grauzonen entstünden und Grenzen verwischten. Als einfache Schein-Lösung wird eine generelle Erlaubnis gefordert - die "Lizenz zum Töten". "Es gibt aber sachliche Anhaltspunkte, die für eine klare Unterscheidung und damit gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sprechen", sagt Prof. Dr. Wolfram Höfling, renommierter Verfassungsrechtler der Universität Köln.

2. Auf Leben oder Tod: Diese Entscheidung ist unwiderruflich.

Soll eine unheilbare, zum Tode führende Erkrankung Voraussetzung für aktive Sterbehilfe sein? - Dann gilt es zu beachten, dass es solche hundertprozentigen Prognosen nicht gibt. Oder soll jeder immer selbstbestimmt und frei sein Sterben einfordern können? - Auch Menschen mit einer spontanen Kurzschlussreaktion, auch solche, deren Sterbewunsch eigentlich ein Hilferuf ist, auch Minderjährige in einer sie überfordernden Lebenssituation, auch Kranke mit unerträglichen Schmerzen wegen falscher Behandlung?

Wer will, wer soll hier entscheiden - sowohl bei der gesetzgeberischen als auch in der konkreten Handhabung? Die aktive Sterbehilfe kann immer auf einer Fehleinschätzung beruhen und ist unumkehrbar. Dem Betroffenen wird die Chance genommen, eine mögliche Besserung seines Zustands oder eine Änderung seiner Meinung noch zu erleben.

3. Wehret den Anfängen: Dambruch für Willkür und Kostendruck!

Die Zulassung der aktiven Sterbehilfe erhöht die Gefahr eines "Dambruchs", der zwangsläufig weitere Fehlentwicklungen nach sich zieht: Zunächst mag Euthanasie nur in vermeintlich gut begründeten Ausnahmefällen erlaubt sein, nach und nach ist sie dann allgemein akzeptiert - wie die Niederlande beweisen - irgendwann vielleicht sogar die Regel.

Materielle Interessen von möglichen Erben können Entscheidungen ebenso beeinflussen wie die Belegungssituation eines Krankenhauses - gewollt oder ungewollt. Auch eine Legalisierung ausschließlich bei einwilligungsfähigen, sich bewusst entscheidenden Menschen bedeutet nicht, dass solche Einflüsse ohne Wirkung bleiben. Die ethische Grundsatzentscheidung, dass in einer Gesellschaft die Tötung von Menschen zugelassen wird, hat Auswirkungen auch auf die Debatten zu Abtreibung, Gen-Technik und Bio-Ethik. Der Gesetzgeber legitimiert, dass Menschen über Leben und Tod entscheiden.

Auch wird die Hemmschwelle gegenüber vermeintlichen Mitleidstötungen gesenkt. Die Qualen eines Menschen mit ansehen zu müssen ohne helfen zu können, führt oft nicht zu echtem Mit-Leid, sondern konfrontiert die Personen im Umfeld des Kranken mit ihrer eigenen Unfähigkeit, den Zustand des Leidenden zu akzeptieren und mit zu ertragen. Aktive Sterbehilfe ist hier nur Schein-Ausweg.

4. Reform-Blockade: Systemkonservativ statt reformorientiert.

Die Befürworter aktiver Sterbehilfe setzen Missstände im bestehenden Gesundheitssystem voraus und zementieren sie damit, anstatt sie zu hinterfragen und für dringend notwendige Veränderung zu sorgen. Sie verhindern dadurch eine Neuorientierung mit Verbesserung der Umstände des Sterbens überall, wo gestorben wird. Der Schwerstkranke soll schnell und kostengünstig sterben. Aktive Sterbehilfe ist dann die makabre Fortentwicklung der Kostenlogik einer ausschließlich ökonomischen Orientierung des Gesundheitswesens.

5. Leidens-Druck: Sterben sollen, ohne es zu wollen.

Allein die Möglichkeit, legal aktive Sterbehilfe einfordern zu können, würde zu einem Druck führen, dies auch tun zu müssen, weil es gesellschaftlich anerkannt und gutgeheißen wird. Umgebende Personen empfinden einen Leidenden schnell als Belastung und vermitteln dieses Gefühl zurück. Unterschwellig werden Aggressionen gegen den Kranken entwickelt, der nicht den entlastenden Tötungswunsch äußert. So entsteht ein Druck auf den Kranken, seinem Leben ein Ende zu setzen.

6. Prüfstein der Gesellschaft: Der Umgang mit den Schwächsten.

Wie eine Gesellschaft mit Hoffnungslosen und Verzweifelten umgeht, zeigt den Grad ihrer Zivilisation. An ihrem Verhalten gegenüber Alten, Kranken und Sterbenden erkennt man ihren Entwicklungsstand. Das darwinistische Prinzip des Überlebens der Stärkeren gilt selbst im Tierreich nur bedingt: Höherentwickelte Lebewesen kümmern sich aufwändig und zeitintensiv um ihre schwachen Artgenossen.

Bezeichnend ist, dass keine Religionsgemeinschaft der Welt das Töten Sterbender propagiert. Das hospizliche Denken wird so zum gemeinsamen Kulturerbe der Menschheit. Und aktive Sterbehilfe entpuppt sich als Irrweg und vorzivilisatorischer Rückfall.

7. Der Arzt und sein Eid: Leiden lindern, Lebensqualität ermöglichen.

Ziel ärztlichen Handelns kann nicht die aktive Beendigung von Leben sein. Denn auch ein Arzt muss sich jeder Krankheitssituation stellen und auf sie mit entsprechenden Therapien reagieren - und sei es am Ende der Erhalt von Lebensqualität ohne Heilungsaussicht. Die Palliativmedizin stellt dabei die effiziente Schmerztherapie mit Symptomkontrolle in den Mittelpunkt. Das heißt: Nicht wahllose Lebensverlängerung mit Technik und Therapien, sondern Linderung von Schmerzen und Behandlung von beeinträchtigenden Symptomen. So lässt sich Lebensqualität ermöglichen, die soziale Kontakte, bewusstes Erleben und ein würdevolles Sterben erlaubt.

Ein Sterbender darf für den Arzt keine Niederlage, sondern muss im positiven Sinne eine Herausforderung sein. Wo diese Sicht gilt, können Ärzte keine aktive Sterbehilfe leisten.

8. Enttäuschte Hoffnung: Qualvolles Sterben trotz Euthanasie.

Oft wird Ärzten dennoch auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung die Kompetenz zugesprochen, durch Gabe bestimmter Mittel einen schnellen und problemlosen Tod zu ermöglichen. Eine Studie der Universität Rotterdam über aktive Sterbehilfe in den Niederlanden kommt zum gegenteiligen Ergebnis: "Wenn ein Arzt Sterbehilfe leistet, bedeutet dies nicht unbedingt ein schnelles oder leichtes Ende für den Kranken." In den untersuchten Fällen ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung gab es bei 23 % Komplikationen (Krämpfe, Erbrechen, langer Todeskampf), in 18 % war nochmaliges aktives Nachhelfen nötig. Und in 10 % direkter aktiver Sterbehilfe durch den Arzt gab es Komplikationen bzw. keinen oder einen verzögerten Todeseintritt.

9. Bereichernder Weg der Alternativen: Hospizarbeit und Palliativmedizin.

Das wichtigste Argument gegen aktive Sterbehilfe aber ist, dass es auch anders geht. Dass Sterben auch menschenwürdig möglich ist, weil Sterben auch Leben ist. Es ist noch einiges daran zu verbessern, wie gestorben wird. Über Tod und Sterben zu sprechen ist für viele ein Tabu. 40% der Deutschen schätzen die Situation sterbender Menschen als einsam, anonym und unwürdig ein. Gleichzeitig ist ein schnelles, kurzes und schmerzloses Sterben der Wunsch der meisten und die Wirklichkeit der wenigsten Menschen. Die Menschen sterben jedoch überwiegend an Krankheiten und wissen um ihren kommenden Tod. Sie wollen dies jedoch oft nicht wahrhaben. Vor dem körperlichen steht oft der soziale Tod. Und auch trauernde Angehörige werden häufig aus Unsicherheit alleingelassen. Moderne Schmerztherapien und Palliativmedizin werden in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch zu selten angewandt. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. Diese Häuser verstehen sich häufig nicht als Orte des Sterbens. Viele Ärzte und Pflegekräfte sind nicht entsprechend geschult und vorbereitet. Sie empfinden einen sterbenden Patienten oft als Niederlage. Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe ist vor allem eine Folge dieser gesellschaftlichen Missstände. Hinzu kommen persönliche Ängste: vor allem vor Schmerzen und Qualen. Dann vor unnötiger Technik und überflüssiger Therapie, wenn ohnehin keine Heilungsaussicht mehr besteht. Und oft die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen. Diese Umstände sind aber nicht unveränderlich.

Die praktische Erfahrung stimmt hier mit einer humanen ethischen Sichtweise überein: Durch Verbesserung der Situation Sterbender verstummt die Forderung nach aktiver Sterbehilfe. Hospizarbeit und Palliativmedizin nicht nur als Alternativen, sondern als bereichernden Weg bekannt zu machen und zu fördern, ist daher die zentrale Aufgabe.

f) Bundesverfassungsgerichtspräsident Papier lehnt Sterbehilfe ab:

Leipzig (ALfA). Der Präsident des Bundesverfassungsgerichtes, Hans-Jürgen Papier, hat sich entschieden gegen eine Abschwächung des strikten Verbots der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen. In einem Interview mit der Leipziger Volkszeitung, veröffentlicht am 31. Dezember 2005, meinte Papier: „Die aktive Sterbehilfe ist nach deutschem Recht verboten und strafbar.“ Das sei entweder Totschlag nach Paragraph 212 oder, wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolge, Tötung auf Verlangen nach Paragraph 216 Strafgesetzbuch.

Den in der politischen Diskussion kürzlich gemachten Vorschlag, dieses Verbot zu relativieren, lehnte Papier ab. „Es gibt sehr gute Gründe für das Verbot der aktiven Sterbehilfe: Das Tötungstabu darf in unserer Gesellschaft nicht durchbrochen werden. Aber genau das könnte die Konsequenz einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sein.“ Es bestünde nicht nur die Gefahr eines Dammbrochs, sondern auch die des Missbrauchs und des sozialen Drucks auf Patienten und Ärzte, warnte Papier. „Das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist in jedem Fall verfassungsrechtlich zulässig.“ Der Gesetzgeber habe einen Schutzauftrag für das Leben wahrzunehmen. Diesem komme er dadurch nach, dass er das aktive Töten von Menschen verbietet und unter Strafe stellt.

Bundesärztekammerpräsident Hoppe sieht 2005 als Wendepunkt in der Sterbehilfediskussion

Berlin (ALfA). Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, hat das Jahr 2005 als Wendepunkt in der öffentlichen Sterbehilfe-Diskussion in Deutschland bezeichnet. In einem am 3. Januar von der Bundesärztekammer veröffentlichten Interview mit der Nachrichtenagentur AP vom 31. Dezember warnte er vor einer Entwicklung wie in den Niederlanden und Belgien, wo Ärzte leidende Patienten auf Verlangen legal töten dürfen.

Insbesondere kritisierte Hoppe die Forderung des Hamburger Justizsenators Roger Kusch, auch in Deutschland das Verbot aktiver Sterbehilfe abzuschaffen. Vor einem Jahr hätte er es nicht für möglich gehalten, dass ein Justizsenator dafür eintritt, sagte der Ärztepräsident. Der eigentliche Wendepunkt der Sterbehilfe-Debatte sei aber bereits das so genannte Kemptener Urteil des Bundesgerichtshofs im Jahr 1994 gewesen. „Seitdem kann bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme in Ausnahmefällen auch dann möglich sein, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken. Und da fangen die Probleme eben an.“ Diesen mutmaßlichen Willen zu ermitteln, sei gerade bei jüngeren Menschen, die keine Patientenverfügung haben, schwierig bzw. gar nicht möglich.

Für einen Vorstoß zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen, wie ihn Bundesjustizministerin Zypries in der vergangenen Legislaturperiode erfolglos

startete, sieht er derzeit jedoch „keinen akuten Handlungsbedarf“. Hoppe rief aber zu einer offenen Debatte über den Stellenwert der Patientenverfügungen auf, an der sich möglichst viele gesellschaftliche Gruppen beteiligen sollten.

Patientenverfügungen könnten zwar eine wesentliche Hilfe für den Arzt sein; „sie entbinden den Arzt aber nicht davon, den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln“, betonte er. Anhaltspunkte dafür könnten neben früheren Äußerungen u. a. die Lebenseinstellung des Betroffenen sein.

Ansonsten seien Ärzte dem Leben verpflichtet. Es gehöre nicht zum Arztberuf, den Tod herbeizuführen. „Wir als Ärzte wollen den Tod zulassen, ihn aber nicht zuteilen. Aktive Sterbehilfe zu erlauben, wenn Klinikärzte nicht in ihrer Funktion als Arzt, sondern als Staatsbürger handeln, wie es ab 2006 in dem Schweizer Universitätsklinikum von Lausanne möglich sein soll, lehne ich strikt ab. Hier eine Unterscheidung treffen zu wollen zwischen dem Menschen als Arzt und als Staatsbürger, wäre in höchstem Masse perfide“, so der Bundesärztekammerpräsident. Auch ärztlich assistierten Suizid hält er in keinem Fall für ethisch vertretbar. Dies wäre seiner Auffassung nach eine Umkehrung ärztlicher Werte. Der Patient habe das Recht zu sterben, aber nicht das Recht, getötet zu werden, schon gar nicht von Ärzten. „Schwerkranke Menschen müssen palliativmedizinisch so begleitet werden, dass ihr Sterben für sie erträglich wird“, forderte Hoppe abschließend.

5. Erfahrungsberichte aus den Niederlanden

Der Gedanke des Tötens

(Auszug aus: Der Spiegel, 30/2004, Seiten 86-88; Autor: Erich Wiedemann)

Das holländische Euthanasiegesetz wird von vielen Ärzten missbraucht. Sie erlösen auch Patienten, die gar nicht erlöst werden wollen. Der Staat lässt sie gewähren.

Die Sache dulde keinen Aufschub, sagte der junge Mann im Behandlungszimmer. Flüge und Quartier für die Sommerferien seien fest gebucht. Da lasse sich nichts verschieben. Der Doktor solle bitte dafür sorgen, dass der krebserkrankte Vater den Urlaub nicht durchkreuzen könne. Es gehe ja sowieso zu Ende mit ihm.

Hausarzt Jacobus Klopp (Name geändert) tat, was er für seine Pflicht hielt: Er verordnete eine hohe Dosis Morphin, von der er annahm, dass sie den alten Herrn töten würde. Doch der Opa dachte nicht daran, sich zu verabschieden. Als der Doktor zurückkam, um den Tod festzustellen, saß er fröhlich auf der Bettkante. Seit Wochen war er zum ersten Mal wieder gut drauf. Denn er hatte endlich so viel Morphin bekommen, wie er brauchte, um seine Schmerzen zu ertragen.

Der Rotterdamer Arzt Karel Gunning, der die Geschichte für das Fachblatt „Der Internist“ niederschrieb, fand den Tatbestand nicht ungewöhnlich. Er sagt, er sei nur von der anekdotischen Leichtigkeit überrascht gewesen, mit der der Kollege die

Story erzählte. „Als ob es völlig normal sei, einen Patienten zu töten, um der Familie einen Gefallen zu tun.“

Normal ist es nicht. Aber in Holland passiert es öfter, als es eine Kulturnation zielt. Nach einer Studie der niederländischen Regierung töten Ärzte in 38 Prozent der Fälle auch deshalb, weil „die Nächsten es nicht mehr ertragen“ können.

Ihr mutiger Einsatz für das Recht von Todkranken auf einen würdigen Tod hat den Niederländern weltweit viel Beifall eingetragen - und das Vorurteil genährt, das charmante kleine Volk der Kaufleute und Deichbauer zeige seinen Nachbarn wieder mal den Weg in eine liberalere Welt. Was gern übersehen wird: Die Gewissheit, auf Wunsch schmerzlos und in Frieden sterben zu können, bezahlen die Holländer mit dem Risiko, gegebenenfalls ungefragt von einem Arzt umgebracht zu werden...

Holländer werden unter Umständen auch erlöst, wenn sie gar nicht erlöst werden wollen. Sie wollten die totale Autonomie des Individuums bis in den Tod. Doch so fremdbestimmt wie heute waren sie noch nie. Deshalb tragen viele eine „Credo Card“ in der Brieftasche, auf der ihr Lebenswunsch eingestanzt ist, oder schlicht einen Zettel mit der Bitte: „Maak mij niet dood, Dokter.“

Die Angst ist berechtigt. Viele Ärzte fragen nicht mehr, ob es dem Patienten recht ist, wenn sie ihn mit einer Spritze oder mit Medikamenten ins Jenseits befördern. Das fünfte Gebot ist in den Kliniken weiträumig unterspült. Das geht aus einer anonymen Befragung von Ärzten hervor, die im Juni vergangenen Jahres in der britischen Ärzteschrift „Lancet“ erschien.

Der Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität München, Wolfgang Eisenmenger, und der Münchner Medizinethiker Fuat Oduncu, der die darwinistischen Zustände in niederländischen Kliniken vor Ort besichtigt hat, zogen in einem gemeinsam verfassten Aufsatz aus dem Ergebnis der Umfrage ein harsches Resümee: In den Niederlanden werde unter dem Deckmantel der Euthanasie „rechtswidrig getötet oder ermordet“.

Obwohl die Praxis des holländischen Euthanasie-Modells abschreckend wirkt, hat es im Europarat viele Befürworter. Der sozialistische britische Abgeordnete Kevin McNamara hält dagegen, die Legalisierung des Tötens sei unvereinbar mit der Europäischen Konvention für Menschenrechte. Passive Sterbehilfe sei im Allgemeinen in ganz Europa erlaubt, wenn sie mit dem Einverständnis des Patienten erfolgt. Dazu brauche man kein Euthanasiegesetz...

Vor dem Gesetz ist die Tötung durch den Arzt ohne die ausdrückliche Bitte des Patienten auch in Holland immer noch Mord oder Totschlag. Doch in den letzten zehn Jahren ist nicht ein einziger Arzt deswegen angeklagt worden. Ein Schwarzfahrer in der Amsterdamer Straßenbahn hat eine vielfach größere Chance aufzufliegen als ein Mediziner, der einem Kranken illegal die Giftspritze setzt.

Und wenn es wirklich mal passieren sollte, hat der Ertappte auch nichts zu befürchten. Denn das Hauptbeweismittel ist ein gutachterlicher Bericht zur Sache, den der Beklagte selbst schreibt.

Auch in den Niederlanden ist es verboten, einen Erbonkel vom Hausarzt umbringen zu lassen, weil die Hypothek fürs Eigenheim fällig wird. Wer es trotzdem tut, riskiert aber nicht viel. Einfach weil der Gesetzgeber sich von der fälschlichen Annahme leiten lässt, dass Ärzte ihre Lizenz zum Töten nur im Einklang mit dem Gesetz ausüben.

Die Justiz hat in der Regel auch mit der Euthanasie nichts zu schaffen. Ob ein Arzt beim Töten die gesetzlich vorgeschriebene Sorgfaltspflicht verletzt hat, prüft kein Staatsanwalt, sondern ein Ärztekonsortium. Es ist aber noch nicht vorgekommen, dass Ärzte einen Kollegen vor Gericht brachten, weil sie seiner Indikation nicht folgen wollten.

Höchstens, dass einer sich mal wegen eines Peripheriedeliktens zu verantworten hat. Wie im Februar 2001 ein Amsterdamer Hausarzt. Er musste ein Bußgeld von 5.000 Gulden (damals rund 4.400 Mark) zahlen, nicht, weil er das Leben einer Patientin mit einer Überdosis Phenobarbital beendet, sondern weil er „natürlicher Tod“ auf den Totenschein geschrieben und sich dadurch der Urkundenfälschung schuldig gemacht hatte.

Das Gesetz gesteht auch Jugendlichen das Recht auf assistierten Selbstmord zu, im Alter unter 16 Jahren brauchen sie aber die Zustimmung ihrer Eltern.

Der Amsterdamer Kriminologe Chris Rutenfrans berichtete auf einem Fachkongress in Erlangen über den Fall eines Mannes, der seinen Hausarzt „aus familiären Gründen“ bat, ihn umzubringen. Der Arzt hatte keine Bedenken, das Leben des Mannes zu beenden. Obwohl er wusste, dass die Ehefrau den Kranken, weil sie ihn nicht mehr pflegen wollte, vor die Wahl gestellt hatte, entweder ins Pflegeheim zu gehen oder sich umzubringen.

Die Verwilderung der Ethik begann schon Anfang der neunziger Jahre. Nach dem „Rommelink Report“ (so genannt nach Professor Jan Rommelink, Generalstaatsanwalt am Obersten Gericht in Den Haag) füllte 1990 nur eine Minderheit der Ärzte, die Euthanasie betrieben, ihre Totenscheine wahrheitsgemäß aus. Im Berichtsjahr wurden in Holland 3.300 Menschen durch Injektionen oder durch Überdosen von Medikamenten, also aktiv, getötet, davon etwa ein Drittel ohne ihre Einwilligung und ohne Wissen der Angehörigen.

Dazu kamen mehrere tausend Patienten, die, ohne darum gebeten zu haben, durch passive Sterbehilfe, zum Beispiel durch die Absetzung lebensrettender Medikamente, umkamen. Keineswegs nur hoffnungslose Fälle, sondern auch solche, denen die Ärzte mindere Lebensqualität für den Fall ihres Weiterlebens attestiert hatten.

Insgesamt war laut „Rommelink Report“ in fast 20.000 von 130.000 Todesfällen der Tod nicht auf natürliche Weise eingetreten, sondern durch „medizinische

Entscheidungen" herbeigeführt worden. Neuere Zahlen sind nicht verfügbar. Aber weil immer weniger Euthanasieärzte in Holland ihrer Meldepflicht nachkommen und weil der Staat die Kontrolle eingestellt hat, werden sie nicht gesunken sein.

Die wenigsten Meldungen kommen von Medizinern, die mehr als drei Fälle im Jahr „euthanasieren“, wie es im Ärztejargon heißt. Und von denen konsultieren auch nur 18 Prozent einen Kollegen, wie das Gesetz es vorschreibt. Der Verdacht liegt nahe, dass in den Praxen der Totalverweigerer die Zahl der illegalen Tötungen besonders hoch ist. Das Bild wäre noch trüber, wenn sie von der Statistik erfasst würden.

Nach dem Gesetz von 2002 müssen alle gemeldeten Euthanasiefälle von fünf Regionalkommissionen, bestehend aus einem Arzt, einem Juristen und einem „Ethiker“, überprüft werden. Doch die Kommissionen haben vorwiegend Alibifunktion. In den vergangenen zwei Jahren haben sie in keinem einzigen Fall Anstoß genommen. Was nicht verwunderlich ist bei einer durchschnittlichen Prüfungsdauer von vier Minuten pro Fall.

Der Euthanasie-Kodex im niederländischen Strafgesetz verpflichtet die Ärzte, mindestens einen Kollegen zu konsultieren und ihren Patienten gegebenenfalls Alternativen anzubieten und ihnen Zeit zu lassen, ihren Todeswunsch zu überdenken. Sie dürfen nur dann töten, wenn es keine zumutbaren Alternativen zur Euthanasie gibt.

Gegen all diese Regeln wird massenhaft und folgenlos verstoßen.

Der Rechtsstaat konnte sich aus dem Grenzbereich zwischen Leben und Tod leichtfüßig zurückziehen, weil es in Holland - eine qualifizierte Minderheit der Ärzte ausgenommen - nur wenig Widerstand gegen die Euthanasie gibt. Vor allem junge Leute leben in der Zwangsvorstellung, sie könnten in ihrer letzten Lebensphase an einen seelenlosen Apparat angeschlossen werden, der sie zu einem willenlosen Klumpen komatöser Biomasse herabwürdigt.

Die Alten wägen ab. Bei Umfragen unter Krebspatienten, die nicht mehr so weit vom Tod entfernt sind, hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin fast gar keine Befürworter gefunden. Todgeweihte, die von qualifizierten Schmerztherapeuten betreut werden, reklamieren viel seltener für sich das Recht auf einen selbst bestimmten Tod. Sie haben erfahren, dass es durchaus Alternativen gibt...

Das tödliche Allheilmittel ist die „Pille von Drion“, benannt nach dem früheren Vizepräsidenten der Parlamentskammer, Hiub Drion, der sie Anfang der neunziger Jahre bekannt machte. Drion wollte die Todespille jedem Bürger über 75 Jahre zugänglich machen. Der NVVL (Königlich-niederländische Ärztekammer) reicht das noch nicht. Sie sieht darin eine Diskriminierung der Jüngeren...

Weil die großen Kirchen am lautesten Front gegen die Euthanasie machen, hält sich das Vorurteil, der Widerstand sei hauptsächlich eine Ranküne von reaktionären Pfaffen. Tatsächlich haben seinerzeit außer Christdemokraten und Klerikalen in der Zweiten Kammer des Parlaments auch die Sozialisten gegen die Freigabe der aktiven

Sterbehilfe gestimmt. Nicht, weil sie sie für nicht gottgefällig halten, sondern weil sie fürchten, dass der schöne Tod, wie Euthanasie in der Übersetzung heißt, zur bösen Pflicht werden könnte...

Kommentar: Euthanasie in Holland – Spiel mir das Lied vom Tod

(Kirchenzeitung Köln, Nr.42, Jahrgang 2000)

In den Niederlanden ist die Euthanasie, die aktive Sterbehilfe durch Ärzte, am weitesten fortgeschritten und durch Gesetze geregelt. Zwar steht auf dem Papier, dass gewährleistet sein soll, dass die ausdrückliche Bitte des Patienten erkennbar ist; die wiederholte Beratung zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat und die Konsultation eines weiteren Mediziners erfolgte. Darüber fertigt dann der Arzt, der die Euthanasie durchführt, einen Bericht an.

In einem alarmierenden und kritischen Beitrag in der deutschen Mediziner-Fachschrift „Der Internist“ hat in der Juli-Ausgabe der niederländische Arzt K. F. Gunning seine Erfahrungen angesichts der neuen Rechtslage beschrieben.

Wörtlich hält er fest: „Das neue Gesetz in Holland macht es möglich, dass ein Arzt straflos das Leben eines Patienten beenden kann, vorausgesetzt, er befolgt einige Richtlinien (siehe oben). Aber der zu konsultierende Arzt muss nicht notwendigerweise ein Facharzt sein oder ein Palliativmediziner. Der Arzt selbst füllt den geforderten Fragebogen aus und der Staatsanwalt tritt in Aktion (oder auch nicht) je nachdem, wie der vom Arzt abgefasste Bericht ausfällt. Auch nach holländischem Recht kann von niemand verlangt werden, dass er sich selbst anklagt. Der Hauptzeuge, der Patient, ist tot. Der Arzt kann also schreiben, was er will. Kurz gesagt: Das neue Gesetz schützt den Arzt und nicht den Patienten. Der Patient, der nicht euthanasiert werden will, ist seines Lebens nicht mehr sicher.

Noch schlimmer: Die Todesmentalität wird in Holland allmählich zur Norm in der medizinischen Praxis. Ein Internist, der eine Frau mit Lungenkrebs wegen Sauerstoffmangels in die Klinik aufnehmen wollte, musste ihr versichern, dass er sie nicht euthanasieren würde, was sie befürchtete. Er wies sie selbst ein und nach 36 Stunden war ihre Atmung normal, ihr Gesamtzustand besser. Als der Arzt nach Hause ging, euthanasierte sie sein Kollege. Seine Rechtfertigung: ‚Wir brauchen das Bett für einen anderen Fall, für die Frau ist es egal, ob sie jetzt stirbt oder in vierzehn Tagen.‘

In der Tat gibt es Ärzte, die sagen, wenn sie von den Erfolgen mit der Palliativmedizin hören, dass sie das nicht bräuchten, weil sie ja die Euthanasie hätten. Als ich einem Kollegen erzählte, es wären im Jahr 1995 in zwanzig Prozent aller Todesfälle Euthanasie angewandt worden, war seine Antwort: Es sollten hundert Prozent werden. Es gibt inzwischen Verwandte von Patienten in Holland, die von den Ärzten erwarten, dass sie die Euthanasie zu ihrer Annehmlichkeit anwenden.

Da wurde zum Beispiel der Tod eines alten Mannes jeden Tag erwartet. Der Sohn sagte dem Arzt, er habe Ferien geplant und könne nicht mehr absagen. Er wolle, dass die Beerdigung noch vor seiner Abreise stattfinden solle. Der Arzt verabreichte

daraufhin dem alten Mann eine seines Erachtens sehr hohe Dosis Morphin, in der Absicht, ihn zu töten. Als er zurückkam, um den Tod festzustellen, saß der Mann fröhlich auf der Bettkante. Er hatte endlich genug Morphin bekommen, das seine Schmerzen linderte. Der ‚behandelnde‘ Kollege erzählte mir diese ganze Geschichte, als ob es völlig normal sei, einen Patienten zu töten, um der Familie einen Gefallen zu tun.“

Die Demokratie ist eine empfindliche Pflanze, die ständiger Aufmerksamkeit und Pflege bedarf. Das infame Beispiel der Nationalsozialisten lehrt, was geschieht, wenn die Ehrfurcht vor unseren Mitmenschen und ihrem Recht auf Leben verloren geht. Sowohl das Recht auf das noch ungeborene Leben wie auch das Recht auf Leben, wenn es seinem Ende zugeht. Bei manchen Katholikinnen und Katholiken wäre dies des neuen Nachdenkens wert, wenn sie, aus vielleicht gut gemeinten Gründen, die aber vom Recht auf Leben aus betrachtet, nicht nachvollziehbar sind, sich in der hiesigen Abtreibungspraxis auf eine schräge Ebene begeben, wo es schließlich kein Halten mehr gibt.

„Läuft am Ende alles auf den Ausverkauf des Menschen hinaus?“ (Jan Ross) Ist seine Unantastbarkeit erst einmal preisgegeben und sei es mit besten Absichten oder sogar mit eigener Zustimmung, dann gibt es kein Halten mehr.

Es breitet sich aus, was Papst Johannes Paul II. die „Zivilisation des Todes“ nennt und wofür er heftig angegriffen wird. Er meint ein kulturelles Klima, in dem Leben disponibel und manipulierbar wird, wo es sich ausweisen muss vor Kosten-Nutzen-Rechnungen. Seine Lebensschutzphilosophie ist eine Oase der Konsequenz in einer Wüste der Heuchelei, wo bedrohte Froschlaiche mit Mahnwachen versehen werden, während die Entwertung menschlichen Lebens weitergeht. Man kann darüber streiten, wie wahrscheinlich es ist, dass alles wirklich so schlimm kommt. Für das zusammenwachsende Europa ist zu wünschen, dass die übrigen Staaten stark genug sind, die Euthanasie zu verweigern, die wie K. F. Gunnig schreibt, in Holland „außer Kontrolle“ geraten ist.

(<http://www.kirchenzeitung-koeln.de/archiv/2000/0042/blickpunkt.htm>)

C) Weiterführende Hinweise

1. Literatur

a) Berichte aus dem Alltag:

- Herbert Maisch, *„Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen“*, München 1997, 432 S. Inhalt: Weshalb töten Menschen, deren Beruf es ist, Leben zu erhalten?
- Rus Cooper-Dowda, *Als ich aufwachte... Mein Weg mit Terri Schindler-Schiavo*, Veröffentlichung von: The Edmonds Institute, Edmonds, Washington, USA, 2003, 26 Seiten. Inhalt: Der Fall von Terri Schindler-Schiavo konfrontiert mit schmerzlichen Fragen über menschliches Können und menschliches Versagen, und auch darüber, wer für diejenigen sprechen soll, deren Stimme wir nicht genau ermitteln oder nicht hören können. Die Aufmerksamkeit wird gelenkt auf die Grenzen unserer Wahrnehmung, vor allem in Bezug auf das, was wir unter sinnvollem Leben verstehen.

b) Aus der Rechtswissenschaft:

- Elena Fischer, *Recht auf Sterben? Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland*, Verlag Peter Lang, 498 S. Inhalt: Die Juristin plädiert für die Übertragung des niederländischen Modells in deutsches Recht. Ihre Begründung: „Aufgabe des Rechts“ sei es, „Lösungen und Kategorien zu finden, in denen eine größtmögliche Zahl von Rechtsanwendern ihre diesbezüglichen Vorstellungen verwirklichen kann, ohne dabei elementare Rechtsgrundsätze zu verletzen“. Der Ansatz ist offensichtlich und ausschließlich „utilitaristisch“, d. h. er entspricht dem „Nützlichkeitsprinzip“, nicht einer Normenethik.
- Grundmann Antonia, *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*, Shaker Verlag, Aachen 2004, 253 S. Inhalt: Detaillierte Darstellung der Geschichte der Sterbehilfe in den Niederlanden. Stellungnahme zu der Frage, ob das 2001 dort verabschiedete Sterbehilfegesetz überhaupt mit der Europäischen Menschenrechts-Konvention (EMRK) vereinbar ist. Die Autorin hält die Debatte auch in den Niederlanden noch nicht für abgeschlossen.
- Oliver Tolmein, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im ‚vegetative state‘ in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Mabuse Verlag 2004, 311 S. Inhalt: Gegenwärtig betonen alle das Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Am Beispiel des Wachkoma-Patienten wird gezeigt, dass diese Sicht zu kurz greift. Zu überdenken ist vor allem die sog. „mutmaßliche Einwilligung“, die über Angehörige oder Betreuer in Erfahrung gebracht werden soll. Zu verhindern ist, dass Schwerbehinderte so einer „neuen“ Euthanasie zum Opfer fallen.

- Theo Payk, *Töten aus Mitleid? Über das Recht und die Pflicht zu sterben*, Reclam Leipzig 2004, 247 S. Inhalt: Historie der Euthanasie. Die Achtung des Lebens, erkennbar an dessen Pflege und Erhaltung, stellt eine höchstrangige Errungenschaft menschlicher Kultur dar.

- Thomas Klie, Johann-Christoph Student, *Die Patientenverfügung Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen*. Aktualisierte Neuauflage Herder Freiburg 2006, 190 S.. Inhalt: Das Sterben selbst bestimmen durch rechtliche Vorsorge.; juristische Sterbehilfediskussion; Empfehlungen zur sinnvollen Vorsorge; praktische Hinweise zur Abfassung der Willensäußerung; nützliche Anschriften.

c) Sammelbände:

- Rainer Beckmann, Mechthild Löhr, Julia Schätzle (Hsg.) *Sterben in Würde, Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*, Krefeld 2004, 304 Seiten. Inhalt: Der Sammelband vereint Vorträge zu den gesellschaftlichen Auswirkungen einer Tötung auf Verlangen, zu deren medizinischen, philosophischen, ethischen, moralischen und rechtlichen Aspekten.

- Bioskop-AutorInnenkollektiv, *„Sterbehilfe“- Die neue Zivilkultur des Tötens?*, Mabuse-Verlag 2002, 96 S. Inhalt: Kritische Abwägung, ob im ärztlichen Standesrecht nicht Schritte gemacht werden, die auf die aktive Sterbehilfe zugehen. Helmut Geiger (Hg.), *Die Würde des alten Menschen ist unantastbar. Rechtliche, medizinische, wirtschaftliche und soziale Probleme der letzten Lebensphase*, Evangelische Akademie, Bad Boll 2003, 177 S.

d) Zur Hospizidee:

- Saunders C., *Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht*, Herder Spektrum 1999

e) Zur Palliativmedizin:

- Huseboe S., Klaschik E., *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*, Springer Verlag 2003

2. Filme:

Meist leihweise erhältlich bei den örtliche Medienzentren bzw. den Landesfilmdiensten; teilweise sind Kopien auch käuflich bei den Autoren bzw. dem produzierenden Fernsehsender zu erwerben

- Bernd Umbreit, „Filme und Menschen“ (29 Min). Interview mit Menschen, die dem Tod unmittelbar entgegensehen- die Stimme von Betroffenen

- Bernd Umbreit, „Hollands langer Schatten“

Weiteres Material über: www.umbreit-film.de

- Stefan Haupt, „Elisabeth Kübler-Ross - dem Tod ins Gesicht sehen“ (98 Min), Schweiz 2003

- Ludwig Hirsch, „Komm schwarzer Vogel“
- „Mein kleines Kind“ (von Katja Baumgarten): zum Thema „Früheuthanasie“
- Ulli Wendelmann „Was Patienten wollen und Ärzte dürfen“ (gesendet vom MDR am 19.11.2004), ein Film, der Gehalt und Wertigkeit von Patientenverfügungen zu evaluieren versucht
- Dirk Eckert, „Gegen das Vergessen“, Film zur Tötungsmaschinerie im Nationalsozialismus
- „Wenn der Bus kommt“, Film zum Euthanasieprogramm der Nazis, Zeitzeugenaussagen
- „Ich klage an“, ein Film pro Euthanasie, die Tötung „unwerten Lebens“ in der Nazizeit. Ein Film, den Joseph Goebbels drehen ließ, um den Boden für den Euthanasiegedanken zu bereiten. Auch damals wurde mit „Selbstbestimmung“ und „Menschenwürde“ argumentiert und das „Mitleid“ instrumentalisiert.

3. Links:

www.alfa-ev.de

<http://www.alfa-ev.de/materialien/sterbehilfe/>

www.aerzte-fuer-das-leben.de

<http://www.marburger-bund.de/>

<http://www.dgpalliativmedizin.de/>

www.hospize.de/index.html