

Imago Hominis

BAND VI/Nr. 2 • 1999 • PREIS ATS 120

EDITORIAL	89
AUS AKTUELLEM ANLASS	
P. HARTIG	
„Dr. Tod“ – Jack Kevorkian	91
M.P. CHIRINOS	
„Frau und Gesundheit“ in der Dritten Welt ..	94
FOCUS	
P. INHOFFEN	
Euthanasie	99
SCHWERPUNKT Euthanasie	
K. SCHMOLLER	
Euthanasie und Rechtsordnung	115
J. VILAR	
Darf Mitleid ein Grund zur Tötung sein?	131
O. WIESMEYR	
Leid, Sterben und Tod aus der Sicht der	
Logotherapie und Existenzanalyse	143
FALL	
Künstliche Ernährung	150
R. KLÖTZL Kommentar zum Fall	151
TAGUNGSBERICHT	
Leben, Sterben, Euthanasie?	155
NACHRICHTEN	157
Die Vereinigten Staaten sind gegen Bioterroristen	
schlecht gerüstet • Neues über Rauchen und Ent-	
wöhnung • Argentinien feiert den „Tag des zur	
Welt kommenden Kindes“ • Muttermilch-Ersatz-	
Geschäfte boomen in Italien • Das Human-	
Genom-Projekt wird vorzeitig abgeschlossen	
• Massensterilisierungen in Gesundheitscamps	
• Forschung mit Zellen aus in Privatkliniken ver-	
nichteten Embryonen • Hundertjährige weisen	
den Weg zu gesundem Altern	
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	160
BUCHBESPRECHUNGEN	164
IMPRESSUM	175



DVR: 002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN 1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

Unsere Gesellschaft rühmt sich, eine pluralistische zu sein. Menschen unterschiedlichster Weltanschauungen haben einen Weg gefunden, in einem friedlichen Nebeneinander zu leben. Toleranz wird groß geschrieben: keine Ausgrenzungen, keine Diskriminierungen, keine Unterdrückung von Schwächeren. Den einzelnen Gliedern einer Gesellschaft gelingt das Zusammenleben, weil sie, vielleicht unausgesprochen, von einem Grundkonsens ausgehen. Anerkannt werden jene Bedingungen des Menschseins, die dessen Natur entspringen. Als soziales Wesen ist der Mensch immer auf eine Gemeinschaft hingebunden. Er ist Geber und Empfänger zugleich, zu verschiedenen Zeiten seines Lebens unterschiedlich ausgeformt, immer jedoch bleibt er eingebunden. In vielen Bereichen des soziokulturellen Lebens gedeiht auf diese Weise ein fruchtbringendes Miteinander.

Weltweit gesehen meinen viele Menschen, in ihren Gemeinschaften und Staaten dieses Programm bereits zu verwirklichen. Ob das wirklich stimmt, oder ob sie meistens nur auf dem Weg, ohne letztlich das Ziel zu erreichen, bleiben, soll hier nicht näher erläutert werden. Der Pluralismus birgt in sich eine Versuchung, der sehr leicht nachgegeben wird: der Relativismus. Überzeugungen werden bloße Meinungen, und sie sind wie Geschmäcker letztlich nicht vergleichbar. Es gibt kein wahr oder falsch, nur richtig und unrichtig. Richtig ist, was jeder in Einklang mit seinen eigenen Überzeugungen tut. Der Relativismus läßt daher nur einen minimalen, rein formalen Konsens zu, der für das Zusammenleben nicht mehr ausreicht und deshalb die Stabilität des Pluralismus gefährden kann. Wie vulnerabel diese ist, bringt die Zeitgeschichte ans Licht.

In den letzten Jahren zeigt sich tatsächlich immer deutlicher, daß innerhalb eines prakti-

schen und weltanschaulichen Pluralismus der Relativismus zu wuchern beginnt. Dieser und nicht der eigentliche Pluralismus ist der Grund für neue, ganz große Probleme des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Gerade wenn es um grundlegende letzte Überzeugungen vom Sinn des Lebens oder der Würde der Person geht, treten Konflikte auf, die durch Toleranz allein nicht überwunden werden können. Schwierig wird es eben dann, wenn jene tiefgreifenden Konsens-Themen hinterfragt und angegriffen werden. Vätermord beispielsweise ist über Kulturen und Epochen hinweg ein Verbrechen. Die Antike, das Mittelalter, die Neuzeit, afrikanische und asiatische Kulturen, Moslems und Christen sind sich darüber einig und haben es quasi nicht nötig eine „Begründung“ dafür zu suchen. Es ist jedem Kind „sonnenklar“ und sollte dennoch einer auftreten und fragen, warum man denn eigentlich seinen eigenen Vater nicht morden dürfe, so wird sich die Gemeinschaft nicht große Mühe machen, ihm Argumente zur Hand geben, um ihn zu überzeugen. Vielmehr wird man sich überlegen, wie das Mitglied der Gemeinde in sicheren Gewahrsam gebracht werden kann, damit es keinen Schaden anrichtet.

Paradoxerweise kommt es aber in wissenschaftlichen Kreisen, unter Bioethikern zur oben geschilderten Situation: modern und originell ist, wer alles hinterfragt und Antworten einfordert, wo in einer gesunden Gesellschaft keine gegeben werden müssen. Die Euthanasie-Debatte wird größtenteils auf dieser Ebene geführt. Es wird das vermeintlicherweise in der Neuzeit erworbene Recht des Menschen auf Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes propagiert. Nichts und niemand solle ihn daran hindern können, dieses Recht auszuüben. Der Wert des Lebens wird durch die Lebensqualität bestimmt; Schönheit, Lust, Jugend und Lei-

stungsfähigkeit sind vorrangige Güter, deren Verlust dem Verlust des Lebenssinnes selbst gleichkommt. Es ist ein Zeichen der „Nächstenliebe“ und Barmherzigkeit, dem Menschen bei der Ausführung seines Selbsttötungs-Vorhabens behilflich zu sein; wer es wagen sollte, ihn davon abzubringen, ist intolerant und autoritär. Muß man bis zum bitteren Ende das Leiden auf sich nehmen?

Die Euthanasie-Diskussion war bis jetzt vor allem eine akademische. Die Medien beginnen sich mehr zu interessieren. In den USA hat der Fall Dr. KEVORKIAN der Öffentlichkeit einen Schock versetzt. In Holland wird nicht mehr viel diskutiert, sondern einfach gehandelt(!). Der gesunde Menschenverstand hat sich jedoch vielerorts von intellektueller Verstiegtheit und skandalösen Provokationen nicht blenden lassen. Dennoch ist die Herausforderung groß. Die Argumentationsnot ist da, wenn es sich gerade um nicht hinterfragbare, unantastbare Werte handelt. Wer kann schon erklären, warum der Himmel oben und die Erde unten ist? Es gibt einen Sinn, selbst wenn ihn nicht alle einsehen wollen. Das wird sich nicht ändern, auch dann nicht, wenn die Mehrheit dagegen protestiert. Die Wirklichkeit läßt sich auf Dauer nicht vergewaltigen. Die große Herausforderung an die Gesellschaft, die solche Probleme lösen muß, weil es um ihre eigene Existenz geht, liegt nicht bloß in den Antworten. Sie

liegt vornehmlich in der Praxis, im Tun, neue Wege zu gehen, die dem Wert und der Würde jedes einzelnen Mitglieds gerecht werden.

Vor kurzem hat das Imabe Institut eine Fachtagung zum Thema „Leben. Sterben. Euthanasie?“ mitveranstaltet. Der unerwartete Besucherzulauf hat gezeigt, daß in unserem Land eine Mehrheit gegen die Euthanasie eingestellt ist. Die Stimmen der Befürworter sind hörbar geworden, daher gilt es, den Konsens zu stärken. In diesem und im kommenden Heft von *Imago Hominis* sollen die Argumente dieser Diskussion geprüft werden.

Im Übersichtsartikel des Moraltheologen P.INNHOFEN sind die wichtigsten Überlegungen zur Problematik der Euthanasie aufgezeigt. Wie Recht und Ethik unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, und welche Auswirkungen dies für die Lebensschutzdiskussion hat, weist der interessante Artikel des Strafrechtsexperten Prof. K.SCHMOLLER auf. Der nächste Schwerpunktbeitrag von J.VILAR bemüht sich die falsche Argumentationsweise des Mitleidsmotivs in der Euthanasie zu entlarven. Zum Schluß gibt A. WIESMEIER einige Zusammenhänge der psychologischen Phänomene zu bedenken. Was bringt einen Menschen dazu nicht mehr weiterleben zu wollen? Was steht hinter einem Sterbewunsch?

Die Herausgeber

„Dr. Tod“ – Jack Kevorkian

Peter HARTIG

Als KEVORKIAN, Einwohner von Royal Oak im State Michigan, auch hier in Europa wie ein Licht aus der Hölle die Medien füllte, hinterließ er ein gruseliges Gefühl des Schreckens, wie es jedem Massenmörder gelingt, wenn das Ungeheure seiner Verbrechen erst bekannt ist. Und dennoch, man wird nachdenklich, wenn die Worte der Witwe nach dem Tod ihres Mannes, des 110. Opfers KEVORKIANs, wie folgt, zu lesen sind: „Mein Mann war kein Opfer, er hat sehr gelitten und war dankbar für Dr. KEVORKIANs Hilfe.“

Für nicht wenige war dieser hilfreiche Förderer einer Art von „Würde des Sterbens“ kein irrer Schlächter. Er hat Patienten von unerträglichem Leid „geheilt“ – freilich durch ihren Tod. Eine Alternative hatte er nicht. Dennoch, Patienten und deren Angehörige schienen an ihn zu glauben, an seine noblen Absichten und professionellen Methoden. Er wurde wegen Mordes verurteilt; aber war er nicht ein heroischer Anwalt für die Freigabe des selbstbestimmten Sterbens so vieler Geplagter? Oder hat er sie, kalt wie der Tod, nur betrogen?

Wer war Dr. KEVORKIAN wirklich?

Dr. Jack KEVORKIAN, Absolvent der Medizin auf der Universität von Michigan, antwortete auf Fragen zu seiner Karriere als Mediziner: „Es ist nie gut gegangen..., hatte so viele kontroversielle Gegenstände auf meiner Agenda; die Leute waren einfach zu Tode erschrocken. Es war hoffnungslos, eine Anstellung zu bekommen.“ Seine Spezialität war die Pathologie, er nannte sich selbst einen „pensionierten Pathologen“ nach Jahren der Arbeitslosigkeit. Für seine Faszination vom Tod erntete er schon 1956 jenen Namen, unter dem er bekannt geworden ist: „Mr. Tod“. Sein gesteigertes Interesse lag im Fotografieren der Blutgefäße in der Retina von Patienten im Augenblick

ihres Todes. Schließlich wurde ihm die Erlaubnis, Medizin zu praktizieren, entzogen. „Die Ärzteschaft hat einen Fehler gemacht, mich auszustoßen. Die Alternative zu einer Karriere ist jetzt die Euthanasie“, erklärte er 1990 dem *US News and World Report*.

Die Todesmaschine läuft

Im März 1990 erschien folgendes Inserat im *Detroit Press Magazine*:

„Fühlen Sie sich seelisch bedrückt aufgrund einer tödlichen Krankheit, einer ernsthaften Behinderung, einer lähmenden Mißbildung? Schreiben Sie an Box 261, Royal Oak, Mich. 480680261. Legen Sie Dr. Jack KEVORKIAN einwandfrei zwingende Nachweise vor, daß Sie sterben sollten. Er wird Ihnen helfen, sich selbst zu töten – kostenlos. Anmeldungen werden entgegengenommen.“

Nur Tage nach Erscheinen des Inserates testete Dr. KEVORKIAN erstmals den Prototyp seiner „Todesmaschine“ auf einem Ferienlagerplatz in der Nähe von Detroit. Resultat: eine 54-Jährige (aus Portland, Oregon), tot, in ihrem alten, verrosteten VW-Lieferwagen. Sie hatte sich mittels Knopfdruck eine tödliche Injektion verabreicht.

Damit war es KEVORKIAN gelungen, eine längst zielstrebig gesuchte notorische Berühmtheit zu werden, die ihn rund um die Welt als „Mr. Tod“ bekannt machte. Er trieb seine Selbstverwirklichung als Euthanasie-Spezialist zu ungeahnten Ausmaßen: In der folgenden Zeitspanne von neun Jahren verhalf er 110 „Patienten“ zum Selbstmord mit tödlichen Injektionen oder durch Einatmen von Kohlenmonoxyd. Falls erforderlich, tötete er sie selbst, auf deren Verlangen oder auf das ihrer Angehörigen.

Vor der Öffentlichkeit hielt Jack KEVORKIAN nie mit seinem Sendungsbewußtsein zurück, im

Gegenteil: Er provozierte die öffentliche Reaktion über Presseinterviews, schrieb ein Buch und mehrere Artikel in Fachzeitschriften und forderte die Gerichte heraus, durch Ankündigungen jedes Gesetz gegen Beihilfe zum Selbstmord oder Euthanasie anzufechten oder zu ignorieren, sich jeder Anklage vor Gericht mit Gegenklage auf Verleumdung zu widersetzen und eine etwaige Verurteilung durch Hungerstreik bis zum Tod zu beantworten.

Tatsächlich taten sich die Gerichte außerordentlich schwer, seinen konsequenten, geradezu messianisch-besessenen Einsatz für das Recht auf Tötung letal Kranker – nach seiner Definition ist jede Krankheit letztlich letal – durch ein vollstreckbares Urteil zu beenden. Sie bekämpften nicht nur eine instinktiv erkannte, mörderische Gefahr für die ganze Gesellschaft, sondern auch mit der eigenen legistischen Unsicherheit bezüglich „Töten auf Verlangen“ oder „Euthanasie“. Diese beispiellose Auseinandersetzung dauerte neun Jahre!

Beihilfe zum Selbstmord war in Michigan noch nicht strafbar. Erst Ende 1992 unterzeichnete der Gouverneur von Michigan eine einstweilige Verfügung zur Unterlassung von Beihilfe zum Selbstmord. In drei Prozessen wegen Mordes freigesprochen, wurde er vom Gericht gegen die Auflage, niemandem mehr zum Tod zu verhelfen, auf freien Fuß gesetzt. Später wurde er zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, die er mit Hungerstreik beantwortete. Man entließ ihn gegen Kautions. Erst Ende 1993 wurde in Michigan das Gesetz gegen Beihilfe zum Selbstmord verabschiedet. Nach Gefängnis und wieder Hungerstreik wurde seine Verurteilung wegen aktiver Sterbehilfe aus Verfassungsgründen aufgehoben. Weitere „Sterbefälle in seinem Beisein“ mußte er zwar vor Gericht beantworten, aber während er gegen Kautions in Freiheit war, verübte er mehrere weitere Tötungen in Form von „assistierten Selbstmorden“. Gegen Ende 1994 bzw. 1995 wird das „Beihilfe zum Selbstmord – Gesetz“ von einem Gericht für ungültig, vom Obersten Gerichtshof von Michigan zwar für verfassungskonform erklärt, die Be-

rufung jedoch vom US Höchstgericht abgelehnt. Daraufhin verklagte KEVORKIAN 1996 die *American Medical Association* und die *Michigan State Medical Society* publikumswirksam auf \$10 Mio. wegen Verleumdung.

KEVORKIAN fordert die Gerichte heraus

1998 allerdings gibt sich „Dr. Tod“ durch maßlose Selbstüberschätzung zu erkennen. Er provoziert das öffentliche Bekenntnis der Gesellschaft zur Freigabe des Tötens nach seinen Wertbegriffen. KEVORKIAN filmt sich selbst während seiner „Tötung auf Verlangen“ des 110. Todeskandidaten und übergibt das Video der Fernsehanstalt CBS. In der Sendung „60 Minuten“ wird es in der Hauptempfangszeit ausgestrahlt. Darin fordert KEVORKIAN den Staatsanwalt ultimatativ heraus, gegen ihn Anklage zu erheben. „Sie müssen mich anklagen“, sagt er in die Kamera, „wenn nicht, ist bewiesen, daß kein ordentliches Gerichtsverfahren mich verurteilen kann.“

In der Videoaufnahme wird KEVORKIAN bei der Verabreichung der Todesspritze gezeigt. Nicht zu hören ist der Wunsch des Getöteten, sterben zu wollen. Dagegen wird dessen offensichtlicher Versuch, im letzten Moment noch ein Wort herauszubringen – er war praktisch sprechunfähig – von KEVORKIAN ignoriert. Das genügte.

Dr. Tod verurteilt

Im November 1998 wird er wegen Mordes und Beihilfe zum Selbstmord vor Gericht gebracht. Er plädiert auf „Nicht schuldig“ und droht – im Falle einer Verurteilung – mit Hungerstreik bis zum Tod. Daraufhin wird er gegen Kautions von einer $\frac{3}{4}$ Mio. \$ auf freiem Fuß angeklagt. Im März 1999 läßt der Staatsanwalt aus „taktischen Gründen“ die Anklage auf Beihilfe zum Selbstmord fallen. Er müßte sonst – so seine Begründung – die Geschworenen den Schilderungen der Qualen des Opfers aussetzen. Damit hatte er erstmals Erfolg: Jack KEVORKIAN wird wegen Mordes und Verabreichung einer kontrollpflichtigen Sub-

stanz von den Geschworenen verurteilt. Am 13. April 1999 wird das Strafausmaß verkündet: 10 bis 25 Jahre Gefängnishaft.

In der lokalen Presse wurde das Ereignis wie folgt berichtet: „Dr. Jack KEVORKIAN, der Vorkämpfer für das Recht Sterbenskranker auf Hilfe zur Beendigung ihres Lebens, verlor am Dienstag seine Freiheit, als ihn ein Richter zu 10 bis 25 Jahren Gefängnis wegen des video-gefilmten Sterbens eines an der Lou Gehrig-Krankheit laborierenden Patienten verurteilte.“

Die Richterin begründete ihr Urteil wie folgt: „Bei diesem Prozeß ist es nicht darum gegangen, ob Euthanasie politisch oder moralisch korrekt ist oder nicht, hier ging es um Sie! Um Gesetzlosigkeit! Um Mißachtung einer Gesellschaft, die lebt und gedeiht aufgrund der Stärke ihres Rechtssystems.“

Die gefilmte Euthanasie war diesem Gericht Beweis genug für die schuldhafte Tat, eine Entscheidung über Schuld oder Unschuld einer „Beihilfe zum Selbstmord“ bzw. des „Tötens auf Verlangen“ wurde den Laienrichtern erst gar nicht zugemutet. Der Staat Michigan hatte gewonnen – beispielhaft für andere?

„Wird Beihilfe zur Selbsttötung legalisiert, wird es dann überhaupt möglich sein, die Grenze zur Euthanasie zu ziehen?“ fragt sich nicht nur Dr. Herbert HENDIN, Direktor der „American Foundation for Suicide Prevention“. „Hat sich nicht schon längst aus der Erfahrung der letzten zehn Jahre gezeigt, daß aktive Sterbehilfe keinen Schutz gegen den gefürchteten Zwang zur Euthanasie bringt?“

Die Gedankenwelt KEVORKIANS

Dr. KEVORKIAN war es selbst, der auf beeindruckende Weise klar machte, daß es ihm eben nicht um die Erlösung Sterbender von unerträglichen Qualen ging, sondern daß das Töten seine Spezialität war, seine irre Faszination, der Wahn eines selbsternannten Exekutors. Im Interview mit *Free Inquiry* wird er unter dem Titel „Die Tugend des geplanten Todes“ wie folgt zitiert:

„Schmerzerleichterungen sind nur ein geringfügiger Nutzen im Gesamtkonzept meiner Ziele, lediglich der erste Schritt, eine erste unappetitliche Verpflichtung. Was mich höchst befriedigt, ist die Aussicht, unschätzbar wertvolle Experimente und andere medizinische Leistungen zu vollbringen.“

Diese „visionären Leistungen“ publizierte Dr. KEVORKIAN in medizinischen Fachzeitschriften: *Medicine and Law*, 1986, *American Journal of Forensic Psychiatry*, 1992, u.a. sowie in seinem Buch *Prescription: Medicide*, wie folgt: „Subjekte“ (Ungeborene, Kinder, geistig Behinderte) sollten für Experimente jeder Art und Komplexität benutzt werden. Falls das Subjekt nach dem Experiment noch am Leben ist, könnte der Tod durch Entnahme von Organen zwecks Transplantation herbeigeführt oder eine tödliche Dosis eines bislang noch ungetesteten Medikaments durch einen offiziellen Exekutor verabreicht werden. Säuglinge, Kinder und andere, die nicht fähig sind, eine qualifizierte Zustimmung zu geben, gehören zu den potentiellen Kandidaten für Selbstmord „by proxy“ (durch einen Bevollmächtigten). KEVORKIAN plädierte auch für „Todeshäuser“, wo der Tötungsakt als medizinische Spezialität von sogenannten Todesärzten angeboten wird. Er schlug Auktionshäuser für Organe hoffnungslos durch Arthritis Verkrüppelter vor, deren Erlös auch den Angehörigen dieser „Spender“ zugute kommen sollte. Insassen von Todeszellen sollten langfristig vor der Exekution als Versuchspersonen – nach Anästhesie – herangezogen werden – zur Vermeidung von Tieropfern.“

Das war das wahre Gesicht des „heroischen Vorkämpfers“ für das Recht Sterbenskranker auf Hilfe, ihr Leben zu beenden.

Dr. Jack KEVORKIANS derzeitige Adresse (15. April 1999): Strafgefangener Nr. 284797, Oaks Correction Facility, Eastlake, MI 49626, USA

Dkfm. Peter HARTIG
Hietzinger Hauptstraße 71
A-1130 Wien

Im Namen der Menschenrechte: „Frau und Gesundheit“ in der Dritten Welt

Maria Pia CHIRINOS

Am kommenden 30. Juni wird in New York die 5. Versammlung der Vereinten Nationen stattfinden, um den Aktionsplan der bereits fünf Jahre zurückliegenden internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo zu evaluieren. Dieses Datum fällt mit dem Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte und der beabsichtigten Revision des so bedeutungsvollen bevölkerungspolitischen Dokumentes zusammen.

Welche Neuerungen brachte die Konferenz von Kairo, und welche Maßnahmen sollen im Zuge dieser Revision gesetzt werden? Im Schlußdokument finden sich zum ersten Mal die Ausdrücke „Reproduktive Gesundheit“ und „Reproduktive Rechte“ (Ziffer 7, Absatz 3), die ein Jahr später in der Konferenz über die Frau in Beijing mit größerer Vehemenz wiederholt wurden und 80% des Kapitels „Frau und Gesundheit“ ausmachten.

Diese Neuerungen werfen einige Fragen auf: *Was bedeutet in der Sprache der Vereinten Nationen reproduktive Gesundheit? Was ist der Inhalt reproduktiver Rechte? Und vor allem: Weshalb sollen sie in die Liste der Menschenrechte aufgenommen werden, da ja bereits das Recht auf Gesundheit besteht, das diesen Aspekt umfaßt?*

Greifen wir auf die Quellen und den Wortlaut des Aktionsplanes der Konferenz von Beijing zurück: „Die Reproduktiven Rechte schließen bestimmte Menschenrechte ein (...) und die Anerkennung des Grundrechtes aller Paare und jedes einzelnen, frei und verantwortlich über die Zahl der Kinder, weitere Geburten und die Abstände zwischen ihnen zu entscheiden, sowie über die entsprechenden Informationen und Mittel dafür zu verfügen und das

Recht, die größtmögliche sexuelle und reproduktive Gesundheit zu erreichen. Dies schließt auch das Recht ein, über die Reproduktion entscheiden zu können, ohne dabei Diskriminierung, Nötigung oder Gewalt erleiden zu müssen“.¹

Eine genauere Präzisierung dessen, was unter Reproduktive Rechte zu verstehen ist, findet sich in dem, was wiederum Quelle dieser Quelle sein dürfte, nämlich in der „Charta der reproduktiven und sexuellen Rechte“, die kürzlich von der *International Planned Parenthood Foundation* (IPPF) veröffentlicht wurde. Die Liste enthält 12 Rechte, wie zum Beispiel:

- das Recht der Mutter, ihr Leben durch eine Schwangerschaft nicht zu gefährden (1.1)
- das Recht auf Familienplanung, Verhütung und sichere Abtreibung (7.8.1)
- das Recht auf Gedanken- und Redefreiheit über Sexualleben und Reproduktivität, sowie gegen Restriktionen durch Ideologien, Gewissen oder Religion (5.4), die im Bezug auf Verhütung und Abtreibung die Gewissensfreiheit des Gesundheitspersonals in Frage stellen (5.2, 5.3).

Zweck dieses Dokumentes ist es, den Regierungen und internationalen Einrichtungen die Anwendung der Kapitel über die Gesundheit zu erleichtern, die in den Schlußdokumenten der Konferenzen von Kairo und Beijing angenommen wurden; ein Ziel, das in gewisser Weise bereits in einigen weniger entwickelten Staaten wie Peru angepeilt wird. In der Tat begann die peruanische Regierung mit dem „Programm für Reproduktive Gesundheit und Familienplanung“ (sic) eine Kampagne zur Geburten-

kontrolle, mit der Bezeichnung „AQV“ (freiwillige chirurgische Verhütung), die sich zum Ziel setzte, in den Jahren 1996 - 1998 jährlich bis zu 400.000 Personen zu sterilisieren.²

Nach dem Ende dieser Zeitspanne veröffentlichte das Komitee für Lateinamerika und Karibik zur Verteidigung der Rechte der Frau (CLADEM), Befürworter des Rechtes auf Abtreibung, ein Dokument mit dem Namen *Nada Personal*, in dem die Ergebnisse dieser drei Jahre zusammengefaßt werden. Die Untersuchung bringt für die Öffentlichkeit dieses Landes nichts Neues, da die Peruanische Presse bereits einen Großteil der Daten bekanntgemacht hat. Insbesondere die angesehenste Tageszeitung *El Comercio* in Lima berichtete vom 11. Juli 1997 an folgendes:

1. Das Programm ist vornehmlich auf Bäuerinnen im gebärfähigen Alter ausgerichtet, die in den ärmsten Gebieten leben: Huancavelica, Ayacucho, Andahuaylas, Cuzco usw. Es sind dies entvölkerte ländliche Gebiete mit den höchsten Raten an Analphabetismus, Kindersterblichkeit und den schlechtesten hygienischen und sanitären Verhältnissen.
2. Entgegen dem Gesetzestext wurden den Frauen Versprechungen gemacht und Anreize gegeben, indem man ihnen Lebensmittel, Geld und andere Güter zuteilte oder ihnen drohte, wenn sie sich widersetzten. Es gab auch Fälle von Sterilisation gegen den ausdrücklichen Wunsch der Frau oder ohne vorangegangene Information.
3. Darüber hinaus gibt es Beweise, daß diese Politik durch die Vorschreibung monatlicher Sterilisationsquoten sowie durch Prämien für die Ärzte dieser Zone verstärkt wurde:
 - a) Am 11. 2. 1998 enthüllte *El Comercio*, daß einer oder alle drei der Verantwortlichen des Gesundheitsministeriums für Huancavelica, das ärmste Gebiet des Landes, ein Schriftstück unterzeichneten, worin jedem Arzt Mindestquoten an Sterilisationen von Frauen vorgeschrieben werden.

b) Der Präsident der regionalen Ärztevereinigung von Ayacucho, Huancavelica und Andahuaylas, Héctor CHÁVEZ, bestätigte dem *El Comercio* das Bestehen einer solchen Politik. Er habe Mitteilungen von bestimmten Ärzten erhalten, denen eine monatliche Mindestquote für die einschlägige Behandlung von Patienten vorgeschrieben wurde.

c) Der letzte Punkt zeigt auch, daß gleichzeitig der Gewissenseinwand beseitigt wurde, den das Allgemeine Gesundheitsgesetz, das die Regierung dieses Landes beschlossen hatte, enthält.

4. Es gab zahlreiche Anzeigen über den Tod von Frauen nach solchen Interventionen und bestimmte Erkrankungen nach der Sterilisation. Das Gesundheitsministerium sah sich veranlaßt, einige medizinische Zentren wegen fehlender hygienischer und sanitärer Voraussetzungen zu schließen.

Es stellt sich die Frage, welche Motivation die Regierung von Peru zu dieser Bevölkerungspolitik führte. Viele weisen auf den Druck internationaler Einrichtungen hin, die eine Wirtschaftshilfe für das Land nur unter der Bedingung einer strengen Geburtenkontrolle gewähren.³ Auch wenn die Regierung dies bei verschiedenen Gelegenheiten bestritten hat, so veröffentlichte *El Comercio* einige Äußerungen der Leiterin der Abteilung für Lateinamerika und Karibik des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (FNUAP), Marisela PADRÓN, zu diesem Thema: Nachdem sie das Land wegen der Entwicklung bei der reproduktiven Gesundheit gelobt hatte, insbesondere „in den Einrichtungen für die ärmste Bevölkerung“, führte sie aus, „wegen der finanziellen Probleme des FNUAP bemühen wir uns zu prüfen, ob es möglich wäre, in Verhandlungen mit den Gläubigerstaaten zu erreichen, daß die Schuldrückzahlungen Perus und anderer Staaten in die reproduktive Gesundheit investiert werden können“.⁴

Ob man dieser Aussage Glauben schenkt oder nicht, man kann jedenfalls feststellen, daß der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen derartige Programme für reproduktive Gesundheit als Mittel zur Ausweitung der Geburtenkontrolle billigt. Darüber hinaus ist eine Verbindung solcher Methoden mit den tatsächlichen sanitären Problemen eines Entwicklungslandes, insbesondere in den ärmsten Gebieten und mit den Daten der wirtschaftlichen Entwicklung fragwürdig, und es erhebt sich ein Zweifel über den ethischen Hintergrund dieser Programme und ihren Bezug zur Würde der Person, in diesem Fall der Frau. Die grundlegenden Einwände, die in diesem Zusammenhang entstehen, werden wie folgt zusammengefaßt:

1. Der wesentliche Grund für die hohe Sterberate bei Müttern und Schwangeren in den ärmsten Gebieten Perus – wo die meisten Sterilisationen durchgeführt wurden mit den häufigsten Komplikationen und Todesfällen – muß in der kulturellen Armut und in den sanitären und wirtschaftlichen Verhältnissen dieser wenig entwickelten Gebiete, die die größte Zahl an Analphabeten haben, gesucht werden. Dies belegt deutlich die Tatsache, daß nur 3 von 10 Schwangeren pränatal untersucht werden und nur 7 von 100 in Gesundheitseinrichtungen entbinden.⁵ Dem Bericht des zuvor erwähnten CLADEM folgend, überrascht es weiters, daß in Peru die Sterilisationen gratis erfolgen, während die Kosten für Geburtshilfe die höchsten von ganz Lateinamerika sind.
2. Die Sterilisationen kann man nicht mit einer antikonzeptiven Methode gleichsetzen. Sie ist eine körperliche Verstümmelung, welche die natürliche Fruchtbarkeit an der Wurzel eliminiert. Sie schließt jede künftige Empfängnis aus, z.B. auch dann, wenn schwerwiegende Faktoren physischer oder wirtschaftlicher Art usw. aufhören und dann in einigen Fällen weitere Kinder gewünscht werden.

3. Weiters wird hervorgehoben, daß in einigen Ländern ohne Bevölkerungsexplosion oder wenigstens in 140 von 188 Provinzen, die man als entvölkert bezeichnen kann, diese Politik angewendet wird, also ausgerechnet in jenen Gebieten, bei denen aktuelle wirtschaftliche Untersuchungen immer stärker hervorheben, daß die Bevölkerung dort der Wachstumsfaktor *par excellence* ist. Julian SIMON, Professor für Unternehmensadministration an der Maryland-Universität (USA), unterstreicht, daß „bei den Bevölkerungsökonomien heute Konsens über die Tatsache besteht, daß ein Bevölkerungswachstum das wirtschaftliche Wachstum nicht negativ beeinflusst, wobei man noch weitergehen könnte, indem man sagt, daß es sich nicht nur negativ, sondern sogar positiv auswirkt. Je mehr Bevölkerung, um so größer und besser die Wirtschaft. Damit sind einige aber nicht einverstanden“.⁶
4. Die erzwungene Sterilisation von Frauen im gebärfähigen Alter mit zwei oder drei Kindern – in vielen Fällen ohne Schulbildung, aus armen Gebieten und mit hohem Anteil an Kindersterblichkeit – stellt einen schweren moralischen Verstoß dar: Sie verstößt irreversibel gegen das Recht auf Mutterschaft und das im Namen der neuen Rechte zu reproduktiver Gesundheit, die ausgerechnet zum Schutz der Frau erlassen wurden.⁷

Dr. Maria Pia CHIRINOS, Philosophin
Via di Villa Sacchetti 8
I-00197 Rom, Italien

Referenzen

1. Vgl. Bericht über die IV. Weltkonferenz für die Frau, Peking, 4.-15. September, Abschnitt C: Strategische Ziele und Aktionen, Punkte 45-285. Das Kapitel „Frau und Gesundheit“ enthält 240 Punkte.
2. Im Jahr 1995 änderte der Kongreß der Republik Peru mit dem Gesetz Nr. 26530 den Artikel VI des Gesetzesdekretes Nr. 346 - Gesetz der nationalen Bevölkerungspolitik - ab, wodurch lediglich die Abtreibung als Me-

thode der Familienplanung ausgeschlossen und erklärt wurde, daß „die Anwendung der übrigen Methoden nur aufgrund der Freiwilligkeit der betroffenen Personen durchgeführt werden dürfen und dies ohne stimulierende Mittel oder materielle Kompensationen.“ Die durch das Programm eingerichteten Quoten waren: Für 1997 waren 130.000 Sterilisationen vorgesehen, 104.000 wurden durchgeführt; von den für 1998 vorgesehenen 166.000 wurden 43.000 Sterilisationen durchgeführt. D.h. es wurden insgesamt 270.000 Sterilisationen vorgenommen, davon 250.000 an Frauen.

3. Nicht zum ersten Mal wird das aufgezeigt, was S. GRIMES kürzlich eine von den Vereinigten Staaten geförderte *establishment*-Demographie nannte. Es handelt sich hier um die Zuteilung großer Geldsummen an Nicht-Regierungsorganisationen, die eine Geburtenkontrolle in wenig entwickelten Ländern anwenden und so die nordamerikanische Regierung vor Anschuldigung we-

gen direkter Beteiligung schützen. Vgl. „From population control to ‘reproductive rights’: ideological influences in population policy“, *Third World Quarterly*, (1998), n. 3, Bd. 19: S. 375-393.

4. *El Comercio*, 10. November 1997, gezeichnet von Juan PONCE.
5. Vgl. „Los pobres son inocentes“, Solari de la Fuente, L. ARZT, in *El Comercio*, 15. Januar 1998, S. 2.
6. Interview mit E. ABAD, in *Acepresa* 25/98, 18. Februar 1998; sowie SIMON, J., Hrsg., *The State of Humanity*, (1995).
7. Zahlen, die bei den Experten unbeachtet blieben, nämlich daß die Differenz zwischen den 1990 in Peru durchgeführten Sterilisierungen (2.593 laut Nationalinstitut für Statistik und Information) und jenen von 1997 (104.766 laut der gleichen Quelle), den programmatischen und in vielen Fällen obligatorischen Charakter dieser Kampagne aufzeigen.

FOCUS

Euthanasie

Peter INHOFFEN

ZUSAMMENFASSUNG

Jüngere Entwicklungen, darunter die Notwendigkeit, Patienten vermehrt in die ärztliche Entscheidungsfindung durch Aufklärung über Behandlungsalternativen einzubeziehen („informed consent“), aber auch Selbsthilfebewegungen, etwa im Bereich von Nachsorge und Rehabilitation, haben die Patientenautonomie gegenüber einem bisher prävalierenden ärztlichen Paternalismus gestärkt. Diese gewachsene Patientenautonomie darf nicht dazu verleiten, Sterbehilfe statt als Hilfe im Sterben (Sterbebeistand) eher als Hilfe zum Sterben, wie in Gestalt von einseitigem Behandlungsabbruch (passiv-direkter Euthanasie), von ärztlich assistiertem Suizid oder von Tötung auf Verlangen (Mitleidstötung) zu verstehen. Erstrebenswert ist vielmehr die Verbesserung der Palliativmedizin, auch unter Inkaufnahme einer relativen Lebensverkürzung (aktiv-indirekter Sterbehilfe) im Einzelfall, eine Förderung von Sterbebegleitung, eine Empfehlung von Patientenverfügungen und die Bestellung von Vertrauenspersonen („Patientenanwalt“).

Schlüsselwörter: Patientenautonomie, Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügungen, Palliativmedizin

ABSTRACT

Recent developments, especially the compulsion to involve patients in medical decision-making by „informed consent“ concerning diverse alternatives of treatment, but also self-help-movements intending for instance post-clinical care and rehabilitation, have fostered the patient's autonomy in contrast to a prevailing paternalism of doctors until today. This increased patient's autonomy may not mislead to understanding dying assistance instead of help in dying (accompanying the dying) rather than as help to die, meaning one-sided termination of treatment (passive-direct euthanasia), of medically assisted suicide or killing on demand (mercy killing). It is rather desirable to improve palliative medicine, even if that includes a shortening of life in the individual case (active indirect dying assistance) as well as the promotion of accompanying the dying, the recommendation of advanced directives and the appointment of confidential persons („decision-making surrogate“).

Keywords: patient's autonomy, dying assistance, accompanying the dying, palliative medicine

Anschrift des Autors: Univ.Prof.Dr. Peter INHOFFEN, Institut für Moralthologie und Dogmatik, Parkstraße 1, A-8010 Graz

1. Symptome wachsender Selbstbestimmung

a) Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung

Wenn sich jemand wegen eines Leidens zum Arzt begibt, so erwartet er Auskunft und tätigen Beistand eines Fachmannes. Er ist zwar kein Bittsteller, doch muß er sich im Blick auf sein persönliches leib-seelisches Wohlergehen in die Obhut des Heilkundigen begeben. Je nach der Schwere des Leidens erfordert der Wunsch nach Abhilfe die Unterwerfung unter den Behandlungsplan, den der Therapeut als Experte vorschlägt. Vom Augenblick der grundsätzlichen Zustimmung an entwickelt das Vorgehen des zuständigen Arztes eine eigentümliche, computeranaloge Stringenz, etwa gemäß dem Sprichwort: „Wer A sagt, muß auch B sagen“. Bei einer eindeutigen Diagnose sind die erforderlichen Therapiemaßnahmen für den Arzt im wesentlichen überschaubar, bei einer unklaren Diagnose schränkt er im Wege eines Ausschlußverfahrens die möglichen Antworten ein. Für den Heilung Suchenden bleiben der weitere Fortgang und das Endergebnis mehr oder weniger ungewiß.

Die Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Untersuchung und Behandlung nötigt den Patienten dazu, sich einer bürokratischen Routine zu unterziehen und sich anschließend in einen festgelegten Tagesablauf einzufügen. Die damit unausweichlich verbundene Passivität entspricht zwar objektiv dem Status und der Rolle als Patient, wird subjektiv jedoch als Selbstpreisgabe erfahren, selbst wenn das wegen einer Verdrängung nicht ins Bewußtsein dringt. Der Kranke ist nunmehr als solcher definiert und spürt, daß er dieser Institution wie einem anonymen, komplexen und für ihn geheimnisvollen Mechanismus auf Gedeih und Verderb ausgeliefert ist. „Die Aufnahme in ein Krankenhaus... ist ein recht einschneidendes Erlebnis. Alles ist dem Patienten

fremd,... er verliert quasi seinen sozialen Boden unter den Füßen... Die leider so oft ohne Erklärungen gegebenen ärztlichen und pflegerischen Anordnungen erscheinen ihm unverständlich, er fühlt sich ‚ausgeliefert‘ der manchmal doch noch recht strengen Klinikordnung... Er muß sich der Anstaltsdisziplin bedingungslos unterwerfen, muß geradezu regredieren und sich einfügen in die neue Rolle des hilflosen Patienten.“¹

Die sich darin manifestierende Asymmetrie ist großteils strukturell bedingt und läßt sich wegen der hochgradig arbeitsteiligen Spezialisierung und Technisierung der Medizin gar nicht aufheben. Sie kann höchstens durch personale Zuwendung von Ärzten und Pflegekräften gemindert werden. Mit Rücksicht auf die Kosten des Gesundheitswesens ist aber der Stellenplan so bemessen, daß für eine intensive Zuwendung nur wenig Zeit bleibt.

b) Patientenautonomie anstelle von ärztlichem Paternalismus

Das Verhältnis von Arzt und Patient ist, der Idee gemäß betrachtet, dialogisch. In einer zunächst offenen Begegnungssituation wird eine Beziehung angeknüpft und ein Heilauftrag formuliert. Der Arzt bietet eine Therapie an; die Annahme seitens des Heilung Suchenden schließt ein, daß er sich der Führung des Arztes unterstellt, da dieser das Wissen und die Verfügung über das Heilverfahren hat. Der Arzt läßt sich vom Grundsatz „salus aegroti suprema lex“² leiten und sucht diese Norm nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Patienten zu konkretisieren. Er handelt im wohlverstandenen Interesse³ des Kranken, so wie es ihm als dem behandelnden Arzt aufgrund seiner von der Gesellschaft umschriebenen Rolle aus erscheint.

Im Normalfall, solange es keine wesentlichen Entscheidungsalternativen und ebenso keinen Zweifel an der Erreichbarkeit des Behandlungszieles gibt, ist dem Patienten am be-

sten damit gedient, daß er sich dem Behandlungsvorschlag des Therapeuten fraglos fügt. Schwierigkeiten treten auf, wenn die Erreichbarkeit des Heilerfolges ungewiß ist und die Behandlungsalternativen beschwerlich sind. Die Entscheidung darüber hat der Arzt nach angemessener Aufklärung dem Betroffenen zu überlassen. „Moderne Medizin geht zur Erreichung ihrer Erfolge mit gegebenenfalls schwerwiegenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen einher, die risiko- und nebenwirkungsreich sein können. Deren Begründung zu verstehen und ihre Notwendigkeit einzusehen, setzt die offene, verständliche Aufklärung voraus. Die Nebenwirkungen einer Chemotherapie oder von Bestrahlungen sind eher zu verkraften, wenn man von ihrer potentiell lebensrettenden oder die Beschwerden lindernden Wirkung weiß.“⁴ Hier hat sich im Laufe der letzten Jahre die Patientenautonomie stärker gegenüber einem bisher paternalistisch verstandenen ärztlichen Fürsorgeprinzip durchgesetzt.

c) *Rechtliche Aspekte des Heilauftrages*

Der Arzt kann bei fehlender Einwilligung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung bzw. Körperverletzung⁵ strafrechtlich belangt werden. Darüber hinaus ist er bei Nachweis von Kunstfehlern zivilrechtlich haftbar. „In den letzten Jahren läßt sich ein Zuwachs an Arzthaftungsprozessen feststellen, die sich mit der Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht vor medizinischen Behandlungen befassen. Auch die Zahl der gesetzlichen Bestimmungen, die die Pflicht des Arztes zur Information und die Zustimmung des Patienten zu beabsichtigten medizinischen Maßnahmen regeln, hat zugenommen.“⁶

Die Rechtmäßigkeit einer Heilbehandlung hängt somit von der Einwilligung des Hilfesuchenden ab. Eine Einwilligung selber ist nur wirksam, wenn der Betreffende weiß, worum es geht. In vielen Fällen kann oder muß der

Patient sogar darauf vertrauen, daß der Arzt als Experte den Befund richtig deutet und die richtigen Schlüsse daraus zieht. Aber wenn der Befund vielleicht nicht so eindeutig ist und die Ansichten über die richtige Heilmethode auch in der Ärzteschaft geteilt sind, liegt es aus ärztlicher Verantwortung nahe, den Patienten stärker in die Überlegungen einzubeziehen. Dieser muß wenigstens teilweise über die Risiken aufgeklärt werden, damit er sich frei für das eine oder andere entscheiden kann.

Die nähere Umgrenzung der ärztlichen Aufklärungspflicht ist allerdings schwierig und hat daher die Gerichte bereits vor Jahrzehnten beschäftigt. Im „Düsseldorfer Strahlenurteil“ aus dem Jahr 1959 hatte die Patientin mit ihrer Klage wegen ungenügender Aufklärung teilweise Recht bekommen. Die Röntgenbestrahlung eines Gebärmutterhalskrebses hatte zu Komplikationen geführt; eine Operation wäre die Alternative gewesen. Der BGH hatte die Pflicht zur Aufklärung aus Selbstbestimmung und Menschenwürde abgeleitet.⁷ Engisch hat daran kritisiert: „Der Bundesgerichtshof sinnt ja im Einklang mit früheren Reichsgerichtsentscheidungen dem Arzt an, die bekanntlich besonders niederschmetternde und oft zum Selbstmord treibende Krebsdiagnose nicht zu verhehlen, um den Patienten zur Einwilligung in Operation oder Strahlenbehandlung trotz ausgemalter Gefahren zu bringen. Wahnsinn?“⁸

Dieser früher verbreiteten Ansicht wird heute widersprochen. Die Rate der Selbsttötungen bei Krebspatienten aufgrund von Depression unterscheidet sich nicht signifikant von der der übrigen Bevölkerung.⁹ Heute ist die rückhaltlose Information des Patienten zur Regel und das „therapeutische Privileg“ zur Ausnahme geworden. Die Grundsätze der deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 unterstreichen die Selbstbestimmung des Patienten. Im Kommentar zu ihnen heißt es: „Der paternalistische Grundzug der früheren Richtlinien ist aufgehoben. Der Patient muß über seinen Zustand wahrheitsgemäß

unterrichtet werden. Sein Wille ist entscheidend für den Übergang von lebensverlängernden zu palliativ-medizinischen Maßnahmen.¹⁰ In den Grundsätzen steht demgemäß: „Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und über mögliche Maßnahmen muß wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen.“¹¹

In den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung von 1993 war noch zu lesen, daß der Arzt bei einem „Patienten im terminalen Stadium“ berechtigt sei, „die Aufklärung über seinen Zustand auf ein unbedingt notwendiges Mindestmaß zu beschränken, um ihm Angst zu ersparen“¹², und die Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1979 legte folgendes fest: „Der wahre Zustand soll dem Kranken insoweit eröffnet werden, als es nach den persönlichen Umständen erforderlich und menschlich tragbar erscheint. Die volle Wahrheit kann inhuman sein.“¹³ Die neue „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 mahnt beim Arzt „besondere Sorgfalt und Einfühlungsvermögen“ an.¹⁴

d) Hospizbewegung, Selbsthilfegruppen, Euthanasiegesellschaften – Manifestationen gewachsener Autonomie

Aus solchen und ähnlichen Unzulänglichkeiten sind mehrere Bewegungen mit voneinander abweichenden Zielsetzungen geboren worden. Die seit dem Ende der 60er Jahre existierende Hospizbewegung beabsichtigt, Menschen mit einem unheilbaren, tödlichen Leiden und einer in etwa absehbaren restlichen Lebenserwartung aufzufangen und ihnen durch eigens dafür ausgebildete professionelle und ehrenamtliche Helfer auf der letzten Wegstrecke des Lebens beizustehen. Ziel ist nicht, das Leben abzukürzen, sondern dem Menschen sein Schicksal leichter tragbar zu machen und diesem Lebensabschnitt einen Sinn und Inhalt abzugewinnen.

„Begleitung des sterbenden Menschen wurde und wird durch ganz elementare Handreichungen wie durch tröstenden Zuspruch in vielen Familien praktiziert. Heute stellt sich die Aufgabe, diese Form der Sterbehilfe wieder stärker einzuüben und ihr auch in den Bereichen der professionellen Krankenbetreuung, also in den Krankenhäusern, den Pflegeheimen und der ambulanten Krankenversorgung, mehr Raum zu schaffen. In dieser Hinsicht hat die ‚Hospiz‘-Bewegung wichtige Impulse und Anregungen gegeben.“¹⁵

Daneben gibt es seit den 70er Jahren eine Reihe von Selbsthilfegruppen, so daß man von einer Selbsthilfebewegung sprechen kann.¹⁶ Sie bezwecken eine Kompensation der geschrumpften herkömmlichen sozialen Netzwerke in Familie, Nachbarschaft oder dörflicher und kleinstädtischer Kommune, etwa als freiwillige Nachsorge-Gruppen oder als Patienten-Initiativen für seltenere Leiden. Sie fördern einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch über Therapien und vermitteln Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten, weil die Organisation der professionellen Gesundheitsfürsorge nicht flächendeckend auf dem jeweils neuesten Stand spezieller Therapie- und Rehabilitationsangebote steht.

Schließlich sind die Euthanasiegesellschaften für unser Thema bedeutsam. Sie sind teilweise zu Beginn der 80er Jahre entstanden, wie die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben. Es gibt solche Zusammenschlüsse in über einhundert Ländern. Sie artikulieren und bündeln Meinungen zum Lebensende und versuchen, sie im Wege der Gesetzgebung zu legalisieren. Zu ihren Zielsetzungen gehören – je nachdem – etwa die Tötung auf Verlangen, die Beihilfe zum Selbstmord und das Recht auf Behandlungsverweigerung am Lebensende.¹⁷

Diese Bewegungen sind alle auf verschiedene Weise Ausdruck einer Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und Antwort auf Unzulänglichkeiten. Sie werden dadurch ausgelöst, daß die Möglichkeiten der Heilung stän-

dig wachsen, die medizinischen Methoden durch technische Anwendungen fortlaufend verfeinert werden und parallel dazu ein Bedarf an Kommunikation und Information darüber zunimmt, denn im Sozialstaat soll der medizinische Fortschritt möglichst allen zugute kommen. Höhergradige Arbeitsteilung, Spezialisierung und Technisierung führen dazu, daß sich das Gesundheitswesen insgesamt zunehmend versachlicht und damit zugleich entpersönlicht. Die objektiv meßbar steigende Leistungsfähigkeit von Medizin und Gesundheitswesen bringt notwendigerweise diese mehr subjektiv spürbare Versachlichung und Entpersönlichung mit sich. Sofern jene Bewegungen angetreten sind, den Mangel an personaler Zuwendung im Gesundheitssystem auszugleichen und den Einzelnen aus einer Isolierung und Lethargie herauszuholen, und zwar dadurch daß sie seine Selbstbestimmung aktivieren, ist ein solches Bemühen positiv zu bewerten. Die Vorhaben von Euthanasiegesellschaften, die sich auf Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zum Selbstmord einrichten, sind hingegen abzulehnen. Im Gegenzug dazu sollte die ganze Gesellschaft stärkere Anstrengungen unternehmen, die Anlässe für derartige Bestrebungen zu beseitigen, etwa durch Verbesserung der Palliativmedizin, durch Empfehlung von Patientenverfügungen und „Patientenanwälte“ als Vertrauenspersonen, durch Förderung von Sterbebegleitung, durch dezentrale ambulante Krankenpflegestationen, durch Erarbeitung eines Konsenses über ein Sterbenlassen in Würde, usw.

e) Vorausverfügungen für den Fall des Verlustes der Selbstbestimmungsfähigkeit

Das Aufkommen von Patientenverfügungen, mißverständlich „Patiententestament“ genannt,¹⁸ ist einerseits Ausfluß eines generell gestiegenen Willens zur Selbstbestimmung. „Signifikant ist das Thema Willenserklärung aber auch für Wertverschiebungen in unserer Ge-

sellschaft, in der für viele Wohlbefinden wichtiger wird als Lebensverlängerung – und Autonomie zunehmend wichtiger als die paternalistische Sorge des Arztes.“¹⁹ Andererseits gibt sich darin Angst vor einem Verlust der Selbstbestimmung bei Unfall, im Verlaufe einer terminalen Erkrankung und der intensivmedizinischen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung oder durch Herz-Kreislauf-Stillstand kund. Patientenverfügungen liefern ein wichtiges Indiz für einen im voraus gewollten Behandlungsverzicht bei bestimmten definierbaren Krankheitsbildern und bleibenden Behinderungen.

In diesem Sinne haben die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 gegenüber den vorherigen Richtlinien eine klare Aufwertung von Patientenverfügungen unter dem Leitgedanken der Selbstbestimmung des Patienten und einer Absage an ärztlichen Paternalismus vorgenommen. Patientenverfügungen werden nunmehr als eine „wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“ bezeichnet. Ausdrücklich wird bei der Beurteilung ihrer Verbindlichkeit auf die „Ernsthaftigkeit“ verwiesen, während dem Zeitpunkt der Abfassung nur „untergeordnete Bedeutung“ beigemessen wird.²⁰

Bei Patienten in der Intensivmedizin mit schweren Vorschädigungen sind Entscheidungen über Nichtwiederbelebung im voraus üblich (DNR = do not resuscitate).²¹ Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung erfordert eine Abklärung im vorhinein darüber, ob eine Wiederbelebung vorgenommen werden soll oder nicht. Im Notfall wird in der Regel außerhalb der Klinik zu reanimieren nur bei eindeutigen Todeszeichen oder einem eindeutig nachweisbaren entgegenstehenden Patientenwillen davon abzusehen sein. Im nachhinein kann sich herausstellen, daß die Wiederbelebung nicht erfolgreich gewesen und die Prognose schlecht war. Dann ist über einen möglichen Behandlungsverzicht zu entscheiden.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist vom mutmaßlichen Patientenwillen auszugehen.

Als Interpreten des mutmaßlichen Patientenwillens kommen zunächst die Angehörigen in Betracht. Da sich ihre Interessen nicht in jeder Hinsicht mit denen des Kranken decken müssen und da der behandelnde Arzt die letzte Entscheidungsvollmacht behält, obliegt es ihm, mögliche Interessenkonflikte in Erwägung zu ziehen. Aus solchen Überlegungen heraus hat man dafür plädiert, daß der (potentiell) Kranke eine Vertrauensperson benennt, einen „Patientenanwalt“, Sachwalter²² oder Betreuer²³, der bei Bedarf als unabhängiger „Zeuge“ die Vorausverfügung interpretieren hilft. In unklaren Situationen wird, falls möglich, das Vormundschaftsgericht anzurufen sein.²⁴

2. Auswege

a) „Sterbehilfe“: Hilfe im Sterben oder Hilfe zum Sterben?

Vielfach wird heute mit Rücksicht auf unsere Fragestellung von Sterbehilfe gesprochen. Noch vor über drei Jahrzehnten verwandte man den Begriff auch im kirchlichen Bereich unbefangen für die Hilfe *im* Sterben im Gegensatz zur Euthanasie als direkter Tötung und unterschied drei Formen sittlich legitimer Sterbehilfe: Schmerzlinderung, Sterbebegleitung und Unterlassung von Sterbeverlängerung.²⁵ Inzwischen wird das Wort Sterbehilfe auch wie ein Euphemismus als Hilfe *zum* Sterben für direkte Euthanasie verwendet.

In der Präambel der „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften von 1995, wird einmal auf die Verhältnisse in den Niederlanden verwiesen, zum anderen auf einen Antrag zugunsten der Erlaubtheit aktiver Sterbehilfe im Schweizer Nationalrat von 1994.²⁶ Diese Anlässe erklären den Bedarf einer Neuformulie-

rung der früheren Bestimmungen. „Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Maßnahmen dieser Art sind gerechtfertigt“ bei den im Titel genannten Patientengruppen (II.1.2). Der Arzt bleibt jedoch zur angemessenen Betreuung verpflichtet und muß den durch den Verzicht oder Abbruch ausgelösten Beschwerden lindernd und palliativ entgegenwirken. Im Kommentar zu den Richtlinien werden Verzicht auf oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen als passive Sterbehilfe bezeichnet (III. zu Teil II.1.2). Aktive Sterbehilfe wird auf jeden Fall ausgeschlossen (II.1.4 und III. zu Teil II.1.4).

Die „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 unterscheidet „reine“, „indirekte“ und „passive Sterbehilfe“ als zulässig und schließt „Anleitung zur Selbsttötung“, „Hilfe bei der Selbsttötung“ und „aktive Sterbehilfe“ aus.²⁷ Allerdings wird passive Euthanasie mit „Hilfe zum Sterben“ wiedergegeben, obwohl im Sinne *unserer* Terminologie gemäß dem sehr ausgewogenen und vorsichtigen Duktus der „Leitlinie“ eigentlich „Hilfe *im* Sterben“ gemeint zu sein scheint.

Ein Jahrzehnt vor der „Leitlinie“ von 1996 hatten eine Reihe von Juristen und einige Mediziner den Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe vorgelegt. Darin wurden Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, leidensmindernde Maßnahmen und Nichthinderung einer Selbsttötung als „nicht rechtswidrig“ qualifiziert; der Tatbestand einer Tötung auf Verlangen im (damals wie heute noch) geltenden Strafrecht wurde durch eine Straffreistellung ergänzt, „wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.“²⁸

Noch weiter geht der jüngste Vorschlag Norbert HOERSTERS. Er möchte § 216 (Tötung auf Verlangen) unangetastet lassen und einen § 216a einfügen, der die „aktive Sterbehilfe“ als

„nicht rechtswidrig“ regelt. Der Ausschluß der Rechtswidrigkeit soll an das Erfordernis der Information eines weiteren Arztes in Verbindung mit einer Dokumentation geknüpft werden.²⁹

Offenbar um Mißverständnisse zu vermeiden, spricht die Bundesärztekammer in den neuesten Grundsätzen von „ärztlicher Sterbebegleitung“.³⁰ Bereits in ihren Richtlinien von 1993 verwandte sie den Begriff Sterbebegleitung.³¹ Noch 1986 hatte der Deutsche Juristentag versucht, die Unklarheiten des Begriffs Sterbehilfe durch Beiworte wie *sog. reine Sterbehilfe, sog. indirekte Sterbehilfe, sog. passive bzw. aktive Sterbehilfe* zu beheben.³² Es hat sich demnach eine Bedeutungsveränderung im Begriff Sterbehilfe in Richtung (aktiver) Euthanasie zugetragen. Daher ist es besser, von Sterbebegleitung zu sprechen, wenn man eine Verwechslung mit (aktiver bzw. direkter) Euthanasie vermeiden will.

Aus der Sicht katholischer Moraltheologie stellt sich der grundlegende Sachverhalt wie folgt dar. Die wesentlichen Unterscheidungen heißen dort „direkt“ und „indirekt“, erst in zweiter Hinsicht „aktiv“ und „passiv“. Der übergeordnete Begriff ist dabei der sittliche Akt. Der sittliche Akt umfaßt die innere Entscheidung (*actus elicited*) und die äußere Handlung (*actus imperatus*). Die äußere Handlung verhält sich zur inneren Entscheidung wie das Mittel zum Zweck. Die Terminologie, nicht der Sachverhalt, ist etwas problematisch bei der Gegenüberstellung von Handeln und Nicht-handeln bzw. Tun und Unterlassen.³³ Dieser Gegenüberstellung entspricht das Gegensatzpaar aktiv und passiv. Damit ist klar, daß auch ein Nichthandeln oder eine Unterlassung gewollt sein kann, weil sie auf eine innere Entscheidung zurückgeht und somit als ein *actus mere elicited* rein im Inneren verbleibt und dennoch moralisch relevant ist. Das leuchtet ohne weiteres ein und ist strafrechtlich als unterlassene Hilfeleistung oder als unechtes Unterlassungsdelikt definiert. Dafür sind aber

zwei Voraussetzungen erforderlich: 1. Der Betreffende mußte physisch in der Lage sein, den negativen Erfolg abzuwenden; 2. er mußte dazu auch moralisch verpflichtet sein.

Bis zu diesem Punkt gibt es keinen grundsätzlichen Unterschied zum Konsequentialismus. Jemanden sterben zu lassen unterliegt gleichermaßen einer sittlichen Beurteilung wie ihn zu töten. Aber damit enden die Gemeinsamkeiten schon, da der „gesunde Menschenverstand“ (*common sense*³⁴) oder die vorwissenschaftliche Intuition³⁵ dazu neigt, aktives Töten und passives Sterbenlassen unterschiedlich zu bewerten, so daß die Gegenargumente der Konsequentialisten entweder sophistisch oder biblisch-prophetisch anmuten, etwa in dem Sinne, einem Armen keine Nahrung zu geben: Das heißt, ihn zu töten. Das ist in Reden von Appellqualität („Paränese“), bei Aufrufen, Predigten und ähnlichen Gelegenheiten durchaus zulässig, wenn es sich darum handelt, Menschen zu Hilfsbereitschaft zu bewegen.

Natürlich wollen die Konsequentialisten keine biblischen Propheten sein, sie wollen durch die nicht begründbare Gleichsetzung von Handeln und Nichthandeln oder Tun und Unterlassen – in allen Fällen und in jeder Hinsicht – erreichen, daß aktive Tötung von Sterbenden moralisch gleich zu bewerten sein soll wie Verzicht auf oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Im Grund läuft das Bemühen der Konsequentialisten auf einen „Kurzschluß“ hinaus, eine Abkürzung (*short cut*). Es ist umständlich, sich die Bewertungsgrundlagen für die Erlaubtheit einer Unterlassung klarzumachen, und es ist belastend, jemandem medizinisch-palliativ und fürsorglich-gesprächsweise im Sterben beizustehen. Das Positive an der Auseinandersetzung mit dem Konsequentialismus ist der Zwang, logisch sauber zu argumentieren und seinerseits keine bequemen Lösungen zu vertreten. Es sieht fast danach aus, als ob es sich beim „Standpunkt der (katholischen) Moral“ und beim Konsequentialismus um zwei „Kulturen“ mit unterschied-

lichen weltanschaulichen Prämissen handelt und nicht nur um eine andere Methode der ethischen Argumentation.

In der Medizin verhält es sich anders als im Alltagsleben bezüglich der Kontrolle der beiden Voraussetzungen für die sittliche Unverlaubtheit des Nichthandelns bzw. Unterlassens; es handelt sich nämlich hier um die Möglichkeit und Verpflichtung zur Erfolgsabwendung, einmal wegen der Garantenstellung des Arztes und des Pflegepersonals mit der beruflich bedingten Verpflichtung zur Hilfeleistung, zum andern wegen der Prognoseunsicherheit. Im „normalen Leben“ kann jemand eher für überfordert angesehen werden, weil er selber den Gefahren nicht gewachsen ist. Das ist bei der äußerlich eindeutig strukturierten Situation von Arzt, Krankenhaus und Patient kaum der Fall, außer vielleicht bei Katastropheneinsätzen. Ob und welche Maßnahmen bei einem Patienten wirksam sind, wie die belastenden und die positiven Effekte im konkreten Fall einzuschätzen sind, wird sich auch mit „Prognose-Scores“³⁶ nicht ganz zuverlässig vorhersagen lassen, da die Befindlichkeit des „Objektes“, des zu behandelnden Menschen, sich nur mehr oder weniger genau eruieren läßt und die Eingriffsmöglichkeiten nicht „besser“ sein können als der Befund.

Von daher ist es also berechtigt, von aktiver Tötung als Problemlösung abzusehen und sich zu bemühen, zu einem Ermessensentscheid bei passiver Sterbehilfe zu gelangen, der nach formalen und inhaltlichen Kriterien als passiv und indirekt zu qualifizieren ist. Die formalen Kriterien hat im wesentlichen die wissenschaftliche Ethik zu liefern, die material-inhaltlichen, sachlich-empirischen die wissenschaftliche Medizin. Selbstverständlich ist für sämtliche Entscheidungen die Zustimmung bzw. die Einwilligung des Patienten vorauszusetzen, auch der „Notbehelf“ eines mutmaßlichen Patientenwillens. Mit Rücksicht auf die Unklarheiten und Unsicherheiten des praktischen Lebens kennt die Moraltheologie schon lange faustfor-

melartige „Sicherheitsstufen“, nämlich die „Moralsysteme“. Sie sollen dazu dienen, Entscheidungen auch unter Streß, unter Zeitdruck und unter Ungewißheit verantwortlich treffen zu können. Häufig können Entscheidungen im medizinischen Bereich nur mit größerer oder geringerer Probabilität gefällt werden. Auch die Präsumption in dubio pro vita zwingt nicht zu einem medizinisch-ethischen Rigorismus, so daß eine Lebenserhaltung um jeden Preis und mit allen Mitteln sittlich nicht gefordert ist. Daraus läßt sich aber nicht im Umkehrschluß folgern, daß man bei Bedarf auch töten dürfe.

b) Palliativmedizin und indirekte Sterbehilfe

In einer Mehrzahl von Fällen wird eine Tötung auf Verlangen mit sehr starken Schmerzen begründet werden. Die Moraltheologie orientiert sich nach wie vor an einer Entscheidung PIUS XII. Sie ist in die jüngste medizinethische Enzyklika JOHANNES PAUL II „Evangelium vitae“ eingegangen.³⁷ Sie besagt, daß bei der Gabe schmerzstillender Mittel eine im Verhältnis geringfügige Lebensverkürzung in Kauf genommen werden dürfe. Das hat bisher im Gegensatz zum juristischen Topos eines *dolus eventualis* (bzw. *voluntarium in causa*) gestanden. Danach ist der Handelnde auch für billigend in Kauf genommene Nebenfolgen seines Tuns gegebenenfalls strafbar. Die Erklärung der Moraltheologie, daß sich die Absicht einzig und allein auf die Schmerzlinderung richte, galt dabei nicht als „Entschuldigung“. Die Moraltheologie bezeichnet das als indirekte Sterbehilfe³⁸ (Euthanasie). Das ist streng von passiver Sterbehilfe zu unterscheiden, also von einem Sterbenlassen, da hier eine Handlung gesetzt wird, in deren ursächlicher Folge (möglicherweise) das Leben verkürzt wird.³⁹ Vielleicht lassen sich auch Situationen denken, bei denen eine rechtzeitig begonnene und individuell bemessene Gabe von Schmerzmitteln das Leben sogar etwas verlängert oder zumindest nicht verkürzt.

Passive Sterbehilfe kann nämlich sowohl direkte Tötung als auch indirekte Tötung sein, also bloß in Kauf genommene Tötung. Die Abgrenzung direkter von indirekter Tötung bei passiver Sterbehilfe ist anhand der Lehre von der Handlung mit Doppelwirkung zu vermitteln. Sie wird uns weiter unten bei der Erörterung des Behandlungsabbruchs noch intensiver beschäftigen. Hier ist der springende Punkt zunächst nicht die Unterscheidung passiv-direkter von passiv-indirekter Sterbehilfe, sondern die Handlung mit Doppelwirkung in bezug auf aktive Sterbehilfe: Schmerzlinderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung.

Man nennt im allgemeinen folgende Bedingungen für die Zulassung einer unerwünschten Nebenwirkung:⁴⁰ 1. Das Ziel der Handlung muß sittlich gut sein (die Absicht oder Intention umfaßt das Ziel und wählt entsprechend das oder die zur Erreichung des Zieles geeigneten Mittel), im Falle von Schmerzen ihre Unterdrückung. 2. Das Mittel zum Ziel muß sittlich gut bzw. nicht zu beanstanden sein, hier die Gabe von Medikamenten; die Suchtgefahr könnte eine (zusätzliche) unerwünschte Begleiterscheinung sein, die aber mit Rücksicht auf die Schmerzlinderung und den vielleicht unabhängig von der Schmerzlinderung bevorstehenden Tod zu vernachlässigen ist. 3. Die unerwünschte Nebenfolge muß gleich ursprünglich aus der in Frage stehenden Handlung hervorgehen, also hier aus der Gabe von Medikamenten. 4. Ein entsprechend schwerer Grund für die Inkaufnahme der unerwünschten Nebenwirkung muß vorliegen, hier die Unerträglichkeit der Schmerzen im Verhältnis zur (möglichen) Lebensverkürzung.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über die seit längerem auch innertheologisch schwelende Kontroverse, ob die Unterscheidung von direktem Bewirken zum Unterschied vom indirekten durch bloße Inkaufnahme bei einer Handlung mit Doppelwirkung tragfähig sei⁴¹; von Außenstehenden wird sie gar als Spezifikum der katholischen Moralthologie einge-

schätzt,⁴² während eine Anzahl von Autoren weiterhin davon ausgeht, daß es sich um allgemein auch für Außenstehende nachvollziehbare Unterscheidungen handle.

Die Not bei einer Handlung mit Doppelwirkung ist, daß der Handelnde zwar die Handlung wegen der wohltätigen Wirkung ausführt, aber die schädliche Wirkung nicht zu isolieren vermag. Wir konzentrieren unsere Überlegungen an dieser Stelle auf die doppelte Ursächlichkeit oder besser die zweischneidigen Folgen und kommen später auf die hiermit zusammenhängende Unterscheidung von direkt und indirekt zurück. Bekanntlich wehren sich die Ärzte dagegen, daß im deutschen Strafrecht ein körperlicher Eingriff tatbestandsmäßig als Körperverletzung angesehen wird.⁴³ Am Sachverhalt der tatbestandsmäßigen Einschätzung als Körperverletzung kann selbst der Nichtfachmann unschwer erkennen, daß die Absicht ausschlaggebend ist, welche die Ausführung der Handlung leitet. Der Chirurg vollzieht den schmerzhaften und buchstäblich „einschneidenden“ Eingriff mit dem Ziel der Heilung. Sein Vorgehen im Detail wird entscheidend von dem Ziel der Heilung geprägt: Er bemüht sich, möglichst wenig zu zerstören, und aufs Große und Ganze gesehen geschieht medizinischer Fortschritt dadurch, daß die Schädlichkeit von Eingriffen aller Art, seien sie chirurgisch, diagnostisch oder pharmazeutisch, minimiert wird.

In dieser Perspektive darf die Nebenwirkung einer Schmerztherapie eine im Verhältnis möglicherweise geringfügige Lebensverkürzung sein, auch wenn es natürlich sachlich einen großen Unterschied ausmacht, ob es bei der Nebenfolge um eine zurückbleibende Operationsnarbe oder um eine Verkürzung des Sterbens geht. Hier ist auch für jeden erkennbar, daß es eine Überdosierung gibt, die in jedem Fall den sofortigen Tod nach sich zieht, wie ja auch die Dosierung im Einzelfall vom Arzt vorzuschreiben und zu dokumentieren ist und nicht etwa nach Gutdünken oder gar Belieben vorgenom-

men werden darf. Jeder verantwortliche Arzt tastet sich an die im Einzelfall angemessene Dosierung heran. Bei einer Selbstmedikation („Schmerzpumpe“) kann der Patient die Dosierung zeitlich und quantitativ selber genauer abstimmen, als es bei mehrmaligem Spritzen über den Tag hinweg möglich ist. Es ist einzuräumen, daß bei einer Gruppe von Leidenden selbst eine verfeinerte Schmerztherapie augenscheinlich nicht genügend wirkt.⁴⁴ Die Schweizer Richtlinien von 1995 teilen im Ergebnis diesen Standpunkt hinsichtlich des Risikos der Lebensverkürzung (II.1.3) und betonen, „Schmerzzustände jeglicher Art am Lebensende, die viele Patienten befürchten, können in nahezu allen Fällen erfolgreich bekämpft werden“ (III. zu Teil II.1.3). Das Gleiche besagt die „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996.⁴⁵

c) Behandlungsverzicht seitens des zustimmungsfähigen Patienten als Selbsttötung durch Unterlassung?

Die Frage nach einer Zulässigkeit des Behandlungsverzichts (Behandlungsverweigerung) vonseiten des Patienten teilt sich in eine rechtliche und eine sittliche Seite auf. Die rechtliche Zulässigkeit dient dem Schutz des Patienten vor einer durch die moderne Medizin ermöglichte und subjektiv von ihm auch so empfundene Überbehandlung, selbst wenn der Arzt oder die Angehörigen anderer Ansicht sein sollten⁴⁶. Die sittliche Zulässigkeit betrifft die Pflicht, einen Suizid durch Unterlassung dadurch zu vermeiden, daß man sich einer Behandlung unterzieht. Wenn man davon ausgeht, daß selbst ein Schwerkranker normalerweise überleben will und zu diesem Zweck eine Behandlung auf sich nimmt, kommen dennoch Situationen vor, bei denen ein medizinisch-technisch unterstütztes Weiterleben wie etwa bei hochgradig Querschnittsgelähmten („Lokked-in-Syndrom“) möglich ist, aber vom Betroffenen vielleicht nicht gewünscht wird.

Der Verzicht auf außerordentliche Behandlungsmethoden ist wohl zwar nach „*Evangelium vitae*“ kein Selbstmord,⁴⁷ bezieht sich aber auf den bevorstehenden Tod. Es ist unabhängig davon einzuräumen, daß die Unterscheidung in gewöhnliche, ordentliche und ungewöhnliche, außerordentliche Behandlungsweisen nicht exakt, sondern umgangssprachlich ist und zudem wegen des medizinischen Fortschrittes ständig im Fluß bleibt. Wann geht nun ein Behandlungsverzicht oder eine Behandlungsverweigerung durch den Kranken in eine zwar aufgrund der Patientenautonomie rechtlich zulässige, aber vielleicht sittlich unzulässige Selbsttötung durch Unterlassen über? Das ist so nicht eindeutig aus den kirchenamtlichen Lehräußerungen zu ersehen. Ein Querschnittsgelähmter kann unbestimmt lange am Leben gehalten werden. Besteht nun aufgrund dieser medizinisch-technischen Möglichkeit für den Patienten eine sittliche Pflicht, das auf sich zu nehmen, oder darf er um einen Behandlungsabbruch im Einverständnis bitten?⁴⁸ „Kann man einem Menschen etwa eine Querschnittslähmung vom Halse abwärts, vielleicht noch unter künstlicher Beatmung, zumuten?“⁴⁹

Umgekehrt hat ein Patient beim Einsetzen des Sterbevorganges ein Recht, um ein Hinauszögern des Todes mit medizinischen Mitteln zu bitten,⁵⁰ weil er noch eine dringende Angelegenheit, etwa eine Erbschaft regeln oder ein letztes Gespräch mit einem Vertrauten führen möchte, dessen Eintreffen sich verzögert hat; aber eine strenge sittliche Pflicht dazu seitens des Patienten liegt dazu nicht vor.

d) Behandlungsabbruch als passive Euthanasie bei nicht einwilligungsfähigen Patienten?

In den Grundsätzen zur Sterbebegleitung von 1998 wird „aber auch hervorgehoben, daß es trotz der Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung Situationen geben kann, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr

angebracht sind. Ein Behandlungsabbruch ist jedoch auch dann nicht gestattet, sondern das Therapieziel ist in Richtung palliativ-medizinische Maßnahmen zu ändern.⁵¹ Grundsätzlich haben alle Patienten, ob sie in absehbarer Zeit sterben oder trotz schwerer zerebraler Schädigungen für unbestimmte Zeit am Leben gehalten werden können (bei apallischem Syndrom bzw. Wach-Koma), ein Recht auf eine Basispflege. Sie schließt aber keine Verpflichtung zu künstlicher Ernährung ein, ohne daß daraus zu schließen wäre, daß man Patienten verhungern oder verdursten lassen dürfte.⁵²

Wie läßt sich nun passiv-direkte von passiv-indirekter Sterbehilfe unterscheiden? Die Einstellung der Behandlung im Sinne einer intensivmedizinischen Kompensation von lebensnotwendigen Körperfunktionen wird juristisch als Unterlassung (unechtes Unterlassungsdelikt) eingestuft, obwohl es um eine „Aktion“ geht. Passive Sterbehilfe kann einerseits strafbar sein, andererseits ist kein Aufhalten des Todes mit allen Mitteln gefordert.⁵³ Zum Unterschied von der Frage, ob der Patient sittlich erlaubt einen Behandlungsabbruch mit Todesfolge veranlassen dürfe, stellen Apalliker, Alzheimer-Patienten, Tetraplegiker oder Patienten mit amyotropher Lateralsklerose den behandelnden Arzt vor ein Entscheidungsdilemma, wenn er sich nicht auf eine zuverlässige Willensäußerung beziehen kann.⁵⁴ Ein solches Entscheidungsdilemma darf bestimmt nicht etwa im Sinne eines Konsequentialismus gelöst werden. Es läßt sich nur so auflösen, daß geprüft wird, welcher Effekt bei einer aktiven Behandlung, also bei Eingriffen anstelle von Behandlungsverzicht für den Patienten überwiegt: Sind beispielsweise die Schmerzen wesentlich größer als die Linderung der Beschwerden, sind bleibende Behinderungen und Einschränkungen wesentlich gewichtiger als der verbleibende Spielraum für Kommunikation? Solche Fragen sind ja auch bei DNR-Entscheidungen im voraus zu beantworten, da ja eine kardiopulmonale Reanimation eine Reihe un-

angenehmer Nebenfolgen mit sich bringen kann. Entscheidungen solcher Art stellen sich ja ohnehin nur vor dem Hintergrund einer generell schlechten Prognose.

Insofern der Arzt aufgrund seines Berufsethos dem Patienten nicht mehr Schaden als Nutzen zufügen darf, ergibt sich unter Beanspruchung der Lehre der Handlung mit Doppelwirkung, daß bei einem Nichthandeln, das gleichbedeutend mit Therapieverzicht bzw. -abbruch ist, 1. das von der Absicht umfaßte Ziel die Vermeidung von weiteren schwer schädigenden Eingriffen ist, insofern eine Heilung oder Wiederherstellung aussichtslos erscheint, 2. die Unterlassung von Hilfsmaßnahmen wegen mangelnder Wirksamkeit nicht zu beanstanden ist, 3. beide Folgen – Vermeidung weiterer Schädigung und Sterbenlassen – gleich ursprünglich aus dem Nichthandeln hervorgehen und 4. die Inkaufnahme eines absehbaren Sterbens vor dem Hintergrund einer schlechten Generalprognose angesichts der Schwere denkmöglicher lebensverlängernder Maßnahmen vertreten werden kann. Die Feststellungen und Kriterien der „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 sind sachlich weitgehend vereinbar mit den von uns benannten vier Bedingungen für die Erlaubtheit eines Therapieverzichts. Das läßt sich hier nicht detailliert aufweisen.

Der Fall des OLG Frankfurt von 1998 ist für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens instruktiv. Formal-juristisch wird die Entscheidung des Obergerichtes als Behandlungsabbruch ausgelegt, material wird allerdings behauptet, es handle sich um einen Einstieg in passive Euthanasie,⁵⁵ was wohl als passiv-direkte Euthanasie zu verstehen wäre. Problematisch an dem Urteil des OLG Frankfurt ist, daß die Entscheidung auf der Ersetzung der Zustimmung der aktuell einwilligungsunfähigen Patientin basiert, also auf einer Fiktion. Mit „Fiktion“ wollen wir nicht andeuten, die Entscheidung sei „aus der Luft gegriffen“, sondern nur darauf aufmerksam machen,

daß die Patientin aktuell zu einer rechtlich wirksamen Einwilligung in den Behandlungsabbruch nicht fähig war (bzw. immer noch nicht fähig ist und es vermutlich nie mehr sein wird). Das Gericht stützt sich dafür auf den ärztlichen Befund in Verbindung mit den glaubhaften Bekundungen der Angehörigen und der Verfahrenspflegerin. Sofern sich eine mutmaßliche Einwilligung erhärten läßt, handelt es sich formal nicht um passiv-direkte, sondern um passiv-indirekte Sterbehilfe.

Eine weitere, in den Rechtsauffassungen verschiedener Länder verschieden beantwortete Frage ist, ob künstliche (Sonden-) Ernährung zur medizinischen Behandlung zu rechnen ist oder nicht. Gilt künstliche Ernährung nicht als medizinische Behandlung, kann ihre Einstellung nicht (mehr) ohne weiteres als Behandlungsabbruch im engeren Sinne verstanden werden. Damit ist natürlich die Frage einer sittlichen Zulässigkeit einer Einstellung von Sondenernährung nicht vorentschieden. Die Schweizer Richtlinien von 1995 erlauben dem Arzt zum Unterschied von den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung 1998, lebenserhaltende Maßnahmen wie „künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusionen und Dialyse“ nicht nur bei akut Sterbenden, sondern auch bei Patienten mit irreversiblen vegetativen Zustand einzustellen (II.1.2 und III. zu Teil I und zu Teil II.1.2). Dies wird „von medizinischen Gremien anderer Länder, insbesondere auch der Bundesrepublik Deutschland, äußerst kontrovers diskutiert.“⁵⁶

e) Beihilfe zum Suizid?

Eine Selbsttötung läuft dem natürlichen Selbsterhaltungstrieb zuwider. Daher ist nach einer Erklärung dafür zu suchen. Nach den Erkenntnissen der neueren Seelenkunde ist eine schwere Depression bei sonst physisch Gesunden sehr häufig Auslöser für eine

Selbsttötung. Eine weniger häufige Gestaltung ist der Bilanzselbstmord als Konsequenz einer subjektiv negativ verlaufenen Abwägung positiver und negativer Momente eines individuellen Lebens. Verständlich ist ein Todeswunsch bei schwerem körperlichem Leiden oder aus Angst vor einem unmittelbar drohenden Leiden, etwa durch Verbrennen bei einem Unglück oder durch Folter. Schwere unheilbare Krankheit, verbunden mit großen Schmerzen, mit Aussichtslosigkeit und Hilflosigkeit, erklären den Wunsch nach ärztlich assistiertem Selbstmord.

Gegen schwere körperliche Schmerzen ist Palliativmedizin einzusetzen. Sie darf, wie gezeigt, aus sittlicher Perspektive so weit gehen, daß sie, wenn unvermeidlich, eine im Verhältnis geringe Lebensverkürzung in Kauf nimmt und damit als aktiv-indirekte Euthanasie zu qualifizieren ist. Der Sinnverlust bei schweren Behinderungen wie etwa Querschnittslähmungen sollte nach Möglichkeit durch personale Betreuung, Fürsorge und Zuwendung aufgefangen und ausgeglichen werden. Eine Gesellschaft, die sich eine Hochleistungsmedizin leistet, muß dann gerechterweise auch finanzielle Mittel für professionelle Unterstützung solcher Betreuung bereitstellen und darf das nicht ausschließlich den Angehörigen oder privaten Initiativen überlassen.

Der Ausweg in eine ärztlich assistierte Selbsttötung verbietet sich aus mehreren Gründen. Aus juristischer Sicht, der die sittliche Beurteilung beipflichtet, kann eine Beihilfe zum Selbstmord faktisch mit Rücksicht auf mangelnde Tatherrschaft, bedingt durch seelische Einengung, zu Tötung in mittelbarer Täterschaft umschlagen.⁵⁷ Dann würde es sich nicht (mehr) um – in Deutschland straflose, wenn auch sittlich abzulehnende – Beihilfe zum Selbstmord, sondern um strafbaren Totschlag oder Tötung auf Verlangen (Mitleidstötung) in mittelbarer Täterschaft handeln. Zum andern würde ein ärztliches Prin-

zip durchbrochen. Der Arzt ist zur Lebenserhaltung verpflichtet, auch wenn sein Handeln an die durch die Sterblichkeit gezogenen Grenzen stößt. Assistierte Selbsttötung wie Tötung auf Verlangen stehen dazu im Widerspruch. Primär soll der Arzt Leben und Gesundheit des Menschen nach besten Kräften fördern, und wenn das nicht mehr möglich ist, Leiden so gut wie möglich lindern und Sterbebeistand als Hilfe *im* Sterben und nicht als Hilfe *zum* Sterben leisten. Subsidiär soll er im Dienst seiner primären Aufgabe psychologisch den Lebenswillen des Patienten stärken.

Alle ärztliche Behandlung ist im Grundsatz ein dialogisches Geschehen. Der Patient vertraut sich in seiner Hilflosigkeit dem Arzt an, so daß die Führung im Behandlungsgeschehen mehr oder weniger unmerklich an den Arzt übergeht. Von daher ist es nur noch ein kleiner Schritt, daß der Arzt zum Verstärker oder gar Souffleur der aus der Sicht des Patienten verständlichen Todeswünsche wird.

f) Tötung auf Verlangen als aktive Euthanasie?

Bekanntlich ist der Alternativentwurf Sterbehilfe nicht Gesetz geworden.⁵⁸ Bislang hat kein Staat eine aktive Euthanasie als Tötung auf Verlangen gesetzlich verankert. In den Niederlanden ist sie weiterhin strafbar. Bei Einhaltung der vorgesehenen Meldeprozedur wird von einer Strafverfolgung jedoch abgesehen. „Liegen nämlich bestimmte Umstände vor, so kann der behandelnde Arzt den Tatbestand ‚Übermacht‘ im Sinne eines Notstandes als Rechtfertigungsgrund für seine Tötung oder Hilfe zum Suizid geltend machen.“⁵⁹ Im Bundesstaat Northern Territory, Australien, ist ein Gesetz über Euthanasie am 1. Juli 1996 in Kraft getreten,⁶⁰ ein Jahr später von der Bundesregierung in Canberra aber für ungültig erklärt worden.⁶¹ In Oregon, USA, als drittem Staat wird eine Euthanasie-Gesetzgebung betrieben.

Die Praxis in den Niederlanden wird beobachtet und mit Hilfe von Umfragen überprüft. Aufgrund einer Einigung zwischen der niederländischen Ärztevereinigung und dem Justizministerium wurde 1990 eine einheitliche Meldeprozedur eingeführt. Der Sinn der Meldeprozedur ist die Kontrolle der Einhaltung von gewissen Bedingungen bei freiwilliger aktiver Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord. 1996 wurde eine empirische Studie veröffentlicht. Sie hatte die Aufgabe, die Praxis der Euthanasie und die Einhaltung der Meldeprozedur zu untersuchen. Nach der Zusammenfassung von Gordijn hat es 1995 2,6% (1990 2%) Fälle von Euthanasie (inklusive Beihilfe zum Selbstmord) gegeben. „In ungefähr 900 Fällen tötete der Arzt seinen Patienten, ohne daß dieser ihn ausdrücklich darum gebeten hatte“, bei in absoluten Zahlen 3700 Fällen von Euthanasie einschließlich assistiertem Suizid und bei 135.700 Sterbefällen insgesamt.⁶² Befürworter der prozeduralen Vorgehensweise könnten damit das Dammbruch-Argument zu entkräften trachten.⁶³

Die Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 stellen klar, „daß die deutsche Ärzteschaft auch und gerade im Bewußtsein der sich schnell entwickelnden Medizintechnik und im Wissen um andere Entscheidungen in Europa aktive Sterbehilfe ablehnt und für sie nicht zur Verfügung steht.“⁶⁴ Das Motiv ist die Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung. Letzter Grund für das Verbot direkter Tötung, ob aktiv oder passiv, ist die transzendente Menschenwürde mit den aus ihr erfließenden Menschenrechten. Auch wer kein göttliches Tötungsverbot anerkennt, vermag sein Dasein als „verdankt“ zu erfahren, auch wenn Unglück oder psychologische Momente diese Erfahrung zeitweilig verdunkeln können.⁶⁵ SINGER allerdings meint am Schluß seiner „Praktischen Ethik“, ohne Glauben an Gott habe das Leben keinen Sinn.⁶⁶ Doch das dürfte so kaum allgemein akzeptiert sein!

Referenzen

1. HALLERMANN, Wilhelm, Die ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht, in: ENGISCH, Karl / HALLERMANN, Wilhelm, Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht, Köln etc. 1970, 45-74, 52f.
2. RASPE, Hans-Heinrich, Patient, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, hrsg. von Albin ESER/Markus VON LUTEROTTI/ Paul SPORKEN, Freiburg - Basel - Wien 1989, 773-782, 781.
3. Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe (1979) II. b) „Beim bewußtlosen oder sonst urteilsunfähigen Patienten sind die im wohlverstandenen Interesse des Kranken medizinisch erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt einer Geschäftsführung ohne Auftrag durchzuführen“, zitiert nach dem Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, Stuttgart - New York 1986, 46-49, 47. „Quelle: DÄBl 76 (1979), Seite 957-960. „Das „wohlverstandene Interesse“ spielt ebenso eine zentrale Rolle bei der ärztlichen Beurteilung eines einwilligungsfähigen Patienten, nur ist es je nach den Umständen im Dialog zwischen Arzt und Patient zu präzisieren, da die Ansichten darüber divergieren können..
4. VAN DEN LOO, Jürgen, Aufklärung/Aufklärungspflicht 1. Zum Problemstand, in: Lexikon der Bioethik, hrsg. Wilhelm KORFF/Lutwin BECK/Paul MIKAT. Bd.1 Gütersloh 1998, 284-287, 285 Sp.B.
5. Österreichisches StGB § 110 bzw. deutsches StGB § 223.
6. WILLINGER, Helga, Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht (Forum interdisziplinäre Ethik 12, hrsg. von Gerfried W. HUNOLD), Frankfurt am Main 1996, 15.
7. ENGISCH, Karl, Heileingriff und ärztliche Aufklärungspflicht, in: ENGISCH/HALLERMANN (Anm.1), 7-43, 14-16.
8. ENGISCH: Heileingriff (Anm.7), 26.
9. Vgl. VAN DEN LOO: Aufklärung (Anm.4), 285 Sp.A.
10. BELETES, Eggert, Wegweiser für ärztliches Handeln, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), B 1851-1853, 1852 Sp.A = Heft 39, 29. September 1998 (=Kommentar 1851f; „Grundsätze“ etc. 1852-1853).
11. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Anm.10), B 1853 Sp.A zu I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden.
12. Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), C 1628-1629, 1629 Sp.A zu III. Beistand = Heft 37, 17. September 1993 (43).
13. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender, zitiert nach: Alternativentwurf (Anm.3), 44-46, 46. Quelle: Beilage zu Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3/1979.
14. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, in: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mitteilungen Heft 5/1996, 364-371, 367 zu A) 3. und B) 1.
15. Gott ist ein Freund des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989, 109.
16. Vgl. SÖLLNER, Wolfgang, Selbsthilfegruppen, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 1021-1030, 1024.
17. Vgl. KEYSERLING, Edward W., Euthanasiegesellschaften, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 321-330, 322.
18. VIRT, Günter, Leben bis zum Ende, Innsbruck - Wien 1998, 56: Der Begriff eines Patiententestamentes „ist nicht zutreffend, da ein Testament ja erst nach dem Tod vollstreckt wird.“ Die Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10), B 1852 Sp.A bevorzugen „Patientenverfügung“.
19. VIRT: Leben (Anm.18), 56.
20. Vgl. Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10), B 1853 Sp.C zu V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.
21. VAN DELDEN, Johannes J. M.: Do-not-resuscitate-decisions, in: Encyclopedia of Applied Ethics, hrsg. Ruth Chadwick. Bd.1 San Diego - London - Boston - New York - Sidney - Tokyo - Toronto 1998, 841 Sp.B: „DNR decisions thus clearly form an intrinsic part of daily medical practice in hospitals on both sides of the Atlantic Ocean.“
22. im Sinne von § 273 ABGB.
23. im Sinne des Betreuungsgesetzes vom 1. Januar 1992.
24. Vgl. OLG Frankfurt vom 15.07.1998, 20 W 224/98 und Erwin BERNAT: Behandlungsabbruch nach vormundschaftlicher Genehmigung. In: RdM 1998, 187-189. In den Grundsätzen zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10), B 1853 Sp.B heißt es unter IV. Ermittlung des Patientenwillens: „Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z. B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Bei Verdacht auf Mißbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.“
25. Vgl. Herbert VORGRIMMER: Sterbehilfe. In: LThK 2Bd.9, 1053f. Dazu Markus ZIMMERMANN-ACKLIN: Euthanasie. Freiburg/Schweiz - Freiburg/Breisgau - Wien 1997, 79 u. Anm.253.
26. Schweizerische Ärztezeitung 76 (1995) 1223-1225, 1223 Sp.A.
27. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.B-369 Sp.A.
28. Alternativentwurf (Anm.3), 11-12.
29. HOERSTER, Norbert, Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt am Main 1998, 169-170.

30. Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10).
31. Richtlinien für Sterbebegleitung (Anm.12).
32. Vgl. Verhandlungen des sechsundfünfzigsten Deutschen Juristentages Berlin 1986, hrsg. von der Ständigen Deputation des Deutschen Juristentages, München 1986 Bd.2 (Sitzungsberichte) Strafrechtliche Abteilung M. 191-192.
33. Vgl. RICKEN, Friedo, Handeln und Unterlassen, in: Lexikon der Bioethik Bd.2 (Anm.4), 198-201, 200 Sp.B vertritt einen „weiten Handlungsbegriff“, unter den sowohl Tun als auch Unterlassen fallen“. „Innerhalb dieses weiten Handlungsbegriffs unterscheiden Tun und Unterlassen sich durch die Art der Kausalität... Die handlungstheoretische Unterscheidung ist nicht als solche moralisch relevant. Sie wird moralisch relevant in den Fällen, wo ein Konflikt besteht zwischen einem Recht auf Hilfe bzw. einer positiven Pflicht und einem Recht auf Nichtschädigung, und die positive Pflicht durch ein Unterlassen, die negative dagegen durch ein Tun verletzt wird.“
34. Vgl. QUANTE, Michael, Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? in: Ethik in der Medizin (1998) 10: 206-226, 214: „Denn zum einen läßt sich auf der Ebene der rein kausalen Beschreibung allein, gerade unter Bedingungen technischer Hilfsmittel, keine generelle ethische Differenz zwischen aktivem Eingreifen und passivem Geschehenlassen mehr mit dem Common sense rechtfertigen.“
35. Vgl. DRAPER, Heather, Euthanasia, in: Encyclopedia of Applied Ethics Bd.2 (Anm.21), 178 Sp.B: „The force of the argument in favour of passive euthanasia in the remaining cases is based on an understanding of the moral relevance of the distinction between acts and omissions in other circumstances where the distinction has initial intuitive appeal.“
36. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 369 Sp.B: „Prognose-Scores können bei der Beurteilung mit herangezogen werden; doch ist die individuelle Beurteilung der Gesamtsituation durch kompetente Ärzte das Wichtigste.“
37. JOHANNES PAUL II. Enzyklika „Evangelium vitae“ vom 25. März 1995 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120, hrsg. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn o. J.), 80-81 Nr.65.
38. Im gleichen Sinne Albin ESER: Sterbehilfe 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (vgl. Anm. 4), 448 -451, 448 Sp.B: „Ist der Schwerleidende hingegen noch nicht in die Phase des Sterbens eingetreten oder ist ihm eine längere Hinauszögerung des Todes wegen schwerer Leiden nicht zumutbar, so kann der Tod auch durch eine Tötungshandlung (*aktive Sterbehilfe*) herbeigeführt werden, wobei man in Situationen, in denen der Sterbeprozess durch das Verabreichen schmerzlindernder Medikamente lediglich beschleunigt wird, von *indirekter Sterbehilfe* spricht.“ 449 Sp.B: „Weitgehend geklärt ist in Rechtsprechung und Literatur, daß Sterbehilfe in Form von aktiver Lebensverkürzung – mit Ausnahme der *indirekten Sterbehilfe* – immer verboten ist. Probleme bereitet jedoch die Behandlung der *passiven Sterbehilfe* durch Sterbenlassen des Patienten.“
39. DRAPER, Euthanasia (Anm.35), 182 Sp.A: „Indeed, it is not uncommon for a point to be reached when one can be fairly certain that the next injection required to relieve the pain will also kill the patient.“ Volkstümlich heißt das die „letzte Spritze“.
40. MAUSBACH, Joseph / ERMECKE, Gustav: Katholische Moraltheologie Bd.1, Die allgemeine Moral, Münster 1959, 258: „Ausnahmsweise darf man eine Handlung oder Unterlassung setzen, obwohl man die schlechten Folgen voraussieht und verhindern könnte, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: a) Die Ursache, die Handlung, muß in sich selbst gut oder wenigstens indifferent sein... b) Die gute Folge muß wenigstens gleich unmittelbar aus der Ursache hervorgehen wie die schlechte Folge... c) Der Zweck, die Absicht des Handelnden muß sittlich gut sein... d) Es muß ein entsprechend wichtiger Grund vorliegen...“ Vgl. Draper: Euthanasia (Anm.35), 182 Sp.A-B.
41. HOLDEREGGER, Adrian, Doppelwirkung, das Prinzip der, in: Hans ROTTER/Günter VIRT (Hrsg.), Neues Lexikon der christlichen Moral, Innsbruck – Wien 1990, 95-98, 95: „Das Prinzip der Doppelwirkung ist (nur) innerhalb der katholischen Moraltheologie ein gewichtiger, wenngleich heute umstrittener Bestandteil sittlicher Urteilsfindung.“ Vgl. SCHOLZ, Franz, Wege, Umwege und Auswege der Moraltheologie. München 1976.
42. SINGER, Peter, Praktische Ethik, Stuttgart 1994, 267: „Andere haben gemeint, daß der Unterschied zwischen der Vorenthaltung lebensverlängernder Maßnahmen und der Verabreichung einer tödlichen Spritze in der Absicht liegt, mit der diese beiden Handlungsweisen ausgeführt werden. Wer diese Ansicht vertritt, bezieht sich auf die ‚Lehre von der Doppelwirkung‘, welche bei römisch-katholischen Moraltheologen und Moralphilosophen weit verbreitet ist.“
43. HALLERMANN: Aufklärungspflicht (Anm.1), 57: „Ich brauche nicht näher darzulegen, daß für den Durchschnittsarzt die Vorstellung, seine ärztliche Tätigkeit erfülle den Tatbestand der Körperverletzung, einen absurden und seinem Denken unverständlichen Sachverhalt beinhaltet.“
44. BIRNBACHER, Dieter, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 364f. meint mit Berufung auf „kompetente Anästhesisten“, das betreffe „immerhin 5% der Schwerkranken“. Der Katholische Erwachsenen-Katechismus Bd.2 Leben aus dem Glauben, hrsg. Deutsche Bischofskonferenz, Freiburg etc. 1995, 311 meint, „daß es nur noch ganz wenige Fälle gibt, in denen Schmerz als unerträglich empfunden wird.“
45. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.A und 369 Sp.A.

46. Vgl. DEUTSCH, Erwin, Behandlungsverzicht/Behandlungsabbruch 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.1 (Anm.4), 314-316, 315 Sp.A: „Ob die Entscheidung des freiverantwortlichen Patienten aus der Sicht des Arztes vernünftig oder unvernünftig ist, ist kein Maßstab für die Gültigkeit oder Ungültigkeit der Entscheidung des Patienten, da sich niemand zum Richter in der Frage aufwerfen darf, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden“. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 370 Sp.B: Für Beendigung bzw. Nichtaufnahme der Behandlung bei vitalen Funktionen gilt: „Zwar können Arzt und Pflegepersonal nicht verpflichtet werden, dem Verlangen des Patienten zu entsprechen, doch stellt die Erfüllung dieses Wunsches nicht den Sachverhalt des ‚assisted suicide‘ dar, sondern den der Nichtanwendung oder Unterbrechung einer vom Patienten abgelehnten Therapie.“
47. JOHANNES PAUL II, Evangelium vitae (Anm.37), 80 Nr.65: „Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“
48. Hinsichtlich einer Garantie der Autonomie einer solchen Entscheidung spricht man auch von einer „gereiften Bitte“, vgl. INHOFFEN, Peter, Intensivmedizin – Aspekte des Moralthologen, in: Erwin BERNAT/Wolfgang KRÖLL (Hrsg.): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik, Wien/Manz 1999 (im Erscheinen), 82-100, 6. Schluß.
49. VON LUTTEROTTI, Markus, Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht 1. Medizin, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 173.
50. Vgl. VON LUTTEROTTI: Behandlungsabbruch (Anm.49), 172. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.B.
51. BELETES (Anm.10), B 1851 Sp.C.
52. BELETES (Anm.10), B 1851 Sp.C/B 1852 Sp.A; Grundsätze (Anm.10) B 1853 Sp.A-B.
53. Vgl. ESER, Sterbehilfe (Anm.38), 449.
54. Vgl. SCHARA, Joachim / BECK, Lutwin, Sterbehilfe 1. Zum Problemstand, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 445-448, 447 Sp.B.
55. Vgl. SCHÖNE-SEIFERT, Bettina, Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd.2 (1997), 205-226, 213: „Rechtlich allerdings ist spätestens durch ein einschlägiges rezentes BGH-Urteil klar normiert, daß allein die Autonomiebedingung hinreicht, um passive Sterbehilfe zu legitimieren“, vgl. dazu Bernat: Behandlungsabbruch (Anm.24).
56. SCHARA – BECK, Sterbehilfe (Anm.54), 446 Sp.A.
57. ESER, Suizid 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 493-496, 495 Sp.A: „Ist dagegen von *mangelnder Freiverantwortlichkeit* des Suizidenten auszugehen..., so macht sich ein Dritter, der dies erkennt und dennoch die Selbsttötung veranlaßt oder unterstützt, wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft strafbar.“
58. Vgl. die mehrheitliche Ablehnung bei den Einzelabstimmungen, Juristentag 1986 Bd.2 (Anm.32), M.191-194. Vgl. ESER, Sterbehilfe (Anm.38), 451 Sp.A.
59. GORDIJN, Bert, Die niederländische Euthanasie-Debatte, in: Aktive Sterbehilfe? Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten, hrsg. von Walther GÖSE/Herbert HOFFMANN/Hans-Gerd WIRTZ, Trier 1997, 29-50, 34.
60. ZIMMERMANN-ACKLIN, Euthanasie (Anm.25), 130.
61. HAUBOLD, Erhard, „Ich will in Würde sterben“. In Australien lebt die Euthanasie-Debatte wieder auf/ Fernsehwerbung einer krebserkrankten Frau, in: FAZ Nr.64 vom 17. März 1999, 13 Sp.B-E, Sp.C. ESER, Sterbehilfe 2. Rechtlich (Anm.38), 450 Sp.B: „Noch weitergehend als die Niederlande hat der Staat Northern Territory in Australien 1995 die Sterbehilfe legalisiert. Das Gesetz wurde jedoch Anfang 1997 wieder aufgehoben.“
62. GORDIJN, Euthanasie (Anm.59), 32; 39 und 40.
63. Vgl. BIRNBACHER, Tun (Anm.44), 359-364.
64. BELETES (Anm.10), B 1851, Sp.B.
65. Vgl. HOLDEREGGER, Adrian, Suizid 3. Ethisch, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 496-499, 499 Sp.A. DRAPER, Euthanasia (Anm.35), 185 Sp.A: „The argument from the inherent quality of life asserts that it is not quality or quantity of life that gives it value, but the fact that life is the vehicle for all experience, both good and bad, that gives it its value.“
66. SINGER, Ethik (Anm.42), 418.

SCHWERPUNKT

Euthanasie und Rechtsordnung

Rahmenbedingungen einer juristischen Diskussion über Euthanasie*

Kurt SCHMOLLER

INHALTSVERZEICHNIS

1. Unterschiedliche Zielsetzung von Ethik und Recht: a) Begrenzte Aufgabe des Rechts, b) „Rechtsfreier Raum“ und „rechtmäßiges Verhalten“. 2. Die „Würde“ des Menschen als rechtliches Argument: a) Juristische Beispiele für eine Verletzung der „Menschenwürde“, b) Folgerungen für den Bereich der Euthanasie, c) Das menschliche Leben als rechtlich geschützter Wert, d) Indirekter Einfluß der „Würde“ des Menschen. 3. Abstufungen innerhalb rechtswidriger Verhaltensweisen: a) Rechtswidriges, aber nicht strafbares Verhalten, b) (Straf-)Rechtswidriges, aber entschuldigtes Verhalten, c) Absehen von Strafe, Strafmilderung, d) Konsequenzen. 4. Zusammenfassende Thesen.

Schlüsselwörter: Rechtsordnung, Euthanasie, Würde des Menschen, Lebensschutz, rechtsfreier Raum

INDEX

1. Dissimilar aims of ethics and law: a) Limited function of law, b) Non-legal areas and legal conduct. 2. Human dignity as a legal argument: a) Legal examples of the violation of human dignity, b) Consequences for the area of euthanasia, c) Human life as a legally protected value, d) Human dignity as indirect influence. 3. Differentiations within illegal conduct: a) Illegal but non-punishable conduct, b) Illegal but excused conduct, c) Refrainment from punishment, mitigation of penalty, d) Consequences. 4. Summarizing theses.

Keywords: Legal status, euthanasia, human dignity, protection of human life, non-legal areas

Anschrift des Autors: Univ.-Prof.Dr. Kurt SCHMOLLER, Institut für Strafrecht, Strafprozeßrecht und Kriminologie, Kapittelgasse 5-7, A-5010 Salzburg

* Der vorliegende Beitrag geht in einzelnen Teilen auf ein Referat zum Thema „Euthanasia and Assisted Suicide: Juridical Profiles“ zurück, das ich am 25. 2. 1999 vor der Generalversammlung der Pontificia Academia Pro Vita im Vatikan halten durfte. Das Referat wird in englischer Sprache veröffentlicht in: DE DIOS VIAL CORREA/SGRECCIA (Hrsg.), The Dignity of the Dying Person (in Druck).

In fast allen Rechtsordnungen wird eine aktive direkte Euthanasie (= eine aktive Tötung todkranker Personen zur Leidensverkürzung) als rechtswidrig, ja als Straftat der vorsätzlichen Tötung eingestuft. Zwar ist in vielen Rechtsordnungen vorgesehen, daß eine deutlich herabgesetzte Strafdrohung zur Anwendung kommt, wenn das Opfer in die Tötung eingewilligt bzw. diese verlangt hat, oder wenn der Täter durch Mitleid motiviert wurde¹; teilweise führt auch erst ein Zusammentreffen beider Komponenten zur Herabsetzung des Strafrahmens². Aber gerade die Existenz solcher strafmildernder Sonderregelungen zur vorsätzlichen Tötung bestätigt, daß selbst eine Tötung aus Mitleid und auf Verlangen des Opfers in diesen Rechtsordnungen als eine rechtswidrige und strafbare Handlung bewertet wird.

Weniger einheitlich ist die rechtliche Beurteilung jener Fälle, in denen der Täter keine unmittelbare Tötungshandlung setzt, sondern „lediglich“ einen Beitrag zur Selbsttötung des Patienten leistet (etwa durch Verschaffen des tödlichen Gifts). In den meisten Rechtsordnungen ist zwar – wie in Österreich – auch die „Mitwirkung am Selbstmord“ als eine eigene Straftat ausgestaltet³, in anderen europäischen Ländern, wie in Belgien, Deutschland, Finnland und Schweden, ist die Mitwirkung am Selbstmord aber gezielt straflos gelassen⁴. Hinzu kommt, daß im US-Bundesstaat Oregon im Jahr 1997 ein Gesetz („Death with Dignity Act“) in Kraft getreten ist, das in bestimmten Fällen eine ärztliche Mitwirkung am Selbstmord sogar ausdrücklich erlaubt⁵.

Darüber hinaus haben in den letzten Jahren einzelne Rechtsordnungen international Aufsehen erregt, in denen sogar eine unmittelbare Tötung in bestimmten Euthanasiefällen als rechtmäßig bewertet wurde bzw. wird. Ein im australischen Northern Territory im Juli 1996 in Kraft getretenes Gesetz („Rights of the Terminally Ill Act“), das in bestimmten Situationen eine Tötung Schwerkranker ausdrücklich erlaubt hat, ist allerdings im März 1997 durch

eine Regelung des australischen Bundesparlaments („Euthanasia Laws Bill“) wieder außer Kraft gesetzt worden⁶. In den Niederlanden hat sich seit Anfang der 80er-Jahre eine Rechtsprechung entwickelt, nach der eine aktive Euthanasie unter bestimmten Voraussetzungen durch rechtfertigenden Notstand gedeckt und deshalb rechtmäßig sei; im Jahr 1994 wurde durch ein ergänzendes Gesetz geregelt, welche formellen Erfordernisse in einem solchen Fall eingehalten werden müssen⁷. Ganz ähnlich haben japanische Gerichte in zwei Grundsatzentscheidungen eine Rechtfertigung aktiver direkter Euthanasie für möglich gehalten, wenngleich die Voraussetzungen einer Rechtfertigung in den beiden konkreten Fällen nicht als gegeben erachtet wurden⁸. Auch im deutschen Schrifttum wird von einzelnen Autoren – beschränkt auf einige Ausnahmefälle – eine Rechtfertigung für möglich gehalten⁹.

Derartige rechtliche Entwicklungen, aber darüber hinaus wohl auch allgemein die steigenden Kosten der Intensivmedizin bei gleichzeitiger Verknappung der bereitstehenden Ressourcen, haben dazu geführt, daß der Problembereich der Euthanasie, insbesondere auch deren *juristische* Beurteilung, neuerdings verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Diese Diskussion wird jedoch teilweise allzu emotional und – soweit es um die *rechtliche* Beurteilung geht – nicht immer mit dem notwendigen juristischen Hintergrundwissen geführt. Im vorliegenden Beitrag – der sich in erster Linie an Nichtjuristen wendet – werden deshalb einige wichtig erscheinende Rahmenbedingungen erörtert, die als Grundlage einer *juristischen* Diskussion über Euthanasie nicht unbeachtet bleiben sollten: Zunächst wird auf die unterschiedliche Zielsetzung von Ethik und Recht hingewiesen (unten 1). Danach wird untersucht, inwieweit die vielzitierte „Würde des Menschen“ als *rechtliches* Kriterium Schlussfolgerungen für den Bereich der Euthanasie zuläßt (unten 2). Schließlich soll aufgezeigt werden, daß sich die rechtliche Beurteilung eines Verhal-

tens nicht in der Alternative „rechtmäßig“ oder „rechtswidrig“ erschöpft, sondern daß die Rechtsordnung differenzierte Abstufungen zur Verfügung stellt, die in der Diskussion um die rechtliche Beurteilung der Euthanasie nicht nivelliert werden sollten (unten 3).

1. Unterschiedliche Zielsetzung von Ethik und Recht

a) Begrenzte Aufgabe des Rechts

Für eine *juristische* Diskussion erscheint als Ausgangspunkt wesentlich, daß die Rechtsordnung im Vergleich zu Ethik oder Moral einen beschränkten Aufgabenbereich hat¹⁰. Insbesondere ist es nicht Aufgabe des Rechts, die Anforderungen der Ethik bzw. Moral möglichst umfassend gegen jedermann durchzusetzen. Vielmehr unterliegt die Umsetzung ethischer (moralischer) Maßstäbe in rechtliche Verhaltensanforderungen in dreifacher Hinsicht einer Beschränkung:

Erstens dient das Recht (nur) der Regelung des menschlichen *Zusammenlebens*, insbesondere der Vermeidung bzw. Lösung *sozialer* Konflikte. Deshalb braucht die Rechtsordnung eine der Ethik widersprechende (unmoralische) Verhaltensweise dann nicht zu verbieten, wenn das Verhalten im wesentlichen nur Folgen *für den Betroffenen selbst* hat oder jedenfalls nicht maßgeblich in schutzwürdige Interessen Dritter eingreift¹¹. Zweitens sind ethische (moralische) Maßstäbe häufig auf das in einer bestimmten Situation *optimale* Verhalten ausgerichtet, während es Aufgabe des Rechts nur ist, die *für ein geordnetes Zusammenleben notwendigen* Verhaltensanforderungen zu gewährleisten. Deshalb entsprechen rechtliche Verhaltensanforderungen grundsätzlich nur einem ethischen (moralischen) *Mindestanspruch*; ein darüber hinausgehendes ethisch bzw. moralisch *hochstehendes* Verhalten wird nicht verlangt¹². Insofern wer-

den die rechtlichen Ge- und Verbote heute geläufig als „ethisches Minimum“ bezeichnet¹³. Und drittens muß und darf die Rechtsordnung nur dort eingreifen, wo weniger einschneidende Mechanismen der Verhaltensregelung nicht ausreichen. Bei diesem Gesichtspunkt handelt es sich um eine Ausprägung des sogenannten „Subsidiaritätsprinzips“¹⁴.

Die genannten Beschränkungen des Rechts gegenüber der Ethik bzw. Moral resultieren letztlich daraus, daß dem Recht primär, wie Theo MAYER-MALY es ausgedrückt hat, die Rolle einer „Strategie des Friedens“ zukommt¹⁵. Danach ist die Aufgabe des Rechts vornehmlich, die Anwendung von Gewalt als Mittel zur Lösung gesellschaftlicher Interessengegensätze zu vermeiden. Dementsprechend gehört die Durchsetzung von Verhaltensanforderungen, die *nicht* der Friedenssicherung dienen, auch wenn sie ethisch begründet sind, nicht in den Aufgabenbereich des Rechts. Die friedenssichernde Aufgabe der Rechtsordnung kann sogar ein Grund dafür sein, in *ethisch und gesellschaftlich umstrittenen Bereichen* rechtliche Verhaltensregeln nur zurückhaltend einzusetzen. Denn in derartigen umstrittenen Bereichen besteht die Gefahr, daß durch einschneidende rechtliche Verbote und Sanktionen soziale Konflikte eher verschärft als bewältigt werden, so daß das Ziel der Wahrung eines friedlichen Zusammenlebens eher beeinträchtigt als gefördert wird.

Aus der dargelegten begrenzten Aufgabe des Rechts ist zum einen abzuleiten, daß nicht jede ethisch verwerfliche (unmoralische) Handlung auch rechtlich verboten sein muß, sondern gleichwohl „rechtmäßig“ sein kann. Im Zusammenhang mit der Euthanasie kann etwa die Selbsttötung als Beispiel herangezogen werden: Es soll hier nicht darauf eingegangen werden, daß bestimmte Fälle der Selbsttötung in anderen Kulturkreisen überhaupt als moralisch hochstehendes Verhalten angesehen worden sind¹⁶. Denn selbst wenn man dem moralischen Standpunkt der katholischen Kirche folgt, demzufolge „Selbstmord immer ebenso sittlich

unannehmbar wie Mord“ ist¹⁷, sprechen gute Gründe dafür, einen Selbstmord nicht als „rechtswidriges“ Verhalten einzuordnen¹⁸. Zwar geht es zu weit, ein „Recht“ auf Selbstmord als Konsequenz der „Menschenwürde“ anzuerkennen¹⁹. Jedoch erscheint es unter dem Gesichtspunkt einer Beschränkung des Rechts auf die Lösung sozialer Konfliktsituationen *zwischen* Personen sowie im Hinblick darauf, daß einer Selbsttötung durch ein rechtliches Verbot ohnehin nicht effektiv entgegengewirkt werden kann, verzichtbar, eine Selbsttötung als „rechtswidriges“ Verhalten einzustufen²⁰. Damit ist nicht die rechtliche „Gutheißung“ einer solchen Verhaltensweise verbunden, sondern lediglich eine Selbstbeschränkung des Rechts zum Ausdruck gebracht. Auch wenn eine Rechtsordnung den Selbstmord *nicht* als „rechtswidrig“ einstuft, hindert dies freilich nicht, eine *Mitwirkung* daran als rechtswidrig anzusehen und sogar unter Strafe zu stellen; denn erstens kann es sich dabei infolge der Involvierung mehrerer Personen um den Ausdruck eines Interessenkonflikts handeln (z.B. Ausübung von Druck zur Selbsttötung), und zweitens kann die Erforderlichkeit des Einsatzes *rechtlicher* Mittel bei Außenstehenden anders zu beurteilen sein als bei der Person des Selbstmörders.

Da die Rechtsordnung infolge ihrer begrenzten Aufgabe somit nicht alle ethischen (moralischen) Wertungen in rechtliche Verhaltensanforderungen umsetzt, können insbesondere ethisch (moralisch) unterschiedlich zu bewertende Verhaltensalternativen gleichermaßen „rechtmäßig“ sein. Dies zeigt sich etwa auch in Situationen, in denen die Ethik (Moral) einen erhöhten Einsatz des Einzelnen verlangt, das Recht dagegen weniger hohe Anforderungen stellt. Beispielsweise kann sein, daß in einer konkreten Situation die ethisch (moralisch) wünschenswerte Handlung wäre, einen todkranken Patienten mit hohem persönlichen Einsatz und unter Zurückstellung eigener Interessen zu pflegen, um dadurch sein Leben

nach Möglichkeit zu verlängern und zu verschönern, während das Recht, das sich am „ethischen Minimum“ orientiert, eine so intensive Pflege unter Hintanstellung eigener Interessen nicht zur rechtlichen Pflicht macht. In einer solchen Situation wäre sowohl die Übernahme der intensiven Pflege als auch deren Unterlassung – obwohl ethisch (moralisch) unterschiedlich zu bewerten – gleichermaßen „rechtmäßig“.

Aus der begrenzten – primär friedenssichernden – Aufgabe des Rechts folgt weiters, daß sich die Unterscheidung zwischen „rechtmäßigen“ und „rechtswidrigen“ Verhaltensweisen vorrangig an der Beschaffenheit der Verhaltensweise als solcher, nicht an dem zugrundeliegenden Motiv oder der inneren Einstellung des Täters orientieren sollte. Allein ein ethisch verwerfliches (unmoralisches) Motiv macht eine bestimmte Verhaltensweise nicht „rechtswidrig“, weil nicht allein das innere Motiv, sondern nur eine störende Verhaltensweise als solche den sozialen Frieden beeinträchtigt. Darin besteht ein wesentlicher Unterschied zur Ethik (Moral), innerhalb der das Motiv bzw. die innere Einstellung häufig eine entscheidende Rolle spielt. So wird etwa die Abgrenzung zwischen einer (als verwerflich beurteilten) Tötung zur Leidensverkürzung (= direkte Euthanasie) und einer (gutgeheißenen) lebensverkürzenden Schmerzbekämpfung (oft irreführend als „indirekte Euthanasie“ bezeichnet) aus ethischer Sicht i.d.R. anhand des Motivs oder der inneren Einstellung vorgenommen²¹. Für die *rechtliche* Abgrenzung zwischen (verbotener) direkter Euthanasie und (erlaubter) lebensverkürzender Schmerzbehandlung sollte dagegen nach Möglichkeit vermieden werden, vorrangig darauf abzustellen, aus welchem Motiv oder mit welcher inneren Einstellung der Täter gehandelt hat; vielmehr sollte sich auch in diesem Bereich die Abgrenzung an der Verhaltensweise als solcher orientieren²². Diesbezüglich kann daran angeknüpft werden, daß dem Patienten im Fall einer Tötung zur Leidensverkürzung das Leben

genommen, aber *kein positiver Wert verschafft* wird; im Fall einer möglicherweise lebensverkürzenden Schmerzbehandlung fällt dagegen die dem Patienten verschaffte Lebensspanne mit geminderten Schmerzen oder sogar ohne solche *als ein positiver Wert* gegenüber dem Nachteil einer allfälligen Lebensverkürzung ins Gewicht. Aus dieser Überlegung ergibt sich der Maßstab für die Grenzziehung: Eine Schmerzbehandlung ist dann als zulässig anzusehen, wenn für den Patienten der Vorteil der ihm verschafften Lebensspanne mit geminderten Schmerzen oder ohne solche gegenüber dem Nachteil einer möglichen Lebensverkürzung überwiegt²³; auf das Motiv oder die innere Einstellung des Handelnden braucht bei dieser Abgrenzung nicht zurückgegriffen zu werden.

Schließlich erscheint die Überlegung, daß das Recht in ethisch und gesellschaftlich umstrittenen Bereichen seine vorrangig friedenssichernde Aufgabe durch allzu scharfe rechtliche Sanktionen gerade gefährden kann, auch für den Bereich der Euthanasie relevant: Der Umstand, daß es sich insoweit um einen sensiblen und in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierten Problembereich handelt, spricht eher für einen gemäßigten Einsatz rechtlicher Sanktionen.

b) „Rechtsfreier Raum“ und „rechtmäßiges Verhalten“

Nicht endgültig geklärt ist, ob eine Rechtsordnung die Möglichkeit hat, ein bestimmtes Verhalten *weder* als „rechtswidrig“ *noch* als „rechtmäßig“ zu bewerten. Zum Teil wird die Ansicht vertreten, die Rechtsordnung könne sich bei einzelnen Handlungen auch gezielt „der Wertung enthalten“. Handlungen, die von der Rechtsordnung weder als „rechtswidrig“ noch als „rechtmäßig“ bewertet werden, fielen in den sogenannten „rechtsfreien Raum“ oder präziser „rechtswertungsfreien Raum“; am ehesten könnten sie als „unverboten-unerlaubt“ gekennzeichnet werden²⁴. Als Beispiele einer

„unverboten-unerlaubten“ Handlung werden etwa die Selbsttötung²⁵ oder auch Fälle einer straflosen Abtreibung²⁶ genannt. Könnte sich die Rechtsordnung auf diese Weise einer Stellungnahme zur heiklen Problematik der Euthanasie entziehen?

Die Lehre vom „rechtsfreien Raum“ hat sich in dieser Form allerdings nicht durchgesetzt. Zwar gibt es Bereiche, die einer rechtlichen Regelung gar nicht zugänglich und insofern von vornherein „rechtsfrei“ sind, wie z.B. Gedanken, Meinungen oder Sympathien²⁷. Auch trifft zu, daß das Recht bestimmte Bereiche menschlicher Verhaltensweisen gezielt ungeregelt läßt, etwa die Wahl der Grußform oder die Art des Gebrauchs von Eßbesteck. Aber diese Zurückhaltung bedeutet in Wahrheit nicht, daß derartige Verhaltensweisen in einem Bereich *zwischen* „rechtswidrigen“ und „rechtmäßigen“ Verhaltensweisen lägen. Indem die Rechtsordnung dem Einzelnen die Wahl zwischen verschiedenen Grußformen oder Tischsitten läßt, bringt sie vielmehr zum Ausdruck, daß alle diese Verhaltensweisen gleichermaßen mit der Rechtsordnung vereinbar, also „rechtmäßig“ sind²⁸. Einen wirklichen „rechtswertungsfreien Raum“ könnte man allenfalls bei völlig neu auftretenden Situationen bzw. Verhaltensweisen bejahen, zu denen die Rechtsordnung bisher nicht Stellung nehmen konnte. Bei Situationen und Verhaltensweisen aber, die seit jeher vorkommen und die deshalb jedermann, insbesondere auch den rechtsetzenden Organen, bekannt sind, läßt sich eine mangelnde Wertung durch die Rechtsordnung nicht überzeugend begründen: Indem das Recht solche Verhaltensweisen nicht verbietet, erklärt es sie im Umkehrschluß für „rechtmäßig“, d.h. aus rechtlicher Sicht „darf“ man sich entsprechend verhalten²⁹. Soweit demnach der Begriff „rechtsfreier Raum“ auch auf Verhaltensweisen ausgedehnt wird, die bereits bisher so häufig vorgekommen sind, daß sie nicht als „der Rechtsordnung unbekannt“ angesehen werden können, sind diese Verhaltensweisen in Wahr-

heit nicht „rechts(wertungs)frei“, sondern „rechtmäßig“.

Bei der Einordnung als „rechtmäßige“ Verhaltensweise ist freilich zu beachten, daß damit kein über den Ausschluß der „Rechtswidrigkeit“ hinausgehendes positives Werturteil etwa im Sinn einer rechtlich oder gar sittlich erwünschten Verhaltensweise verbunden ist³⁰. Dies ergibt sich aus der dargestellten beschränkten Aufgabe des Rechts: „Rechtmäßigkeit“ eines Verhaltens bedeutet nur, daß kein hinreichender Grund gesehen wird, dieses Verhalten rechtlich zu verbieten.

Für den Problembereich der Euthanasie ergibt sich somit – da es sich nicht um eine neuartige, dem Gesetzgeber bisher unbekannte Problematik handelt –, daß hinsichtlich der einschlägigen Verhaltensweisen nur eine Einordnung als „rechtswidrig“ oder „rechtmäßig“ in Betracht kommt; entweder die Rechtsordnung bewertet solche Verhaltensweisen als rechtswidrig oder sie sind „rechtmäßig“. Die in der öffentlichen Diskussion manchmal erhobene Forderung, die Rechtsordnung solle sich in Bereichen wie der Euthanasie oder insbesondere der Mitwirkung am Selbstmord generell einer Wertung enthalten (und die Entscheidung dem Gewissen des Einzelnen überlassen), ist somit juristisch verfehlt: sofern die Rechtsordnung auf ein rechtliches Verbot verzichtet, bedeutet dies gleichzeitig, daß die jeweilige Verhaltensweise als „rechtmäßig“ bewertet wird; allerdings ist mit der Aussage, daß ein Verhalten „rechtmäßig“ ist, keine über das fehlende rechtliche Verbot hinausgehende Billigung verbunden.

2. Die „Würde“ des Menschen als rechtliches Argument

In der Diskussion um die Euthanasie wird häufig mit dem Kriterium der „Würde“ des Menschen argumentiert. Allerdings berufen sich – mit jeweils etwas anderer Akzentuierung

– sowohl Gegner als auch Befürworter einer Legalisierung der Euthanasie auf dieses Kriterium. Einerseits hat beispielsweise die Päpstliche Akademie für das Leben im Februar 1999 ihre Generalversammlung, bei der in einer internationalen und interdisziplinären wissenschaftlichen Diskussion unter anderem die Ablehnung aktiver direkter Euthanasie thematisiert wurde, unter das Thema „Die Würde des Sterbenden“ gestellt³¹. Andererseits befürworten in der Literatur etwa Paul MOOR und Timothy QUILL unter Berufung auf die menschliche „Würde“ eine rechtliche Freigabe der Euthanasie³². Ebenso propagiert beispielsweise in Österreich der „Arbeitskreis menschenwürdig sterben“ die Zulässigkeit einer Euthanasie³³. Und auch jenes Gesetz in Oregon, das eine ärztliche Mitwirkung am Selbstmord ausdrücklich erlaubt, ist als „Death with Dignity Act“ benannt³⁴.

Dieser Diskussionsstand legt nahe zu prüfen, welche Schlußfolgerungen sich aus dem *juristischen* Kriterium der „Würde“ des Menschen ableiten lassen. Eine derartige Prüfung ist möglich, weil die „Würde“ des Menschen nicht nur ein theologischer und philosophischer, sondern auch ein wichtiger rechtlicher Maßstab ist.

Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs ist die „Würde“ jedes einzelnen Menschen in zentralen rechtlichen Dokumenten immer wieder betont worden: Ausdrücklich erwähnt wird sie etwa in der Präambel der UN-Charta von 1945, in der Präambel und in Art. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 sowie in der Präambel des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte von 1966³⁵. Als Beispiel für einen ausdrücklichen Schutz der „Menschenwürde“ innerhalb einer staatlichen Verfassung ist etwa Art. 1 Abs. 1 des Deutschen Grundgesetzes zu erwähnen, in dem es heißt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Aber auch in Rechtsordnungen, in denen die „Würde“ des Menschen nicht explizit in der Verfassung erwähnt wird, wie etwa in Österreich, ist anerkannt, daß

die „Gleichheit des Menschen in seiner Würde“ ein „allgemeines Rechtsprinzip“ und „ein dem positiven Recht vorgegebener Zustand“ ist³⁶.

a) Juristische Beispiele für eine Verletzung der „Menschenwürde“

Hinsichtlich einer näheren Präzisierung des rechtlichen Inhalts der „Menschenwürde“ ist insbesondere die von Günter DÜRIG bereits 1958 – im Anschluß an KANT – vorgeschlagene Umschreibung, bei der die „Menschenwürde“ von ihrer Verletzung her definiert wird, auf breite Zustimmung gestoßen: „Die Menschenwürde ist getroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird“³⁷. Als krasse Beispiele einer Verletzung der „Menschenwürde“ werden in diesem Sinn etwa (außerhalb des Bereichs der Euthanasie) genannt: Folter, Sklaverei, Massenausweisung, Völkermord, Entrechtung, Zwangsarbeit, Terror, Massenmord, Menschenversuche³⁸. In bezug auf den Problembereich der Euthanasie fällt jedoch auf, daß die vorsätzliche Tötung eines einzelnen Menschen – trotz der Intensität eines solchen Eingriffs – nicht pauschal als eine Verletzung der „Menschenwürde“ erwähnt wird. Andererseits reicht der Schutz der „Menschenwürde“ über die genannten krassen Beispiele hinaus in Bereiche, in denen in deutlich geringerem Maß in die Rechte des Einzelnen eingegriffen wird als durch eine vorsätzliche Tötung. So wird etwa die Ansicht vertreten, daß beispielsweise auch eine Verweigerung des rechtlichen Gehörs in staatlichen Verfahren, eine künstliche (heterologe) Insemination, eine systematische Verletzung der Ehre, eine Besteuerung des Existenzminimums³⁹, die Verwendung eines Lügendetektors⁴⁰ sowie die Verlesung intimer Tagebücher im Strafverfahren⁴¹ gegen die „Menschenwürde“ verstoßen, weil bei einem solchen Vorgehen die betroffenen Menschen zu Objekten herabgewürdigt würden. Darüber hinaus wird der Schutz der

„Menschenwürde“ teilweise auch auf den Leichnam erstreckt und z.B. eine industrielle Verwertung von Leichenteilen als Verletzung der „Menschenwürde“ eingestuft⁴².

Hält man sich einerseits vor Augen, wie differenziert die „Menschenwürde“ in einzelnen Lebensbereichen gesehen wird, und andererseits, daß gerade die – das Wesen der Euthanasie prägende – vorsätzliche Tötung eines Menschen für sich *nicht* als Verletzung der Menschenwürde erwähnt wird, so entstehen erhebliche Zweifel, ob die „Würde“ des Menschen (als Rechtsbegriff) wirklich das für die rechtliche Beurteilung der Euthanasie vorrangig relevante Kriterium darstellt.

b) Folgerungen für den Bereich der Euthanasie

In Wahrheit lassen sich aus dem rechtlichen Schutz der „Würde“ des Menschen nur begrenzt Schlußfolgerungen für die rechtliche Beurteilung einer Euthanasie ziehen.

Insbesondere läßt sich nicht schon deshalb, weil durch die Euthanasie das Leben eines Menschen vorsätzlich verkürzt wird, eine Beeinträchtigung der „Menschenwürde“ bejahen⁴³. Denn wenn man von der erwähnten Umschreibung ausgeht, derzufolge die „Würde“ eines Menschen dann verletzt ist, wenn dieser zum bloßen Objekt, Mittel oder einer vertretbaren Größe herabgewürdigt wird, so wird deutlich, daß eine Verletzung nicht aus einem bestimmten Erfolg (kürzeres oder längeres Leben), sondern stets nur aus einer bestimmten *Behandlung*, in der sich die Degradierung der Person zum Objekt manifestiert, resultieren kann. Für eine Beurteilung der Euthanasie unter dem Gesichtspunkt der „Würde“ des Menschen muß deshalb statt auf den Effekt der Lebensverkürzung auf die Art und die Umstände der Euthanasiehandlung abgestellt werden.

Bei einer Bewertung der Art und der Umstände der Euthanasiehandlung sind gewiß jene extremen Fälle einer „Euthanasie“ (die diese

Bezeichnung allerdings ohnehin nicht verdienen) ohne Zögern als Verletzung der „Menschenwürde“ einzuordnen, in denen die fremdbestimmte Tötung eines Menschen mit der Bewertung dieses Menschen oder seines Lebens als „wertlos“ oder „lebensunwert“ begründet wird, wie dies in Deutschland zur Zeit des Nationalsozialismus praktiziert wurde⁴⁴. Denn bei einer solchen auf angeblicher „Wertlosigkeit“ des betroffenen Menschen beruhenden Verfügung über sein Leben wird dieser im schlimmsten Sinn zum verfügbaren – sogar wertlosen – Objekt degradiert.

Dagegen können aus der „Würde“ des Menschen (als rechtlichem Begriff) gerade für die heute diskutierten Grenzbereiche der Euthanasie, bei denen in einer tragischen Krankheitssituation dem überlegten und menschlich verständlichen Wunsch des Patienten auf Beendigung seines Lebens Rechnung getragen wird, regelmäßig keine eindeutigen Schlußfolgerungen abgeleitet werden. Unabhängig davon, wie man solche Fälle einer Lebensverkürzung letztlich rechtlich beurteilt, läßt sich bei ihnen nicht überzeugend sagen, der Betroffene werde – dadurch, daß seinem eigenen eindringlichen und verständlichen Wunsch Rechnung getragen wird – als ein Objekt, ein bloßes Mittel oder eine vertretbare Größe behandelt. Man kann sich nämlich auch umgekehrt auf den Standpunkt stellen, daß der Betroffene dadurch, daß sein Wunsch und seine Selbstbestimmung respektiert werden, als Person ernstgenommen und deshalb gerade *nicht* wie ein verfügbares Objekt behandelt wird. Für die letzte Argumentation ließe sich insbesondere anführen, daß zur „Würde“ des Menschen anerkanntermaßen auch seine „Selbstbestimmung über höchstpersönliche Angelegenheiten“ gehört⁴⁵. Deshalb verletzt etwa eine ärztliche Behandlung gegen den Willen des Patienten ihrerseits die menschliche „Würde“⁴⁶. Ferner kann bei einem Patienten, der zu einer Willensäußerung nicht mehr fähig ist, eine unangemessene Verlängerung des Sterbe-

prozesses durch medizinische Technik der „Würde“ des Patienten widersprechen, wenn dieser gerade dadurch – insbesondere aus medizinischem Interesse – als bloßes Objekt behandelt wird⁴⁷.

Vor allem hinsichtlich einer Selbsttötung – und einer Mitwirkung daran – läßt sich nicht hinreichend begründen, daß diese generell die „Menschenwürde“ (als Rechtsbegriff) verletze. Allein durch die Begehung eines Selbstmords wird der Betroffene von niemandem zu einem bloßen Objekt herabgewürdigt⁴⁸. Aber auch durch die von einem anderen geleistete Hilfe bei der Verwirklichung eines eigenverantwortlich gefaßten Selbsttötungsentschlusses wird der Selbstmörder nicht als Objekt oder Mittel zum Zweck behandelt⁴⁹. Man mag zwar eine Mitwirkung am Selbstmord – wie in vielen Staaten – als strafbares Unrecht einstufen, der Unrechtsgehalt läßt sich dabei aber nicht primär mit einer Verletzung der „Menschenwürde“ (als Rechtsbegriff) begründen⁵⁰.

Somit zeigt sich, daß das Kriterium der „Würde“ des Menschen, so wie es in rechtlichem Zusammenhang verstanden wird, gerade in den fraglichen Grenzbereichen der Euthanasie keine eindeutige rechtliche Stellungnahme zuläßt.⁵¹

c) Das menschliche Leben als rechtlich geschützter Wert

Die Ambivalenz des rechtlichen Maßstabs der „Würde“ des Menschen in den problematischen Fällen einer Euthanasie spricht dagegen, vorrangig anhand dieses Kriteriums zu argumentieren. Vielmehr sollte anstelle der „Würde“ des Menschen jener rechtliche Gesichtspunkt in den Vordergrund gerückt werden, aus dem sich die Problematik der Euthanasie gerade ergibt: der Schutz des menschlichen Lebens als solcher. Da jede Euthanasie wesensgemäß in einer Verkürzung des menschlichen Lebens besteht, ist das Spannungsverhältnis zum rechtlichen Lebensschutz *evident*. Auch besteht kein Zweifel, daß das menschliche Leben grundsätz-

lich der höchste von der Rechtsordnung zu schützende Wert ist. Während der *rechtlichen* Garantie der „Würde“ des Menschen im wesentlichen erst nach dem Zweiten Weltkrieg die heutige hohe Bedeutung beigemessen wurde, gehört der Schutz des menschlichen Lebens seit jeher zum Kernbereich jeder Rechtsordnung.

Die zentrale Bedeutung des Lebensschutzes kommt nicht nur in den hohen Strafdrohungen für Tötungsdelikte zum Ausdruck, sondern zeigt sich ebenso in internationalen Dokumenten und staatlichen Verfassungen, in denen der Lebensschutz – häufig *neben* der Achtung der „Würde“ des Menschen – verankert ist. So wird das „Recht auf Leben“ in Art. 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948, in Art. 2 EMRK 1950, in Art. 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte 1966 sowie beispielsweise in Art. 2 Abs. 2 des deutschen Grundgesetzes jeweils an vorderster Stelle der Grundrechtskataloge garantiert. Die eigenständige Bedeutung des Lebensschutzes *neben* dem rechtlichen Maßstab der „Würde“ des Menschen kommt insbesondere auch in der Präambel der UN-Charta 1945 zum Ausdruck, wenn dort „Würde und Wert der menschlichen Persönlichkeit“ nebeneinandergestellt sind. Die getrennte Erwähnung beider Komponenten macht deutlich, daß es nicht nur darum geht, jedem Menschen unter Achtung seiner „Würde“ zu begegnen, sondern daß die Erhaltung jedes Menschenlebens für sich als hoher „Wert“ anzusehen ist⁵².

Der Unterschied zwischen der „Würde“ des Menschen und dem „Wert“ des menschlichen Lebens wird auch in den einschlägigen Dokumenten der Katholischen Kirche berücksichtigt. So ist etwa der erste Abschnitt der von der Kongregation für die Glaubenslehre verfaßten „Erklärung zur Euthanasie“ nicht mit „Würde des menschlichen Lebens“, sondern mit „Wert des menschlichen Lebens“ umschrieben⁵³. Besonders deutlich wird die Trennung beider Komponenten in der Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“, in der das „was ... zum

Leben selbst im Gegensatz steht“, von dem unterschieden wird, „was immer die menschliche Würde angreift“; für beide Bereiche werden jeweils unterschiedliche Beispiele genannt, wobei die „Euthanasie“ – zutreffend – allein der ersten Gruppe zugeordnet wird⁵⁴.

Geht man bei der rechtlichen Beurteilung der Euthanasie nicht primär vom Schutz der „Würde“ des Menschen, sondern unmittelbar vom Schutz des menschlichen Lebens aus, so ist eine klarere Ausgangsposition geschaffen: Man braucht sich dann nämlich nicht auf die problematische Frage einzulassen, ob es gegen die „Würde“ des Menschen (als rechtlicher Maßstab) verstößt, wenn man dem eindringlichen Wunsch des in einer tragischen Krankheitssituation befindlichen Patienten auf Tötung oder Mithilfe beim Selbstmord Rechnung trägt, oder ob nicht umgekehrt ein solches Verhalten eher der „Würde“ des Patienten entspricht als ein beharrliches Ignorieren seines Wunsches. Der entscheidende Ausgangspunkt ist vielmehr, daß jede Euthanasie evidenterweise das Rechtsgut „Leben“ beeinträchtigt. Von daher erscheint als die *zentrale juristische Fragestellung*, ob es hinreichende Argumente gibt, den von der Rechtsordnung grundsätzlich umfassend gewährten Lebensschutz für bestimmte Krankheitssituationen teilweise zurückzunehmen. Der Verweis auf den insoweit ambivalenten rechtlichen Maßstab der „Würde“ des Menschen reicht dabei weder zur Begründung des einen noch des anderen Ergebnisses aus.

d) Indirekter Einfluß der „Würde“ des Menschen

Auch wenn der Lebensschutz als solcher zum Ausgangspunkt einer rechtlichen Beurteilung der Euthanasie gemacht wird, ist die „Würde“ des Menschen doch unter *einem* Aspekt *indirekt* für die Ausgestaltung des rechtlichen Lebensschutzes bedeutsam. Die jedem Menschen zukommende „Würde“ steht nämlich generell entgegen, einen Menschen (in

welcher konkreten Lebenssituation auch immer) als „wertlos“ zu behandeln; denn dadurch würde man über ihn wie über ein wertloses Objekt verfügen. Daraus ergibt sich, daß alle Argumente für eine Rücknahme des rechtlichen Lebensschutzes, die auf eine „Wertlosigkeit“ des betreffenden Lebens (und damit des betreffenden Menschen in der jeweiligen Lebenssituation) hinauslaufen, gegen die rechtlich garantierte „Würde“ des Menschen verstoßen.

Somit folgt aus der rechtlichen Garantie der „Würde“ des Menschen zwar kein unmittelbares Argument gegen jede Form der Euthanasie; es wäre aber ein Verstoß gegen diese „Würde“ des Menschen, die Zulässigkeit einer Euthanasie mit der „Wertlosigkeit“ des konkreten Lebens zu begründen.

3. Abstufungen innerhalb rechtswidriger Verhaltensweisen

Für eine differenziertere juristische Argumentation zur Euthanasie erscheint von zentraler Bedeutung, daß innerhalb der Rechtsordnung nicht allein die Alternative besteht, ein Verhalten als „rechtswidrig“ oder „rechtmäßig“ zu bewerten. Vielmehr stellt die Rechtsordnung *innerhalb* der „rechtswidrigen“ Verhaltensweisen auf verschiedenen Ebenen bedeutsame Abstufungen zur Verfügung, die gleichsam eine stufenweise Skala von einer nahezu folgenlosen Rechtswidrigkeit bis zur schwersten Sanktion einer jahre- oder lebenslangen Freiheitsstrafe abdecken. Der Zuordnung innerhalb dieser Skala sollte nicht weniger Aufmerksamkeit geschenkt werden als der Abgrenzung zwischen „rechtmäßigen“ und „rechtswidrigen“ Verhaltensweisen.

a) *Rechtswidriges, aber nicht strafbares Verhalten*

Ein erheblicher Unterschied besteht darin, ob eine bestimmte Verhaltensweise lediglich als

Verstoß gegen Zivil- oder Verwaltungsrecht (z.B. auch ärztliches Standesrecht) eingestuft wird oder ob es zum Einsatz des schärfsten rechtlichen Instrumentariums, des Strafrechts, kommt. Viele Verhaltensweisen sind zwar zivil- oder verwaltungsrechtswidrig, ziehen aber keine strafrechtlichen Konsequenzen nach sich, etwa die Nichterfüllung einer zivilrechtlichen Verbindlichkeit oder der (schlichte) Verstoß eines Beamten gegen seine Dienstpflicht. Im Hinblick auf den Schutz menschlichen Lebens ist insofern beispielsweise interessant, daß das deutsche Embryonenschutzgesetz verschiedene einschlägige Verhaltensweisen mit gerichtlicher Strafe bedroht⁵⁵, während das entsprechende österreichische Fortpflanzungsmedizinengesetz lediglich zivil- und verwaltungsrechtliche Regelungen enthält⁵⁶. Als ein weiteres Beispiel aus dem Bereich des Lebensschutzes kann die „Fristenlösung“ beim Schwangerschaftsabbruch angeführt werden: So wird etwa sowohl die deutsche als auch die österreichische Regelung überwiegend dahin ausgelegt, daß ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der straffreien Frist zwar „rechtswidrig“ ist, aber keinen strafrechtlichen Tatbestand erfüllt⁵⁷.

Im Zusammenhang mit dem Problembereich der Euthanasie ist die Unterscheidung zwischen „einfacher Rechtswidrigkeit“ und „Strafrechtswidrigkeit“ vor allem hinsichtlich der *Mitwirkung am Selbstmord* in jenen Rechtsordnungen relevant, in denen diese nicht mit Strafe bedroht ist⁵⁸. Es wird dann nämlich deutlich, daß aus der fehlenden Strafdrohung nicht ohne weiters auf die „Rechtmäßigkeit“ einer Mitwirkung am Selbstmord geschlossen werden darf. Vielmehr spricht z.B. in Deutschland für die Einordnung als „rechtswidrig“ (und lediglich nicht strafbar), daß im Fall HACKETHAL eine von diesem geplante und der Staatsanwaltschaft angekündigte Mitwirkung am Selbstmord durch eine polizeiliche Anordnung untersagt und diese Untersagung durch das Verwaltungsgericht Karlsruhe bestätigt

worden ist⁵⁹. Ferner ließe sich auch das internationale Aufsehen, das durch die Legalisierung der ärztlichen Mitwirkung am Selbstmord in Oregon erregt wurde⁶⁰, nicht erklären, wenn seit jeher etwa in Belgien, Deutschland, Finnland und Schweden die Mitwirkung am Selbstmord ebenfalls „rechtmäßig“ wäre. In Wahrheit handelt es sich in diesen Ländern vielmehr nur um den Verzicht auf einen Straftatbestand, ohne daß die Mitwirkung am Selbstmord damit aber „legalisiert“ wäre.

b) (Straf-)Rechtswidriges, aber entschuldigtes Verhalten

Eine zusätzliche Abstufung ergibt sich daraus, daß die Rechtsordnung einem Täter, der ein „rechtswidriges“ und sogar „strafrechtswidriges“ Verhalten setzt, aufgrund einer besonderen psychischen Drucksituation einen Entschuldigungsgrund zubilligen kann, sodaß er ohne rechtliche Schuld handelt⁶¹. Auch bei schwersten Straftaten kommt in Ausnahmefällen eine solche Entschuldigung in Betracht; greift ein Entschuldigungsgrund ein, ist der Täter in einem einschlägigen Strafverfahren freizusprechen.

Im Zusammenhang mit dem Problembereich der Euthanasie wäre etwa denkbar, daß eine Rechtsordnung extreme Fälle einer Mitleidstötung, etwa wenn ein Angehöriger die Situation eines schwer leidenden und den eigenen Tod wünschenden Patienten nicht mehr länger mitansehen kann, zwar als einen rechtswidrigen Verstoß gegen das Tötungsverbot einstuft, dem Täter aber aufgrund der psychischen Drucksituation einen Entschuldigungsgrund zuerkennt.⁶²

Nach der gegenwärtigen österreichischen Rechtsordnung dürfte ein Entschuldigungsgrund in Fällen einer aktiven direkten Euthanasie allerdings wohl generell nicht zur Anwendung gelangen: Ein auf solche Fälle zugeschnittener, spezieller Entschuldigungsgrund ist im Gesetz nicht vorgesehen. Ferner wird im juri-

stischen Schrifttum davon ausgegangen, daß die Voraussetzungen des (allgemeinen) entschuldigenden Notstands gem. § 10 StGB in Fällen einer aktiven direkten Euthanasie nicht erfüllt sind⁶³. Zudem kann nach hM im Rahmen der vorsätzlichen Begehungsdelikte – anders als im Rahmen der Fahrlässigkeits- und Unterlassungsdelikte – auch nicht pauschal auf ein allgemeines Entschuldigungsprinzip der „Unzumutbarkeit“ zurückgegriffen werden; vielmehr ist bei vorsätzlichen Begehungsdelikten allein von den gesetzlich geregelten Entschuldigungsgründen auszugehen⁶⁴. Deshalb wird derzeit in Österreich anstelle einer Verneinung strafrechtlicher Schuld nur eine weitgehende Reduktion der Strafe in Betracht kommen (unten c).

c) Absehen von Strafe, Strafmilderung

Eine weitere Möglichkeit der Rechtsordnung besteht darin, daß zwar ein rechtswidriges und auch schuldhaftes Verhalten bejaht wird, das Gesetz den Richter aber in bestimmten Ausnahmefällen ermächtigt, die Strafe weitgehend zu reduzieren oder sogar von Strafe „abzusehen“. Bei einem „Absehen von Strafe“ endet das Strafverfahren zwar mit einem *Schuldspruch*, der Richter kann aber gleichsam eine „Strafzumessung bis zum Nullpunkt“ vornehmen und im Einzelfall darauf verzichten, zusätzlich zum Schuldspruch eine Strafe zu verhängen.

Im Zusammenhang mit der Euthanasie ist insoweit etwa der in Deutschland von wissenschaftlicher Seite erarbeitete „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ zu erwähnen, in dem vorgeschlagen wird, daß das Gericht bei einer „Tötung auf Verlangen“ in extremen Fällen, in denen „die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann“, von Strafe absehen können soll⁶⁵.

Dieser Vorschlag hat neuerdings in das polnische Strafgesetzbuch von 1997 Eingang gefunden, das in Art. 150 Abs. 2 für Fälle einer Tötung auf Verlangen beim Vorliegen außergewöhnlicher Umstände ein Absehen von Strafe ermöglicht⁶⁶.

Im gegenwärtigen österreichischen Strafrecht ist allerdings ein „Absehen von Strafe“ außer im Jugendstrafrecht generell nicht vorgesehen. Deshalb kommt auch in Fällen der Euthanasie ein gänzlicher Verzicht auf Strafe derzeit nicht in Betracht. Allerdings eröffnet die Regelung der außerordentlichen Strafmilderung in § 41 Abs. 1 Z 5 StGB die Möglichkeit, in Fällen einer Tötung auf Verlangen oder einer Mitwirkung am Selbstmord gem. §§ 77, 78 StGB bei einem beträchtlichen Überwiegen der Milderungsgründe und einer günstigen Täterprognose die Freiheitsstrafe bis auf einen einzigen Tag zu reduzieren. Ferner besteht die Möglichkeit, diese Strafe bedingt nachzusehen (§ 43 StGB) oder in eine Geldstrafe umzuwandeln (§ 37 StGB) und allenfalls auch letztere bedingt nachzusehen. Selbst in Fällen, in denen der Euthanasietötung *kein* ernstliches und eindringliches Verlangen des Patienten zugrundelag und deshalb der Schuldspruch auf Mord gem. § 75 StGB lautet, kann unter den Voraussetzungen der außerordentlichen Strafmilderung die Freiheitsstrafe gem. § 41 Abs. 1 Z 1 StGB immerhin bis auf ein Jahr – mit der Möglichkeit einer bedingten Strafnachsicht – reduziert werden.

Allerdings erscheint im Regelungsbereich des § 41 Abs. 1 Z 5 StGB nicht recht einsichtig, warum eine Reduktion der Freiheitsstrafe zwar bis auf einen einzigen Tag, nicht aber bis auf „Null“ möglich ist. Deshalb wäre für die Zukunft zu erwägen, die Möglichkeit eines gänzlichen Absehens von Strafe allgemein in die Regelung des § 41 Abs. 1 Z 5 StGB zu integrieren. Eine solche allgemeine Regelung würde dann auch in Fällen der Euthanasie bei außergewöhnlichen Umständen ermöglichen, auf eine Verhängung der Strafe neben dem Schuldspruch zu verzichten.

d) Konsequenzen

Die dargestellten Abstufungsmöglichkeiten innerhalb rechtswidriger Verhaltensweisen sollen verdeutlichen, daß die Diskussion um die rechtliche Beurteilung der Euthanasie verkürzt wird, wenn man sie auf die Frage der (gänzlichen) „Legalisierung“ beschränkt. Eine verantwortungsvolle juristische Diskussion sollte vielmehr, bevor die radikale Lösung einer Legalisierung gefordert wird, das Spektrum rechtlicher Differenzierungsmöglichkeiten im Auge behalten. Von diesem Ausgangspunkt ausgehend wäre zunächst zu diskutieren, ob bzw. in welchen Fällen einer (aktiven direkten) Euthanasie ein Absehen von Strafe ermöglicht werden sollte oder ob es Fälle gibt, in denen aufgrund einer extremen psychischen Drucksituation das Eingreifen eines Entschuldigungsgrunds sachgerecht erschiene.

4. Zusammenfassende Thesen

- a) Eine juristische Diskussion über Euthanasie sollte die stets nur begrenzte Aufgabe des Rechts als einer „Strategie friedlichen Zusammenlebens“ berücksichtigen. Die Aufgabe des Rechts besteht nicht darin, ethische oder moralische Maßstäbe möglichst weitgehend in rechtliche Ge- und Verbote umzusetzen.
- b) Die „Würde“ des Menschen, so wie sie bisher in Rechtsprechung und Schrifttum als rechtliches Kriterium verstanden wurde, ermöglicht weder eine pauschale Argumentation für noch gegen eine Legalisierung der Euthanasie. Für eine weiterführende juristische Diskussion über Euthanasie ist vielmehr vom hohen „Wert“ jedes menschlichen Lebens und folglich vom rechtlichen Lebensschutz als dem entscheidenden Maßstab auszugehen und zu fragen, ob es überzeugende Argumente für eine Einschränkung des rechtlichen Lebensschutzes in Fäl-

len der Euthanasie gibt. Die „Würde“ des Menschen ist allerdings unter *einem* Aspekt indirekt von Bedeutung: sie steht entgegen, ein konkretes menschliches Leben als „wertlos“ anzusehen. Jede Einschränkung des rechtlichen Lebensschutzes mit dem Argument, daß das betreffende Leben „wertlos“ sei, wäre deshalb ein Verstoß gegen die „Menschenwürde“.

- c) Die juristische Diskussion über Euthanasie wird verkürzt, wenn sie auf die Frage der (gänzlichen) „Legalisierung“ beschränkt wird. Vielmehr müssen für eine verantwortungsvolle rechtliche Stellungnahme die verschiedenen Abstufungsmöglichkeiten, die die Rechtsordnung zur Verfügung stellt (rechtmäßig; rechtswidrig, aber kein Verstoß gegen ein Strafgesetz; strafrechtswidrig, aber entschuldigt; Schuldspruch, aber Absehen von Strafe oder weitgehende Strafmilderung) im Auge behalten werden.

Referenzen

1. Vgl. KOCH, Einführung und rechtsvergleichende Übersicht, in: ESER/KOCH (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe (1991) 7 ff.
2. So z.B. gem. Art. 114 schwStGB, Art. 300 griechStGB, Art. 150 polnStGB.
3. Beispielsweise § 78 öStGB.
4. Vgl. KOCH (Fn 1) 10 f. Vereinzelt ist auch allein eine *Anstiftung*, nicht dagegen eine bloße Beihilfe zum Selbstmord mit Strafe bedroht, etwa gem Art. 301 griechStGB und Art. 223-13 franzStGB. Gem Art. 110 russStGB ist nur die Veranlassung zum Selbstmord *durch bestimmte Druckmittel* strafbar.
5. Dieses Gesetz wurde zunächst bereits 1994 beschlossen, anschließend allerdings durch einen Gerichtsentcheid suspendiert; vgl. KOCH, Die Gesetzgebung zur Sterbebegleitung im internationalen Vergleich, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Sterben und Tod – Medizinischer Fortschritt, ethische Fragen und rechtliche Aspekte der Sterbebegleitung (1997) 100; ders., Inwieweit ist „aktive“ Sterbehilfe strafwürdig?, in: ILLHARDT/HEISS/DORNBERG (Hrsg.), Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen? (1998) 145 Fn 28. Inzwischen ist dieses Gesetz jedoch erneut in Kraft getreten; vgl. den Artikel „Selbstmord mit Arzthilfe“ in: Salzburger Nachrichten vom 20.8.1998, 8.
6. KISSANE/STREET/NITSCHKE, Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia, The Lancet 352 (1998) 1097; KOCH, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Fn 5) 99; DERS., in: ILLHARDT u.a. (Fn 5) 145.
7. Zur rechtlichen Entwicklung in den Niederlanden z.B. GRIFFITHS/BOOD/WEYERS, Euthanasia and Law in the Netherlands (1998); JOCHEMSEN, Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law, Journal of medical ethics 1994, 212 ff; SCHIEPENS, Überlegungen zur Euthanasiepraxis in Holland, Imago Hominis 1996, 77 ff; KOCH, in: ILLHARDT u.a. (Fn 5) 145 f; SCHOLTEN, Landesbericht Niederlande, in: ESER/KOCH (Fn 1) 451 ff; BAUMGARTEN, The Right to Die (1998) 237 ff; KIMSMA, Euthanasia and Physician Assisted Suicide in the Netherlands, in: KAMPITS (Hrsg.), Medizin-Ethik-Recht (1994) 161; DERS., Developments on Euthanasia in the Netherlands in 1994, in: KAMPITS (Hrsg.), Medizin-Ethik-Recht II (1994) 151. – Für einen Gesetzesentwurf zu einer geplanten ausdrücklichen gesetzlichen Strafreistellung bestimmter Fälle der aktiven Euthanasie vgl. Nederlands Juristen Blad 1998, 928 f.
8. Vgl. NISHIHARA, Die Rechtfertigung der Sterbehilfe in Japan, in: SZWARC/WĄSEK (Hrsg.), Das erste deutsch-japanisch-polnische Strafrechtskolloquium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung (1998) 54 ff.; YAMANAKA, Der Mensch zwischen Leben und Tod. Der Schutz des werdenden und des endenden Lebens im japanischen Recht, in: KITAGAWA/MURAKAMI/NÖRR/OPPERMANN/SHIONO (Hrsg.), Das Recht vor der Herausforderung eines neuen Jahrhunderts: Erwartungen in Japan und Deutschland (1998) 425 ff.
9. Z.B. OTTO, Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung, Gutachten D zum 56. DJT (1986) 60 mwN.
10. Vgl. dazu etwa auch die Enzyklika Evangelium Vitae von Papst JOHANNES PAUL II. (1995) Abschn. 71: „Sicherlich ist die Aufgabe des staatlichen Gesetzes im Vergleich zu der des Sittengesetzes anders und von begrenzterem Umfang“.
11. Vgl. z.B. Arthur KAUFMANN, Rechtsphilosophie² (1997) 217: „Hinzu kommt, daß die Rechtsnormen, insbesondere die Strafnormen, nur dort eingreifen dürfen, wo es um die Wahrung oder Wiederherstellung der gesellschaftlichen Ordnung geht, also nur wo *Rechtsgüter* tangiert sind, während die durch die Sünde verletzte Ordnung des einzelnen Menschen außerhalb der rechtlichen Sphäre bleiben muß.“ Ferner z.B. SIELMANN, Rechtsphilosophie (1994) § 3 Rn 13: „Nur was den sozialen Frieden stört, was *andere* beeinträchtigt, darf Gegenstand rechtlicher Sanktionen sein.“
12. Vgl. erneut Arthur KAUFMANN aaO: „Auch wenn sich die Rechtsordnung letztlich als moralische Ordnung erweist, so folgt daraus doch keineswegs, daß alle moralische Ordnung rechtlich verfaßt sein müßte oder auch nur dürfte. Das Recht, das seine Forderungen an alle

- richten muß, auch an diejenigen, die zu anspruchsvollen moralischen Leistungen nicht imstande sind, kann immer nur Durchschnittsanforderungen gegenüber Durchschnittsmenschen aufstellen, d.h. das Recht kann nur solche Verhältnisse betreffen, in welchen von allen Menschen mit möglichst großer Annäherung das Gleiche verlangt werden kann. ... Was jedenfalls von Rechts wegen von allen gefordert werden kann und muß, können nur gewisse einfache moralische Handlungen sein, die auf die Erhaltung der notwendigsten Bedingungen des menschlichen Zusammenlebens ausgehen. Diese Beschränkung des Rechts auf den Bereich der *einfachen elementaren Sittlichkeit* sollte gerade in einer Zeit wie der unsrigen, in der sich eine allgemeine Unsicherheit auf ethischem Gebiet bemerkbar macht, oberste Richtschnur der Gesetzgebung und auch der Rechtsprechung sein.“
13. Dieser Ausdruck geht zurück auf JELLINEK, Die sozial-ethische Bedeutung von Recht, Unrecht und Strafe (1967, Nachdruck der Ausgabe 1878) 42.
 14. Wiederum Arthur KAUFMANN (Fn 11) 224: „Das Verhältnis von Recht und Moral ist ein Teilaspekt des Subsidiaritätsprinzips“. Vgl. zum Ganzen auch ders., Recht und Sittlichkeit (1964).
 15. MAYER-MALY, Rechtswissenschaft⁵ (1991) 202 ff.
 16. Vgl. mit besonderem Bezug zur Selbsttötung eines Sterbenskranken unter Beteiligung der Ärzte im antiken Rom: RAINER, Zur Euthanasie in der griechischen und römischen Antike, in: BERNAT (Hrsg.), Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod (1993) 23. Für Japan ferner: NISHIHARA (Fn 8) 51 ff. Eine allgemeine Übersicht findet sich bei AMELUNXEN, Der Selbstmord. Ethik-Recht-Kriminalistik (1962). Vgl. auch FLETCHER, In Verteidigung des Suizids, in: ESER (Hrsg) Suizid und Euthanasie (1976) 233 ff.
 17. Enzyklika Evangelium Vitae (Fn 10) Abschn. 66. vgl. dazu auch SPAEMANN/FUCHS, Töten oder sterben lassen? (1997) 18 ff. – vgl. allerdings für eine innerkirchliche Kritik an der *ausnahmslosen* moralischen Verurteilung des Selbstmords, insbesondere mit Bezug auf Nr 2280 ff des Katechismus der Katholischen Kirche: BÉRISTAIN, Kriminologie und Theologie – Notwendigkeit einer wechselseitigen kritischen Öffnung, in: Triffter-FS (1996) 35 ff.
 18. Allerdings gibt es historisch und rechtsvergleichend auch abweichende Beispiele: So waren etwa der Selbstmord sowie der versuchte Selbstmord in Österreich nach §§ 123-125 des Josephinischen Strafgesetzbuchs von 1787 strafbar (wobei im Fall eines gelungenen Selbstmords die Strafe gegen die Leiche vollstreckt wurde). Noch im Jahr 1991 wird berichtet, daß der Selbstmordversuch im australischen Northern Territory unter Strafe gestellt ist; vgl. FREEMANN, Landesbericht Australien, in: ESER/KOCH (Fn 1) 224 f. Ferner hat im März 1996 das höchste Gericht Indiens ein Gesetz bestätigt, in dem die versuchte Selbsttötung für strafbar erklärt wird; KOCH in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Fn 5) 100; ders. in: ILLHARDT u.a. (Fn 5) 144.
 19. So aber in Deutschland etwa MAURACH/SCHROEDER/MAINWALD, Strafrecht BT 1⁸ (1995) § 1 Rn 19 mwN. Dagegen ausführlich OTTO (Fn 9) 11 ff. Für die Zuerkennung eines Rechts auf Selbstmord in der Verfassung de lege ferenda: NEELEY, The Constitutional Right to Suicide (1996).
 20. Vgl. z.B. WACH, Strafrechtliche Probleme des Selbstmords, ÖJZ 1978, 483: Der Verzicht auf ein rechtliches Verbot des Selbstmords „ist im Aufgabenbereich des Rechts gegründet: Wirkungsbereich sind die Beziehungen zwischen Menschen, nicht aber die Beziehungen des Menschen zu sich selbst. Jeder Mensch steht zu sich selbst nicht in einem rechtlichen, sondern nur sittlichen Verhältnis“.
 21. Etwa wenn der entscheidende Unterschied darin gesehen wird, daß bei der lebensverkürzenden Schmerzbehandlung „der Tod nicht gewollt oder gesucht wird“; vgl. Enzyklika Evangelium Vitae (Fn 10) Abschn. 65.
 22. Zum Teil wird allerdings auch in der juristischen Literatur für die Abgrenzung zwischen (verbotener) direkter Euthanasie und (erlaubter) lebensverkürzender Schmerzbehandlung allein auf die Willensrichtung, nämlich auf die vorrangige *Absicht des Täters* abgestellt; z.B. MOOS in: FOREGGER/NOWAKOWSKI (Hrsg) Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Vorbem. §§ 75-79 Rn 20 f. Ein solches Abstellen auf die „Absicht“ des Täters paßt aber auch schwer zur Konzeption der Tötungsdelikte: Für die „vorsätzliche“ Verwirklichung eines Tötungsdelikts reicht es nämlich aus, wenn der Täter die bewirkte Verkürzung des Lebens „ernstlich für möglich hält und sich mit ihr abfindet“ (= *dolus eventualis*); vgl. die Formulierung in § 5 Abs. 1 öStGB; rechtsvergleichend ferner PERRON, Vorüberlegungen zu einer rechtsvergleichenden Untersuchung der Abgrenzung von Vorsatz und Fahrlässigkeit, in: Nishihara-FS (1998) 145 ff. Ein solcher Vorsatz – und damit die für ein vorsätzliches Tötungsdelikt erforderliche *Willensrichtung* – wird jedoch häufig auch bei einer lebensverkürzenden Schmerzbehandlung zu bejahen sein, wenn der Arzt die möglicherweise lebensverkürzende Wirkung seiner Behandlung erkennt und sich mit ihr abfindet.
 23. Dementsprechend wird auch von der im juristischen Schrifttum vorherrschenden Ansicht die Abgrenzung zwischen direkter Euthanasie und lebensverkürzender Schmerzbehandlung primär anhand einer (objektiven) Interessenabwägung vorgenommen; vgl. z.B. ESER, in: SCHÖNKE/SCHRÖDER, Strafgesetzbuch. Kommentar²⁵ (1997) Vorbem. §§ 211 ff. Rn 26; OTTO (Fn 9) 54 ff.
 24. Für eine Darstellung der in neuerer Zeit wesentlich von Arthur KAUFMANN entwickelten Lehre vom „rechtsfreien Raum“ vgl. mit zahlreichen Nachweisen Arthur KAUFMANN (Fn 11) 226 ff, insbesondere 231 f. Eingehend auch COMES, Der rechtsfreie Raum. Zur Frage der

- normativen Grenzen des Rechts (1976); SCHILD, Die strafrechtsdogmatischen Konsequenzen des rechtsfreien Raumes, JA 1978, 449 ff, 570 ff, 631 ff.
25. Arthur KAUFMANN (Fn 11) 232; für diesen Fall ebenso z.B. ROXIN, Strafrecht AT I³ (1997) § 14 Rn 27.
 26. Arthur KAUFMANN, Rechtsfreier Raum und eigenverantwortliche Entscheidung. Dargestellt am Problem des Schwangerschaftsabbruchs, in: Maurach-FS (1972) 327 ff.
 27. Vgl. LARENZ, Methodenlehre der Rechtswissenschaft⁴ (1991) 371 mwN.
 28. Würde man jemanden, der gerade einen anderen grüßt, fragen, ob er davon ausgehe, sich „rechtmäßig“ zu verhalten, würde er dies gewiß spontan bejahen!
 29. Vgl. z.B. GROPP, Strafrecht AT (1997) § 6 Rn 31: „Dogmatisch ist ein Rückzug des Rechts aus der Regelungspflicht nicht möglich, weil das Recht um des Friedens Willen für jede Lebenssituation eine Entscheidung darüber treffen muß, was rechtmäßig ist, was man darf und was nicht.“
 30. Besonders deutlich etwa ROXIN (Fn 25) § 14 Rn 1: „Insbesondere liegt in der Zubilligung eines Rechtfertigungsgrundes nicht die Aussage, daß das gerechtfertigte Verhalten positiv zu bewerten sei. Es wird von der Rechtsordnung nicht mißbilligt und damit akzeptiert, die Abgabe weiterer, positiver Werturteile gehört nicht zu den Aufgaben des Strafrechts.“ Eingehend ferner GROPP, § 218a StGB als Rechtfertigungsgrund: Grundfragen zum rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch, GA 1988, 24 ff.
 31. Ein von DE DIOS VIAL CORREA/SGRECCIA herausgegebener Sammelband „The Dignity of the Dying Person“ befindet sich im Druck.
 32. MOOR, Die Freiheit zum Tode, Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben (1973); QUILL, Death and Dignity (1993).
 33. Vgl. KUMMER, Euthanasiedebatte in Österreich, Imago Hominis 1998, 83 ff. Für ähnliche Euthanasiegesellschaften in anderen Ländern vgl. den Überblick bei KEYSERLINK in: ESER/v. LUTTEROTTI/SPORKEN (Hrsg) Lexikon Medizin Ethik Recht (1989) 329 ff.
 34. Siehe Fn 5. vgl. ferner den Gesetzesvorschlag von Ulrich KLUG: „Die Tötung ist nicht rechtswidrig, wenn sie der Herbeiführung eines menschenwürdigen Todes, insbesondere der Beendigung eines schweren Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.“ (in: BAUMANN u.a., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe [1986] 36; der Vorschlag von KLUG wurde allerdings nicht in den Alternativentwurf aufgenommen).
 35. In der EMRK von 1950 wird die „Würde“ jedes Menschen zwar nicht explizit angesprochen, aber doch in der Präambel durch die Bezugnahme auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vorausgesetzt.
 36. ERMACORA, Grundriß der Menschenrechte in Österreich (1988) Rn 245.
 37. MAUNZ/DÜRIG/HERZOG/SCHOLZ, Grundgesetz, Kommentar, Art. 1 Abs. 1 (1958) Rn 28.
 38. MAUNZ u.a. (Fn 37) Rn 30.
 39. Zu diesen Beispielen etwa MAUNZ u.a. (Fn 37) Rn 36, 39, 41, 44. Zum Teil sind die genannten Bereiche freilich – wie jene der künstlichen Insemination – umstritten.
 40. Vgl. z.B. BGHSt 5, 332; BVerfG NJW 1982, 375.
 41. Vgl. z.B. BGHSt 19, 325; BGHSt 34, 397; BVerfGE 34, 238.
 42. Z.B. MAUNZ u.a. (Fn 37) Rn 26; PODLECH, Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1984) Art. 1 Abs. 1 Rn 59.
 43. Ausführlich NEUMANN, Strafrechtlicher Schutz der Menschenwürde zu Beginn und am Ende des Lebens, in: PRITZWITZ/MANOLEDAKIS (Hrsg) Strafrecht und Menschenwürde (1998) 60; „... der Eingriff in das Rechtsgut ‚Leben‘ impliziert keineswegs zwingend eine Verletzung der Würde des Menschen.“
 44. Vgl. z.B. MAUNZ u.a. (Fn 37) Rn 8. Zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ während des Nationalsozialismus etwa KLEE, „Euthanasie“ im NS-Staat (1983).
 45. ZIPPELIUS, Bonner Kommentar zum Grundgesetz (1989) Art. 1 Abs. 1 Rn 79 ff.
 46. ZIPPELIUS aaO Rn 96.
 47. ZIPPELIUS aaO.
 48. Vgl. ZIPPELIUS aaO Rn 74: „... das wohlerwogene Aufgeben des eigenen Lebens (erscheint) nicht als würdeloses Handeln, das den Staat aufrufen dürfte, die Menschenwürde des einzelnen gegen diesen selbst zu schützen.“
 49. Vgl. BYDLINSKI, Fundamentale Rechtsgrundsätze (1988) 179: „...die Mitwirkung am wohlüberlegten Selbstmord eines anderen (verletzt) wohl kaum das Gebot der Respektierung der Person“.
 50. Es gibt vielfach Verhaltensweisen, die mit guten Gründen als strafbares Unrecht bewertet werden, ohne daß sie die „Würde“ des Menschen im rechtlichen Sinn verletzen (also ohne daß sie einen Menschen zu einem Objekt herabwürdigen), etwa eine Sachbeschädigung, ein Diebstahl oder eine Steuerhinterziehung, auch die meisten Fälle einer fahrlässigen Körperverletzung.
 51. Vgl. wiederum aufschlußreich ZIPPELIUS (Fn 45) Rn 15 und 68: „Die große Unschärfe des Menschenwürdebegriffs bringt die Möglichkeit mit sich, daß in dessen Bedeutungsspielraum verschiedene vertretbare Auslegungen miteinander konkurrieren, d.h. Auslegungen, von denen keine mit überzeugenden Gründen widerlegbar ist.“ Als Beispiel nennt ZIPPELIUS ausdrücklich den Bereich der „Sterbehilfe“. Und weiter: „Darüber, in welchem Umfang Art. 1 Abs. 1 die Achtung menschlichen Lebens gebietet, bestehen manche Unsicherheiten; gerade auch hier zeigt sich die Gefahr einer Überforderung der Menschenwürdegarantie und das Risiko, daß dort, wo die verlässliche Auslegung auf Grenzen stößt, persönliche Wertvorstellungen der Verfassung untergeschoben werden“. Zur Ambivalenz des Kriteriums der

- „Menschenwürde“ im Bereich der Euthanasie neuerdings ausführlich auch NEUMANN (Fn 43) 51 ff.
52. Ausführlich erörtert wird das Verhältnis zwischen Lebensschutz und „Personenwürde“, die beide als gleichrangige, aber inhaltlich verschiedene oberste „fundamentale Rechtsgrundsätze“ eingeordnet werden, von BYDLINSKI (Fn 49) 175 ff, zusammenfassend 291. vgl. ferner mit ausdrücklichem Bezug zur Euthanasie NEUMANN (Fn 43) 60 und 62: „Würdegarantie und Lebensschutz (sind) demnach zweierlei“; es darf „das Prinzip der Menschenwürde nicht mehr mit dem des Lebensschutzes vermenget werden“.
 53. Erklärung zur Euthanasie (1980) Abschn. I.
 54. Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute, Gaudium et spes (1965) Abschn. 27.
 55. ESchG 1990, BGBl I 2746. Näher dazu KELLER/GÜNTHER/KAISER, Kommentar zum Embryonenschutzgesetz (1992).
 56. FMG 1992, BGBl 275.
 57. Zur Regelung in § 218a Abs. 1 dStGB sowie zur Kritik an dieser Lösung z.B. ESER in: SCHÖNKE/SCHRÖDER (Fn 23) § 218a Rn 12 ff; TRÖNDLE/FISCHER, Strafgesetzbuch und Nebengesetze⁴⁹ (1999) § 218a Rn 3 f. Zur entsprechenden Regelung in § 97 Abs. 1 Z 1 öStGB z.B. SCHMOLLER in: TRIFFTERER (Hrsg) StGB-Kommentar. System und Praxis, § 97 Rn 18 ff. – Allerdings ist die verbleibende „Rechtswidrigkeit“ des Schwangerschaftsabbruchs innerhalb der straffreien Frist durch zusätzliche Einschränkungen weitgehend auf eine rechtliche Folgenlosigkeit reduziert.
 58. Vgl. oben bei Fn 4.
 59. VG Karlsruhe NJW 1988, 1536; dazu KOCH, Landesbericht Deutschland, in: ESER/KOCH (Fn 1) 47 f.
 60. Vgl. oben bei Fn 5.
 61. Die Trennung zwischen rechtmäßigen (d.h. von der Rechtsordnung erlaubten bzw. tolerierten) und rechtswidrigen, aber nicht schuldhaften (d.h. verbotenen, aber aufgrund besonderer Umstände dem Einzelnen nicht vorwerfbaren) Verhaltensweisen ist heute in der Strafrechtsdogmatik international anerkannt. vgl. rechtsvergleichend ESER/FLETCHER (Hrsg) Rechtfertigung und Entschuldigung – Justification and Excuse Band I (1987), Band II (1988); ESER/PERRON (Hrsg) Rechtfertigung und Entschuldigung Band III (1991); ESER/NISHIHARA (Hrsg) Rechtfertigung und Entschuldigung Band IV (1995).
 62. In diesem Sinn beispielsweise HIRSCH, Behandlungsabbruch und Sterbehilfe, in: Lackner-FS (1987) 609 f und 617 ff mwN; vgl. auch BECKERT, Strafrechtliche Probleme um Suizidbeteiligung und Sterbehilfe unter besonderer Berücksichtigung historischer und ethischer Aspekte (1996) 268 ff. In Österreich wird eine Entschuldigung aktiver direkter Euthanasie in Extremfällen von BERTEL/SCHWAIGHOFER, Österreichisches Strafrecht BT F (1998) §§ 77, 78 Rn 3 erwogen.
 63. MOOS, WK Vorbem. §§ 75-79 Rn 19 und § 77 Rn 41. MOOS führt als Begründung an, daß der Eingriff in das Leben stets unverhältnismäßig schwerer wiege als der Vorteil der Abwendung von Qualen. Aber selbst wenn man diesem Abwägungsergebnis nicht folgt, dürfte (rechtfertigender wie entschuldigender) Notstand in Fällen einer aktiven direkten Euthanasie schon aus vorgelagerten Gründen ausscheiden: Der Grundgedanke des Notstands besteht nämlich darin, daß eine Handlung erforderlich ist, um ein Rechtsgut vor Schaden zu bewahren; § 10 StGB stellt deshalb darauf ab, daß der Täter einen „Nachteil von sich oder einem anderen abwendet“. Ein Nachteil wird aber nur dann „von einem anderen abgewandt“, wenn anschließend der andere *ohne den Nachteil* existiert und insofern ein Rechtsgut vor Schaden bewahrt wurde. Die Abwendung eines Nachteils von einem anderen dadurch, daß man den anderen beseitigt (wie dies bei der aktiven Euthanasie zur Leidensverkürzung der Fall ist), erscheint daher durch den Grundgedanken des Notstands, nämlich der Errettung von Rechtsgütern, nicht gedeckt.
 64. Z.B. TRIFFTERER, Österreichisches Strafrecht AT² (1994) Kap 12 Rn 168 mwN. Zwar ist nicht ausgeschlossen, einzelne gesetzlich geregelte Entschuldigungsgründe durch Analogie auf ähnliche Konstellationen auszudehnen (so insb FUCHS Österreichisches Strafrecht AT I³ [1998] 207), für den Fall einer aktiven direkten Euthanasie fehlt aber auch eine entsprechende Analogiebasis.
 65. BAUMANN u.a. (Fn 34) 12; vgl. auch OTTO (Fn 9) 98.
 66. Näher dazu JANISZEWSKI, Überlegungen über die Sterbehilfe aus der Perspektive des polnischen Strafrechts, in: SZWARC/WĄSEK (Fn 8) 70 f.

SCHWERPUNKT

Darf Mitleid ein Grund zur Tötung sein?

Johannes VILAR

ZUSAMMENFASSUNG

In der westlichen Zivilisation gilt Leiden als unerträgliches Ärgernis, das es zu beseitigen gilt, und zwar um jeden Preis – auch wenn das heißt, den Leidenden selbst zu beseitigen. Jemanden aus „Mitleid“ töten ist jedoch ein Widerspruch in sich, da wahres Mitleid bedeutet, die leidende Person zu bejahen, d.h. mit ihr mitzuleiden, mitzuleben. Jede Notsituation stellt einen Hilferuf nach mehr Zuwendung und Liebe an die Umwelt dar – nicht nur an den Arzt. Beide erhalten somit den Auftrag, aus sich herauszugehen und im Leiden beizustehen. Das schließt in erster Linie ein – und das gilt besonders für den Arzt – das Leiden zu meistern; wenn nicht zu beseitigen, dann zu lindern. Neben dem physischen Leid gilt es aber auch das seelische Leid zu bekämpfen, d.h. Lebensmut zu wecken, Sinn zu geben. Das soll zuletzt an Hand von drei Beispielen erläutert werden.

Schlüsselwörter: Mitleiden, Mitleben, Schmerzüberwindung, Leib und Seele, Arztbild

ABSTRACT

In the Western Civilization suffering is considered to be an unbearable scandal, which is to be gotten rid of at any price, even when it means to dispose of the person who is suffering. To kill a person out of compassion is a contradiction in itself, as authentic compassion means accepting the suffering person whole heartedly i.e. to suffer with him, to live it out with him. Every emergency is a call for help aimed not only at the physician but also at society in general for more love and attention. Therefore, both receive the obligation to open up themselves and to stand by the suffering person. First of all, this includes, especially for the medical doctor, to overcome the suffering; if not to eliminate at least to mitigate it. It is not only necessary to combat physical but also mental suffering, i.e. to stimulate the person's spirit and to instill a purpose in living for him. To sum up and illustrate the above, three examples follow.

Keywords: Compassion, overcoming pain, body and soul, image of the medical doctor

Anschrift des Autors: Dr.theol.Dr.med. Johannes VILAR, Stadtwaldgürtel 73, D-50935 Köln

In der westlichen Zivilisation wird immer mehr über den „Wert des Lebens“ gesprochen. Es handelt sich hierbei aber nur um eine positive Formulierung des Begriffes vom „unwerten Leben“. Gemeint wird meist dasselbe. Es wird als höchstes Ziel des Menschen angenommen, sich zu vergnügen, oder wenigstens sich wohl zu fühlen – Leiden muß um jeden Preis beseitigt werden. Mit dieser Diesseits-Weltanschauung besitzt man das Unvermögen, Leid zu ertragen. Deshalb „kann“ man nicht anders, als das Leid der anderen zu tilgen suchen, auch wenn dies bedeutet, einen Menschen beseitigen zu müssen.

Es ist nicht das erste Mal, daß die öffentliche Meinung sich mit der Frage des Mitleids beschäftigt: „Die Psychiater des Mordprogramms im Dritten Reich argumentierten nicht sozialpolitisch, sondern vom ‘wohlverstandenen’ Lebensinteresse des einzelnen aus. ‘Lebensunwertes Leben’ hieß auch im damaligen Sprachgebrauch jenes Leben, das für den, der es zu leben hat, nichts mehr wert ist. Und der Film *Ich klage an*, mit dem Joseph GOEBBELS Akzeptanz für das Vernichtungsprogramm zu erzeugen suchte, propagierte lediglich ‘Tötung auf Verlangen’. Die Tötung sollte als Tat der Liebe und des Mitleids, als Hilfe zu ‘menschenwürdigem Sterben’ erscheinen.“¹

Bereits NAPOLEON hat den Versuch eines menschenwürdigen Sterbens – unter anderen Umständen – gemacht: Als er sich gegenüber Jaffra befand und sich zurückziehen mußte, verlangte er von seinem Arzt DESGENETTES, die pestkranken Soldaten, die nicht wegtransportiert werden konnten, mit Opium zu töten, damit sie nicht in die Hände der Türken fallen. DESGENETTES hat sich geweigert. NAPOLEON hat später Respekt gegenüber der Haltung seines Arztes in seinen Memoiren von St. Helena gezeigt.

Mitleid ist gut, aber gut zum Helfen, um ein Zeugnis für das Leben zu geben: gemeinsam einen Weg gehen, mit-fühlen, mit-erleben usw. Ein im Leiden geprüfter Mensch hat einmal gesagt: „Mitleid ist die einzige Pforte, durch die

man in das Innere eines anderen Menschen eintreten kann“².

Eine Tötung aus Mitleid ist objektiv widersprüchlich: „Jemanden zu töten, eine Person auszulöschen, ist von der objektiven Bedeutung der Tötungshandlung her *nie* Mitleid, sondern dessen Perversion. Jemanden zu töten ist die Negation der Liebe zu dieser Person. Gefühlsmäßig mag in manchen Extremfällen ein gewisser Impuls bestehen, die leidende Person angesichts der eigenen Unfähigkeit, die Schmerzen zu lindern, zu töten, aber bereits auf der Gefühlsebene drängen sich unüberhörbar Fragen auf: Eine Liebe, die tötet? Eine Zuneigung, die den anderen von der Last des eigenen Lebens befreit? Ein Mitleid, das denjenigen beseitigt, dessen Leid er nicht mehr ertragen kann? Eine Fürsorge, die angesichts der eigenen Ohnmacht zu heilen, Leben auslöscht? Was ist das für eine Liebe, für eine Zuneigung, für ein Mitleid, für eine Fürsorge? (...) Wer um Tötung bittet, meint, so nicht weiterleben zu können. Beseitigt man die Ursache der Beklemmung, der Angst, der Einsamkeit etc., erwacht der Lebenswille selbst eines Terminalpatienten von neuem.“³

Notruf um Hilfe

Die Notsituation des anderen ruft zur Hilfe auf, in der das Mitleid selbstverständlich eine Rolle spielt. Der fremde Schmerz ruft im Innersten des Lebens die Bestürzung wach und gleichzeitig das Verlangen – einen Wunsch, der die Hinneigung zum Leidenden ausdrückt –, etwas zu tun, zu erleichtern, zu helfen. Der fremde Schmerz bewegt dazu, das Ich aus dem Mittelpunkt des Interesses zu verdrängen; so erweitert sich der Erlebnishorizont, und wie aufgrund einer Quasi-Berufung fühlt man sich als Teil jenes anderen, macht man sich in gewisser Weise zum Glied eines sozialen Körpers, denkt an die Hilfsbedürftigen, gibt sich hin und vergißt die eigenen Probleme.

So führt das Leiden zu einer neuen Form der zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie zu analysieren bedeutet nicht nur, sich mit einer häufigen Nebenwirkung des Leidens zu beschäftigen, sondern führt auch dazu, seine Natur tiefer zu verstehen, denn das Leiden schließt auch eine soziale Dimension in sich ein.

„Im messianischen Programm Christi, zugleich Programm für das Reich Gottes, ist das Leiden dafür in der Welt, um Liebe zu wecken, um Werke der Nächstenliebe zu veranlassen und die gesamte menschliche Zivilisation in eine 'Zivilisation der Liebe' zu verwandeln. In dieser Liebe verwirklicht sich die Heilsbedeutung des Leidens bis ins letzte und erreicht ihre endgültige Dimension.“⁴

Das Erwerben der Fähigkeit, etwas von sich aufzugeben, erfordert eine Überwindung des eigenen Egoismus, ein Beiseiteschieben von Kalkül und Berechnung. Dieses Empfinden gehört zum menschlichen Wesen, es gründet in seiner Psychologie. Diese Handlungsweise ist bis zu einem gewissen Grad naturgemäß. Das Nachdenken oder die Liebe kann das Opfer zugunsten der anderen auferlegen, aber schon von vornherein besteht eine instinktive, unbewußte Neigung zu helfen. Nur die Perversion dieses Instinktes – aus persönlichem oder kollektivem Egoismus – kann dazu führen, daß eine Person sich in sich selbst zurückzieht und von den anderen nichts mehr wissen will oder daß man in bestimmten Epochen oder Gesellschaften das Mitleid als einen Akt der Schwäche oder als Mangel ansieht.

Vor chronisch Kranken oder vor Menschen in terminalen Stadien des Lebens entsteht häufig das Gefühl der Ohnmacht. Wenn zudem die Analgetika versagen, ist es sehr leicht, an aktive Sterbehilfe zu denken. Wir leben in einer „Kultur der Analgetika“, wie Helmuth VETTER es nennt⁵, und finden allzuhäufig solche Kurzschlüsse. Man will helfen, und Hilfe muß sein, aber *welche* Hilfe? Sie muß wirksam wirken und die gesamte Situation des Patienten, auch

als Menschen, berücksichtigen. Viktor Emil VON GEBSATTEL stellt zwei Bedingungen dafür: „Hilfe muß, um wahre Hilfe zu sein, gewissen Forderungen Rechnung tragen. Sie muß einmal *wirksam* und zum anderen *echt* sein. Nur durch exakte Einsicht in die Notverhältnisse des Mitmenschen wird gespendete Hilfe zur 'wirksamen' Hilfe. Wir kennen aus der täglichen Praxis Menschen, die von einem üppig wuchernden Drang zu helfen beseelt sind. Ihre Hilfsbereitschaft läuft aber gleichsam ins Leere, weil ihnen die Sachkenntnis, welche erst sinnvolle Hilfe ermöglicht, nicht zur Verfügung steht.“ Die wahre Hilfe erfordert auch, daß sie subjektiv authentisch ist. VON GEBSATTEL fährt fort: „Denn wir alle wissen, was von außen betrachtet aussieht wie Hilfe, kann von innen gesehen ganz etwas anderes bedeuten: Eitelkeit nämlich, oder 'Geschäftelhuberei', Pharisäismus oder Herrschsucht. Oder sie ist ein schwächlicher Mitleidskrampf oder betriebsame Flucht vor der eigenen Not, jedenfalls nicht Hilfe, so wenig echte Hilfe als Werkstoff Leder ist.“⁶

Die Hilfe, die man anbietet, darf den Reifungsprozeß des Kranken nicht verhindern, sondern muß ihn fördern. In einer unvergeßlichen Szene von *The Cat on a Hot Tin Roof* (*Die Katze auf dem heißen Blechdach*) von Tennessee WILLIAMS unterhalten sich der todkranke Vater, Big Daddy, und sein Sohn im Keller des Hauses. Big Daddy weigert sich, sich eine Spritze geben zu lassen, weil die Analgetika ihn hindern zu denken, und er findet gerade – wie er sagt – durch das Klar-Denken den Mut zu sterben. Seinen Sohn anschauend, fragt er plötzlich: „Ich habe Mut zu sterben, hast du Mut zu leben?“⁷

Das Wesen der Hilfe besteht nicht darin, irgend etwas zu tun oder zu gewähren, sondern in der echten interpersonalen Beziehung, in der eine der beiden Personen im voraus weiß, worin das Gute für den anderen liegt und bewußt wünscht, ihn zu diesem Gut zu führen. Damit die Lauterkeit der Absicht bewahrt wird, muß

es sich um ein „Gut überhaupt“ handeln, und darüber hinaus darf sich das „Gut für Dich“ von „Gut für mich“ in nichts unterscheiden.⁸

Hilfe des Arztes

Ein erfahrener Chirurg erwähnte in seiner Antrittsrede in der Königlichen Akademie der Medizin in Madrid: „Aufgabe des Arztes ist zu fördern, daß Leid und Krankheit, die sich nicht beseitigen lassen, zum Wohl des Kranken gereichen. Wenn sie bewußt bejaht und in das eigene Leben aufgenommen werden, verwandeln sie sich in eine Quelle des Reichtums und der Reife. Die Hilfe des Arztes besteht darin, daß der Patient fähig wird, sich vom ‘Schmerz als Last’ zu befreien und ‘zum Schmerz als Sieg’ zu gelangen.“⁹

Dafür ist unbedingt notwendig, daß der Arzt sich Zeit für den Patienten nimmt, ohne daß er seinen Einsatz auf Sozialarbeiter oder Seelsorger abschieben will. Eine Zusammenarbeit mit diesen und auch mit den Angehörigen ist unerläßlich, aber der Arzt hat eine Verantwortung und Aufgabe, die er nicht übertragen darf. Mit Recht schreibt Paola BINETTI: „Die Ärzte leisten immer mehr Arbeit *für* die Kranken und verbringen immer weniger Zeit *mit* den Kranken.“¹⁰

Der enorme Einfluß, den der Arzt auf die intimsten Vorgänge in der Person haben kann, ist außerordentlich wirksam: Über die körperlichen Vorgänge hinaus reicht es bis zum Geist des Menschen. Wenn dem Arzt das zu Bewußtsein kommt, wächst in ihm die Dankbarkeit. So kann sich seine Arbeit durch einen übernatürlichen Akt sehr leicht in Liebe verwandeln.

Aber der Arzt kann nur dem Kranken helfen, wenn er selbst für die grundsätzlichen Fragen seines Lebens eine Antwort weiß, wenn er in der Lage ist, die Kämpfe und die Ängste der Kranken mitzuempfinden, aber genügend Abstand bewahren kann, um eine wirksame Hilfe aufbringen zu können.

In der Tumorklinik St. Gallen wurden etwa 800 Patienten mit schweren Krebserkrankungen befragt, was sie von ihrer Situation halten. Die vielen Aussagen lassen sich in wenigen Statements zusammenfassen wie: „Ich glaube, mein Arzt hat Angst vor mir.“, „Ich fühle mich wie aussätzig.“, „Niemand spricht mit mir.“, „Mein Arzt glaubt, ich wisse nicht, daß ich Krebs habe, ich will ihn damit nicht auch belasten.“, „Warum hat man mir das nicht früher gesagt?“. In einer Information über die Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbands Nürnberg kommentierte die Münchener Medizinische Wochenschrift: „Diese Probleme auf Seiten des Patienten spiegeln eine veränderte Situation im Arzt-Patient-Verhältnis wider, auf die die meisten Mediziner aber nicht vorbereitet wurden.“¹¹

Hartmut SCHMIDT berichtet über eine eigene Erfahrung: „Ein Beispiel dazu ist ein Oberarzt, der mir sagte, er würde den Patienten nie die ‘Wahrheit’ sagen, wenn die Situation hoffnungslos wäre. Nach seiner eigenen Phantasie befragt, sagte er, daß er in dem Falle, daß er unheilbar krank wäre, nicht erfahren möchte, wie es um ihn steht. Er würde sich sogar mit falschen Röntgenaufnahmen täuschen lassen und könne es nicht aushalten, hoffnungslos zu sein. Abgesehen davon, daß dieser Arzt ‘nicht heilbar’ mit ‘hoffnungslos’ gleichsetzt, unterstellt er dem Patienten von vornherein die gleiche Einstellung und Angst, was ihm den Weg zu einem echten Gespräch verschloß.“¹²

Mit diesem Beispiel geht es noch gar nicht um die immer wieder erhobene Forderung nach mehr Menschlichkeit in der Medizin, sondern es stellt sich die Frage, ob eine solche Praxis überhaupt als „Medizin“ bezeichnet werden darf, selbst wenn die Diagnose und die technische Seite der Therapie richtig sind. Hier sei die Rede des Großkanzlers der Universität von Navarra an die Ärzte der Medizinischen Fakultät erwähnt: „Die Medizin lindert die Schmerzen des Leibes und das Leid der Seele, die von unserem menschlichen Dasein nicht zu trennen sind. Die

Medizin kommt dem Recht des Menschen entgegen, in den schwierigen Stunden der Krankheit und Trostlosigkeit nicht allein zu sein¹³. Mit diesen Worten des seligen Josefmaria ESCRIVÁ sind die Besserung der Krankheit und die zwischenmenschliche Beziehung gemeint. Nicht nur das eine *oder* das andere, sondern das eine *und* das andere gehören zusammen.

Bereicherung des Helfenden

Der Umgang mit Sterbenden ist nicht nur eine Frage der Nächstenliebe oder der Berufspraxis, er verändert die zwischenmenschlichen Beziehungen. Hier kann man die Erfahrung anwenden, die Jean VANIER gemacht hat, nachdem er 25 Jahre in *L'Arche* tätig war: „Durch das Leben mit diesen Männern und Frauen, die mehr oder weniger entstellt waren, wollte ich ihnen ein menschliches Dasein ermöglichen. Aber nach und nach entdeckte ich, daß *sie* es waren, die mir zu einem menschlichen Gesicht verhalfen. Sie ließen mich entdecken, wie sehr ich Mensch bin.“¹⁴

Was ein chronisch Kranker vermitteln kann, besitzt überwältigende Kraft. Michael MARSCH teilt seine eigene Erfahrung mit: „Was der geistig Behinderte mir zu vermitteln vermag, ist wahrhaft ungeheuerlich: Meine eigenen seelischen Verwundungen und Behinderungen nicht wahrhaben zu wollen, sie einfach zu übersehen, bedeutet, mich an meinem Gott, an seiner Selbsterniedrigung für mich, an seinem Kreuz vorbeizudrücken – damit aber auch an seiner alles verwandelnden Auferstehungskraft: 'Durch seine Wunden sind wir geheilt'“¹⁵

Michael MARSCH bemerkt weiter: „Der behinderte Mensch hält sich zum Glück nicht mit unseren Masken und Rollenspielen auf, sie seien noch so fromm und noch so gekonnt. Der Mensch mit einer geistigen Behinderung interessiert sich nicht für unsere Leistung, unsere Intelligenz und unsere Kompetenz. Er will unser Herz. Gerade in *dieser* Herausforderung

aber erweist sich seine Gegenwart als heilend, rettend und erlösend für uns.“¹⁶ Sie „brauchen nicht nur, was wir haben, sie brauchen, was wir sind“, war das Motto von Edith STEIN.¹⁷

Das Leben ist ein Geschenk, das zu Dankbarkeit verpflichtet, eine dankbare Aufgabe, die zu leisten ist: „Das *Evangelium des Lebens* ist für den Menschen ein großes Gottesgeschenk und zugleich eine verpflichtende Aufgabe. Es weckt beim freien Menschen Staunen und Dankbarkeit und erfordert, mit lebendigem Verantwortungsbewußtsein angenommen, bewahrt und erschlossen zu werden: Gott *fordert* vom Menschen, dem er das Lebens *schenkt*, daß er es liebt, achtet und fördert. Auf diese Weise *wird das Geschenk zum Gebot*, und das *Gebot selbst offenbart sich als Geschenk*.“¹⁸

Persönliche Überwindung der eigenen Widerwärtigkeiten

Viele Motive bewirken die Überwindung der persönlichen Angst vor Leid und Alter: die Stoiker bewältigten sie, um den Anstand vor sich selbst zu bewahren; die Machtgierigen in ihrer Suche nach Macht und Geld trotz Konkurrenz und Kampf; die „Don Quixoten“ um ihrer Ehre als Wohltäter für die Schwachen und Erniedrigten willen; die Selbstankläger, um dadurch ihre Schuld zu reinigen; die Masochisten, weil sie – aus Perversion – physischen Schmerz für Genußorgien verwenden können; die Neurotiker, um Schutz und Mitleid zu spüren; gelungsbedürftige Kranke, um einen Ersatz für die Liebe zu erkaufen bzw. um Aristokraten und Eliten einer seltenen Krankheit zu sein; verbitterte Weltverbesserer, um das Gewicht der gesamten absurden und sinnlosen Menschheitsgeschichte auf sich zu laden.

Es gibt Motive, die auf einer anderen Ebene stehen. Bei den Christen kommt ein neuer wesentlich andersartiger Faktor hinzu: Das Kreuz Jesu Christi. Es vermittelt dem Menschen einen Sinn für die unvermeidlichen Schmerzen.

Das ist aber nicht das Einzige: das Kreuz ist auch ein Weg der Liebe zu Christus. In diesem letzten Sinn ist das Kreuz schwer zu verstehen, es ist und bleibt für eine nicht christliche Mentalität ein Rätsel. So erreicht das Sterben gewaltige Dimensionen. Eine übernatürliche Welt des Glaubens öffnet sich vor seinen Augen. Der selige Josefmaria ESCRIVÁ vermittelt seine seelsorgliche Erfahrung: „Die Kranke, der ich geistlichen Beistand leistete – wie groß war ihre Liebe zum Willen Gottes! Sie sah ihre lange, schmerzhafteste Krankheit – eine weitverzweigte Krankheit: nichts an ihr war heil – als Segen Gottes und als Zeichen der Auserwählung. In ihrer Demut meinte sie, sie habe nur Strafe verdient; jedoch waren die schrecklichen Schmerzen im ganzen Körper keine Strafe, sondern Zeichen der Barmherzigkeit.

Wir unterhielten uns über den Tod und über den Himmel. Auch darüber, was sie Jesus und der Muttergottes sagen würde... und wie sie von dort aus besser 'arbeiten' könnte als hier auf Erden... Sie hatte den Zeitpunkt ihres Todes Gott überlassen..., sagte aber fröhlich: Wie schön, wenn es noch heute wäre! Sie betrachtete den Tod mit der Freude eines Menschen, der weiß, daß Sterben Heimgang zum Vater ist.“¹⁹

Wille zum Sterben

Der Kranke will sterben, wenn er sich verlassen, sozial tot oder sich als Last fühlt, wenn seine Umgebung ihn abgeschrieben hat oder wenn er „Angst“ vor dem Weiterleben mit Schmerzen spürt. „Man darf auch die flehentlichen Bitten von Schwerkranken, die für sich zuweilen den Tod verlangen, nicht als wirklichen Willen zur Euthanasie verstehen: denn fast immer handelt es sich um angstvolles Rufen nach Hilfe und Liebe. Über die Bemühungen der Ärzte hinaus hat der Kranke Liebe nötig, warme, menschliche und übernatürliche Zuneigung, die alle Nahestehenden, Eltern und Kinder, Ärzte und Pflegepersonen ihm schenken können und sollen.“²⁰

Peter RÖTTGEN berichtet: „Ich habe viele Menschen sterben sehen. Mir persönlich ist von ihnen noch nie ernstlich der Wunsch geäußert worden, ich möge eine erlösende Spritze geben. In dieser Frage habe ich viele Chefärzte chirurgischer und internistischer Häuser gehört, und auch sie betonen, daß eine solche Bitte eine außerordentliche Rarität sei. Gewiß wird unverbindlich von älteren Menschen einem oft gesagt: 'Wenn ich einmal so krank oder so elend bin, daß mit mir nichts mehr anzufangen ist, dann beenden Sie mein Leben'. In der wirklichen Todessituation jedoch ist der Lebenswille aller Menschen groß und so groß, daß die aktive Beendigung – jedenfalls nach ärztlicher Erfahrung – außergewöhnlich selten ist.“²¹

Im Zuge der Entwicklung der „Liberalisierung der Euthanasie“ in Holland²², kann jeder Beobachter feststellen, daß das, was am Anfang freies Recht des Patienten auf Tötung war, inzwischen zu Zwang – psychologischem oder soziologischem Zwang – geworden ist. Tausende sind durch den Entschluß der Angehörigen und Ärzte „ad Patres“ geschickt worden.

Auch die Entscheidungen, die Menschen im gesunden Zustand abgeben können, müssen „richtig“ interpretiert werden. Markus VON LUTTEROTTI warnt: „Der Gesunde macht sich aber fast immer falsche Vorstellungen über die tatsächlichen Verhältnisse des Schwerkranken. Die Sorgen des Gesunden über seine letzte Krankheit sind andere als die tatsächlichen Gedanken des Schwerkranken und Motivationen des Gesunden, die zum Wunsch nach aktiver Euthanasie für einen bestimmten vorgestellten Fall führen, pflegen nicht in die Überlegungen des Schwerkranken angesichts des nahenden Todes einzugehen.“²³

Entscheidungen anderer Beteiligter

Die Angehörigen können entscheidend wirken, wenn es darum geht, die Richtlinien festzulegen, wie es weitergeht. Dies muß aber mit

Vorsicht akzeptiert werden. Auch hier äußert Peter RÖTTGEN seine Erfahrung: „Der Wunsch nach Erlösung von schweren unheilbaren Leiden wird dagegen von den Angehörigen oft vorgetragen. In vielen Fällen mag dabei echtes Mitleid und echte Liebe eine Rolle spielen. Aber dieses Mitleid und diese Liebe sind nach meinen Erfahrungen – und die sind für diese Fälle relativ groß – meistens nicht auf den Kranken, sondern auf die eigene Person gerichtet. Es ist die Erlösung von dem schrecklichen Anblick eines sterbenden Menschen, es ist die Erlösung, von der durch den Kranken in vieler Hinsicht bedingten Belastung, es ist die Erlösung in einigen Fällen sogar eine rein materielle, die dringend gewünscht wird. Alles das ist verständlich, aber man sollte daraus nicht den Wunsch des Kranken machen“²⁴.

Deshalb muß man sich fragen: Mitleid mit wem? Mit sich selbst oder mit dem Kranken? „Echtes Mitleid setzt *Mitleben* mit der kranken Person voraus: Man kann nur mit-leiden, wenn man mit-lebt. Gerade in dieser Hinsicht gibt es viele Versäumnisse nicht nur von seiten der umgebenden Personen, die zur Pflege und Fürsorge aufgerufen sind, sondern vor allem auch von seiten der Kranken selbst, die sich oft isolieren, zurückziehen und sich für eine unnütze Last erachten. Durch diese freiwillige und selbstverschuldete Vereinsamung und das daraus resultierende Sinnlosigkeitsgefühl kann das Phänomen des sogenannten ‘sozialen Todes’ entstehen: das Abgleiten in ein ‘Beziehungsvakuum’, in dem es weder Mitleben noch Mitleid gibt.“²⁵

Auch ökonomische Gesichtspunkte können hier eine Rolle spielen. Vor einigen Jahren erklärte die Sozialministerin von Dänemark: „Wir können nicht weiter so viel Geld für die Krankenhäuser ausgeben, von deren Kosten allein die Hälfte dafür aufgebracht wird, Leute für einige Wochen oder Monate am Leben zu erhalten“²⁶. „Fortan hatte Leben nicht mehr einen Wert in sich selbst, sondern einen positiven oder negativen Wert, gemessen an der

Nützlichkeit oder an der industriellen Brauchbarkeit.“²⁷

Zeugnisse für das Leben

Zahlreich sind die Zeugnisse derjenigen, die in einer solchen Notsituation sind. Man steht vor Menschen, die, wie der Phönix aus der Asche aufersteht, sich über ihre eigenen „Möglichkeiten“ erheben²⁸. Aus einer Fülle von Beispielen möchte ich drei unter sich sehr verschiedene Fälle erwähnen:

Der Fall der Dänin FOG-PEDERSEN ist ein schlagendes Beispiel. *Le Monde* berichtete: Seit 1964 an akuter Myasthenie erkrankt, war sie unfähig, sich zu bewegen und zu sprechen. Seit 1966 wurde sie durch eine künstliche Lunge am Leben erhalten. Mit eiserner Energie bot sie dieser Prüfung die Stirn. Sie veröffentlichte in dieser Zeit acht Bücher, die in Dänemark Bestseller waren. Zudem hielt sie dank des Rundfunks und des Fernsehens engen Kontakt mit der Außenwelt. Sie diktierte ihre Werke mit Hilfe eines selbsterfundnen Morsystems Wort für Wort ihren Krankenschwestern: da sie nur leicht die Finger bewegen konnte, klopfte sie mit der Fingerspitze auf einen Karton... Viele Male, immer wenn die Auseinandersetzung über die Euthanasie im nördlichen Europa wieder auflebte, versicherte sie in verschiedenen Zeitschriften, daß sie nie, auch nicht für einen Augenblick, gewünscht habe, dieses Leben aufzugeben. „Für mich ist das Leben heilig“ – erklärte sie 1972 in einer Zeitung –, „und solange es uns geschenkt ist, müssen wir es in all seinen Aspekten leben“; und sie fügte spöttisch hinzu: „Wenn die Euthanasie legalisiert worden wäre, glaube ich, daß sie mich schon lange ‘ad Patres’ geschickt hätten...“ Frau FOG-PEDERSEN hat unzählige Briefe von Lesern erhalten, die ihr für die moralische Unterstützung danken, die ihnen ihre Schriften und ihr persönliches Zeugnis gegeben haben.²⁹

Seit 1991 ist Luis DE MOYA in Folge eines Autounfalls, ab C-4 querschnittgelähmt: Er

kann weder Arme noch Beine bewegen. Heute lebt er im Rollstuhl, geht auf die Straße, konzeliert täglich die Heilige Messe, arbeitet an einem PC, hält Vorträge und unterhält sich mit vielen Leuten. Aus seinem Buch, in dem er seine eigene Geschichte als Gelähmter erzählt, zitiere ich einige Gedanken über seinen Glauben, über seine Selbsteinschätzung und über Reaktionen anderer Menschen:

„Hier spielt der Glaube eine Rolle. Er ist nötig, um Ihn nicht zu leugnen, wenn das Leben 'den Berg runter geht', wenn ich müde werde und die Realität allzu menschlich sehe, wenn ich denke, wie hart es ist, in meiner Situation zu sein. Auf den Glauben stützend, habe ich begriffen, daß alle Tage – auch die härtesten – erträglich sind. Ehrlich gesagt, kann ich nicht behaupten, daß ich zu viel gelitten habe; in jedem Augenblick, in jedem Umstand habe ich mit der Kraft rechnen können, die ich brauchte, um Ihn (Gott) zu lieben. Dies alles bekräftigt meinen Glauben.

Es ist für mich eine Ehre, Ihm mein Leben schenken zu können. Daß Er das meine annimmt, bürgt für seine Güte, denn Er gibt mir die Gelegenheit, Ihn nachzuahmen und das zu sein, was es ist: Gabe.

Gott sei Dank habe ich mich nie unglücklich gefühlt, und hoffe diese Gemütsstimmung beibehalten zu können, ohne mich zu bedauern und ohne zu wollen, daß andere es tun.

Ich beobachte, wie diejenigen, die bei mir sind (er spricht über die Beziehungen zu vielen Menschen, nicht nur zu den Angehörigen), Zeit für die anderen haben, konkret für mich. Und das ist sehr gut für sie, und für mich auch.“ (Über den positiven Einfluß auf die anderen, den seine Präsenz bewirkt, wurde ihm gesagt:) „Sie und Ihr Rollstuhl gehen durchs Leben und ziehen viele Menschen hoch...“³⁰

Stephan PUHL, Rechtsanwalt, ist am 15.10.1997 an ALS (Amyotrophische Lateralsklerose) in Köln gestorben. Was das bedeutet, wird aus seinen Worten deutlich. Er nutzte die letzten Bewegungsfähigkeiten seiner Finger,

um auf dem PC „Mein Dank dem Gekreuzigten“ zu schreiben. Unter anderem schrieb er: „Du hast mir, lange bevor ich in die Hände von Neurologen fiel oder gar von ihnen die vernichtende Diagnose ALS erhielt, die unerklärliche Gewißheit geschenkt, eine Krankheit zu haben, die irreversible Systemschäden in meinem Körper verursacht und letztlich tödlich ist. Dank dieser rechtzeitigen Frühwarnung hatte ich den unschätzbaren Vorteil, nicht nur mich, sondern vor allem die Menschen meiner näheren Umgebung auf das vorbereiten zu können, was mir unausweichlich bevorstand.

Es kam der Augenblick, in dem ich anfang, mit Gott zu hadern: Muß und kann es denn sein, daß Du Dich mir und meiner Umgebung dadurch in Deiner liebenden Allmacht und Güte erweist, daß Du mich als ein zuckendes und nicht mehr artikulationsfähiges Bündel über Monate dahinvegetieren läßt – nur noch eine Last für meine Nächsten und für mich und mit der einzigen Perspektive, an meinem Schleim oder Erbrochenen zu ersticken, sobald meine Atemmuskulatur genügend geschwächt ist, um nicht mehr allen Unrat abzuhusten? Solche mit Auflehnung und Vorwürfen angehäufte Gedanken, die heutzutage unzählige Male angesichts eigenen oder fremden Leids in den unterschiedlichsten Variationen laut ausgesprochen werden, entbehren nicht einer gewissen Logik. Und doch schäme ich mich ihrer angesichts des Kruzifixes, das meinem Bett gegenüber an der Wand hängt, so daß ich es Tag und Nacht ständig vor Augen habe. (...)

Du, der Gekreuzigte, bist im Neuen Bund der Prototyp stellvertretenden und vermittelnden Opfers und dadurch bewirkter Sühne vor Gott. Wir können durch unsere Nachfolge uns in diese geheimnisvolle Beziehung aktiv einschalten und egal, ob der uns treffende Teil an Leid und Schmerz von uns freiwillig gesucht worden wäre, entscheidend für uns ist, was wir freiwillig daraus zu machen verstehen. Wir können uns Dir anschließen – soweit unsere Kräfte dazu reichen – oder blicken nur auf

uns selbst und verspielen die uns gewährte Gabe, aus der, menschlich betrachtet, schlimmen oder hoffnungslosen Lage das Beste zu machen. Für einen Christen sollte es das Beste sein, in jeder Lebenslage Gottes Nähe zu suchen und sich Deinem Erlösungswerk anzuschließen.“

Nachdem Stephan PUHL erwähnt hatte, mit welchem außerordentlichen Einsatz er gepflegt wurde, schrieb er weiter: „Ich kann allen diesen Menschen aus meiner nächsten Umgebung meinen Dank kaum aussprechen, den ich für all das und für die täglichen kleinen Liebeserweise empfinde; wenn überhaupt, kann ich das dann nur in sehr rudimentärer Weise zum Ausdruck bringen, was ich sehr bedauere, aber nicht ändern kann, und um so mehr erfüllt es mich mit Trost und Freude, daß ich Dir gegenüber immer meinen Dank aussprechen kann, ohne durch meine angeschlagene Physis in dieser Danksagung beeinträchtigt zu sein. Ich danke Dir also dafür, daß ich nach wie vor danken kann.“³¹

Papst JOHANNES PAUL II. spricht von einem Evangelium des Leidens in seinem Apostolischen Schreiben *Salvifici doloris*³². Er fügt dem hinzu: „Über Jahrhunderte und Generationen hinweg hat sich immer wieder herausgestellt, daß *Leiden eine besondere Kraft in sich birgt*, die den Menschen innerlich *Christus nahebringt*, eine besondere Gnade also. (...) Frucht einer solchen Umkehr ist nicht nur die Tatsache, daß der Mensch die Heilsbedeutung des Leidens entdeckt, sondern vor allem, daß er im Leiden ein ganz neuer Mensch wird. Er entdeckt gleichsam *einen neuen Maßstab für sein ganzes Leben und für seine Berufung*. Diese Entdeckung ist eine besondere Bestätigung für die Größe des Geistes, der im Menschen auf unvergleichliche Weise den Leib überragt. Wenn dieser Leib schwerkrank ist und völlig darniederliegt, wenn der Mensch gleichsam unfähig zum Leben und Handeln geworden ist, treten seine *innere Reife und geistige Größe* um so mehr hervor und bilden eine eindrucksvolle Lehre für die gesunden und normalen Menschen.“³³

Das Bild des Arztes nicht verändern

In den letzten Stunden darf der Patient nicht alleingelassen werden. Er hat ein Recht, die gewöhnliche Pflege zu erhalten, die jeder Mensch zum Leben haben muß. Bei Terminalpatienten ist weder an Verhungern- oder Verdurstenlassen zu denken. Die Basisbetreuung in Form von Zuwendung, Pflege, Freihalten der Atemwege und Schmerzbekämpfung muß auch bei Schwerkranken aufrechterhalten werden.³⁴

„Aktive vorzeitige Beendigung (eines Lebens) hätte mit ärztlicher Tätigkeit nichts zu tun, widerspricht ihr. Ein Arzt soll Krankheit heilen, Schmerzen lindern, dem kranken, gelegentlich auch den gesunden Menschen helfen, sein Leben zu meistern; aber ein Arzt ist kein Heger im weidmännischen Sinn, der krankes Wild abschießt und vernichtet. Er ist auch kein Züchter, jedenfalls nicht mit dem Recht, verkrüppelte oder nicht entwickelte oder mit schlechten Anlagen versehene Wesen zu töten. Er hat auch nicht das Recht eines Tierhalters, der seinen alt und blind gewordenen Hund erschießen darf. Sollte dies alles einmal, auf menschliche Verhältnisse zurechtgestutzt, zur ärztlichen Tätigkeit gerechnet werden, dann müßte das alte, zur Zeit noch gültige Arztbild grundlegend verändert werden.“³⁵

Nichts und niemand kann je das Recht verleihen, einen unschuldigen Menschen zu töten, mag es sich um einen Embryo oder um einen unheilbar Kranken oder Sterbenden handeln. Es darf auch niemandem erlaubt werden, eine Tötungshandlung für sich oder für einen anderen zu erbitten, ja man darf nicht einmal einer solchen Handlung zustimmen. Ferner kann keine Autorität sie rechtmäßig anordnen oder zulassen. Denn es geht dabei um die Verletzung eines göttlichen Gesetzes, um eine Verletzung der Würde der menschlichen Person, um ein Verbrechen gegen das Leben, um einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht.³⁶

Das ist so, weil der Mensch nicht Herrscher über Leben und Tod ist. Es ist nicht lange her,

daß JOHANNES PAUL II. es allen in Erinnerung gebracht hat: „Wenn schon in bezug auf die Sachwelt, so gilt noch mehr in bezug auf das Leben, daß der Mensch nicht absoluter Herr und unanfechtbarer Schiedsrichter ist, sondern – und darauf beruht seine unvergleichliche Größe – ‘Vollstrecker des Planes Gottes’.

Das Leben wird den Menschen anvertraut als ein Schatz, den er nicht zerstreuen, als ein Talent, das er wirtschaftlich verwalten soll. Darüber muß der Mensch seinem Herrn Rechenschaft ablegen (vgl. *Mt* 25, 14-30; *Lk* 19, 12-27).“³⁷

Auch wenn das Christentum Entscheidendes zur „Kultur des Lebens“ geleistet hat, liegt die Begründung des Verbots der Euthanasie auf einer natürlichen Ebene. Sie ist gegen das Naturrecht. Bereits im 4./5. Jahrhundert vor Christus hat der hippokratische Eid bestimmt: „Keinem werde ich ein tötendes Gift verschreiben, auch wenn ich darum gebeten werde...“³⁸

Eine Oberärztin der Universitätskinderklinik in Köln hat einen Artikel verfaßt. Sie zeigt, was Mitleid ist und was der Arzt mit den Patienten unternehmen kann. Beim Erzählen, wie sie krebserkrankte Kinder betreut, beschreibt sie den Fall eines 15jährigen Mädchens, das an einem Ewing-Sarkom des Beckens (Knochentumor im Jugendalter) litt:

„Im Januar erkrankt, fragte sie mich im Oktober, als ich sie kennenlernte, ganz unvermittelt, ob ich ihr eigentlich sagen würde, wenn sie sterben müßte. Ich bejahte diese Frage mit der Begründung, daß man sich ja auf den Tod und das Sterben vorbereiten müßte. Sie schien zufrieden und wechselte das Thema.

Zu diesem Zeitpunkt wurde bei ihr eine Lungenmetastase festgestellt, die auf Chemotherapie nicht ansprach. Um die Weihnachtszeit nahmen die Schmerzen im Beckenbereich zu und für P. war klar, daß der Primärtumor wieder wachse. Sie konnte kaum noch aufstehen. Auf ihre Frage: ‘Und was jetzt?’ erklärte ich ihr die Möglichkeiten, die uns noch zur Verfügung standen, wobei jedoch eine Heilung

relativ unwahrscheinlich sei. ‘Also nur Lebensverlängerung’. ‘Im Grunde, ja’. ‘Nein, dazu bin ich nicht bereit, irgendwann muß jeder einmal sterben; bei mir steht es halt schon bald an. Gut, ich werde mich damit auseinandersetzen’.

Ende Januar konnte sie das Bett nicht mehr verlassen. Zunächst besuchte ich sie alle 3-4 Tage zuhause, später täglich. In ihrem Zimmer, da, wo sie tatsächlich zuhause war, inmitten ihrer Pferdebilder – sie war eine begeisterte Reiterin gewesen – führten wir tiefe Gespräche über ihre Krankheit, den Sinn des Leidens, über die zeitweise entsetzlich quälenden Schmerzen, über das Sterben und über das Leben nach dem Tod. Ihre Mutter, die sich ganz der Pflege der Tochter widmete, machte in dieser Zeit eine beeindruckende Reifung durch. Sie, die bis dahin alles vor P. hatte verheimlichen wollen, war jetzt zum wirklichen Gesprächspartner geworden, mit dem das Mädchen über all das, was es eigentlich bewegte, sprechen konnte. Auch für mich war diese Zeit entscheidend, denn nie hatte ich bis dahin mit einer Sterbenden Gespräche in solcher Intensität geführt. Nach und nach spürte man, wie sie sich mehr und mehr vom Diesseits löste und sich ihre Gedanken im wesentlichen auf das Jenseits, auf den Himmel konzentrierten.

Ich kann nicht mehr sagen, wie oft sie mich fragte, wie lange es noch dauere, sie sei jetzt vorbereitet, sie wolle auch diese quälenden Schmerzen nicht mehr tragen, die wir im Rahmen des Möglichen linderten... sie wolle jetzt endlich erlöst werden. Auch meinte sie, in den letzten Monaten so intensiv gelebt zu haben, wohl mehr als mancher alte Mensch. Sie habe genug gelebt, sie sei jetzt bereit zu sterben. Am 30.4. schlief sie ganz ruhig ein, begleitet von ihrer Mutter, die ihr in dieser Zeit die engste und vertrauteste Freundin geworden war.

Ein halbes Jahr nach dem Tod des Mädchens schrieb mir ihre Mutter: ‘Die Zeit, die hinter mir liegt, hat mein Leben verändert. Und das verdanke ich meiner Tochter. In der Erinne-

rung an sie bleibt eine große Persönlichkeit, die den schweren Weg zum Ziel wunderbar gemeistert hat. Jetzt in der Adventszeit erlebe ich den Weg zu ihrem Tod noch einmal. P. wurde mir nicht nur genommen, sondern auf eine neue Weise wiedergeschenkt.“³⁹

Referenzen

1. SPAEMANN, Robert, Kain und Abel oder wider die Lüge vom guten Töten, FAZ-Magazin, 4.7.1997, Nr. 905, S. 36.
2. MAURINA, Zenta, Mosaik des Herzens, Dietrich, Memmingen 1976³, S. 17.
3. SCHLAG, Martin, Das moralische Gesetz in "Evangelium Vitae", Dissertation an der Päpstlichen Universität vom Hl. Kreuz in Rom, 1998, S. 415.
4. JOHANNES PAUL II., Ap. Schr. Salvifici doloris, 11.2.1984, Nr. 30. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 53, (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, hrsg.), S. 29.
5. Der Schmerz und die Würde der Person, Knecht, Frankfurt/M. 1980.
6. Christentum und Humanismus, Klett, Stuttgart 1947, S. 61.
7. New York 1955, Verfilmung Regie R. BROOKS, USA 1958.
8. Für eine ergänzende Erklärung über das Gute vgl. SPAEMANN, Robert, Philosophische Ethik – oder: Sind Gut und Böse relativ?, in: Moralische Grundbegriffe, Beck, München 1982, S. 11-23.
9. PIULACHS, Pedro, El sentido del dolor (Instituto de España, Hrsg.), Madrid 1974, S. 114.
10. Riflessioni sul significato del dolore negli insegnamenti del beato Josemaría Escrivá, Annales Theologici 9,2 (1995) 438.
11. Strategien gegen den Gesichtsschmerz, München, med. Wschr. 120, 19 (1978) 641f.
12. Das Problem der chronisch Kranken am Beispiel von Krebskranken, in: Chronisch Kranke, (Katholische Ärztarbeit Deutschland, Hrsg.), Bachem, Köln 1983, S.81. Vgl. a. VON GEBSEL, V. E., Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung, in: Was ist Krankheit? (Rothschuh, Karl E., Hrsg.), Darmstadt 1975, S. 246; VON WEIZÄCKER, Viktor Freiherr, Der Arzt und der Kranke, in: Was ist Krankheit? Ebd. S. 218
13. Zit. nach G. HERRANZ bei einem akademischen Akt in Memoria des 1. Großkanzlers der Universität. Diese Rede hatte den bezeichnenden Titel: "Ohne Angst vor dem Leben, ohne Angst vor dem Tod, Worte von Msgr. Josemaría ESCRIVÁ DE BALAGUER Y ALBÁS zu Ärzten und Kranken", in: Discursos pronunciados en el Acto Académico en memoria de Mons. Escrivá de Balaguer y Albás, Fundador y Gran Canciller de la Universidad, Pamplona 12.6.1976, (Universidad de Navarra, Hrsg.), Pamplona 1976, S. 75-115.
14. Heilende Gemeinschaft, Salzburg 19902, 10.
15. Miteinander sein, in: Bioethik (Löw, Reinhard, Hrsg.), Communio, Köln 1990, S.113. Vgl. MITTAG, Oskar, Sterbende begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen, Thieme, Stuttgart 1994.
16. Ebd. S. 113f.
17. WILKENS, Maria, Erinnerungen an Edith Stein, Katholische Frauenbildung 63, 12 (1962) 841f.
18. JOHANNES PAUL II., Evangelium vitae, 25.3.1995, Nr. 52, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 120, (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Hrsg.), S. 65.
19. Im Feuer der Schmelde, Adamas, Köln 1987, Nr. 1034. Romano GUARDINI schreibt: "Durch Christi Sterben hat der Tod "seinen Stachel" verloren und ist zu etwas anderem geworden. Nun vollzieht es sich nicht mehr nur von uns aus, als ein Enden ins Dunkel, sondern auch von Christus her. Sterben bedeutet nun, daß Christus kommt und anklopft. Das Leben zerbricht, aber ebendadurch geht die Tür auf, und Er steht auf der anderen Seite. Der Rosenkranz unserer Lieben Frau, Werkbund, Würzburg 1940, S. 70.
20. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20.5.1980, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 20, S.9. Vgl. Anmerkungen 15-16.
21. Medizinische Aspekte zur Diskussion über die Euthanasie, Rheinischer Merkur, Koblenz 22.11.1974.
22. Für ein Studium diesbezüglich siehe Fuchs in: SPAEMANN, Robert; FUCHS, Thomas, Töten oder sterben lassen? Herder, Freiburg 1997.
23. Der Kranke denkt anders über den Tod als der Gesunde, Ärztliche Gesichtspunkte zum Thema Euthanasie, Herder Korrespondenz 8 (1974) 393f. Vgl. Ders. FAZ 27.9.85. Vgl. Anmerkung 25.
24. Medizinische Aspekte zur Diskussion über die Euthanasie, Rheinischer Merkur, Koblenz 22.11.1974.
25. SCHLAG, Martin: Das moralische Gesetz in „Evangelium Vitae“. a.a.O. S. 420.
26. Zit. von SCHAUSEIL, A.: Was so alles faul ist im Staate Dänemark. Die Welt, Bonn 4.6.1980.
27. DÖRNER, Klaus: Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?, Deutsches Ärzteblatt 84,48 (1987) 2021. Vgl. D.A. 84, 24 (1987) 1049.
28. Viele Zeugnisse sind in zahlreichen Werken zu finden. Vgl. zum Beispiel: FRANKL, Viktor E., Homo patiens. Deuticke, Wien 1950. Ders., Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Verl. für Jugend und Volk, Wien 1946. CERMAK, Ida, Ich klage nicht. Diogenes, Zürich 1983.
29. OLSEN, Camille, La vie, le bien le plus précieux. Le Monde, Paris 16/17.1.1977.
30. MOYA, Luis de, Sobre la marcha. Confesiones de un te-

- traplégico que ama profundamente la Vida. Edibesa, Madrid 1996, S. 67f, 66, 201 und 204f.
31. Mein Dank dem Gekreuzigten, Köln, 27.8.1997. Pro Manuskript.
 32. „Die Zeugen des Kreuzes und der Auferstehung Christi haben der Kirche und der Menschheit ein besonderes Evangelium vom Leiden überliefert.“ Ap. Schr. „Salvifici doloris“, 11.2.1984, Nr. 25., a.a.O., S. 29.
 33. Ebd. Nr. 26.
 34. Der Vorsitzende des Ausschusses für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, Eggert Beleites, hat sich in diesem Sinne Mitte März 1997 bei einer Tagung in Köln geäußert, die sich mit ethischen Problemen der modernen Medizin und Bioethik beschäftigte. Dazu siehe den Bericht von KLINKHAMMER, Gisela, Die Würde des Menschen wahren. Deutsches Ärzteblatt. 94, 13 (1997) 608. Über Ergebnisse einer Befragung bei Internisten, vgl. DORNBERG, Martin: Angefragt: Sterbehilfe. Peter Lang Verl., Bern 1997.
 35. RÖTTGEN, Peter, Medizinische Aspekte zur Diskussion über die Euthanasie. Rheinische Merkur, Koblenz 22.11.1974.
 36. Vgl. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20.5.1980, a.a.O., S. 8.
 37. Enz. „Evangelium vitae“, 25.3.1995, Nr. 52.
 38. Oeuvres complètes d'Hippocrate, Littre, Paris 1839, IV, 630.
 39. DOLFEN, Beatrix, Über den Sinn des menschlichen Leidens. Heilen 7,2 (1987) 11-25.

SCHWERPUNKT

Abschiednehmen in Würde Leid, Sterben und Tod aus der Sicht der Logotherapie und Existenzanalyse

Otmar WIESMEYR

ZUSAMMENFASSUNG

Die Beschäftigung mit existentiellen Fragen stellt ein wesentliches Kennzeichen der sinnzentrierten Psychotherapie dar. Der Sinnbegriff und sein Bezug zu Tod und Sterben kann im Rahmen der Thanatopsychologie empirisch nachgewiesen werden. Die integrative Bedeutung des Sinnbegriffs wird in der ganzheitlichen Betrachtungsweise von Leben, Sterben und Tod sichtbar. Im Leiden und Sterben eines Menschen wird seine Würde transparent. Der sinnvolle Umgang mit Leid, Sterben und Tod zeigt sich im Annehmen des Todes, im verantwortungsbewußten Handeln und in einer würdevollen Sterbebegleitung, die Menschen in ihrer existentiellen Not annimmt und sie erleben läßt, daß sie ihren Wert und ihre Würde durch all das Leid und Sterben hindurch bewahren.

Schlüsselwörter: Sinnbegriff, thanatopsychologische Untersuchungen und Sinnerleben, Sinn des Sterbens und des Todes, sinnvoller Umgang mit Leid, Sterben und Tod

ABSTRACT

The occupation with existential questions presents an essential characteristic of the meaning-centred psychotherapy. The conception of sense and its connection with death and dying can be verified empirically within the science of thanatopsychology. The integrative conception of meaning can be envisaged in the overall perspective of life, dying and death. The dignity of man becomes lucent in suffering and death. The meaningful treatment of suffering, dying and death is shown in the acceptance of death. By a responsible manner of acting and by a dignified accompanying of the dying you accept the human person in his existential distress and you help him to experience that he retains value and dignity in his suffering and dying.

Keywords: conception of meaning, thanatopsychological investigations and experience of meaning, sense of dying and death, purposeful treatment of suffering, dying and death

Anschrift des Autors: Dr. Otmar WIESMEYR, Psychotherapeut (Existenzanalyse u. Logotherapie)
Lärchenstr. 52, A-4600 Wels

I. Einleitung

Die Auseinandersetzung mit dem Leiden, Sterben und dem Tod in unserer Zeit erfolgt auf dem Hintergrund einer ständig zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung, beeindruckender Fortschritte in der Intensivmedizin und deutlich verbesserter Lebensbedingungen in der westlichen Welt.

Ethik und Politik scheinen mit den rasanten Entwicklungen in Medizin, Biogenetik und Humanbiologie und der zunehmenden Komplexität nicht mehr Schritt halten zu können. Davon zeugen die zunehmende Tendenz zu Polarisierungen, unübersehbare Spannungen und auch Anzeichen von Resignation angesichts der Unüberschaubarkeit und Vielschichtigkeit der Probleme.

Das Wohl einer Gesellschaft wird also zunehmend davon bestimmt, inwiefern es gelingt, angesichts der großen Fortschritte in Medizin, Biologie und ihrer angewandten Techniken das ethische Bewußtsein in demselben Maße weiterzuentwickeln und die darauf gründende Handlungskompetenz entsprechend zu erweitern.

Die sinnzentrierte Psychotherapie kann auf eine lange Tradition in der Beschäftigung mit ethischen und existentiellen Fragestellungen verweisen. Im Folgenden sollen daher der Sinnbegriff, dazu vorliegende empirische Untersuchungen, seine integrative Bedeutung, ethische Aspekte und was dem Menschen trotz seiner Vergänglichkeit im Hinblick auf das Leben, Leiden, Sterben und den Tod Halt verleiht, erörtert und damit in Zusammenhang stehende Fragen beantwortet werden.

II. Der Sinnbegriff, empirische Untersuchungen und seine integrative Bedeutung

Nach Gregory BATESON (1973) und Robert DILTS (1987) wird dem Sinnbegriff im Rahmen von Veränderungsprozessen eine besondere Bedeutung beigemessen.

Reinhard TAUSCH untersuchte die Sinnkonzeptionen und unterschiedlichen Sinnerfahrungen von 140 Befragten, „denn mir war klar geworden: Erfahrungen von Sinn und Sinnlosigkeit sind sehr bedeutsam für das Erleben und Verhalten, für die seelische Gesundheit von Menschen.“¹

Die Untersuchungen zeigten, daß sich Sinnerfahrungen auf seelisch-körperliche Vorgänge auswirken. Auf Übereinstimmungen verweisen auch die Ergebnisse von James C. CRUMBAUGH und Leonhard T. MAHOLIK (1963) und Elisabeth LUKAS (1982). Sie bestätigen insgesamt die Existenz eines „Willens zum Sinn“, der, wenn er frustriert wird, Sinnlosigkeits- und Leeregefühle verursacht.

Für Viktor E. FRANKL zählt der Tod neben der Schuld und dem Leid zur tragischen Trias im menschlichen Leben. Die Bewältigung des Todes steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Bewältigung des Lebens.

„Woher kommt es, daß sich alles in uns dagegen sträubt? Das rührt daher, daß es gar nicht wahr ist, daß dem Menschen daran liegt, leiblich zu vegetieren; worum es ihm lediglich zu tun ist, das ist letztlich: geistig zu existieren. Er will nicht da sein, da sein um jeden Preis; sondern das, was er wirklich will, ist: sinnvoll sein. Nicht die Dauer der Existenz ist maßgebend und ausschlaggebend, sondern die Sinnfülle der Existenz. Kann doch ein kurzes Leben sinnvoll sein, während ein langes Leben sinnlos bleiben kann. Ja, mehr als dies: gäbe es keinen Tod, wäre das Leben also überhaupt endlos, so wäre es eben darum auch schon sinnlos. Der Mensch könnte alsdann alles und jedes immer wieder aufschieben: ebenso gut wie heute könnte er etwas ja auch morgen und übermorgen tun. Es gäbe keinerlei Verpflichtung dazu und keinerlei Verantwortung dafür, den Augenblick zu nützen, um Werte zu verwirklichen und das Dasein mit Sinn zu erfüllen.“²

Die Untersuchungsergebnisse MUNNICHs (1961, 1966, 1968, 1973, 1984) bestätigen, daß die Einschätzung, ein erfülltes Leben geführt

zu haben, eine große Bedeutung für das Annehmen des Todes im Alter hat.

DURLAK (1972) überprüfte die Hypothese, ob zwischen dem Sinnerleben und der Furcht vor Tod und Sterben eine negative Beziehung besteht. Bei zwei getrennten Stichproben von Schülern und Studenten stellte er Korrelationen von $-.54$ und $-.68$ zwischen dem „Purpose in Life Test“ (PIL) von CRUMBAUGH & MAHOLIK (1964) und der FODS von LESTER (1967) fest. DURLAK (1973) wiederholte das Ergebnis bei einer Gruppe älterer Frauen.

BLAZER (1973), BOLT (1978) und DROLET (1990) fanden ebenso signifikante negative Korrelationen zwischen dem PIL und der Todesfurcht.

FLORIAN & SNOWDEN (1989) berichten von einem inversen Zusammenhang zwischen der „Fear of Personal Death Scale“ und der Wertschätzung des Lebens. Es läßt sich eine eindeutige Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und Todesfurcht herstellen. Hochhängstliche Personen geben weniger Zufriedenheit an als niedriggängstliche (HICKSON et al. 1988: GIVEN & RANGE 1990; WHITE & HANDAL 1990-91).

Eine deutsche Untersuchung von KUMPF (1976) ergab keine negativen Zusammenhänge zwischen Sinnerleben und Todesfurcht. „Auf zwei Dimensionen traten sogar signifikante positive Korrelationen auf: Je mehr Bedeutung im Leben gesehen wurde, desto größer war die Furcht vor dem Totsein und die Furcht vor der physischen Zerstörung. Möglicherweise drückt sich in der Umkehrung der Beziehung eine qualitative Veränderung des Sinnerlebens von Jugendlichen aus.

Wenn gesellschaftliche Prozesse dazu geführt haben, daß sich die Werte in den Siebziger-Jahren in Richtung Selbstorientierung, Hedonismus, Eskapismus und Gegenwartsorientierung verschoben (z.B. Leger 1980), dann wäre es erklärbar, warum gerade der Verlust der Fähigkeit, Erfahrungen zu machen und der Verlust des Körpers, der Basis sinnlicher Erlebnisse, als besondere Bedrohung erlebt werden.“³

Die empirischen Untersuchungen bestätigen die Bedeutung des Sinnerlebens und der Lebenszufriedenheit für die Bewältigung der Furcht vor Tod und Sterben. Andererseits geht eine höhere Bedeutung, die dem Leben geschenkt wird, mit einer größeren Furcht vor dem Totsein einher, was auch mit einem Wertewandel in Zusammenhang gebracht wird. Die integrative Bedeutung des Sinnbegriffs zeigt sich darin, daß Leben, Sterben und Tod eine Einheit bilden und zusammengehören. Zum Sinn des Lebens gehört auch die Grenze in Form des Todes. Der Sinn des Todes wiederum erschließt sich über das einzigartige und einmalige Leben des Menschen. Das Bild von Zaun und Garten veranschaulicht diesen Zusammenhang. Der Zaun ist nur sinnvoll, weil es einen Garten gibt und die Form des Gartens wird nur durch den Zaun erkennbar. – Der Sinn des Sterbens wird im oft schweren Ringen um das Annehmen des Todes sichtbar.

III. Ethische Aspekte

Wie der Mensch mit seinem Leiden, Sterben und dem Tod umgeht, wird damit zur entscheidenden Frage. – Daraus wird auch verständlich, weshalb Viktor E. FRANKL der Verwirklichung von Einstellungswerten eine besondere Sinnträchtigkeit beimißt. – Wie der Mensch sein Leiden trägt, wird auch als ein Zeichen der Reife betrachtet.

„Sinnvolles Leiden ist ein Leiden 'um ... willen'. Indem wir es akzeptieren, intendieren wir es nicht nur, sondern intendieren wir *durch* das Leiden hindurch etwas, das mit ihm nicht identisch ist: wir transzendieren das Leiden.“⁴

Der Mensch, der über sich selbst hinauswächst, reift zu sich selbst heran. Trotz widrigster Umstände wie Konzentrationslager und Kriegsgefangenschaft und massiven Einschränkungen seines Schaffens und Erlebens vermag er zu einer inneren Freiheit zu gelangen.

Die Tagebücher von ETTY HILLESUM, die unter dem Titel „Das denkende Herz“ erschienen sind, stellen ein ergreifendes Zeugnis einer sol-

chen inneren Reifung dar. „Das Leben hier (Anm.: Konzentrationslager Auschwitz) kostet mich nicht viel von meiner wesentlichen Kraft – körperlich wird man zwar etwas mitgenommen und ist oft bodenlos traurig – aber im Innersten wird man immer stärker.

Das Leben und das Sterben, das Leid und die Freude, die Blasen an meinen wundgelaufenen Füßen und der Jasmin hinterm Haus, die Verfolgungen, die zahllosen Grausamkeiten – all das ist in mir wie ein einziges starkes Ganzes, und ich beginne immer mehr zu begreifen, wie alles zusammenhängt, ohne es bislang jemandem erklären zu können.“⁵ Im Leiden und Sterben eines Menschen wird seine Würde transparent. Daß es zum Menschsein gehört, ein Leidender zu sein – ein *Homo patiens*, erschließt sich ihm als wesentliches Merkmal unseres Daseins.

Die Thanatopsychologie (Randolph OCHSMANN, 1993) konnte nachweisen, daß Personen, die sich mit dem Tod auseinandersetzen, eher zu einer positiven Bewertung tendieren, weil er Teil ihrer persönlichen Zukunft wird, die sie nicht als Bedrohung sehen wollen (dazu SCHNEIDER 1984). Im Gegensatz dazu neigen Personen zur Verdrängung des Todes, die sich mit dieser Thematik nicht beschäftigen.

Wie der Mensch mit Leiden, Sterben und Tod umgeht, betrifft jedoch nicht nur ihn als Person, sondern auch sein unmittelbares Umfeld und das gesellschaftliche System, dem er angehört. Sich den herausfordernden, oft belastenden und drängenden Fragen des „*Homo patiens*“ zu stellen, kann als notwendige und fortwährende Aufgabe angesehen werden, die dazu beiträgt, einen menschenwürdigen Umgang mit den letzten Fragen des Menschen zu finden.

IV. Was dem Menschen Halt trotz seiner Vergänglichkeit verleiht

Gibt es so etwas wie Halt angesichts der Vergänglichkeit?

Seit Jahrtausenden geht der Mensch dieser uralten Frage nach. In unübertreffbarer Weise sucht das Buch Hiob angesichts der Geworfenheit unserer Existenz und im Hinblick auf die Frage nach einem letzten Halt nach Antworten. Hiobs Antwort ist letztlich eine metaphysische, religiöse. „Der Herr hat gegeben, der Herr hat genommen; gelobt sei der Name des Herrn.“⁶ Viele Menschen finden einen letzten Halt in Gott, dem sie sich auch in ihren letzten Stunden anvertrauen. „Dein Wille geschehe!“ betete ein Freund bis zu seinem letzten Atemzug. In einer zunehmend säkularisierten Welt stellt sich aber auch die Frage nach Antworten jenseits von Metaphysik und Religion.

Untersuchungen belegen, daß sich religiöse und nichtreligiöse Menschen hinsichtlich des Auftretens und der Bewältigung todbezogener Angst nicht unterscheiden. Allerdings konnten eindeutige Belege für Veränderungen der Einstellungen zum Diesseits und Jenseits als Folge der Konfrontation mit Tod und Sterben erbracht werden (siehe OCHSMANN 1993, S.148).

Viktor E. FRANKL betrachtet die Vergänglichkeit unter dem Aspekt des „Vergangenseins“: „Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit. Im Vergangensein ist nämlich nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen. Aber nicht nur schaffend füllen wir die Scheunen unserer Vergangenheit, erfüllen und verwirklichen wir Sinn und Werte, sondern auch erlebend und leidend.“⁷

Während die schöpferischen Werte die aktive Lebensgestaltung in Beruf, Freizeit, Familie, Partnerschaft und Gesellschaft betonen, stehen bei den Erlebniswerten das Erleben, die Hingabe und das Sich-ergreifen-lassen im Vordergrund.

Die höchste Form der Wertverwirklichung geschieht durch die konkrete Umsetzung von Einstellungswerten, wie der Mensch mit Einschränkungen des Lebens, mit Leid, Sterben und Tod umgeht.

In seinem bekannten Fallbeispiel „Frau Linnek“ beschreibt Viktor E. FRANKL, wie bedeu-

tungsvoll die Würdigung von wertvollen Lebenseinstellungen durch die Mitmenschen ist, und wie auch angesichts von Leid, Tod und Vergänglichkeit Sinn entdeckt werden kann:

„Langsam ging die alte Frau aus dem Hörsaal. Eine Woche später starb sie. Sie starb wie Hiob: satt an Jahren. Während ihrer letzten Lebenswoche aber war sie nicht mehr deprimiert. Im Gegenteil, sie war stolz und gläubig. Anscheinend hatte ich ihr zu zeigen vermocht, daß auch ihr Leben sinnvoll war, ja daß noch ihr Leiden einen tieferen Sinn hatte.“⁸

Die Therapieziele der sinnzentrierten Psychotherapie wie Stärken der Selbsttranszendenz, Weiterentwicklung der Leidfähigkeit und das Übernehmen von Verantwortung können dazu beitragen, daß Leidende, sterbenskranke Menschen, Angehörige, betreuende Personen und Ärzte Antworten auf die Frage nach der Vergänglichkeit finden. In diesem Zusammenhang sei auch die Hospizbewegung genannt, die sich in besonderer Weise für ein menschenwürdiges Sterben und eine sinnvolle Sterbebegleitung einsetzt.

V. Was verbirgt sich hinter dem Sterbewunsch eines Menschen? – Entspricht er wirklich seinem Wunsch, nicht mehr weiterleben zu wollen, oder ist er vielmehr als Hilferuf zu sehen?

Der Schweizer Schriftsteller Josef Vital KOPP schreibt, an Leukämie erkrankt, in seinem letzten Lebensjahr: „Wenn man sich vor Schmerzen über den Teppich wälzt, den Atem preßt und sich mit äußerster Mühe der Klagen erwehrt, dann taucht die Fata Morgana auf. Jetzt schleunigst sterben, nur rasch fort und weg. Wenn sich dann plötzlich das Blut wieder bekehrt, die Schmerzen sinken und wohlbefindliche Stunden wie aus dem Nichts auftauchen, dann ist man betreten, fast indigniert, daß man nun plötzlich wieder umdisponieren muß.“⁹

Der Sterbewunsch eines Menschen wurzelt oft in Gefühlen wie Einsamkeit, Verlassenheit, Resignation, Traurigkeit und Sinnlosigkeit.

Der Sterbewunsch löst auch Betroffenheit aus, fordert zu Stellungnahme und zum Mitleiden heraus und erbittet unsere Anteilnahme. Er kann auch als Auseinandersetzung mit der Vergänglichkeit und als Ringen um das Annehmen des Todes betrachtet werden. Unzweifelhaft stellt er einen unüberhörbaren Aufruf an uns Mitmenschen dar, den Menschen in seiner Bedrängnis und existentiellen Geworfenheit anzunehmen. Wahre Anteilnahme versucht die existentiellen Fragen ernst zu nehmen, auch wenn sie belastend sind und Betroffenheit auslösen.

Im Buch Hiob erweisen sich die Helfer nicht nur als hilflos, sondern werden ihm sogar zur Last. Ihre Belehrungen und Ermahnungen erreichen ihn nicht. Der leidende Hiob erwartet nichts so sehr als ihr Erbarmen und ihr Mitleid.

Wie schwer sich selbst professionelle Helfer tun, leidende Menschen und ihr Leid anzunehmen, erlebte ich als Supervisor an einer Therapiestation für Drogensüchtige. Ein Teilnehmer der Supervisionsgruppe berichtete von einem an AIDS erkrankten Mann mittleren Alters, den er auf seinem schweren Weg zu begleiten versuchte. In seinem Bemühen, gemeinsam möglichst viele Sinnmöglichkeiten für die ihm noch verbliebene Zeit zu entdecken, überhörte er die eigentlichen Fragen und wehmütigen Klagen des tief getroffenen Mannes.

Der Sterbewunsch eines Menschen bedeutet eine besondere Herausforderung für seine Angehörigen, Freunde und professionellen Helfer auf dem Hintergrund der konkreten Situation, sein wesentliches Anliegen herauszuhören, ihn in seiner existentiellen Not anzunehmen und ihm, wenn notwendig, Hilfe anzubieten.

VI. In welchem Zusammenhang steht der Sterbewunsch mit der Sinnfrage?

Die Sinnfrage angesichts des Sterbewunsches eines Menschen stellt sich zweifach. Zum einen betrifft sie den Menschen selbst, der diesen Wunsch geäußert hat, und zum anderen seine unmittelbare Umgebung.

Wer in seinem Leben keine Aufgabe, keinen Sinn mehr zu entdecken vermag, dessen Lebenswille beginnt nicht selten abzunehmen. - Umgekehrt zeigen viele Erfahrungen in Konzentrationslagern und auch in der Psychotherapie, daß gute und langfristige Ziele inneren Halt, Mut und Hoffnung verleihen. Viktor E. FRANKL berichtet von Häftlingen, die sich allgemein der Hoffnung hingaben, kommendes Jahr zu Weihnachten wieder daheim zu sein. Diese Erwartung erfüllte sich jedoch nicht. In der Woche zwischen Weihnachten und Neujahr kam es in diesem Konzentrationslager zu einem Massensterben. Wer in seinem Leben keine Aufgabe mehr sieht, sich nichts mehr erwartet, läuft Gefahr aufzugeben und zu verzweifeln. Wem es jedoch gelingt, die kopernikanische Wendung zu vollziehen und in seinem Leben wieder Aufgaben, Hoffnung und Sinn zu entdecken, weiß sich gehalten und vermag auf die drängenden Fragen seines Lebens zu antworten und sein Leben insgesamt zu verantworten.

„Tatsächlich stellte sich bald heraus, daß jenseits von dem, was die beiden Häftlinge vom Leben zu erwarten hatten - ihr Leben mit ganz konkreten Aufgaben auf sie wartete.Auf den einen wartete somit ein Werk, auf den andern ein Mensch. Beide waren demnach gleichermaßen in jener Einzigartigkeit und Unvertretbarkeit bestätigt, die dem Leben trotz des Leidens einen unbedingten Sinn zu geben vermag.“¹⁰

Diesen Erfahrungen kommt auch in der psychotherapeutischen Praxis eine besondere Bedeutung zu. Ein depressiver und von massiven Sinnzweifeln geplagter Patient, der das Fehlen von sinnvollen Zielen in seinem Leben schmerzlich vermißte, ließ sich von diesem Erfahrungsbericht Viktor E. FRANKLS besonders beeindrucken und sich ermutigen, seine konkrete Sinnsuche wieder aufnehmen. Auch eine Frau bestätigte diese Erfahrungen anlässlich einer Tagung eines Selbsthilfereins von Dialysepatienten und Nierentransplantierten: „Als mein Lebenswille bereits sehr schwach war, bat mich mein Mann, ich möge doch ihm zuliebe am Leben bleiben. - Diese sinnvolle Aufgabe hat mich tatsächlich am Leben er-

halten.“ Der Sinn des Sterbens liegt im Annehmen des Todes. Insofern kann der Sterbewunsch eines Menschen zur sinnvollen Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen und zur Bewältigung von Angst und Furcht vor dem Tod beitragen. Damit wenden wir uns den Sinnangeboten zu, die Angehörige und professionelle Helfer zu vermitteln vermögen.

„Wenn man viele Jahre lang an den Sterbebetten von Kindern und alten Leuten sitzt, ihnen zuhört und sie auch wirklich anhört, werden sie bemerken, daß sie wissen, ob der Tod nah ist. Da sagt ihnen auf einmal jemand auf Wiedersehen, wenn sie noch gar nicht daran denken, daß der Tod schon bald eintreten könnte. Wenn sie aber dann diese Aussage nicht von sich weisen, sondern sitzen bleiben, so sagt ihnen der Sterbende noch alles, was er ihnen mitteilen möchte. Wenn dieser Kranke dann stirbt, haben sie doch ein gutes Gefühl, daß sie vielleicht die einzige Person waren, die seine Worte ernst genommen hatte.“¹¹

Indem wir Anteil nehmen am Leid, dem Menschen das Gefühl geben, wertvoll zu sein, und ihn erleben lassen, daß seine Würde durch all das Leid und Sterben hindurch bestehen bleibt, werden wir dem Ausspruch Viktor E. FRANKLS gerecht: „Durch das Trösten anderer werden wir selbst getröstet.“¹²

VII. Der Sinn des Todes als letzte Verwesentlichung des Lebens

Der Sinn bezieht sich nicht auf den Tod als Faktum, sondern darauf, wie wir mit dem Tod umgehen. Im Reifwerden zum Tode hin, im Annehmen des Todes und in der würdevollen Begleitung wird erkennbar, was unter einem sinnvollen Umgang mit dem Tod zu verstehen ist. Der schon einmal erwähnte Dichter Josef Vital KOPP schreibt: „Das Gepäck ist geschnürt, der Seegang wird sanft und man wird nicht fertig, alle Wunder einzuheimsen, die sich bieten. - Das Entscheidende verträgt immer weniger Lärm.“¹³ Der Sinn des Todes besteht in einer letzten Verwesentlichung des Lebens, die die Würde und Einzigartigkeit der

Person transparent werden läßt. Der Tod als unverrückbare Lebensgrenze stellt für den Menschen eine ständige Herausforderung dar, sich seiner immerwährenden Verantwortung bewußt zu werden und danach zu handeln. Die Bereitschaft zu verantwortlichem Handeln im Leben und das Annehmen des Todes können als Prozesse angesehen werden, die auch von Krisen, einem oftmals unvorstellbarem Ringen, Sinnlosigkeitsgefühlen und großem Leid gekennzeichnet sind. Reifwerden und persönliches Wachstum beinhalten auch Irrwege, Schmerzen und Leid. Das betrifft auch die Mitleidenden. Ich erinnere mich an den Tod einer an AIDS verstorbenen Mitarbeiterin eines Drogentherapiezentrum in Caltanissetta auf Sizilien. Ich sehe noch deutlich das Bild jener rotblonden, sommersprossigen jungen Frau mit dem Namen Chiara vor mir, die zuvor selbst drogenabhängig war und sich nun sehr für Drogensüchtige einsetzte. Ihr unerwarteter Tod hatte alle, sowohl die Therapeuten als auch die ganze Gemeinschaft tief erschüttert und bewegt. Zugleich verspürte ich aber auch eine ungeheuer starke Solidarität und einen ganz intensiven Gemeinschaftssinn, so als wollten sie erst recht dieser schrecklichen Krankheit und ihren Ursachen trotzen. Als ich die Mutter zum Grab ihrer Tochter begleitete, vertraute sie mir an, daß ihr in den letzten Jahren, seit Chiara in dieser Gemeinschaft arbeitete, ihre Tochter, die sie für verloren hielt, wiedergeschenkt worden sei. Die herzliche und liebevolle Beziehung zu ihrer Tochter während der letzten Monate ihres Lebens sei für sie ein wunderbares Geschenk gewesen, das ihr in ihrer tiefen Trauer großen Trost gespendet habe.

Ein sinnvoller Umgang mit dem Tod wirkt über den Tod hinaus. Er kann zur eigenen Bewältigung des Todes, zu Solidarität und Verantwortungsbereitschaft anleiten.

VIII. Resümee

Die Sinnfrage führt uns zu den Wurzeln unserer Existenz. Wie wir mit Leid, Sterben und

Tod umgehen, wird damit zur entscheidenden Frage.

Der Sinn des Leidens liegt in der Verwesentlichung unserer Existenz, die uns die Einzigartigkeit und Würde des Menschen gewahr werden läßt.

Der sinnvolle Umgang mit den letzten Fragen des Menschen kann als lebenslanger Prozeß beschrieben werden, der Aggressionen, Ängste, Ohnmachts-, Sinnlosigkeits- und Verlassenheitsgefühle beinhaltet.

Während sich der Sinn des Sterbens im Annehmen des Todes erschließt, wird der Sinn des Todes in der Einmaligkeit und im Verantworten unseres Lebens erfahren.

Leid, Sterben und Tod stellen eine besondere Herausforderung für die Angehörigen, professionellen Helfer und schließlich für das ganze gesellschaftliche System dar. Eine würdevolle Sterbebegleitung zeigt sich im Anhören und Annehmen der existenziellen Not des Menschen, im Anteilnehmen und Mitleiden. Sie unterstützt damit auch die Bewältigung der eigenen Todesangst und fördert Solidarität und verantwortungsbewußtes Handeln.

Referenzen

1. TAUSCH, Reinhard, Sinn-Erfahrungen, Medizinische Materialien, Heft 86, Bochum 1993, S.1.
2. FRANKL, Viktor E., Der leidende Mensch, Hans Huber, Bern 1984, S.211.
3. OCHSMANN, Randolph, Angst vor Tod und Sterben, Hogrefe, Göttingen 1993, S.72.
4. FRANKL, Der leidende S.209.
5. GAARLANDT, J.G., Das denkende Herz, Rowohlt, Reinbek 1995, S.210.
6. WEISER, Artur, Das Buch Hiob, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1968, S.25.
7. FRANKL, Viktor E., Logotherapie und Existenzanalyse, Piper, München 1987, S.142.
8. FRANKL, Viktor E., Ärztliche Seelsorge, Fischer, Frankfurt 1983, S.233.
9. Unveröffentlichtes Manuskript
10. FRANKL, Viktor E., Ärztliche Seelsorge, 1983, S.112.
11. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, Über den Tod und das Leben danach, Graphica, Melsbach 1987, S.8.
12. FRANKL, Der leidende S.206.
13. Unveröffentlichtes Manuskript

„Künstliche Ernährung“

Es handelt sich um einen 78-jährigen Patienten, der wegen Verdachts auf cerebrale Durchblutungsstörung auf eine interne Abteilung eingewiesen wird. Die Verwandten hatten eine gewisse Verwirrtheit in den letzten Wochen beobachtet. Der Patient hatte z.B. nicht mehr vom Einkaufen nach Hause gefunden. Manchmal sprach er unzusammenhängende Dinge. Er konnte jedoch noch selbst essen und trinken.

Bei der Aufnahme ist der Patient zeitlich und örtlich desorientiert, spricht nur verwirrt und unzusammenhängende Worte. Beim Status fällt lediglich eine gewisse Dehydratation auf. Außerdem bestehen subfebrile Temperaturen. Im Thoraxröntgen finden sich pneumonische Infiltrate in der linken Lunge. Es wird eine antibiotische Therapie sowie eine Infusionsbehandlung zur Rehydratation eingeleitet. Außerdem bekommt der Patient durchblutungsfördernde Medikamente.

Während die Pneumonie in wenigen Tagen beherrscht werden konnte, kommt es zu einer rapiden Verschlechterung der zerebralen Situation. Der Patient erkennt nicht einmal mehr seine eigenen Verwandten, muß gefüttert werden, uriniert neben das Bett und beginnt zunehmend aggressiv zu werden. Auf sedierende Medikamente spricht der Patient nicht mehr an.

Da das nicht beherrschbare Demenz-Syndrom weit im Vordergrund steht, wird der Patient nach 2-wöchigem Aufenthalt in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt. Dort kommt es in den folgenden Tagen zu einer weiteren Eintrübung des Bewußtseins, und es tritt ein fraglicher Meningismus auf. Der Patient wird daraufhin auf eine neurologische Abteilung überstellt.

Bei der Aufnahme dort ist der Patient somnolent und reagiert auf Schmerz nur mehr mit un-

gerichteten Bewegungen. Es erfolgt eine intensive neurologische Durchuntersuchung mit Liquorpunktion, EEG, mehrmaligen CT's u.s.w.

Letztendlich wird die Diagnose vaskuläre Demenz gestellt und der Patient wird nach 2-wöchigem Aufenthalt zur weiteren Therapie wieder auf die psychiatrische Klinik zurücktransferiert. Bei der Rückübernahme ist der Patient großteils somnolent, bettlägrig und rund um die Uhr pflegebedürftig. Der Patient kann kaum mehr schlucken und wird daher nach wenigen Tagen auf die interne Abteilung zur weiteren „Therapie“ (künstliche Ernährung) rücktransferiert.

Dort angekommen hält der Patient zwar zeitweise die Augen geöffnet, ist jedoch nicht ansprechbar und reagiert auch kaum auf Schmerzreize. Man beginnt mit einer parenteralen Flüssigkeitstherapie und mit einer Intensivpflege des beginnenden Dekubitus.

Die Verwandtschaft ist beruhigt, da nun für den Vater „alles geschieht“, was möglich ist.

Bei der Chefvisite stellt der Primarius die Sinnhaftigkeit einer Infusionstherapie bei einem sterbenden Patienten in Frage und empfiehlt, die Infusion auslaufen zu lassen, damit der Patient in Ruhe sterben kann. Hier werde unnötig Sterbensverlängerung betrieben!

Dies löst eine emotionsgeladene Debatte unter Ärzten und Pflegepersonal aus. Die behandelnden Stationsärzte sind strikte gegen ein Absetzen der Flüssigkeitsbehandlung. Sie geben zwar zu, daß diese Art der Therapie sinnlos sei, weil keine Hoffnung auf Besserung besteht, führen aber 2 Argumente für die Gabe von Flüssigkeit als Infusion an: Erstens seien die Angehörigen beruhigt, andererseits weiß man nie, ob der Patient nicht Durst leidet. Vom Primarius wird eingewendet, daß letzteres sehr unwahrscheinlich sei und daß man dann ja

auch den möglichen Hunger stillen und daher konsequenterweise künstlich ernähren sollte. Die Meinung des Pflegepersonals ist ebenfalls geteilt. Einige sind für die Beendigung der Infusionstherapie, einige wehren sich dagegen mit dem Argument, sie könnten es emotional nicht verkraften, einen Sterbenden zu pflegen, bei dem von ärztlicher Seite überhaupt nichts mehr getan wird. Die Ärzte schließen sich größtenteils dieser Argumentation an, und der Patient bekommt weiter Flüssigkeit, nachdem der Primarius die Abteilung wieder verlassen hat.

Am Wochenende bekommt der Patient Fieber. Der diensthabende Arzt (sonst auf einer anderen Station tätig) nimmt eine Pneumonie als Folge des schlechten Allgemeinzustandes

des Patienten an und verordnet parenteral Antibiotika. Der Patient überlebt und wird fieberfrei. In den folgenden Tagen stabilisiert sich der Zustand. Der Patient reagiert sogar mit unkoordinierten Worten, wenn er angesprochen wird. Er bekommt weiter Flüssigkeit, aber keine ausreichenden Kalorien.

Bei der darauf folgenden Chefvisite nach einer Woche einigt man sich schließlich doch, die Infusionen abzusetzen und dem Patienten Flüssigkeit zum Trinken zu geben, soweit er das toleriert. Der Patient wird auf ein „Sterbezimmer“ gebracht, wo ihn die Angehörigen auch Tag und Nacht besuchen können. Man hat sie darüber aufgeklärt, daß die Prognose infaust sei. Innerhalb weniger Tage stirbt der Patient.

Kommentar zum Fall

Rupert KLÖTZL

Ein Fall dieser Art ist Routine, ja tägliches Brot der in den erwähnten Bereichen tätigen Ärzte und Pflegepersonen. Da die erwähnten Vorgänge keine Seltenheit sind, mag es etwas verwundern, daß doch einiges an Spannungen dabei zutage tritt. Vielleicht erfordern es also gerade solche „Routinefälle“, immer wieder reflektiert zu werden, um allen Beteiligten auch Lernprozesse zu ermöglichen, wie sie Änderungen der Vorgehensweise gegenüber alt hergebrachten Üblichkeiten erfordern. Sehen wir also genauer auf die einzelnen Stationen des Ablaufs hin und auf die ethische Bewertung der dabei getroffenen Entscheidungen.

Bei der Erstaufnahme an der Internen Abteilung könnte man bereits das erste Fragezeichen anbringen. Denn man muß sich fragen, ob jemand, der zu Hause beginnt, Zeichen der Verwirrtheit zu zeigen, sofort einer stationären Behandlung zugeführt werden muß. Daß ein Ortswechsel, insbesondere in ein Spitalsmilieu,

für einen verwirrten Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führt, wäre unbedingt zu berücksichtigen.

Der Hausarzt hat in dieser Situation abzuwägen, was für den Patienten das Beste ist. Dabei muß er insbesondere abschätzen, ob es sich um ein akutes Geschehen handelt, das eine unmittelbare diagnostische Abklärung erfordert, oder ob es lediglich zu einer im Ausmaß nicht näher bestimmbar Verschlechterung eines chronischen organischen Psychosyndroms gekommen ist. Detailliertere Informationen über die Art der Störung und den Zeitraum des Bestehens vor der stationären Aufnahme erfahren wir hier nicht und müssen diese Frage daher offen lassen.

Im letzteren Fall einer lediglich Verschlechterung hätte man sicher zunächst zu versuchen, alle Möglichkeiten einer Betreuung zu Hause auszuschöpfen. Dazu gehören neben der adäquaten medizinischen und pflegeri-

schen Betreuung sicher auch motivierende Gespräche mit den Angehörigen über deren persönliche Möglichkeiten und ihre Bereitschaft zur Betreuung. Auch müßte man ihnen klarmachen, daß es in der Natur chronischer Krankheiten liegt, sich zu verschlechtern. Dies mag banal klingen, aber es zeigt sich in der Praxis, daß gerade anläßlich eines Schubes der Verschlechterung der Wunsch nach intensiver Diagnostik laut wird. Die Angehörigen können oder wollen die neue Situation nicht akzeptieren. In einer Art Reflex verlangen sie die Wiederherstellung der zuvor bestehenden, gewohnten Situation. Es ist oft sehr schwierig, den Angehörigen ein Verständnis des Gesamtzusammenhanges zu vermitteln und sie aus ihrer fixierten Erwartungshaltung an die Medizin nach einer „Heilung“ der von ihnen als „Krankheit“ interpretierten momentanen Situation zu lösen. Dabei müssen die Angehörigen verstehen lernen, daß die vermeintliche „Krankheit“ ein Fortschreiten im Rahmen des Alterns ist und es so gesehen kein Versäumnis der Ärzte, wenn es „nie mehr wieder so wird, wie es einmal war.“

In diesem Fall jedoch meine ich, daß die Aufnahme durchaus zurecht erfolgt ist. Die Untersuchung ergab nämlich ein pneumonisches Infiltrat der linken Lunge. Ob diese Pneumonie eine bestehende cerebrovaskuläre Insuffizienz verschlechtert hat, oder ob die Pneumonie bereits Zeichen einer präfinalen Gesamtsituation ist, wäre zu bedenken und zu berücksichtigen. Dies läßt sich natürlich nur in der Situation selbst abschätzen. Die weitere stationäre Vorgangsweise entspricht nun durchaus der gestellten Diagnose. Die Pneumonie wird zwar sicher beherrscht, die Demenz gerät jedoch außer Kontrolle. Die Belastung für die Interne Abteilung ist geradezu greifbar.

In der Tat ist es so, daß ein solch aggressiver, agitierter und zudem verwirrter Patient die Möglichkeiten auf einer Normalstation überfordern kann. Abgesehen von der möglicherweise mangelnden Erfahrung des Teams im

Umgang damit, ist sicherlich auch zu berücksichtigen, ob die Mitpatienten dadurch in unzumutbarer Weise belastet werden. Es fragt sich also, ob die Transferierung an die Psychiatrie primär zum Wohl des Patienten geschieht, um ihn adäquater behandeln zu können, oder ob es sich um eine Art Abschiebung zur Entlastung der Abteilung handelt, die man sich vielleicht gar nicht so direkt eingesteht. Tatsache ist, daß sich nach der Weitertransferierung das Bewußtsein weiter eintrübt und ein fraglicher Meningismus festgestellt wird. So gesehen scheint sich die Notwendigkeit der Diagnostik zu bestätigen.

Die Weitertransferierung von der Psychiatrie an die Neurologie wird jedenfalls mit der diagnostischen Notwendigkeit begründet, obwohl man sich fragen muß, ob die weiteren Schritte wie Liquorpunktion, EEG und CT nicht auch an der Psychiatrie, oder von dort aus hätten durchgeführt werden können. Man hätte dem Patienten dadurch einen weiteren Ortswechsel ersparen können.

Das Ergebnis der Untersuchungen lautet schließlich vaskuläre Demenz, ist also kein akuter Prozeß.

Die Rücktransferierung von Neurologie über Psychiatrie an die Interne Abteilung, die neuerlich veranlaßt wird, schließt den „diagnostischen Kreislauf“.

Bei der ethischen Beurteilung des bisherigen Ablaufes hat man zunächst den unbestimmten Eindruck, daß dieser für den Patienten nicht der beste war. Trotzdem ist nicht zu sehen, daß man im Einzelfall der jeweiligen Entscheidungen wirklich hätte anders handeln müssen. Individualethisch wurde also richtig gehandelt. Das dennoch unbefriedigende Ergebnis zeigt, daß sozialetisch gesehen dem Gesamtsystem Mängel immanent sind. So kommt es zu Maßnahmen, die teilweise auf Absicherung abzielen, ohne daß sich der Einzelne diesem Mechanismus wirklich entziehen kann.

Das weitere Vorgehen an der Internen Abteilung wird bestimmt durch die inzwischen ein-

getretene allseitige Pflegebedürftigkeit. Dabei stellt sich als Kernfrage die Handhabung der parenteralen Flüssigkeitszufuhr in der präterminalen Phase. Ist nun parenterale Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr zur ärztlichen Therapie oder zur Pflege zu zählen? Der Katechismus der katholischen Kirche hält nämlich fest: „Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden.“ (KKK Nr. 2279)

Essen und Trinken sind nun sicher menschliche Grundbedürfnisse, also müßten demnach die Infusionen weitergehen. Das scheint zunächst auch die „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“, hrsg. vom Päpstlichen Rat für die Seelsorge im Krankendienst, zu bestätigen: „Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Fürsorge, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist: ihre unrechtmäßige Aussetzung kann tatsächlich eine Euthanasie bedeuten.“ (ebd. S. 109)

So hätten aufs erste gesehen die Stationsärzte recht, der Chef mit dem Abbruch der Infusionen unrecht. Nun ist es aber wichtig zu bedenken, daß die neuesten Lehrmeinungen rein medizinisch gesehen ein wichtiges Faktum ins Treffen führen. In der unmittelbaren Sterbephase bewirkt der Flüssigkeitsmangel einen narkoseähnlichen Zustand, der ein ruhiges Sterben ermöglicht, wobei auch Endorphine eine Rolle spielen. Diesen natürlichen Ablauf würden Infusionen verhindern. Der Patient wird durch sie in unterschiedlichem Ausmaß wieder wacher und kann dann für eine oft längere Zeit nicht sterben. Da er aber auch nicht mehr gesünder werden kann, hat dies zur Folge, daß das Sterben selbst unnötigerweise qualitativ verlängert wird. Wie lassen sich nun beide Positionen auf einen Nenner bringen? Wir müssen dazu auf den Zusatz in der „Charta“ rekurrieren, wo es heißt: ..., „Fürsorge, ... solange sie sich nicht als unerträglich erweist.“ Genau

dies erlaubt das Absetzen, weil die Infusionen nach den neuesten Erkenntnissen präterminal den natürlichen Sterbeablauf unterbrechen und das Leiden für den Patienten verlängern, es also für ihn „unerträglich“ machen.

Daher ist es zunächst wichtig, sich über das Stadium des Krankheitsverlaufes klarzuwerden. Anders gesagt: es muß mit Sicherheit geklärt werden, ob der Patient bereits ein Sterbender ist, oder, ob ein nicht absehbares Ende der Erkrankung die Fortführung einer intravenösen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erfordert. Offenbar ist die einhellige Einschätzung aller Beteiligten, daß in diesem Fall der Patient präterminal ist.

Umso mehr verwundert folglich das Ansinnen der Stationsärzte, wider ihr besseres medizinisches Wissen weiterhin Infusionen zu verabreichen, nur um die Angehörigen und letztlich auch sich selbst hinsichtlich eines möglichen Durstgefühls zu beruhigen. Diese Begründungen sind nämlich unzureichend. Wären sie der Meinung, was nie mit letzter Sicherheit auszuschließen ist, es wäre doch noch Besserung möglich, es gehe noch nicht ans Sterben, so müßten sie mit dieser Begründung ihrem Gewissen folgen.

Hinsichtlich der präterminalen Flüssigkeitszufuhr scheint also ein Umdenken erforderlich. Bis vor kurzem – und an manchen Abteilungen wird das immer noch so gehandhabt – hatte man ja gesagt, man solle in der Endphase einer Erkrankung, wenn sich der Tod abzeichnet, keine sinnlosen Therapien mehr durchführen und den Patienten auch nicht künstlich ernähren, dürfe ihn aber nicht verdursten lassen und gab daher Infusionen. Nunmehr setzt sich zunehmend die oben erwähnte Lehrmeinung durch.

Diese Ansicht wurde auch auf dem Kongreß „Leben. Sterben. Euthanasie?“ im März d. J. von den Klinikern vertreten, und es wurde dort auch für ein präterminales Absetzen der Flüssigkeitszufuhr plädiert. In diesem Sinn ist dem Chef der Abteilung voll zuzustimmen, der solcherart vorgehen will. Daß ein Teil des Pflege-

personals so emotional dagegen reagiert, läßt darauf schließen, daß sie damit erstmals und offenbar ohne die nötige medizinische Erklärung und Vorbereitung konfrontiert wurden. Die Emotionalität der Debatte dürfte davon herühren, daß sie noch überzeugt sind, man dürfe einen Patienten keinesfalls verdursten lassen.

Diese Emotion geht soweit, daß man sogar hinter dem Rücken des Chefs gegen dessen Empfehlung weiterhin infundiert. Diese „Entlastungsstrategie“ zur Beruhigung der Angehörigen und eventueller Zweifel der Ärzte und Pflegenden hinsichtlich des Durstgefühls ist zwar menschlich verständlich, aber hier vor allem deshalb abzulehnen, weil sie mit einer falschen Begründung erfolgt und dem Wohl des Patienten nicht dient, sondern nur allen anderen Beteiligten. Die neuerliche Behandlung einer interkurrenten Fieberzacke mit Antibiotika durch einen stationsfremden diensthabenden Arzt ist dabei noch am ehesten verständlich, da er den Patienten nicht ausreichend kennt, um begründeterweise diese Therapie unterlassen zu können.

Interessant ist, daß in der Zeit bis zur nächsten Chefvisite offenbar doch bei Stationsärzten und Pflegenden ein Lernprozeß stattgefunden hat. Denn nach einer Woche einigt man sich offenbar ohne größere Divergenzen, dem Rat des Chefs zu folgen und in seinem Sinn vorzugehen. Auch die Verwandtschaft akzeptiert dies nach entsprechender Aufklärung, so daß eine weitere entwürdigende Verlängerung des Leidens vermieden werden kann. Der Patient kann ruhig sterben.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß hinsichtlich des Patientenwohls die Anzahl der

Transferierungen und das Ausmaß der Diagnostik dem Patienten sicher eine größere Belastung als unbedingt nötig gebracht hat. Die diagnostische Abklärung wäre entweder an der erstaufnehmenden Internen Abteilung oder notfalls an der Psychiatrischen Abteilung durchführbar gewesen.

Hinsichtlich des Behandlungszieles, das Leiden und Sterben bei fehlender Therapiemöglichkeit nicht unnötig zu verlängern, war das Vorgehen in der Endphase der Erkrankung von Seiten der Stationsärzte fragwürdig, da sie die Infusionen verabreichten, obwohl sie diese medizinisch für sinnlos hielten und so gesehen nicht „nach bestem (med.) Wissen“ gehandelt haben. Gerade dort zeigte sich die Wichtigkeit ausreichender Gespräche, sowohl innerhalb des therapeutischen Teams, als auch mit den Angehörigen. Die nötige Kommunikation fehlte hier zunächst und führte zu vermeidbaren Diskussionen, die in diesem Fall eine Verlängerung des Sterbens und damit des Leidens des Patienten bewirkte. Die medizinisch begründete präterminale Beendigung einer Infusionstherapie muß gut überlegt und soweit möglich sicher begründet sein. Man darf sich keinesfalls vorschnell dazu entschließen. Erklärende Gespräche müssen die Einsicht der Betreuenden und Angehörigen ermöglichen, insbesondere dort, wo ein solches Vorgehen neu ist. Alle Beteiligten müssen im Einzelfall von der Richtigkeit der Maßnahme überzeugt sein. Das Wohl des Patienten muß dabei oberstes Gesetz bleiben.

Dr. Rupert KLÖTZL, Arzt für Allgemeinmedizin, Premreinergasse 26/4, A-1130 Wien

„Leben. Sterben. Euthanasie?“

Susanne KUMMER

„Wer Sterbehilfe nicht will, muß für optimale Sterbebegleitung sorgen“, forderte Familienminister Martin BARTENSTEIN auf der zweitägigen interdisziplinären Fachtagung „Leben. Sterben. Euthanasie?“, die am 19./20. März in Wien stattfand. BARTENSTEIN wies darauf hin, daß sein Ressort vor fünf Jahren im Zuge einer Enquete wesentlich an der „Geburtsstunde vieler Hospizgruppen in Österreich“ beteiligt war. Doch selbst wenn der politische Wille in Österreich da ist, einer Legalisierung der Euthanasie mit allen Kräften entgegenzuwirken: Die Alarmzeichen stehen auf Rot.

Unter dem Druck der demographischen Entwicklung, steigender Lebenserwartung, Ressourcenknappheit und den inneren Mechanismen einer hedonistisch orientierten Konsumgesellschaft könnte die Diskussion um eine Legalisierung der Euthanasie bald „lawinenartigen Charakter annehmen“, meinte BARTENSTEIN besorgt. Die Niederlande, in denen bereits 15 Prozent aller Todesfälle auf aktive Sterbehilfe zurückzuführen sind, gelten - noch - als abschreckendes Beispiel. Verbotten „argumentativer Strickmuster“ gibt es allerdings auch in unseren Breiten.

Ist die Lockerung des Tötungsverbotes nicht ein Emanzipationsfortschritt? Oder zumindest unvermeidlich, wenn wir ernst machen wollen mit dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Sterben in Würde und einem humanen Tod durch „lebensbeendende Maßnahmen“ statt sinnlos verlängertem Leiden? Solche Fragen halten die weltweite Diskussion um die Tötung auf Verlangen in Atem. Und sie verlangen nach Klärung.

Nach Günther PÖLTNER, Professor für Philosophie an der Universität Wien und Grün-

dungsmitglied des interfakultativen „Instituts für Ethik in der Medizin“, lassen sich drei Hauptargumente der Euthanasiebefürworter unterscheiden: Erstens wird die absolute Achtung der Selbstbestimmung des Euthanasiewilligen eingefordert, zweitens die Befreiung von unerträglichen Schmerzen, und drittens wird behauptet, daß der Unterschied von Töten und Sterbenlassen moralisch irrelevant sei, weil die Konsequenz ja in beiden Fällen die gleiche sei: nämlich der Tod.

Wie steht es nun mit dem ersten Argument, dem Respekt des Arztes vor der selbstbestimmten Entscheidung des Patienten?

Autonomie, konstatiert PÖLTNER, wird oft mißverstanden. Selbstbestimmung meine nicht einfach „Willkür“, sondern das Vermögen „sittlich zu handeln“. Das schließt immer eine individuelle, aber auch eine soziale Komponente ein. Kann das Verlangen, getötet zu werden, einen anderen sittlich zu einer Handlung verpflichten? PÖLTNER verneint dies mit der Begründung: „Verbindlich ist nicht das fremde, sondern das eigene Gewissen!“ Es genügt nicht, daß sich der Arzt als Rechtfertigungsgrund auf das Gewissen des Patienten zurückzieht. Der Arzt sei zunächst verpflichtet, den „Inhalt des Verlangten“ zu prüfen. Ein Tötungsverlangen könne jedoch niemals zur Handlungsnorm werden. Es widerspreche fundamental der Würde des Menschen, die „unveräußerlich“ ist.

Ärzte müßten es als „moralische Zumutung“ empfinden, daß man ausgerechnet von ihnen verlange zu töten, betont auch der deutsche Moralphilosoph Anselm MÜLLER. Ein „Bestattungsunternehmer mit entsprechenden Zusatzqualifikationen“ wäre da schon eher geeignet, fügt er ironisierend hinzu. Es sei nicht einzuse-

hen, warum die Euthanasie überhaupt einer bestimmten Berufsgruppe übertragen werden soll. Wenn sie etwas Gutes ist, sollte sie zu den Pflichten jedes guten Staatsbürgers gehören. An diesem überspitzt formulierten Gedanken verdeutlicht der Wiener Internist Univ. Prof. Werner WALDHÄUSL, daß die Forderung nach Euthanasie Ausdruck der „intellektuellen Hybris“ einer selbsternannten „Elite“ entspricht, die sich sicher nicht auf eine Mehrheit der Bürger in unserer Gesellschaft berufen könne.

Was aber spricht gegen das zweite Argument: Ist Euthanasie nicht der letzte mögliche Weg, um von unerträglichen Schmerzen zu befreien, die ein Leben in Würde unmöglich machen?

Dem ist zweierlei zu entgegnen: Medizinisch gesehen hat man gerade in der Erforschung der Schmerzbekämpfung wesentliche Fortschritte erzielt. Ein Beispiel: Neunzig Prozent der schwerstkranken Patienten, die sich am Hospiz im Geriatriezentrum am Wienerwald einer Schmerztherapie unterzogen, gaben nach erfolgter Behandlung an, praktisch schmerzfrei zu sein. Der Dachverband „Hospiz Österreich“ fordert seit Jahren den Ausbau der modernen Palliativmedizin an den Krankenhäusern. Der Nachholbedarf ist hier noch groß, erste Schritte sind jedoch im Gange.

Neben der medizinischen bleibt eine psychologische Komponente bestehen: der Anblick des Leidenden erzeugt Angst, Abwehr. Hier ist echtes Mitleid von falschem (Selbst)mitleid zu unterscheiden. Die „eigene Angst vor dem Leid wird mit dem Resultat auf den Leidenden projiziert“ (PÖLTNER), so daß man sich von diesem Anblick radikal zu befreien sucht – durch die Tötung des Leidenden. Wahre Mitmenschlich-

keit hingegen, sagt PÖLTNER, hilft dem anderen „in seiner Selbstannahme“, indem man mit dem „Leidenden mitgeht“.

Gegen das dritte Argument der Euthanasiebefürworter – Sterbenlassen sei gleichzusetzen mit Töten – wehrte sich der Linzer Intensivmediziner, Univ.Prof. Kurt LENZ. Lebensrettende Maßnahmen sind nur so lange sinnvoll, als reale Chancen bestehen, das Leben des Patienten erhalten zu können. Wenn dies aber nach ärztlichem Ermessen ausgeschlossen ist, bricht man eine Therapie „nicht einfach ab“, sondern „ihr Ziel wird geändert“. Statt lebenserhaltender Therapien stehen nun Pflege und Schmerzmittel im Vordergrund. Um diese *ars dimittendi*, die „Kunst des Entlassens“, zu bewältigen, müßten die Ärzte lernen, eine „psychologische Barriere“ zu überwinden, nämlich den „Übergang von der kurativen zur palliativen Behandlung“, betonte der deutsche Rechtsmediziner Hans-B. WUERMELING. Einem „Sterbenlassen in Würde“ dürfe aber keine versteckte Tötungsabsicht unterstellt werden. Vielmehr gehe es darum, zu einem „Leben in Würde“ zu verhelfen. Denn auch Sterbende sind Lebende.

An die Akzeptanz des Todes als letzter, nicht verfügbarer Grenze des eigenen Daseins erinnerte auch die Dresdener Religionsphilosophin Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ. Die Einübung auf das Loslassen, das Bereinigen von Schulden und Schuld müsse schon jetzt trainiert werden. Pointiert ließe sich die *ars moriendi* nach GERL-FALKOVITZ auch als Lebensmotto formulieren: „Vergiß nicht zu sterben!“

Mag. Susanne KUMMER, Freie Journalistin, Wien

Die Vereinigten Staaten sind gegen Bioterroristen schlecht gerüstet

Dr. D. A. HENDERSON, Direktor des John Hopkins Center for Civilian Biodefense Studies und führende Autorität auf dem Gebiet der Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit, sowie jener Experte, der vor einem Vierteljahrhundert die Pocken ausgemerzt hat, warnt, daß eine neue Gefahr die Welt bedroht – diesmal die Waffe der Bioterroristen.

In einer Anfang des Jahres erschienenen Ausgabe von *Science* schreibt HENDERSON, kürzliche Enthüllungen hätten eine massive Biowaffen-Industrie in der früheren Sowjetunion, ein kleineres aber ebenso beunruhigendes Programm im Irak und eine verstärkte Forschung für Biowaffen in 10 anderen Ländern ergeben.

Während Militär und Geheimdienste einschlägige Planungen ausarbeiten, sind jedoch Ärzte, Spitäler und Gesundheitsdienste schlecht vorbereitet, um mit Milzbrand und Pocken, den gefährlichsten Biowaffen, zurechtzukommen.

HENDERSON appelliert an den privaten Sektor, an die Regierungen und an die Behörden für öffentliche Gesundheit, spezifische Fachärzte und Schwestern auszubilden, um die einschlägigen Symptome zu erkennen, die Diagnose zu verbessern, Impfungen und Heilbehandlungen zu entwickeln und entsprechende Richtlinien auszuarbeiten. Laut *The Lancet* hätte Bill Clinton sogar vorgeschlagen, das Budget der Health and Human Services (HHS) zur Bioterrorismus-Bekämpfung im Jahr 2000 von US\$ 158 Mio. auf US\$ 230 Mio. zu erhöhen.

Anders als bei chemischen Angriffen sind Biowaffen unsichtbar,

lautlos, geruchlos und fast unentdeckbar. Nur in wenigen Tagen oder Wochen könnten Patienten mit nie zuvor gesehenen Symptomen auftauchen. Ohne Erfahrung auf diesem Gebiet können die Ärzte jene Erkrankungen nicht erkennen und wirksam behandeln.

Science, 26. 2. 1999/*The Lancet*, 27. 2. 1999

Neues über Rauchen und Entwöhnung

Beim jährlichen Treffen der Society for Research on Nicotine and Tobacco berichtete Anne THORNDIKE, daß Teenager-Patienten nur selten Rat oder Hilfe gegen den Nikotinkonsum angeboten wird.

Das Massachusetts General Hospital hält in seinem Jahresbericht fest, daß 2/3 seiner Teenager-Patienten Raucher sind und nur 2% von ihnen Hilfe zur Entwöhnung erhielten.

Ärzte besprechen mit ihren Patienten das Thema zumeist nur im Zusammenhang mit Diagnosen, die durch Rauchen verkompliziert werden könnten, wie Asthma, Schwangerschaft oder Atemwegserkrankungen. Trotz wachsender Betonung der öffentlichen Gesundheit hat sich die ärztliche Raucherberatung in der ersten Hälfte dieses Jahrzehntes nicht verbessert. Dorothy HATSUKAMI, Professorin an der Universität von Minnesota, berichtete beim gleichen Jahrestreffen, daß eine Entwöhnungsbehandlung bei Frauen weniger Erfolg als bei Männern zeige und Frauen eine höhere Dosis von Nikotin-Ersatz benötigen. Auch die Sinneseindrücke spielen bei Frauen eine größere Rolle. Frauen neigen dazu, negative Gefühle durch Rauchen zu

überwinden, und sie meinen, daß die Gewichtszunahme bei der Entwöhnung für sie von größerer Bedeutung sei als bei Männern.

Lauren S. WAKSCHLAG und Sydney L. HANS präsentierten bei der Tagung Unterlagen, die zeigen, daß Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten, ab dem 10. Lebensjahr antisoziale Tendenzen zeigten, wie z.B. Vandalismus und Verhaltensstörung. Die Studie untersuchte die Entwicklung von 77 in Stadtzentren aufwachsenden Afro-Amerikanern von der Kindheit bis zum Jugendalter. Kinder von Müttern, die rauchten, zeigten als Kinder Konzentrationsschwierigkeiten, die jedoch nicht bis in die spätere Kindheit oder in das jugendliche Alter anhielten.

Kanadische Wissenschaftler berichteten, daß Frauen stärker auf Preiserhöhungen für Zigaretten und auf öffentliche Rauchverbote reagieren, Männer hingegen mehr auf eine öffentliche Antiraucherziehung.

Bei Männern und Frauen ist der Anteil der Raucher unter 40 Jahren deutlich höher, ebenso bei jenen mit geringer Schulbildung, sowie bei Geschiedenen oder Getrennten. Dies geht aus der Auswertung von 8.500 Formularen einer nationalen Haushaltserhebung hervor.

Society for Research on Nicotine and Tobacco, 5./6. 3. 1999

Argentinien feiert den „Tag des zur Welt kommenden Kindes“.

Am 25. März dieses Jahres wurde in Argentinien zum ersten Mal der von Präsident MENEM gegründete „Tag des zur Welt kommenden Kindes“ gefeiert. Am Tag zuvor

fand in einem Theater in Buenos Aires eine Veranstaltung statt, an der Präsident MENEM, der Erzbischof von Boston, Kardinal Bernard LAW, der ständige Vertreter des hl. Stuhls bei den Vereinten Nationen, Erzbischof Renato MARTINO, und der Sekretär des Päpstlichen Rates für die Familie Msgr. Francisco Gil HELLÍN teilnahmen. Dabei wurde ein Brief von Johannes Paul II. verlesen, in welchem er ausführte, daß, während in Argentinien der Tag zur Verteidigung des zur Welt kommenden Kindes gegründet wird, neue Bedrohungen entstehen, durch die viel menschliches Leben Gefahr laufe, des grundlegenden Rechtes auf Leben beraubt zu werden. Dabei erinnerte der Papst an die Enzyklika *Evangelium Vitae*, die die Entwicklung einer Kultur zugunsten des Lebens zum Ziel hat. Das überwiegend katholische Argentinien nahm bei den internationalen Tagungen mit Vorbehalt zu den Konsensbeschlüssen über reproduktive Gesundheit und Familienstellung. So erklärte Argentinien in Peking bei der IV. Weltkonferenz über die Frau, „daß es nicht zulassen könne, daß das Konzept für die reproduktive Gesundheit die Abtreibung einschließe, weder als solche noch als Geburtenregulation.“

Acepresa 55/99, 14. 4. 1999

Muttermilch-Ersatz-Geschäfte boomen in Italien

In Italien stehen die Mütter vor dem weltweit größten Angebot an Muttermilch-Ersatzprodukten. Einer unlängst veröffentlichten Studie zufolge kann man zwischen 187 verschiedenen Packungen und 129 verschiedenen Marken auswählen, von denen 92 in Pulverform und 37 als Flüssigkeit abgegeben werden.

10 Jahre nach der gemeinsamen Erklärung von WHO und UNICEF, Protecting, Promoting, and

Supporting Breast-feeding, wird das Stillen von den italienischen Kinderärzten und Schwangerschaftszentren noch immer weitgehend unterbewertet. Und obwohl ein Muttermilch-Ersatzprodukt in Italien bis zu 30% mehr kosten kann als in anderen europäischen Ländern und die Produkte beinahe ausnahmslos in Apotheken abgegeben werden, gaben italienische Familien allein 1994 310 Mrd. Lire (155 Mio. Euro) für Babymilch aus.

Bemühungen, das Stillen mehr zu fördern, sind in vielen europäischen Ländern verschwindend klein, verglichen mit dem Marketing der Ersatzprodukt-Hersteller.

The Lancet, 27. 3. 1999

Das Human-Genom-Projekt wird vorzeitig abgeschlossen

Am 15. März d.J. kündigten britische und amerikanische Wissenschaftler eine Beschleunigung in der Fertigstellung des Human-Genom-Projektes an. Bereits Anfang Februar 2000 – und nicht wie geplant erst 2001 – soll der erste Rohentwurf abgeschlossen werden, was bereits mindestens 90% des menschlichen Genoms beinhalten wird. Die Beschleunigung ist laut Michael MORGAN, Chef des Wellcome Trust Genome Campus, auf den Erfolg der öffentlich geförderten Programme zurückzuführen. Zu diesen zählen u.a. The Sanger Centre, Cambridge, UK, die American Laboratories, USA, das US Department for Energy und 3 amerikanische Universitäten. „Die Wissenschaft benötigt dieses Material so rasch wie möglich“, kommentiert der Sprecher des Sanger Centre, John SULSTON, die beschleunigte Vorgangsweise des Projekts, „denn es trägt wesentlich zum Verständnis der Grundlagen des Lebens, der Gesundheit und der Krankheiten bei.“

The Lancet, 27. 3. 1999

Massensterilisierungen in Gesundheitscamps

In Indien formieren sich jetzt Frauengruppierungen, um gegen die Bevölkerungspolitik der Regierung zu protestieren. Besonders in den Slumgebieten und Armenvierteln werden nämlich Frauen in eigens eingerichteten Lagern massenweise sterilisiert, und zwar im Rahmen des Indian Population Project (IPP), das von der Weltbank gefördert wird und darauf hinabriet, jährlich 40.000 Sterilisationen durchzuführen. Bis Mitte März war es bereits die Hälfte. Laut GATS („Group Against Targeted Sterilisation“), der Gruppe gegen jene Bevölkerungskontrollkampagnen, habe die Regierung den Frauen Preise, wie Wohnungen, Goldketten etc., angeboten, damit sie sich einer Sterilisierung unterziehen. Wer sich dagegen stellte, dem wurde mit Einstellung der Wasser- und Elektrizitätsversorgung gedroht.

Die Camps seien noch dazu unhygienisch, Komplikationen wären nicht selten, und es bestünde keinerlei Möglichkeit der Nachbetreuung. GATS-Sprecherin Mrudula KAPILA, meinte, man müsse sich gegen diese Vorgangsweise, die menschenverachtend ist, stellen.

The Lancet, 10. 4. 1999

Forschung mit Zellen aus in Privatkliniken vernichteten Embryonen

Im vergangenen Jahr gelang es einer Gruppe privater Forscher Stammzellen zu kultivieren, die aus menschlichen Embryonen entwickelt wurden, d.h. undifferenzierte Zellen, die für verschiedene Gewebe verwendet werden können. Man hofft, daß es eines Tages möglich sein werde, aus diesen Zellen Gewebe zur Revitalisierung erkrankter Organe zu gewinnen. Die

Verwendung dieser Stammzellen setzt eine Zerstörung von Embryonen voraus. Diese Forschung würde mit öffentlicher Förderung viel rascher vorangehen, doch verbietet in den Vereinigten Staaten ein Gesetz, jedwede Forschung mit Bundesmitteln, die impliziert, daß menschliche Embryonen zerstört, vernichtet oder unbeabsichtigt dem Risiko einer Verletzung oder Vernichtung ausgesetzt werden. Seit Monaten wird nun Druck ausgeübt, um dieses Verbot aufzuheben.

Zur Unterstützung intervenierte das Nationale Gesundheitsinstitut (INS), eine Bundesanstalt, die Forschungen auf dem Gebiet der Biomedizin fördert und dafür bestimmte öffentliche Mittel bereitstellt. Herold VARMUS, Träger des Nobelpreises für Medizin 1989, teilte mit, daß das INS Experimente mit Stammzellen, die aus menschlichen Embryonen stammen, finanzieren werde, weil diese Zellen keine Embryonen sind und somit nicht unter das Bundesverbot fallen. Gleichzeitig beauftragte er eine Kommission des Institutes mit der Ausarbeitung von Richtlinien zur Regulierung solcher Forschungen.

Die beabsichtigte Abschaffung des Verbotes schlägt vor, Experimente mit Stammzellen zu genehmigen, sofern die Embryonen, aus denen die Zellen gewonnen werden, nicht aus wissenschaftlichen Einrichtungen kommen, die von der Regierung subventioniert werden. Die Embryonen müssen aus Kliniken für In-Vitro-Befruchtungen und von Partnern stammen, die auf die Embryonen verzichtet ha-

ben. Die Zellen dürfen keinen anderen Ursprung haben, da ein Präsidialdekret von Clinton verbietet, Embryonen ausschließlich zum Zweck der Forschung zu gewinnen. Darüber hinaus dürfen die subventionierten Wissenschaftler nicht direkt die Partner um Überlassung der Embryonen ersuchen. Ebenso ist es verboten, die Partner dafür zu bezahlen, wohl aber die Vermittler solcher Spenden.

Dadurch werden Forschungen, die Embryonen zerstören, nicht direkt aus Bundesmitteln finanziert, sondern nur Forschungen mit Zellen aus bereits zerstörten Embryonen.

Acceprensa 63/99, 28. April 1999

Hundertjährige weisen den Weg zu gesundem Altern

„Bis zum Jahr 2000 wird es möglicherweise 100.000 Hundertjährige geben“, schätzt Thomas PERLS, Direktor der „New England Centenarian Study“ (NECS - Harvard Medical School, Boston, MA, USA), „das ist seit 1960 eine Steigerung um das Zehnfache in vielen Ländern.“

PERLS und andere Forscher studieren nach einer Erklärung in Genen, Persönlichkeitsmerkmalen und in der Lebensführung der ältesten Alten. Dabei kommen erstaunliche Fakten ans Tageslicht. „Mit zunehmendem Alter werden sie nicht notwendigerweise kränker“, so PERLS, „ihre Lebensführung ist generell im Erwachsenenalter abgesichert. Sie machen Bewegung und

essen moderat. Genetische Faktoren spielen eine Rolle: Altern und Krankheit werden verzögert.“

Nach Bo HAGBERG (Gerontologie, Lund, Schweden) haben die schwedischen Hundertjährigen den niedrigsten Grad an Dementia (28%). „Von 100 Überprüften lebten 15 allein, 10 allein mit einer Betreuung, 52 schafften ein Leben mit kaum oder ganz wenig Hilfe.“ Psycho-physiologische Wechselwirkungen werden untersucht. „In Schweden sind die Alten verantwortungsbewußter und weniger anfällig für Angstzustände.“

In Frankreich (3853 Hundertjährige in 1990) waren 58% von 700 Untersuchten bei guter bis sehr guter Gesundheit. „Ideale Beispiele positiver Gerontologie“ – so Michel ALLARD, IPSEN, Paris. „Sie sind ruhig, kommunikativ, freundlich optimistisch und tolerant.“ Er vergleicht sie mit Überlebenden eines Schiffbruches, die alle Lebenskrisen gut überstanden haben.

Bernard JEUNE, Universität Odense, Dänemark, ist skeptischer. „Auch Hundertjährige sterben an Krankheiten, nicht nur am hohen Alter.“ Er begründet das Altwerden mit der Leistung heutiger Medizin (Hüftoperationen, Beseitigung von grauem Star, Impfungen).

„Was können wir von Hundertjährigen lernen?“ fragt PERLS von NECS: „Nicht so sehr, wie man lebt, um hundert zu werden, sondern wie man zu jeder Lebenszeit das Maximum an Möglichkeiten herausholt.“

The Lancet, 27. März 1999

RdM RECHT DER MEDIZIN:
Wien, Zeitschrift in Deutsch

6. Jahrgang Heft 2, 1999

Editorial

Impressum

Beiträge:

Walter J. PFEIL: Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und die Betreuung behinderter Menschen;
Günter FLEMMICH: Die Leistungsangebotsplanung in der sozialen Krankenversicherung;

Peter STEINER: Physiotherapeutische Einrichtungen unter ärztlicher Leitung – ein Konfliktpotential?
Verwaltungsverfahrensnovelle 1998; Telekommunikation – Verordnung über die Erteilung genereller Bewilligungen – Änderung;

Novelle zum ArzneiwareneinfuhrG;

Novelle zur Verordnung über Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik und die bei der Vornahme von HIV-Tests einzuhaltende Vorgangsweise; Unterbringungsgesetz - Minderjährige;

Kundmachung von Rechtsvorschriften;

Kostenersatzanspruch bei Zahnbehandlung; OGH 28. 4. 1998, 10 ObS 73/98b;

Rechtsprechung zum Disziplinarrecht;

Buchbesprechung

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien

Quartalschrift in Spanisch
Vol. IX, N° 37, 1ª 1999

Presentación: Dr. Pablo Arango RESTREPO: Consideraciones sobre las implicaciones de la Bioética en la Institución universitaria;

4. Docencia de la Bioética:

Ponencias Mesa Redonda:

- El futuro de la docencia de Bioética en España. Prof. Frances ABEL,

s.j. Director de l'Institut Borja de Bioética, Sant Cugat, Barcelona;

- Algunas consideraciones sobre docencia de bioética para postgraduados. Prof. Luis Miguel PASTOR, Titular Biología Celular, Director Master en Bioética, Univ. Murcia;

- La enseñanza de la Bioética en España. José Delfín VILLALÁN, Catedrático Medicina Legal, Univ. de Valencia;

- Formación en Bioética. Dr. Juan VIÑAS, Decano de la Facultad de Medicina de la Univ. de Lleida; Jefe Sección Cirugía Hospital Univ. Arnau, Vilanova, Lleida;

Comunicaciones:
4.1 - Docencia en Enfermería: ética y bioética. Mª Lourdes CANTERO; A. MORATILLA; J.L. Molino CONTRERAS. E.U.Enfermería de Cartagena;

4.2 - La formación bioética en la Universidad. Juan Antonio Díaz GONZÁLEZ, Médico, Madrid;

4.3 - Comentario al Programa Clínico de Humanidades Médicas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chicago Loyola. Guillermo Díaz PINTOS, Prof. Facultad Derecho, Univ. Castilla La Mancha, Cuenca;

4.4 - Docencia de la Bioética en la Facultad de Odontología de la Univ. de Barcelona. Jordi FERRÉ; Xavier SARRIAS (Fac. Odontología Univ. Barcelona); Isabel VILADOMÍU (Lcda Psicología, Master en Bioética Univ. Barcelona);

4.5 - El contenido de la Bioética como enseñanza de tercer ciclo en las Facultades de Derecho. Rafael JUNQUERA, Dpto Fª Jurídica, Fac. Derecho UNED, Madrid;

4.6 - La enseñanza de la bioética en las Facultades de Derecho. Ana Mª Marcos DEL CANO, Derecho Natural y Fª del Derecho, UNED Madrid;

4.7 - La docencia de la Bioética en la Universidad de Las Palmas. Car-

men Delia Medina CASTELLANO, Prof. Bioética E.U.Enfermería Las Palmas;

4.8 - Programa de formación en Bioética para médicos internos residentes en Pediatría: una propuesta. José Manuel Moreno VILLARES (Médico pediatra, Hospital 12 de octubre, Madrid); M.J. GALIANO (Médico pediatra Atención Primaria); M. GALIANO (Fisioterapeuta, Hospital 12 Octubre, Madrid);

4.9 - La bioética en la enseñanza secundaria. Juan Carlos PARDO (Médico, master en Bioética Univ. Santiago, Profesor IES); Pedro NOZAL (Profesor Biología, Master en Bioética Univ. Santiago), La Coruña;

4.10 - Una metodología para el estudio de casos bioéticos. Gloria Tomás y Garrido (Dra en Farmacia, Valencia); Mª Angeles Mora PLA (DUE y Abogada);

4.11 - Docencia en Bioética. Javier Vega GUTIÉRREZ; E. VLEMING; D. SOTO; A. CASTILLA; M. VILLA (Medicina Legal, Univ. de Valladolid);

5. Temas variados:

Comunicaciones:

5.1 - El consentimiento del trabajador en la nueva reglamentación de la ley de prevención de riesgos laborales. José Mª Aguirre FERNÁNDEZ, Médico trabajo;

5.2 - ¿Vigencia del Código de Núremberg después de cincuenta años? M. Ferrer COLOMER; Luis Miguel PASTOR (Departamento Biología Celular, Master en Bioética Univ. Murcia, Centro de Investigación y Formación en Bioética);

5.3 - Las lesiones al feto en el nuevo Código Penal. Carmen García MIRANDA, Dra Derecho, Fª del Derecho, Univ. La Coruña;

5.4 - La Bioética y el respeto a los valores de países con diferentes culturas. Fatemeh RAHBAR, Theran Medical University; Bioethical Physician, Irán;

5.5 - Situación actual de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): principales dilemas éticos. P.J. Sánchez ABAD; L.M. PASTOR; M. Sánchez ABAD (Departamento de Biología Celular, Facultad de Medicina Univ. de Murcia, Centro de Investigación y Formación en Bioética);

5.6 - Aspectos jurídicos y éticos de la esterilización de personas con retraso mental. José Antonio SEOANE, F^a del Derecho, Univ. La Coruña; Colaboraciones:

- La 'muerte encefálica' y la determinación práctica de la muerte: otra opinión disidente. Alejandro Serani MERLO;

Fundamentación en Enfermería:

- El cuidado de una vida humana. M^a Mercedes Hackspiel;

Documentación:

- Declaración de principios éticos comunes a quienes prestan la asistencia sanitaria. Tavistock Group;

- El aborto con píldora también es un crimen. Declaración de la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española (17.VI.98);

- Consejo de Europa: Proyecto de protocolo sobre Trasplantes de Organos y Tejidos de Origen Humano;

- Consejo de Europa: Documento sobre Xenotrasplantes;

- Cuestiones de actualidad:

- RU-486 y la ética social. Gonzalo HERRANZ;

- El problema no es el feto, sino la situación materna. Montserrat RUTLLANT;

- Clonación „dura“ y clonación „blanda“. Antonio PARDO;

- Reflexiones acerca de la eutanasia. José Luis VELAYOS;

- Acceso del paciente a la historia clínica: análisis ético;

- Nieves MARTÍN y Teresa DELGADO;

Congresos y cursos de bioética

Bibliografía recibida

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

1999/1; Editoriale: Clonazione umana „terapeutica?“;

E. SGRECCIA, M. CASINI: Diritti umani e bioetica;

W.J. EYK: The Universal Declaration of Human Rights in medical-ethical perspective;

P. BENCIOLINI, R. PEGORARO, F. CADELLI: Il servizio di bioetica dell'azienda ospedaliera di Padova:

un'esperienza italiana di consulenza e formazione etico-clinica;

G. BOZZATO: Quando inizia ad esistere l'individuo umano?

Notizie flash

Documentazione:

Dal Magistero del Santo Padre:

I. Giovanni Paolo II: Messaggio per la celebrazione della Giornata Mondiale della Pace 1999: Nel rispetto dei diritti umani il segreto della pace vera;

II. Il Santo Padre: Le ideologie totalitarie che hanno degradato l'uomo ad oggetto trovano preoccupanti riscontri in certe manipolazioni sulla vita;

III. Giovanni Paolo II: Occorre fare del principio di solidarietà il criterio costante e qualificante delle scelte di politica economica;

Dalla Santa Sede:

Intervento del Cardinale Segretario di Stato al II Incontro di politici e legislatori d'Europa: Il politico al servizio del bene comune: la legge naturale stella polare della sua azione;

Dal Magistero Episcopale:

Vescovi dell'Australia. Lettera pastorale: Una pietra miliare per la famiglia umana;

Legislazione Italiana:

I. Ministero della Sanità. Ordinanza 22 dicembre 1998: Proroga dell'efficacia dell'ordinanza 5 marzo 1997 concernente il divieto di commercializzazione e pubblicità di gameti ed embrioni umani;

II. Ministero della Sanità. Ordinanza 22 dicembre 1998: Proroga dell'efficacia dell'ordinanza 5 marzo 1997 relativa al divieto di pratiche di clonazione umana o animale;

Dai Comitati di Etica:

Italia, Comitato Nazionale per la Bioetica: Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi;

Dai Centri di Bioetica:

Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Sulla fecondazione artificiale eterologa;

Notiziario:

International Conference on „50 years of clinical trials: past, present and future“;

XI Convegno di studio sulle Residenze per la Terza Età;

Recensioni:

A. SCOLA: Quale vita? La bioetica in questione (V. MELE);

B.P. MINOGUE, G. PALMER-FERNANDEZ, J.E. REAGAN (eds.): Reading ENGELHARDT. Essays on the Thoughts of H.T. ENGELHARDT (R. SALA);

Segnalazioni Bibliografiche

Etica e ambiente

Medicina e Morale 1996-1998

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

7. Jahrgang Heft 1, 1999

A. RESCH (Institut für Grenzgebiete der Wissenschaft, Innsbruck): Auf dem Weg in ein neues Jahrtausend;

Leitartikel:

Martin KALINOWSKI, Katrin BORCHERING, Wolfgang BENDER: Die Langfristlagerung hochradioaktiver Abfälle als Aufgabe ethischer Urteilsbildung (!);

Peter FONK: Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderungen (!);

Anselm Winfried MÜLLER: Das „Recht auf Euthanasie“. Autonomie mit Nachhilfe;

Diskussionsforum:

Harald SEUBERT: Die Aktualität des Guten. Über ein neues Paradigma in der Ethik;

Dokumentation:

50 Jahre Allgemeine Erklärung der Menschenrechte in der von der Generalversammlung der Vereinten

Nationen am 10. Dezember 1948 beschlossenen Fassung;
Nachrichten:

IV. Kongreß für Ethik und Umweltpolitik; Ethik und Wissenschaft; Homepage des IGW;

Bücher und Schriften:

Wilhelm KORFF/Lutwin BECK/Paul MIKAT (Hrsg.): Lexikon der Bioethik (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

A. W. BAUER (Hrsg.): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte. Klinische Probleme. Ärztliches Handeln (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

M. RAUCHFUSS/A. KUHLMMEY/P. ROSENMEIER: Frauen in Gesundheit und Krankheit: die psychosoziale Lebensperspektive (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

Herbert ROMMEL: Zum Begriff des Bösen bei AUGUSTINUS und KANT: der Wandel von der ontologischen zur autonomen Perspektive (I. Konczik);

Wilhelm LÜTTERFELDS/Thomas MOHRS (Hrsg.): Eine Welt - eine Moral? Eine kontroverse Debatte (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

Arno ANZENBACHER: Christliche Sozialethik: Einführung und Prinzipien (W. LESCH);

Gerhard HÖVER (Hrsg.): Leiden (I. Konczik);

Wolfgang KLUXEN: Perspektiven der Wirtschaftsethik (M. MARING);

Detlef AUFDERHEIDE/Martin DABROWSKI (Hrsg.): Wirtschaftsethik und Moralökonomik. Normen, soziale Ordnung und der Beitrag der Ökonomik (M. MARING);

Karl-Georg MICHEL: Konsumethik in der Wohlstandsgesellschaft (H. J. MÜNK);

Josef WIELAND (Hrsg.): Unternehmensethik in der Praxis: Impulse aus den USA, Deutschland und der Schweiz (V. SCHUBERT-LEHNHARDT);

Arnd Peter BURKARD: Markt als Gesellschaftsspiel: zur wirtschaftsethischen Gestaltung unserer geschichtlichen Situation (K. RÖTTGERS);

ETHICA-Bibliographie

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

6. Jahrgang Heft 1, 1999

Editorial

Beiträge:

Erika WAGNER: Integratives Umweltrecht auf nationaler und europäischer Ebene;

Rechtsprechung:

Europarecht:

Lärmrecht: Maßnahmen gleicher Wirkung - RL über die Schallemissionen von Luftfahrzeugen - Strenge nationale Grenzwerte - Behinderung der Einfuhr eines Flugzeugs;

Wasserrecht: Vertragsverletzung - Qualität der Badegewässer;

EuGH in Leitsätzen:

Klagebefugnis: Individuelle Beschaffenheit als Voraussetzung der Klagebefugnis;

Verwaltungsrecht:

Internationales Wasserrecht: Kein Schutz ausländischer Gewässerbenutzungen;

Baurecht: Nachbarschutz gegenüber Mastschweinezucht;

VwGH in Leitsätzen:

Wasserrecht: Sanierungsanordnungen gegenüber Voreigentümer

Wasserrecht: Wasserverwendung für Beschneigungsanlagen bildet keinen „öffentlichen Zweck“;

Arbeitnehmerschutzrecht - Gewerberecht: Vorsorgeprinzip beim Arbeitnehmerschutz;

Luftfahrtrecht: Keine Parteistellung von Nachbarn eines Flugplatzes;

Altlastensanierung: Altlastenbeitrag - Feststellungsverfahren nach § 10 ALSG;

Altlastenbeitrag: Parteistellung des Bundes (vertreten durch das Hauptzollamt);

Baurecht: Nachbarschutz gegenüber Schießstand;

Baurecht: Zu den Grenzen baurechtlicher Duldungspflicht;

Naturschutzrecht: Interessensabwägung bei Bergbauvorhaben;

Eisenbahnrecht: Bürgerbeteiligung im eisenbahnrechtlichen Verfahren;

Zivilsachen:

Nachbarrecht: Modellflugzeuge dürfen fremde Grundstücke nur unter den Voraussetzungen des § 364 Abs 2 ABGB überfliegen;

Regreß: Zivilrechtlicher Regreß zwischen mehreren öffentlich-rechtlich Verpflichteten bei Bodenkontaminationen;

Neues Umweltrecht (Herbert WEGSCHEIDER)

Buchbesprechungen, Informationen

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 24 No. 1, 1999

Laurence B. MCCULLOUGH: Moral Authority, Power and Trust in Clinical Ethics;

Edmund L. ERDE: Informed Consent to Septoplasty: An Anecdote from the Field;

Edmund L. ERDE: A Commentary on 'Informed Consent to Septoplasty: An Anecdote from the Field';

Howard BRODY: Commentary: What we Have Here, is Failure to Communicate;

Stephen WEAR: Enhancing Clinician Provision of Informed Consent and Counseling: Some Pedagogical Strategies;

Barbara SECKER: The Appearance of Kant's Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Patient Autonomy in Bioethics;

Kathinka EVERS: The Identity of Clones;

Laurence B. MCCULLOUGH: A Basic Concept in the Clinical Ethics of Managed Care: Physicians and Institutions as Economically Disciplined Moral Co-Fiduciaries of Populations of Patients;

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 29 No. 1, 1999

Contributors, From the Editor, Letters

- Old World News: Richard H. NICHOLSON: Unity in Diversity; G. Q. MAGUIRE, JR., and Ellen M. MCGEE: Implantable Brain Chips? Time for Debate; Mary Terrell WHITE: Making Responsible Decisions: An Interpretive Ethic for Genetic Decisionmaking; Case study: Resistance and Refusal: Commentaries by Sarah-Vaughan BRAKMAN and Eileen AMARI-VAUGHT; At law: Carl E. SCHNEIDER: Justification by Faith; H. M. MALM: Medical Screening and the Value of Early Detection. When Unwarranted Faith Leads to Unethical Recommendations; Van Rensselaer POTTER: Bioethics, Biology, and the Biosphere. Fragmented Ethics and „Bridge Bioethics“; Peter J. WHITEHOUSE: The Ecomedical Disconnection Syndrome; Reviews: Dan BEAUCHAMP: The World We Are Losing; Daniel CALLAHAN: Health Behavior Research In the literature, Research notes In brief: Researchers Close In on Primordial Stem Cells; An Uncertain Future for Assisted Suicide; Calendar and Announcements: Inside back cover
- Special Supplement: Empirical Research on Informed Consent. An Annotated Bibliography
- ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien. Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
- Anno XIV, n.2 - 1998
- Dedica a Sua Santità
- Editoriale, Sommari
- Trent'anni di *Humanae vitae*: bilancio e prospettive
- a) Studio: Angelao SCOLA - Livio MELINA, Profezia del Mistero Nuziale;
- b) Testimonianze di pastori: Card. Giacomo BIFFI (Bologna), Dove c'è la Chiesa, là non c'è la morte;
- Card. Francis GEORGE (Chicago), Education in Love: the Interior Culture of the Person;
- Card. Alfonso López TRUJILLO (Roma), Consideraciones pastorales, a los 30 Años de la encíclica „*Humanae vitae*“;
- Card. Jean-Maria LUSTIGER (Parigi), 1968 - 1998;
- Card. Joachim MEISNER (Colonia), Der prophetische Charakter der Enzyklika „*Humanae vitae*“;
- Card. Antonio María ROUCO VARELA (Madrid), El 'principio de responsabilidad' en la „*Humanae vitae*“;
- Articoli: Georges CHANTRAINE, „L'Éternel Féminin“;
- Gilfredo MARENGO, La singolarità di Gesù Cristo e il mistero della sessualità umana;
- Norbert und Renate MARTIN, Gott in Ehe und Familie;
- Philippe CASPAR, Génération: enracinement biologique et enjeux spirituels;
- Francisco Gil HELLÍN, Intervención conciliar de Pablo VI sobre el matrimonio y la familia;
- In rilievo: Graziano BORGONOVO, Alle sorgenti della modernità. Le riduzioni della „conscienza“ e della „ragione“ in Martin Lutero ed Erasmo da Rotterdam;
- Josep Alfred PERIS Y CANCIO, La protección del menor no nacido: hacia una declaración de los derechos del no nacido;
- Nota critica: Kevin L. FLANNERY, Embryos, Active Potency, and Twinning;
- Juan Carlos Vera GALLEGÓ, El „Mistero de la sociedad“ como „sentido de la historia“;
- Livio MELINA, La bioetica: tra casistica e principi
- Vita dell'Istituto, Indice 1998

**LEBEN BIS ZUM ENDE –
ZUR ETHIK DES STERBENS UND DES
TODES**

Günter VIRT

Tyrolia Verlag, Innsbruck - Wien 1998

111 Seiten

ISBN 3-7022-2172-7

G. VIRT ist Professor für Moralthologie an der Universität Wien und Leiter des Senatsinstituts für Ethik der Medizin. Sein vorliegendes kleines Buch behandelt, allgemeinverständlich, ethische Probleme von Krankheit und Tod: Aktive Euthanasie (Suizidbeihilfe, Tötung auf Verlangen des Kranken, Tötung ohne Verlangen des Kranken), „passive“ Euthanasie (Behandlungsabbruch), Palliativmedizin (Probleme evtl. lebensverkürzender Nebenwirkungen), Patientenverfügungen, Zeitpunkt des Todes insbes. im Zusammenhang mit Organpenden, Pietät gegenüber dem toten Menschen. Außerhalb dieses in sich geschlossenen Themenbündels liegt eine kurze Erörterung der Todesstrafe, die nach dem Autor unter allen nur denkbaren Umständen abzulehnen ist, während ja das kirchliche Lehramt, z.B. der Katechismus der Katholischen Kirche, zwar ebenfalls die Todesstrafe grundsätzlich ablehnt, aber nicht ausschließt, daß unter speziellen Umständen die Anwendung der Todesstrafe gerechtfertigt werden könnte.

Zentrales Thema des Buches, auch für dessen Adressaten besonders hilfreich, ist freilich das Lebensende von todgeweihten Patienten, nicht von Delinquenten. Die Argumente sind christlich geprägt, nehmen immer wieder auf christliche Lehre und christliche Werte Bezug, sind aber nicht streng theologisch hergeleitet. Beispiel: die Auseinandersetzung mit dem radikalen Utilitaristen Peter SINGER. In seiner „Praktische Ethik“ reduziert SINGER die Zulässigkeit aktiver Euthanasie (= Tötung) von Menschen, selbst wenn sie nicht euthanasiert zu werden

wünschen, auch von geistig schwerst Behindereten, auf zwei sehr simple Prämissen:

1. Einzelnen Menschen komme die Person-Eigenschaft nur bei wenigstens minimalem individuellem Selbstbewußtsein zu; und nur die Tötung von Personen könne Unrecht sein.
2. Nur auf das Resultat eines Verhaltens (hier: den Tod eines Menschen) komme es an, nicht jedoch, ob dieses Resultat durch ein aktives Tun oder durch Unterlassen erreicht werde; die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen sei somit ethisch nicht relevant.

Wenn nun der Autor gegenüber (1) erklärt, nicht die individuell ausgeprägten Eigenschaften, hier: das Selbstbewußtsein, sondern das Menschsein als solches (auch das des geistig Schwerstbehinderten) konstituiere die schutzwürdige Person, und wenn er gegenüber (2) eine Handlungslehre vorbringt, die sinnvoll zwischen Töten und Sterbenlassen unterscheidet, so scheint mir das sehr plausibel (d.h. ich sehe das ebenso), aber nicht spezifisch christlich. Ich vermute, daß auch sehr viele Nicht-Christen Peter SINGER ungefähr dieselben sehr vernünftigen Argumente entgegenhalten – sofern sie SINGER nicht, was bei diesem sehr umstrittenen Gelehrten leider auch vorkommt, mit brutalen Demonstrationen und Boykott belegen.

Nirgends, soweit ich erkennen kann, wird behauptet, daß jedes ethisch relevante Argument ein proprium christianum sein müsse, daß Ethik nicht anders als aus der Lehre des Christentums begründet werden könne. (–Vgl. dazu neuerdings „WORAN GLAUBT, WER NICHT GLAUBT?“, Briefwechsel zwischen Kardinal Carlo Maria MARTINI und Umberto ECO, Zsolnay Verlag, Wien, 1998, S. 74-93; Anfrage Kardinal MARTINIS „Woher leuchtet das Licht des Guten?“, Antwort ECOS: „Wenn der andere ins Spiel kommt, beginnt die Ethik.“)

Eindringlich ist die Stellungnahme gegen jederlei Tötung auf Verlangen: Wo diese einmal akzeptiert wird, entsteht fast automatisch, ohne daß irgendjemand Böses im Schild führen müßte, Druck auf jeden nicht mehr Heilbaren, sein der Umgebung nicht mehr leichterkennbar nützliches, mühseliges Dasein durch einen Sterbenswunsch „taktvoll“ abzukürzen.

Dieses Buch ist weniger ein ausgefeilter Beitrag zu wissenschaftlicher Diskussion (wenige detaillierte Auseinandersetzungen, kaum Literaturhinweise), vielmehr eine in sich schlüssige, christlich fundierte Orientierungshilfe für Laien, besonders hilfreich für Angehörige schwer leidender Patienten. Es ist dankenswert, daß ein Wissenschaftler es der Mühe wert findet, ein solches Buch zu schreiben.

Th. CORNIDES

BEIHILFE ZUM SUIZID. EIN WEG IM STREIT UM STERBEHILFE?

Günther RITZEL (Hrsg.)

S.Roderer Verlag, Regensburg, 1998

110 Seiten

ISBN 3-89073-244-5

6% der Klinikärzte und 11% der niedergelassenen Ärzte Deutschlands haben Fälle erlebt, in denen aktive Sterbehilfe praktiziert wurde. Dies ergab eine im Herbst 1996 durchgeführte repräsentative Befragung von K.H. WEHKAMP, H. KEITEL und H. HILDEBRAND. Die Autoren melden weiters im besprochenen Buch, daß gut die Hälfte der Befragten von Fällen berichten, in denen Patienten sie um aktive Sterbehilfe gebeten haben. Ein Drittel aller Befragten könnte sich Situationen vorstellen, in denen sie aktive Sterbehilfe leisten möchten. In einem anderen Beitrag beschäftigt sich A. SIMON mit den sogenannten „Euthanasiegesellschaften“, deren derzeitige Aufgabe es ist, ihre Mitglieder zu informieren, wie eine Selbsttötung sicher zu bewerkstelligen und Selbstmordwilligen im Rahmen der bestehenden Gesetze beizustehen

ist. Die „European Division of Right to Die Societies“ weisen 13 Mitgliedsgesellschaften in elf europäischen Ländern auf. Manche Gesellschaften bieten auch ihre Dienste via Internet an. Um Mitgliedschaft kann auch via Internet angesucht werden. Diese rein informativen Beiträge zeigen mit aller Deutlichkeit, wie dringend die Auseinandersetzung mit dem Thema ist. Leider gehören Sterbehilfe und Hilfe beim Suizid bereits zur Berufswirklichkeit von Ärztinnen und Ärzten in Europa.

Meistens wird das Thema dieses Buches in der Euthanasiedebatte als Unterkapitel mitbehandelt. Und es ist richtig, hier zu trennen, weil in Europa der Konsens gegen die Euthanasie – mit Ausnahme der Niederlande – ungebrochen ist, während der Trend dahingeht, die Beihilfe zum Selbstmord zuzulassen. In diesem Sinn ist das von Günther RITZEL, dem ärztlichen Leiter des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim, herausgegebene Buch mit den Beiträgen eines 1997 stattgefundenen Symposiums sehr zu begrüßen.

Die Beiträge der Psychiater J. ALDENHOFF (Universität Kiel) und W. FELBER (Universität Dresden), die jeweils die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention vertreten, legen eindeutig dar, daß für den Psychiater der Gedanke fremd ist, in irgendeiner Form Beihilfe zum Suizid zu leisten. Sie sind in der alltäglichen Arbeit damit beschäftigt, Suizid zu verhindern und die Krankheiten zu behandeln, die zum Suizid führen. Keiner weiß so gut wie der Psychiater, daß der Wunsch zu sterben bei Menschen mit auch seelischen Erkrankungen meistens vorübergehend ist und unter adäquater Behandlung wieder in den Hintergrund gerät.

Die ablehnende Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Beihilfe zum Suizid als Einstieg in die selbstbestimmte Wahl des eigenen Todes wird von Prof. BELEITES, Jena, erläutert. Es wird darin festgehalten, daß die deutsche Ärzteschaft nicht bereit ist, aktive Sterbehilfe zu leisten. Der Arzt ist Anwalt des Lebens, al-

lerdings nicht verpflichtet, es unter allen Umständen zu erhalten. Ein Verzicht auf möglicherweise lebensverlängernd wirkende Maßnahmen kommt nur in Betracht, wenn sie keine Hilfe für den Patienten darstellen, sondern ihn unvertretbar belasten.

J.P. BECKMANN (Fernuniversität Hagen) geht in seinem Aufsatz vom Kant'schen Spruch aus, „das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person vernichten, ist ebensoviel, als die Sittlichkeit selbst...aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist“. Der Aufsatz weist auf den doppelten ethisch relevanten Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Suizidassistentz hin: einerseits die Tötungskausalität (Fremdtötung vs. Selbsttötung) und andererseits das Maß der Selbstbestimmung. Bei der Bitte um Suizidassistentz verbleibt das Gesetz des Handelns bei dem Suizidanten, der seine Autonomie bis zuletzt bewahrt. Die Tötung auf Verlangen ist für BECKMANN auch deswegen ethisch prinzipiell nicht rechtfertigungsfähig, weil der dies Verlangende unvermeidlich den Zwiespalt des um Hilfe Gebetenen, der ihm beisteht, mißachten muß. „Der um Tötung Bittende instrumentalisiert, ohne dies vielleicht zu wollen, de facto seine Helfer“. Das gilt aber nicht immer für die Beihilfe zum Selbstmord. Dort steht ein vermeintliches Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich nicht töten kann, aber sterben will, dem „Recht seiner Umgebung, der Ärzte und Helfer, der Verwandten und Freunde, niemals und unter keinen Umständen an der Tötung eines Menschen mitzuwirken, unversöhnlich gegenüber.“ BECKMANN sieht eine Möglichkeit, den Konflikt nur dann zu lösen, wenn der Suizidant sich wirklich in einer objektiv ausgewogenen Situation befindet und der angesprochene Helfer sich um die gleiche Hilfe bemühen würde, falls er sich in einer solchen Situation befindet. BECKMANN konzidiert also eine Ausnahme zur Regel, aber er bleibt ihre Rechtfertigung schuldig. Denn die angegebene Definition der Ausweglosigkeit ist weder wirklich operativ

genug noch sittlich legitimierend, und darüber hinaus kann die faktische Einstellung des Helfers niemals dafür entscheidend sein, ob die Handlung sittlich ist oder nicht. Die von ihm kritisierte Position von Robert SPAEMAN, die eine Ausnahme zur Regel nicht zuläßt, ist zweifellos die konsequentere.

H.-L. SCHREIBER erläutert die Rechtslage in Deutschland, wo es – anders als in Österreich – für die Beihilfe zum Selbstmord einen begrenzten Freiraum gibt, obwohl die Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung die Mitwirkung des Arztes bei einer Selbsttötung als ethisch unzulässig ablehnen. Die Grenze der Strafbarkeit für die Mitwirkung beim fremden Suizid soll nach übereinstimmender Meinung die Täterschaft sein, wenn die Mitwirkung die Grenze bloßer Teilnahme also überschreitet.

Von besonderem Interesse ist ein Bericht von G.K. KIMSMA und E. VAN LEUWEN über Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord in den Niederlanden. Der Vergleich zwischen dem Remmelink-Bericht aus 1990 und dem von WAL und anderen aus 1995 zeigt, daß es 1995 1000 Fälle von Tötung ohne ausdrückliche Einwilligung gab. 1990 waren es 900. Die Bereitschaft der Ärzte, ihre Intervention im Zusammenhang mit der Euthanasie zu melden, wie das Gesetz für die Entlastung des Arztes vorsieht, ist nach wie vor eher gering: Noch immer ist es weit mehr als die Hälfte der Pflichtmeldefälle, die nicht gemeldet werden. Der Aufsatz bringt einen interessanten Vergleich der Argumente der langjährigen Diskussion (mehr als hundert Jahre) in den Niederlanden und in anderen Ländern (Großbritannien, USA und Deutschland). Er zeigt, daß nicht überall die gleichen Argumente gleich stark ziehen und daß sich im Laufe der Zeit das Gewicht der verschiedenen Standpunkte verändert.

Dieses Buch stellt einen wertvollen Beitrag zur Diskussion dar, obgleich sein Tenor eher ablehnend gegenüber der Beihilfe zum Selbstmord ist. Die entscheidenden Argumente ge-

gen die Sittlichkeit des Selbstmords selbst über die Jahrhunderte hindurch werden in den verschiedenen Beiträgen vorausgesetzt, aber kaum explizit thematisiert.

E.H. PRAT

KOOPERATION IM KRANKENHAUS

Klaus HENNING, Ingrid ISENHARDT, Clemens FLOCK (Hrsg.)

Hans Huber Verlag

Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 1998

245 Seiten

ISBN 3-456-82955-8

Das Buch befaßt sich mit der Thematik „Zusammenführung von ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen im Stationsteam zur Verbesserung der Motivation und Effizienz“. Es bringt die Ergebnisse eines Forschungsprojektes, das 1993 vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie unterstützt wurde. Aufgabe des Projektes, an dem sich Universitätskliniken in Frankfurt und Aachen beteiligten, war es, eine neue organisatorische Struktur in der Zusammenarbeit der stationsbezogenen Berufsgruppen zu entwickeln und zu erproben. Reorganisationsmaßnahmen sind sehr aufwendig, aber, so meinen die Autoren, dennoch vielversprechend. Ohne intensives Engagement der Beteiligten wären sie nicht möglich gewesen.

Trotz der derzeitigen Überlastungsprobleme ist mehr Flexibilität und Kooperationsfähigkeit erforderlich, um neue dezentrale und ambulante medizinisch-pflegerische Leistungen anbieten zu können. Kriterien wie Effizienz und Wirtschaftlichkeit treten im Zuge der Auseinandersetzung mit Qualitätsmanagement, sowie Ertrags- und Kostenentwicklung in den Mittelpunkt.

Die derzeitige Organisation von Arbeitsabläufen im stationären Bereich, und die zur Zeit problematischen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen der pflegerischen und ärztlichen Berufsgruppen führen – wie bereits

zuvor angesprochen – zu Reibungsverlusten in der täglichen Arbeit. Arbeitsabläufe sind nicht immer effizient und wirtschaftlich, was zu Motivationsverlusten und zu Arbeitsunzufriedenheit führt. Die Kostenexplosion im KH, die Technisierung der modernen Medizin, die belastenden Arbeitsbedingungen für die beteiligten Berufsgruppen, Personalmangel und nicht zuletzt die hohe Fluktuation vor allem im Pflegebereich, sind deutliche Zeichen für Turbulenzen und den Reorganisationsbedarf.

Der Erfüllung der Forderung nach verbesserter Kooperation und erhöhter Wirtschaftlichkeit sowie die Realisierung von erforderlichen Reorganisationsmaßnahmen stehen zahlreiche unterschiedliche Hindernisse entgegen wie:

- Kooperationshemmnisse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im KH, häufig bedingt durch starke organisatorische Trennung,
- starre, berufsgruppenbezogene Hierarchien,
- fachübergreifende, methodische und soziale Kompetenzen werden nicht genügend gefördert,
- zentrale Strukturen und zentrale Datenverwaltung
- mangelnde Transparenz der verursachten Kosten und Erträge für die Mitarbeiter in den medizinischen Abteilungen und
- geringes Kostenbewußtsein der Beschäftigten.

Die aufgezeigten Problemfelder verdeutlichen, daß der angestrebte Veränderungsprozeß in einem KH angesiedelt ist, in dem Menschen, Organisationsformen und Technologien in dynamischen Wechselbeziehungen zueinander stehen. Reorganisationsprozesse müssen deshalb die Gestaltungsfelder Mensch – Technik – Organisation und ihre Wechselwirkungen berücksichtigen.

Das letzte Kapitel zeigt Möglichkeiten für den Umstrukturierungsprozeß auf. Sicher bedarf es im jeweiligen Fall der Adaptierung an die verschiedenen Krankenhäuser. Denkanstöße sind bestimmt für jeden dabei.

M. POENARU

TÖTUNG AUF VERLANGEN – WOHLTAT ODER UNTAT?

Anselm Winfried MÜLLER

Ethik aktuell, Band 3

Kohlhammer

Stuttgart - Berlin - Köln, 1997

205 Seiten

ISBN 3-17-015110-X

Anselm W. MÜLLER (Professor für Philosophie an der Universität Trier und Leiter der Forschungsstelle für aktuelle Fragen der Ethik) hat einen interessanten Beitrag zur öffentlichen Euthanasiediskussion vorgelegt. Er sieht zwar die grundlegende Bedeutung sowie die Gefahren, die mit der Diskussion um die Zulässigkeit von Tötung verbunden sind; er hält aber nichts davon, die begonnene Debatte zu verhindern oder zu ignorieren. Er will vielmehr dazu beitragen, die Debatte gründlich zu führen und sie auf diese Weise von ihrer *Einseitigkeit* zu befreien; denn diese Einseitigkeit verschafft den Befürwortern der Euthanasie scheinbare Selbstverständlichkeit und Plausibilität für ihre Forderung. Sie besteht aber nicht nur in schlagworthaften Vereinfachungen und einem Sprachgebrauch, welcher das moralische Empfinden zu überlisten sucht, sondern auch in einer verkürzten Sicht von Altern und Sterben (das Kapitel 3 berücksichtigt daher – mit einem Gespräch mit Prof. Dr. Ursula LEHR – die Perspektive der Alternsforschung und der Politik).

Der hauptsächliche Grund der Einseitigkeit besteht für den Autor darin, daß die Diskussion zumeist an der Tatsache konträrer Positionen endet. Daher setzt er an diesem Punkt mit seiner Fragestellung an: sie bezieht sich auf die ethische Wurzel der Auffassungen, indem sie Begriffen, Begründungen und Grundlagen, ihrer inneren Stimmigkeit, der Plausibilität und ihrem Anspruch nachgeht. So werden die Auskünfte der Befürworter zum *Wert des menschlichen Lebens*, zur *moralischen Grenze zwischen Wohltat und Untat* und zum *Umgang mit dem*

Wunsch eines Menschen zu sterben, eingeholt, analysiert und kritisiert und der herkömmlichen moralischen Auffassung gegenübergestellt.

Die Grenzen der Untersuchung werden bezeichnet, der Standpunkt des Autors wird benannt. Sein Ziel ist es, der sachlichen und unpolemischen Diskussion zu dienen. Dazu will er vor allem die *Argumente* derer prüfen, die für die Zulässigkeit der Euthanasie eintreten, und auch jene Argumente nennen, die in der eigenen Auffassung die Ablehnung von Euthanasie stützen und einer rationalen Prüfung standhalten. Er bietet auf diese Weise dem einzelnen einen vernünftigen „Blendschutz“ gegen die Kritik durch sogenannte „Rationalität und Wissenschaftlichkeit“. Das Buch ist kein Beitrag zur Fachdiskussion, sondern für eine breites Publikum gedacht. Es verzichtet auf Literaturverweise und für den Gang der Überlegungen nebensächliche Unterscheidungen, ohne deshalb Gründlichkeit oder fachliche Kompetenz aufzugeben. Es bietet gerade dem Nicht-Philosophen eine Anleitung dafür, das ethische Problem zu behandeln, indem die spezifische Weise philosophischen Denkens nahegebracht und vorgeführt wird, inwiefern es für die öffentliche Debatte fruchtbar und richtungsweisend sein könnte.

Das Buch gliedert sich in acht Kapitel, Kapitel 4-7 machen den Schwerpunkt der Untersuchung aus: sie prüfen die gängigen Argumente, die für eine Einschränkung des Tötungsverbots vorgebracht werden. Kap. 4 und 5 fragen nach den *Gründen*, die man haben mag, einen anderen Menschen zu töten, der in irgendeiner Weise beeinträchtigt ist; Kap. 6 und 7 fragen danach, welche *Rechte* eine solche Tötung verbieten oder aber rechtfertigen mögen. Kapitel 8 bietet eine Zusammenfassung der Überlegungen und stellt den Zusammenhang mit der moralischen Bewertung der Selbsttötung her.

Kapitel 4 („*Wert des Lebens und Würde des Sterbens*“) überlegt, wie das Leben für jemand selbst und für andere mehr oder weniger wert-

voll sein kann und ob man durch Euthanasie dem Betroffenen überhaupt etwas Gutes tun kann. Es stellt sich heraus, daß der *Wunsch* getötet zu werden, einem anderen noch *keinen Grund* abgibt, ihn zu töten, während der Gesichtspunkt seines *Wohlergehens* sogar für *unerbetene Euthanasie* sprechen könnte, *wenn* man ihn als Grund betrachtet; ob man das tun soll, hängt davon ab, wie man den Wert eines menschlichen Lebens bestimmen und verrechnen darf. Die Idee eines lebenswerten oder – unwerten Lebens erweist sich als problematisch; zu den Angelpunkten unserer Einstellung zu Leben und Tod scheint zu gehören, daß wir *jedem* Menschenleben unbedingten Wert oder Würde zuerkennen, nicht nur Erlebnis- und Gebrauchswert. Daher kann auch die Würde des Sterbens nicht darin bestehen, daß Leid durch den „Gnadentod“ verhindert wird. Kapitel 5 (*„Aktive, indirekte und passive Sterbehilfe: Unterschätzte Unterschiede“*) untersucht, welche Rolle Freiwilligkeit und Absicht, Tun und Geschehenlassen sowie die Handlungsfolgen spielen. So kennt eben Moral im Unterschied zu ihrer utilitaristischen Deutung bzw. Revision auch andere, *vorrangige Prinzipien der begrenzten Verantwortlichkeit*, um zu entscheiden, unter welchen Umständen es erlaubt sei, den Tod eines Menschen zu bewirken oder zuzulassen. Die Anerkennung solcher Umstände spricht weder für Abtreibung noch für Euthanasie. Kapitel 6 (*„Leben, Sterben, Selbstbestimmung: kollidierende Ansprüche?“*) bedenkt Natur und Reichweite der Rechte auf Leben, Sterben und Selbstbestimmung. Es zeigt, daß, selbst wenn absichtliche Tötung in diesem oder jenem Fall eine Wohltat sein könnte, sie nicht zu *rechtfertigen* wäre. Das Recht auf Leben stünde ihr entgegen; und das weniger fundamentale Recht auf Selbstbestimmung oder gar ein „Recht zu sterben“ ändert daran nichts. Die Möglichkeit, das Lebensrecht nicht in Anspruch zu nehmen, würde voraussetzen, daß dieses Recht in subjektiven Wünschen und Interessen gründet. Diese Voraussetzung aller-

dings ist fragwürdig. Freilich zeigt sich, daß die „Unveräußerlichkeit“ des Lebensrechts am besten als Ausdruck *jener selben Überzeugung* (jedes Leben als unbedingten Wert zu behandeln) verstanden wird, die auch Lebenswertvergleiche und daher auch die Vorstellung ausschließt, Tötung lasse sich als Wohltat begründen. Insofern hat die *Unrechtmäßigkeit der Tötung dieselbe Wurzel wie ihre Unbegründbarkeit*. Kapitel 7 (*„Personen, Menschen, Lebewesen und das Recht auf Leben“*) überlegt, wem die genannten Rechte zukommen und handelt weiters von der Bedeutung des Personseins für die Ethik. Es wendet sich vor allem gegen die These, es sei nicht der Mensch als solcher, der ein Leben von besonderem Wert und daher ein Recht habe, nicht getötet zu werden, sondern einzig die „Person“: nur wer Bewußtsein habe, das zukunftsbezogene Wünsche und Wertungen gestattet, habe auch das Recht auf Leben. Diese These erlaubt je nach näherer Spezifizierung der Kriterien des Personseins die Tötung von Ungeborenen, Säuglingen, geistig Behinderten, verwirrt oder komatösen Kranken usw. Eine solche Einschränkung des Lebensrechtes erweist sich als willkürlich. Das läßt sich nur vermeiden, wenn man *Personsein nicht als zeitweilige Eigenschaft*, sondern als zentrales Merkmal der menschlichen Lebensform versteht.

Das Buch weist in eindrucksvoller und profundere Weise nach, daß die von den Vertretern der Euthanasie vorgebrachten Begründungen weder selbstverständlich noch plausibler als das moralische Verbot freiwilliger und direkter Tötung sind. Es kann vielmehr zeigen, daß selbst die Vertreter dieser Position über die erheblichen Widersprüche bzw. unmittelbaren Konsequenzen, die auch sie nicht sinnvoll wollen können, nachdenklich werden sollten. Ohne Verkürzungen vorzunehmen zeigt es, daß der Befürwortung von Euthanasie weder bloß eine „andere“ Moral zugrundeliegt, sondern – trotz der Verwendung sittlichen Vokabulars – eine *Alternative zur Moral*. Es geht dabei auch nicht um eine „andere“ Auffassung

vom Menschen, sondern – in der Reduktion seines Lebens auf Erlebnis- und Gebrauchswert – um die verdeckte *Aufgabe des eigentlich Menschlichen*.

Dem Autor ist für diese detaillierte und umfangreiche Publikation zu danken, welche auch für benachbarte Probleme von Bedeutung ist. Man kann ihr nur eine weite Verbreitung wünschen. Sie kann helfen, die Einseitigkeit der Debatte zu überwinden und dazu beitragen, in begründeter Weise an der moralischen Grundlage unserer Gesellschaft festzuhalten und alle angebotenen „Alternativen“ in vernünftiger Weise als unzureichend zurückzuweisen.

L. JUZA

GEWISSEN UND WAHRHEIT BEI JOHN HENRY KARDINAL NEWMAN

Hermann GEISSLER

Peter Lang Verlag 1995

2. Auflage

224 Seiten

ISBN 3-631-48837-8

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um eine Dissertation über den Gewissensbegriff bei J. H. NEWMAN und dem Verhältnis zwischen Gewissen und Wahrheit.

Die Dissertation wird in 6 Kapiteln abgehandelt, von denen das erste, „Einführung in den Autor und das Thema“ mit NEWMAN bekanntmacht und Hauptlinien seines Denkens aufzeigt. NEWMAN ist kein systematischer Theologe, sein Denken ist wirklichkeitsbezogen, seine Schriften sind Predigten, Essays, die in einer konkreten Situation Klärung bringen wollen. Er beschreibt, „umgeht“ sein Objekt von verschiedenen Gesichtspunkten, konfrontiert nicht mit der gefundenen Wahrheit, sondern führt zu ihr hin. Sein lebenslanger Kampf hat dem rationalistischen Liberalismus gegolten.

Es gibt keine systematische Abhandlung über das Gewissen, sondern verschiedene Schriften behandeln dieses Thema unter jeweils

anderen Aspekten. GEISSLER benutzt für seine Dissertation vor allem jene Kapitel des philosophischen Hauptwerks NEWMANS „An Essay in Aid of a Grammar of Assent“ (1870), die über den Glauben an einen Gott und über die natürliche Religion handeln und in welchen die Beziehung des Gewissens zu religiösen Wahrheiten untersucht wird, und den „Brief an den Duke von Norfolk“ (voller Titel: „A Letter Addressed to His Grace the Duke of Norfolk on Occasion of Mr. Gladstone's Recent Expostulation“ (1875). Dieser Brief wurde geschrieben, um Mißverständnisse über die Unfehlbarkeit des Papstes nach dem Dogma von 1870 zu klären. Dort wird die Funktion des Lehramtes für das Gewissen des einzelnen dargelegt. Die Offenbarung erleuchtet das Gewissen, schließt es aber nicht aus. NEWMAN faßt das Gewissen als eine auf Gott hin transzendente Wirklichkeit auf, er nennt es das „Echo“ der Stimme Gottes. Das Gewissen bleibt immer an die objektive Wahrheit gebunden. Die Dissertation möchte die innere Beziehung zwischen Gewissen und Wahrheit, wie sie in NEWMANS Schriften zum Ausdruck kommt, darlegen.

Im 2. Kapitel „Gewissen und Wahrheit im Kontext der Heilsgeschichte“ wird Urstandsgnade, Sündenfall und der in Christus erlöste Mensch behandelt. Der Mensch des Anfangs lebte in völliger Harmonie mit dem Gesetz Gottes, er erfreute sich einer inneren Gegenwart des göttlichen Wortes. Der Sündenfall zerriß die innere Einheit zwischen göttlichem Gesetz und Freiheit des Menschen. Mit der Erlösung wurde dem Menschen die Kindsgnade geschenkt und auch das Licht, um die übernatürliche Wahrheit zu erkennen. Dieses Licht ist der Glaube, er ist nicht nur die Zustimmung des Intellekts zu begrifflichen Wahrheiten, sondern die Zustimmung des **ganzen** Menschen zu realen Wahrheiten, die zu praktischen Konsequenzen führen: Sittliche Wahrheiten bezeugt man durch das Leben. Der Glaube muß das Gewissen durchdringen. Das Gewissen treibt den Menschen an, nach der

Fülle der Wahrheit zu streben und ist seinerseits ganz der erkannten Wahrheit unterworfen und von ihr erleuchtet. Wahrheit findet man durch Gehorsam gegenüber dem Gewissen, durch die Erfüllung der Pflicht.

Im 3. Kapitel werden: „**Einige Aspekte des Gewissensbegriffs**“ behandelt.

Das Gewissen wurzelt in der Natur des Menschen, es ist seinem Wesen eingesenkt, nicht Teil seiner gnadenhaften Ausstattung. Es ist entwicklungsbedürftig, was das *kognitive* wie auch das *voluntativ-emotionale* Element betrifft. Das Gewissen hat transzendent-personalen Charakter. Es ist die Stimme Gottes in der Natur und im Herzen des Menschen. Der Mensch als „Schöpfer seiner selbst“ soll seine Anlagen zur Verwirklichung führen. Das Gewissen bedarf guter Lehrer und guter Vorbilder.

Entweder gehorcht der Mensch dem Gewissen – dann geht das Licht der Wahrheit auf – oder er gehorcht ihm nicht und löscht das Licht der Wahrheit aus. „Je mehr wir unsere Pflicht tun, umso klarer werden wir sie erkennen“. NEWMAN unterscheidet am Gewissen einen „moral sense“ – eine Einsicht in Gut und Böse – und einen „sense of duty“ – die Einsicht, daß das Gute hier und jetzt zu tun ist. Dieser „sense of duty“ nimmt den Menschen in Pflicht, ohne ihn wäre das Urteil der Vernunft unverbindlich. Die sittliche Erkenntnis wird im „sense of duty“ zum herrischen Befehl. Das Gewissen erfaßt den **ganzen** Menschen, seinen Intellekt, seinen Willen und sein Gefühl, es weist über ihn hinaus auf den Schöpfer als auf eine Instanz, vor der sich der Mensch zu verantworten hat.

Das 4. Kapitel: „**Gewissen und natürliche Wahrheit**“ gibt Auskunft über den Wahrheitsbegriff NEWMANS und die Beziehung zwischen Gewissen und Vernunft. Wahrheit meint Tatsachen und deren Beziehungen; sie meint das Bestehende, die Wirklichkeit in ihrer Vielfalt, wie der menschliche Geist sie erfaßt. Die Erfassung der Wirklichkeit erfolgt nicht nur mit dem Verstand, sondern mit allen Fähigkeiten des

Menschen, sie ist ein rezeptiver Vorgang, ein „Schauen“. Der Mensch **findet** die Wahrheit, er **erfindet** sie nicht. Der Wahrheitsbegriff NEWMANS ähnelt der thomistischen Definition von Wahrheit: *adaequatio rei et intellectus*. Wahrheit hat objektiven Charakter. Im Gewissen wird die Wahrheit einsichtig. Einen Antagonismus zwischen Gewissen und Vernunft gibt es nur dann, wenn die Vernunft durch eine ungeordnete Eigenliebe, durch Stolz verdorben ist. Es besteht eine innige Beziehung zwischen Gewissen als „moral sense“ und dem „illative sense“, worunter NEWMAN versteht, daß aus einer Reihe bekannter Tatsachen eine weitere, bis dahin noch nicht erkannte Tatsache gefolgert werden kann; „illative sense“ wird mit Folgerungssinn übersetzt.

Das Gewissen ist die Weise, wie Gott zum Menschen spricht. Es begründet die natürliche Religion.

Im 5. Kapitel wird „**Gewissen und geoffenbarte Wahrheit**“ behandelt, wobei der „Brief an den Duke of Norfolk“ analysiert wird.

Da das Gewissen der natürlichen Ordnung angehört, kann es über die übernatürliche Ordnung nicht urteilen. Da aber der Gott der Schöpfung auch der Gott der Offenbarung ist, werden sich diese beiden Ordnungen nicht widersprechen, sondern es wird die geoffenbarte Wahrheit ein weiterführendes Licht für das Gewissen sein. In diesem Kapitel wird die Notwendigkeit des Unfehlbarkeitsanspruches des Lehramtes schrittweise dargelegt. Es geht ja in dem „Brief“ darum, klarzulegen, daß der Vorwurf, die Katholiken seien keine zuverlässigen Untertanen des Staates, weil sie moralisch-geistige Sklaven unter dem Papst seien, unberechtigt ist.

Sowohl das Lehramt als auch der consensus fidelium kann Unfehlbarkeit für sich in Anspruch nehmen, wobei die Unfehlbarkeit des Papstes und des Bischofskollegiums (immer nur in Fragen der Sittenlehre und des Glaubens) eine aktive ist, während die Gesamtheit der Gläubigen eine passive Unfehlbarkeit be-

sitzt, das heißt, sie mißverstehet nicht, was das Lehramt als Glaubensgut vorlegt.

Das Gewissen des Christen ist immer ein am Glauben orientiertes und vom Glauben informiertes Gewissen.

Im 6. Kapitel wird „Gewissen und Irrtum“ behandelt. Es gibt nur eine Wahrheit, die zu erfassen, nach der zu streben das Gewissen verpflichtet. Aber ein Großteil der Menschen lebt im Irrtum. Ist er unüberwindlich, dann *ist* er auch nicht schuldhaft, ist er überwindlich, wird aber aus Mangel an Einsatz für die Wahrheit nicht überwunden, dann ist er schuldhaft. Der unüberwindliche Irrtum versperrt den Weg zum Heil nicht. Der Irrtum liegt im „moral sense“, nicht im „sense of duty“. Folgt man der Pflicht, die einem das Gewissen kundtut, das ja das Echo der Stimme Gottes ist, dann handelt man subjektiv richtig. Die Erfüllung der Pflicht führt auch bei dem irrenden Gewissen zur schrittweisen Erkenntnis der Wahrheit. NEWMANS Weg der Bekehrung ist ein sprechendes Beispiel dafür. Die Wahrheit bleibt ohne Suchen verborgen, der Weg zur Wahrheit ist das Ergebnis eines beständigen Kampfes, den

der Mensch nicht aufgeben darf. Der Gehorsam gegen das uns geschenkte Licht ist der Weg zur Erlangung eines noch größeren Lichtes.

Es ist NEWMANS Überzeugung, daß der Gehorsam zum eigenen Gewissen zum Gehorsam dem Evangelium und der Kirche gegenüber führt.

Das vorliegende Werk stellt das Gedankengut NEWMANS klar dar. Wie bei jeder Dissertation ist eine gewisse Redundanz in der Behandlung des Themas vorhanden. Auch merkt man, daß die Originalsprache der untersuchten Texte englisch ist, da die Übersetzung mancher Worte nicht besonders geglückt scheint: z.B.: Suprematie für supremacy, was wohl besser Vorrangstellung hieße, oder „im Leben realisiert werden“ – besser: „verwirklicht werden“.

Besonders eindrucksvoll und lehrreich war für die Rezensentin das 5. Kapitel, in welchem die Vernunftgemäßheit des Glaubens und die Rolle des Lehramtes meisterlich erklärt werden – eine lohnende Lektüre auch für Studierende der Theologie!

Th. TARMANN

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalen sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 - 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schriftgröße) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 - 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 - 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER'S „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486

Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VI/Nr. 3/99

Schwerpunkt

EUTHANASIE (FORTSETZUNG)

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes
BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Dkfm. Peter HARTIG
Mag. Edel M. CECHE
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Grobepersdorf
Anzeigenkontakt:
Mag. Edel M. CECHE
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Mag. Edel M. CECHE
Bankverbindung:
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich

Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der
medizinischen Anthropologie und
Bioethik behandeln, ein. Bitte senden
Sie Ihre Manuskripte an den
Herausgeber. Die einlangenden
Beiträge werden dann von den
Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gemäß
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der
Fassung des Steuerreformgesetzes
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

