

**Was heißt Sterbehilfe?**

**Die tödlichen Fallen der Selbstbestimmung**

**Prof. Dr. Manfred Spieker**

**Tag des Lebens des Bistums Chur und der Human Life International (HLI) Schweiz  
Zürich, Pfarrei Erlöser, 5. Juni 2011**

In der Debatte um Sterbehilfe werden in der Regel vier Formen der Sterbehilfe unterschieden: die aktive, die passive, die indirekte Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung. Die aktive Sterbehilfe ist die bewusste und gezielte Tötung eines Patienten durch ein tödliches Gift. Sie ist eine Tat, die sittlich verwerflich ist und die in den Rechtsordnungen der meisten Staaten als Straftat sanktioniert wird. Die passive Sterbehilfe ist die Beendigung oder Unterlassung jener lebenserhaltenden Maßnahmen, die in einem Sterbeprozess den Tod hinausschieben, aber nicht mehr aufhalten können. Unter indirekter Sterbehilfe ist die Inkaufnahme des Lebens verkürzender Nebenwirkungen bei der Verabreichung palliativmedizinischer Medikamente bei Sterbenden zu verstehen. Der assistierte Suizid schließlich ist die Bereitstellung eines tödlichen Giftes, das der Patient, der aus dem Leben scheiden will, dann selbst einnimmt in der Hoffnung, daran zu sterben. Die passive und die indirekte Sterbehilfe sind in der Regel weder strafbar noch sittlich verwerflich. Aber die Grenzen zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe sind fließend, weshalb die Unterscheidung zwischen diesen vier Formen auch immer wieder kritisiert wird. Bei der sittlichen Bewertung der einzelnen Formen der Sterbehilfe kommt es entscheidend auf die Intention des Arztes an. Auch wenn er sich nicht der Methode der aktiven Sterbehilfe bedient, kann er sich schuldig machen. Er kann die passive und die indirekte Sterbehilfe mit der Absicht anwenden, den Patienten zu töten. Passive und indirekte Sterbehilfe mutieren dann zur aktiven Sterbehilfe. Untersuchungen in den Niederlanden zeigen, dass gerade die indirekte Sterbehilfe nicht selten mit der Absicht angewandt wird, den Tod des Patienten zu beschleunigen.

In Deutschland war die aktive Sterbehilfe jahrzehntelang tabu, weil sie während der Herrschaft der Nationalsozialisten in großem Stil betrieben wurde. Sie war Teil der nationalsozialistischen Rassenideologie und zielte auf die Beseitigung von Behinderten, unheilbar Kranken und Schwachen, deren Leben als lebensunwert und die Volksgemeinschaft belastend galt. Ihre Tötung wurde als Tat der Liebe und des Mitleids oder - wie von Hitler selbst in seinem T4-Erlass im Oktober 1939 - als Gnadentod deklariert. Dass sie in der Gesellschaft auf größere Akzeptanz stoßen würde, nahmen aber selbst die Nationalsozialisten trotz jahrelanger Indoktrination nicht an. Sie unterlag höchster Geheimhaltung, die Kardinal Clemens August von Galen mit seinen Predigten im Juli und August 1941 in St. Lamberti und in der Überwasserkirche in Münster mutig und klug durchbrach. Der nationalsozialistischen Euthanasie fielen in Europa insgesamt 200.000 bis 300.000 Menschen zum Opfer. Allein die T4-Aktion im Krieg kostete 70.000 Menschen, darunter 20.000 KZ-Häftlingen und 5.000 Kindern, das Leben. Die Euthanasie im nationalsozialistischen Deutschland war freilich nicht wie ein Gewitter aus heiterem Himmel über das Land gefallen. Sie war auch nicht nur eine nationalsozialistische Untat. Sie war vielmehr seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert vorbereitet durch eine Ideologie, in der sich Rassenhygiene, Sozialdarwinismus und Medizin mischten, durch vieldiskutierte Bücher wie jenes des Juristen Karl Binding (1841-1920) und des Mediziners Alfred Hoche „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) und durch den Göbbelschen Propagandafilm „Ich klage an“, der die Tötung einer unheilbar erkrankten, schwer leidenden Pianistin als Tat der Nächstenliebe ihres Gatten präsentierte.

## Gegenwärtige Entwicklungen

Mit der Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden ging die ein halbes Jahrhundert währende Tabuisierung der Euthanasie in Europa zu Ende. Das holländische Parlament verabschiedete am 10. April 2001 das Gesetz zur „Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung“, das am 1. April 2002 in Kraft trat. Es legalisierte eine Praxis der Euthanasie, die auf dem Umweg einer Änderung des Bestattungsgesetzes und durch Richtlinien der Niederländischen Ärztesgesellschaft schon 1994 eingeführt worden war. Mit der Einführung eines Rechtfertigungsgrundes für die Tötung eines Patienten stellte es die Euthanasie aber auf eine völlig neue rechtliche Grundlage. Galt der Arzt, der einen Patienten tötete, bis Anfang der 90er Jahre als Mörder<sup>1</sup>, dann bis zur Verabschiedung des Euthanasiegesetzes als geduldeter Delinquent, so soll er fortan ein Wohltäter sein, der die Realisierung einer finalen Selbstbestimmung und einen schmerzfreien Tod ermöglicht. In Deutschland haben sich zwar Vertreter aller im Bundestag vertretenen Parteien, der Deutsche Ärztetag und die christlichen Kirchen wiederholt und einmütig gegen die Legalisierung der Euthanasie ausgesprochen, aber auch hier steht das Tabu zur Disposition. Gerichte und der Bundestag haben sich mit der Sterbehilfe beschäftigt, zuletzt der Bundesgerichtshof im Juli 2010. Auch Philosophen, Theologen und Juristen glauben, einem selbst bestimmten Tod das Wort reden zu müssen.<sup>2</sup> Nicht zuletzt haben preisgekrönte Spielfilme, die im Frühjahr 2005 in die Kinos kamen, wie „Das Meer in mir“ von Alejandro Amenabar und Clint Eastwoods „Million Dollar Baby“ die Zulassung der Euthanasie propagiert.

Tabus dienen dem Schutz des Menschen vor sich selbst. Ihr Nutzen wird erst spürbar, wenn sie zerbrechen. Orientiert man sich an den Ergebnissen demoskopischer Untersuchungen, dann ist das Tabu der Euthanasie auch in Deutschland längst gebrochen. Die Mehrheiten, die sich für die moralische und gesetzliche Zulassung der Euthanasie aussprechen, sind erdrückend. In einer Umfrage der Konrad-Adenauer-Stiftung im Dezember 2002 lehnten 76 % der Befragten die Aussage ab „Aktive Sterbehilfe darf auch bei Todkranken nicht angewendet werden“. Nur 18 % stimmten dieser Aussage zu.<sup>3</sup> Selbst wenn man unterstellt, dass die Frage unglücklich formuliert ist, weil sie beim Befragten den Eindruck hinterlassen kann, er müsse Todkranke bei Ablehnung der aktiven Sterbehilfe hilflos allein lassen, so bleibt auch auf Grund anderer Untersuchungen mit klareren Fragestellungen das Faktum, dass rund zwei Drittel der Deutschen die Euthanasie bejahen. In einer Untersuchung des Allensbacher Instituts für Demoskopie im März 2001 sprachen sich 70 % für und nur 12 % gegen die Euthanasie aus bei 18 % Unentschiedenen. Die Befürworter einer ärztlichen Todesspritze für Schwerkranke auf Verlangen stiegen von 53 % 1973 auf 67 % 2001, die Gegner halbierten sich von 33 % auf 16 %. In Ostdeutschland bejahen sogar 80 % die Euthanasie.<sup>4</sup> Selbst von den Katho-

---

<sup>1</sup> „Aktive Sterbehilfe des Arztes ... ist ein rechtswidriger Angriff auf das Leben des Patienten, ist objektiv Mord oder Totschlag“, so Willi Geiger, *Sterbehilfe - was heißt das?*, Kirche und Gesellschaft 130, Köln 1986, S. 13.

<sup>2</sup> Walter Jens/Hans Küng, *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München 1995; Volker Gerhardt, *Letzte Hilfe*, in: FAZ vom 19.9.2003; Elena Fischer, *Recht auf Sterben?! Ein Beitrag zur Reformdiskussion der Sterbehilfe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Übertragbarkeit des Holländischen Modells der Sterbehilfe in das deutsche Recht*, Frankfurt 2004.

<sup>3</sup> Bernhard Vogel, Hrsg., *Religion und Politik in Deutschland*, Freiburg 2003, S. 335.

<sup>4</sup> Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998-2002, hrsg. von Elisabeth Noelle-Neumann und Renate Köcher, München 2002, S. 682f.

liken sprechen sich nach der Untersuchung der Konrad-Adenauer-Stiftung 73 %, von den Protestanten gar 78 % für die Euthanasie aus.

In den verschiedenen Altersgruppen befürworteten ebenfalls große Mehrheiten die Euthanasie, bei den 35- bis 44-jährigen 84 % und bei den über 60-jährigen auch noch 69 %. Geschlecht, Bildungsabschluss und Einkommen bringen keine signifikanten Verschiebungen. Selbst unter denjenigen, die sich als sehr religiös einschätzen, steigt der Anteil der Euthanasiegegner nur auf 34 % und bei den der Kirche sehr stark Verbundenen auf 37 %. Allein bei der Gruppe der mehrmals wöchentlich am Gottesdienst Teilnehmenden bilden die Euthanasiegegner mit 57 % eine Mehrheit. Aber auch hier kommen die Befürworter der Euthanasie noch auf 30 %. Und was die Parteipräferenzen betrifft, so haben die Befürworter der Euthanasie in allen Parteien eine überwältigende Mehrheit: bei der FDP 85 %, den Grünen 83 %, der SPD 78 %, der CDU/CSU 77 % und der PDS 74 %.

Die weltweit beachteten Dramen um den Tod der 41-jährigen Terri Schiavo am 31. März 2005 und von Eluana Englaro am 9. Februar 2009 haben zwar nicht der Debatte über die Euthanasie, aber jener über Patientenverfügungen einen neuen Schub gegeben und zugleich gezeigt, wie die Grenzen zwischen beiden fließend sind. Terri Schiavo lebte 15 Jahre als Wachkoma-Patientin in einem Krankenhaus in Florida. Ein Wachkoma ist eine schwere, durch eine Gehirnschädigung bedingte Behinderung, aber keine tödlich verlaufende Krankheit. Unter Berufung auf eine mündliche Äußerung seiner Frau, im Ernstfall nicht durch Maschinen am Leben erhalten werden zu wollen, bemühte sich ihr Mann Michael Schiavo seit 1998 vor Gericht um eine Anordnung, die künstliche Ernährung einzustellen. Gegen entsprechende Gerichtsentscheidungen kämpften die Eltern von Terri Schiavo, Mary und Robert Schindler, mit dem Argument, ihre Tochter habe eine solche Erklärung nie abgegeben. Sie kämpften außerdem um die Übertragung des Sorgerechts auf sie selbst, da Michael Schiavo inzwischen mit einer anderen Frau zusammenlebte, mit der er zwei Kinder hatte. Die Gerichte hielten am Sorgerecht des Ehemannes fest und ordneten trotz verschiedener Interventionen des Kongresses in Washington und des Gouverneurs von Florida Jeb Bush am 18. März 2005 die endgültige Entfernung der Magensonde an. Terri Schiavo war damit zum Tod durch Verhungern und Verdursten verurteilt.

Nicht weniger dramatisch war der Fall Nighbert 1995. Die 83-jährige Schlaganfallpatientin, die künstlich ernährt wurde, hatte ihren Bruder mit einer Vollmacht ausgestattet. Er ließ die Magensonde entfernen. Die Patientin zeigte danach nicht nur ihren Willen, Nahrung zu erhalten, sie soll sogar die Essentabletts anderer Patienten geplündert haben. Ein Gericht aber verbot dem Pflegepersonal, sie mit Nahrung oder Flüssigkeit zu versorgen, da sie geistig nicht in der Lage sei, ihre Vollmachtserklärung zu widerrufen. Sie starb am 6. April 1995. Mutmaßliche Willensfeststellungen und Vollmachtserklärungen können so zu einer tödlichen Falle werden. Betreuungsverfügungen, Vorsorgevollmachten und Vormundschaftsgerichtsentscheidungen, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten Verbindlichkeit zusprechen, enthalten deshalb ein beträchtliches „Gefahrenpotential“.<sup>5</sup> Sie verwässern nicht nur das Verbot der Tö-

<sup>5</sup> Johann-Christoph Student, Wie nützlich sind Patientenverfügungen?, in: Zeitschrift für Lebensrecht, 13. Jg. (2004), S. 95f. und Die Patientenverfügung – Sackgasse oder Zukunftsmodell?, in: Manfred Spieker, Hrsg., Biopolitik. Probleme des Lebensschutzes

tung auf Verlangen, sie öffnen, wie der Fall Nighbert zeigt, auch den Weg zur Tötung ohne Verlangen.

Die Enttabuisierung der Euthanasie hat auch den Europarat erreicht. Dick Marty, ein liberaler Abgeordneter aus der Schweiz, hatte bereits 2003 einen Euthanasiebericht verfasst, der damals vom Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familienangelegenheiten mit 15 gegen 12 Stimmen angenommen wurde. Ziel dieses Berichts war es, allen 45 Mitgliedsstaaten des Europarats zu empfehlen, die Euthanasie nach dem niederländischen und belgischen Modell zu legalisieren. Nachdem Marty damals scheiterte, legte er 2004 einen neuen Bericht vor, der den Begriff „Euthanasie“ nicht nur im Titel, sondern auch im Text vermied. Er trug den Titel „Unterstützung von Patienten am Lebensende“. Sein Ziel war jedoch das gleiche wie 2003: die Legalisierung der Euthanasie nach niederländischem und belgischem Vorbild. Erneut nahm der Sozialausschuss am 17. Dezember 2004 den Bericht an, erneut lehnte die Parlamentarische Versammlung der damals 46 Mitgliedsstaaten die Empfehlungen ab. Sie stimmte am 27. April 2005 mit 138 zu 26 Stimmen gegen die Empfehlungen, die durch zahlreiche Anträge zuvor so verwässert worden waren, dass selbst die Euthanasiebefürworter um Marty sie nicht mehr akzeptieren wollten.

## Die Argumente

In der Regel bedienen sich die Befürworter einer Legalisierung der Euthanasie zweier Argumente. Sie behaupten erstens, Euthanasie werde überall und täglich praktiziert. Der Gesetzgeber sei deshalb verpflichtet, sie aus der Grauzone der Illegalität herauszuholen, durch eine Legalisierung transparent zu machen und die Kluft zwischen dem Recht und der alltäglichen Praxis zu schließen. Nur so könne „die Achtung vor der Rechtsstaatlichkeit Bestand haben“.<sup>6</sup> Sie behaupten zweitens, niemand habe „das Recht, einem todkranken oder sterbenden Menschen die Pflicht aufzuerlegen, sein Leben unter unerträglichen Leiden oder Qualen fortzusetzen, wenn er selbst beharrlich den Wunsch geäußert hat, es zu beenden.“<sup>7</sup>

Diese Argumente haben in Deutschland bereits im Kampf um die Freigabe der Abtreibung Anfang der 70er Jahre Verwendung gefunden. Auch damals wurde behauptet, Abtreibungen würden überall und täglich vorgenommen.<sup>8</sup> Der Gesetzgeber müsse die Kluft zwischen dem Strafgesetzbuch und der Praxis durch eine Legalisierung der Abtreibung schließen, dem Recht auf Selbstbestimmung der Frau Rechnung tragen und das Leben Ungeborener durch eine obligatorische Beratung der Schwangeren besser schützen. Das Ergebnis ist bekannt: Das Lebensrecht Ungeborener wurde dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren geopfert. Die Zahl der Abtreibungen ist explodiert. Zwischen 1974 und 2010 sind in Deutschland (Ost und West) nach offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes rund fünf Millionen, nach plausiblen Schätzungen aber weit mehr als neun Millionen ungeborener Kinder getötet wor-

---

in der Demokratie, Paderborn 2009, S. 177ff. Vgl. auch R. Beckmann, Selbstbestimmung durch Mutmaßungen über den Sterbewilligen?, in: Zeitschrift für Biopolitik, 4. Jg. (2005), Heft 1, S. 15ff.

<sup>6</sup> Council of Europe, Dokument 9898, Ziffer 61.

<sup>7</sup> A.a.O., Ziffer 7.

<sup>8</sup> M. Spieker, Kirche und Abtreibung in Deutschland, 2. erw. Aufl. Paderborn 2008, S. 52f.

den. Die Abtreibungsrate ist nicht zurückgegangen. Dem zweiten Argument zugunsten der Legalisierung der Euthanasie, es gäbe kein Recht, dem Sterbenden eine Pflicht zum Weiterleben unter Schmerzen aufzuerlegen, entsprach das Argument, es gäbe kein Recht, der Schwangeren die Pflicht aufzuerlegen, das Kind zu gebären.

Diese beiden Argumente waren damals so falsch wie sie es heute sind. Gegen das erste Argument ist einzuwenden: die Kluft zwischen dem Recht und der Praxis lässt sich zwar theoretisch dadurch schließen, dass das Recht abgeschafft wird, nicht aber praktisch. Das Recht auf Leben ist das grundlegende Menschenrecht. Es schließt das Verbot der Tötung Unschuldiger ein. Die Aufhebung dieses Verbotes lässt sich nicht gesetzlich regeln. Die Aufrechterhaltung und Durchsetzung dieses Verbotes ist die Legitimitätsbedingung des Rechtsstaates. Es preiszugeben bedeutet die Verleugnung des Rechtsstaates. Die Kluft zwischen Recht und Alltag lässt sich deshalb nur dadurch schließen, dass dem Recht auf Leben und dem Verbot der Tötung Unschuldiger konsequent Geltung verschafft wird. Gegen das zweite Argument ist einzuwenden: Es geht weder in der Euthanasie- noch in der Abtreibungsdebatte um ein Recht, anderen eine Pflicht aufzuerlegen. Es geht allein um das Verbot, Unschuldige zu töten oder positiv ausgedrückt, die Verpflichtung, das Leben zu respektieren, das des Ungeborenen wie das des Sterbenden, eine Verpflichtung, deren Einhaltung Auskunft gibt über die Humanität einer Gesellschaft.

Ein weiterer Versuch, die Euthanasie zu begründen, bedient sich eines anthropologischen Arguments. Die Kommunikationsfähigkeit wird zum konstituierenden Merkmal der menschlichen Existenz erklärt. Ist sie erloschen, ist der Mensch konsequenterweise kein Mensch mehr. Seine Tötung wird legitim. Am besten sei es, sie gar nicht mehr Euthanasie zu nennen: „Wenn es um die Tötung von Menschen geht, die aufgrund von physischen Mängeln nicht am Kommunikationsprozess teilnehmen können, dann sollte eigentlich auch ein anderer Ausdruck als Euthanasie verwendet werden“, so der Soziologe Klaus Feldmann. Jeder Erwachsene solle verpflichtet werden, „für den Fall des totalen oder partiellen Kommunikationsverlustes eine entsprechende Verfügung zu hinterlegen“, an die die verantwortlichen Personen gebunden sind. Immerhin ist sich der Autor dieses Plädoyers für die Euthanasie bewusst, dass seine Vorstellungen ohne „politischen Kampf“ nicht durchsetzbar sind und einer „death education“ bedürfen.<sup>9</sup>

Wie verhängnisvoll das Argument der Kommunikationsfähigkeit werden kann, zeigen die Fälle der Wachkomapatienten. Sie genügen „normalen“ Kommunikationsansprüchen nicht, auch wenn sie für manche Angehörige und Pflegekräfte durchaus auf ihre Weise kommunikationsfähig sind. In den vergangenen Jahren sind dafür nicht zuletzt durch die Hirnforschung neue Erkenntnisse vorgelegt worden. Messen sorgeberechtigte Angehörige die Kommunikationsfähigkeit jedoch an „normalen“ Maßstäben, hat der Wachkomapatient kaum noch eine Überlebenschance, wenn die Rechtsordnung die Sterbehilfe auf Grund mündlicher Willensbekundungen ermöglicht. Der mit einer Vorsorgevollmacht ausgestattete Angehörige, dem das Leben des Wachkoma-Patienten nicht mehr lebenswert erscheint, kann den Abbruch der

---

<sup>9</sup> Klaus Feldmann, *Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod*, Frankfurt 1990, S. 236.

Behandlung verlangen. Die Patientenverfügung wird zur Euthanasiefalle. Das Schicksal von Wachkomapatienten gestaltet sich noch dramatischer, wenn sich jene Bioethiker durchsetzen, die die kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten zum zentralen Kriterium des Person-Seins erklären und damit Wachkoma-Patienten aus der menschlichen Gemeinschaft hinausdefinieren. Sie gelten dann als „human Non-Persons“ oder „sentient property“, in etwa als empfindsame Sache oder fühlender Besitz zu übersetzen. Sie dürfen dann auch ohne Patientenverfügungen getötet, für Forschungszwecke genutzt oder als Ressourcenlager für Organtransplantationen ausgeschlachtet werden.

Das Argument, dass die Kommunikationsfähigkeit das Menschsein konstituiere und dass das Fehlen dieser Kommunikationsfähigkeit der Gesellschaft eine Verfügungsberechtigung über den Menschen verleihe, hat auch in der Diskussion über die embryonale Stammzellforschung Konjunktur. Da dem Embryo *in vitro* die Kommunikationsfähigkeit fehle, sei er noch kein Mensch. Er falle noch nicht unter die Menschenwürdegarantie und könne den Forschungs- und Therapieinteressen der Biologen und Mediziner nicht entzogen werden. Der Embryo sei „kein Diskurspartner“.<sup>10</sup> Hier wie in der Euthanasiedebatte zeigt sich, dass jede Definition des Menschen, die das Menschsein der Anerkennung durch Dritte unterwirft, tödliche Folgen hat.

## Die Illusionen

Befürworter der Euthanasie, wie Dick Marty, erklären, es gehe nur um Sterbehilfe für jene, die beharrlich, freiwillig und wohlüberlegt den Wunsch geäußert hätten, ihrem Leben ein Ende zu setzen.<sup>11</sup> Ihnen müsste das Recht auf Euthanasie zustehen. Das entsprechende ärztliche Handeln müsste aus der Grauzone der Illegalität herausgeholt werden. Aber das Recht auf Euthanasie „impliziert nicht die Verpflichtung für das Gesundheitspersonal, sich an einem Akt der Sterbehilfe beteiligen zu müssen“.<sup>12</sup> Der Forderung, Euthanasie nur im Falle eines wohlüberlegten, beharrlichen und freiwilligen Wunsches des Patienten zu legalisieren, liegt die Vorstellung zugrunde, die Selbstbestimmung sei der Kern menschlicher Identität und ihr Verlust sei gleichbedeutend mit dem Verlust der Menschenwürde. Diese Vorstellung entspricht nicht der *conditio humana*. Schon der Eintritt ins Leben unterliegt nicht der Selbstbestimmung. Auch das Ende des irdischen Lebens hat – soll es menschenwürdig sein – mit Selbstbestimmung nichts zu tun. Der Mensch will nicht durch die Hand, sondern an der Hand eines anderen sterben. Unter alten und pflegebedürftigen Menschen nimmt denn auch die Befürwortung der Euthanasie deutlich ab. Wenn der Mensch in der Mitte seines Lebens und im Vollbesitz seiner Kräfte steht, neigt er dazu, auch noch das Sterben seinen Autonomieansprüchen zu unterwerfen. Er möchte Planungssicherheit bis zum letzten Tag seines Sterbens. Aber Planungssicherheit bis zum Ende des Lebens ist eine Illusion. Je mehr die Kräfte schwinden und je näher der Tod kommt, desto schärfer wird der Blick dafür, dass weniger Selbstbestimmung, als vielmehr Selbsthingabe das Wesen des Menschen ausmacht. Nicht das abgebroche-

---

<sup>10</sup> Volker Gerhardt, Der Embryo ist kein Diskurspartner, Interview, in: Die Welt vom 5.7.2001; Wolfgang Kersting, Hantiert, wenn es euch frei macht, in: FAZ vom 17.3.2001.

<sup>11</sup> So Art. 3, § 1 des belgischen Gesetzes zur Sterbehilfe vom 28.5.2002 und Art. 2, Abs. 1, Ziffer a des niederländischen Euthanasiegesetzes vom 10.4.2001.

<sup>12</sup> Council of Europe, Dokument 9898, Ziffer 7 und Art. 14 des belgischen Gesetzes zur Sterbehilfe vom 28.5.2001.

ne, sondern das zu Ende gelebte Sterben ist Ausdruck wahrer Selbstbestimmung. Im Sterben verwandelt sich die Selbstbestimmung zur Selbsthingabe.

Eine in Deutschland viel beachtete Illustration dieses Perspektivenwandels ist das Schicksal von Walter Jens und das Verhalten seiner Angehörigen und Freunde. Mitte der 90er Jahre plädierte er zusammen mit Hans Küng für die aktive Sterbehilfe. Der Sterbende soll im Gedächtnis seiner Angehörigen als „ein Autonomie beanspruchendes Subjekt...und nicht als entwürdigtes, verzerrtes und entstelltes Wesen“ in Erinnerung bleiben.<sup>13</sup> Im Alter von 80 Jahren fiel Walter Jens in eine fortschreitende Demenz. Den Zeitpunkt, seinem Leben ein Ende zu machen, so seine Frau Inge in einem Gespräch mit dem „Stern“ Anfang April 2008, habe er verpasst. Aber sie berichtet auch, dass sein Leben bei aller Tragik Freude kennt, wenn auch nur über Spaziergänge mit einer Pflegerin und über ein „Wurstweggle“. Tilman Jens, der Sohn der beiden, breitet den Verfall seines Vaters in einem Buch „Abschied von meinem Vater“ aus. Von aktiver Sterbehilfe will niemand in der Familie mehr etwas wissen. Nur Hans Küng fordert, erschüttert vom geistigen Verfall seines Freundes und seine Hilflosigkeit öffentlich bekennd, „Sterbehilfegesetze“. Er appelliert an Juristen, Ärzte, Politiker, Theologen und Journalisten, sich für mehr Patientenautonomie am Lebensende einzusetzen und die gesetzliche Sterbehilfe zu ermöglichen.<sup>14</sup> In nicht wenigen Leserbriefen wurde ihm vorgehalten, die Menschenwürde an intellektuelle Kompetenz zu binden und das Wichtigste in einer solchen Situation der Pflegebedürftigkeit zu übersehen: „täglich für den Freund da zu sein und ihm jeweils auf dessen eigener Ebene zu begegnen“.<sup>15</sup> Der Fall Jens bestätigt die Feststellung von Johann-Christoph Student, dass nämlich die Überlegung, ein Mensch könne in der Demenz dasselbe meinen, fühlen und wünschen wie in gesunden Zeiten „die unwahrscheinlichste aller Denkmöglichkeiten“ ist.<sup>16</sup>

Die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden zeigt, dass die Vorstellung, Euthanasie werde nur bei Vorliegen eines beharrlichen, freiwilligen und wohlüberlegten Wunsches des Patienten vorgenommen, eine Illusion ist. Dies ergab eine von der Regierung in Auftrag gegebene, von van der Waal und van der Maas 2001 und 2002 durchgeführte Untersuchung, deren Ergebnisse im Juni 2003 veröffentlicht wurden.<sup>17</sup> In den Niederlanden waren 2001 3,3 % der rund 140.000 Todesfälle (4632) auf aktive Euthanasie zurückzuführen. In über 20 % dieser Fälle (982) erfolgte die Euthanasie ohne Einwilligung des Patienten. In Belgien ist der Anteil

---

<sup>13</sup> Walter Jens/Hans Küng, a. a. O., S. 125.

<sup>14</sup> Hans Küng, Mich erschüttert dieser Mann, in: FAZ vom 21.2.2009.

<sup>15</sup> So Renate Mirow in der FAZ vom 3.3.2009. Vgl. zum Fall Küng/Jens auch Oliver Tolmein, Wer schließt sich ab?, in: FAZ vom 10.3.2009.

<sup>16</sup> Johann-Christoph Student, Die Patientenverfügung – Sackgasse oder Zukunftsmodell? Vom Nutzen und Schaden einer Patientenverfügung – Gesetzgebung, in: Manfred Spieker, Hrsg., Biopolitik. Probleme des Lebensschutzes in der Demokratie, Paderborn 2009, S. 180.

<sup>17</sup> Zusammenfassung der Ergebnisse in Antonia Grundmann, Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, Aachen 2004, S. 203ff.; vgl. auch Philippe Schepens, Euthanasie in den Niederlanden. Erfahrungen und Erkenntnisse, in: Johannes Bonelli/Enrique H. Prat, Hrsg., Leben – Sterben – Euthanasie?, Wien 2000, S. 129ff.; Volker Schumpelick, Hrsg., Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog, Freiburg 2003; Jean-Pierre Wils, Sterben. Zur Ethik der Euthanasie, Paderborn 1999, S. 141ff.; Henk Jochemsen, Sterbehilfe in den Niederlanden, in: R. Beckmann u. a., Hrsg., Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, Krefeld 2004, S. 235ff.; Fuat S. Oduncu/Wolfgang Eisenmenger, Geringe Lebensqualität. Die finstere Praxis der Sterbehilfe in Holland, in: Süddeutsche Zeitung vom 17.7.2003.

der Lebensbeendigung ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten noch höher.<sup>18</sup> In 25 % der niederländischen Fälle unterblieb die vorgeschriebene Konsultation eines zweiten unabhängigen Arztes. In ca. 50 % der Fälle unterblieb auch die seit 1. November 1998 obligatorische Meldung der Euthanasie an die zuständige Regionale Kontrollkommission. Diese Meldung an die Regionale Kontrollkommission, die aus einem Juristen, einem Mediziner und einem Ethiker besteht und vom Euthanasie-Gesetz 2001 übernommen wurde, sollte dem Arzt die Angst vor der Staatsanwaltschaft nehmen und seine Meldebereitschaft erhöhen. Die niederländischen Strafverfolgungsbehörden sind zwar nicht an das Votum der Regionalen Kontrollkommission gebunden, wenn sie den Verdacht auf eine Straftat hegen und Ermittlungen aufnehmen wollen. Aber in der Praxis gilt jeder Euthanasiefall als „erledigt“, wenn die Kommission zu dem Ergebnis kommt, der Arzt habe die im Gesetz genannten Sorgfaltskriterien eingehalten. Der gemeinsame Jahresbericht 2002 der fünf Regionalen Kontrollkommissionen, der erste nach der Inkraftsetzung des Euthanasiegesetzes, zeigt, dass nur in fünf Fällen das Urteil „nicht sorgfältig“ ausgesprochen wurde.<sup>19</sup> (2008 waren es 10 Fälle.) Die von der Regierung in Auftrag gegebene Untersuchung unter den Ärzten zeigt zwar, dass die Meldebereitschaft von 41 % 1995 auf 54 % 2001 gestiegen ist, bestätigt damit aber zugleich, dass fast die Hälfte der Euthanasie-Fälle nicht gemeldet wird. Dies wiederum setzt eine wahrheitswidrige Angabe der Todesursache, mithin eine Fälschung des Totenscheines voraus.

Auch eine Frist zwischen dem Verlangen nach Euthanasie und der Durchführung der Euthanasie, die Rückschlüsse auf die Ernsthaftigkeit des Euthanasieverlangens zuließe und die zum Beispiel im belgischen Euthanasiegesetz für entsprechende Wünsche psychisch kranker Patienten einen Monat beträgt, wird nicht beachtet. In 13 % der Euthanasiefälle in den Niederlanden, dessen Euthanasiegesetz über solche Fristen nichts sagt, lag 2001 zwischen Verlangen und Durchführung nur ein Tag, in rund 50 % nur eine Woche. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, dass die Euthanasie nach ihrer Legalisierung eine Eigendynamik entfaltet, die sich einer effektiven Kontrolle entzieht. Sie reißt nicht nur eine ganze Reihe neuer Klüfte zwischen Recht und Alltag auf, sie verändert darüber hinaus auch die sozialen Beziehungen, in erster Linie die zwischen Arzt und Patient. Der schwerkranke Patient wird vom leidenden Subjekt, dem Mitleid und Solidarität der Gesellschaft zuteil werden, zum Objekt, das der Gesellschaft zur Last fällt. Nicht der Patient kann das Mitleid der Gesellschaft erwarten, sondern die Gesellschaft erwartet das Mitleid des Patienten. Der sterbende Pflegebedürftige, Alte oder Kranke hat nämlich alle Mühen, Kosten und Entbehrungen zu verantworten, die seine Angehörigen, Pfleger, Ärzte und Steuern zahlenden Mitbürger für ihn aufbringen müssen und von denen er sie schnell befreien könnte, wenn er das Verlangen nach Euthanasie äußert. „Er lässt andere dafür zahlen, dass er zu egoistisch und zu feige ist, den Platz zu räumen. Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht zur Selbsttötung wird so unvermeidlich eine Pflicht.“<sup>20</sup> Aus der Euthanasie auf Verlangen wird eine Euthanasie ohne Verlangen.

---

<sup>18</sup> Agnes van der Heide u. a., End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, in: *The Lancet* 362, S. 345ff., online vom 17.6.2003; Roland Kipke, Sterbehilfe in Belgien, in: R. Beckmann u. a., Hrsg., *Sterben in Würde*, a.a.O., S. 251ff.

<sup>19</sup> A. Grundmann, a.a.O., S. 202 (1999 wurden nur drei Fälle, 2000 ebenfalls drei und 2001 nur ein Fall moniert).

<sup>20</sup> Robert Spaemann, Es gibt kein gutes Töten, in: Ders./Thomas Fuchs, *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*, Freiburg 1997, S. 20; Stephan Baier, *Kinderlos. Europa in der demographischen Falle*, Aachen 2004, S. 84f.

Sie wird nicht nur bei alten, pflegebedürftigen Patienten, sondern auch bei Neugeborenen und Kindern im ersten Lebensjahr praktiziert. So starben nach einer Untersuchung der Niederländischen Ärzte-Gesellschaft 1995 von 1041 Kindern 8 %, also über 80 durch aktive Euthanasie.<sup>21</sup> Nach einer belgischen Untersuchung, die sich auf die Todesfälle von Kindern unter einem Jahr in Flandern in der Zeit von August 1999 bis Juli 2000 bezog, starben von 194 Kindern, bei denen Ärzte eine Entscheidung zur Lebensbeendigung trafen, 17, also rund 9 % durch aktive Euthanasie.<sup>22</sup> Wie sehr die Euthanasie das Vertrauen in die Ärzte belastet, zeigt die Ausbreitung der „Credo-Card“ in den Niederlanden, eines Ausweises mit dem Aufdruck „Maak mij niet dood, Dokter“ und dem Namen des Trägers, der dem Arzt signalisiert, dass der Inhaber auf keinen Fall euthanasiert werden will. Auch die verstärkte Nachfrage holländischer Interessenten nach Alters- und Pflegeheimplätzen in Deutschland entlang der deutsch-holländischen Grenze spiegelt das euthanasiebedingte Misstrauen in die niederländischen Ärzte, vor dem die katholischen Bischöfe in den Niederlanden schon bei der Einbringung des Euthanasiegesetzes in das Parlament gewarnt haben.<sup>23</sup>

Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften scheute sich nicht, ihre standesrechtliche Empfehlung „Suizid unter Beihilfe eines Dritten“ im Juni 2003 mit der demographischen Entwicklung und den steigenden Gesundheitskosten zu begründen. Beides führe dazu, dass ältere Menschen in Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen nicht mehr optimal versorgt werden können. Dies lasse den Wunsch entstehen, getötet zu werden. In solchen Fällen bedürfe es klarer Regeln für Ärzte, Pflegepersonal und Verwaltungen der entsprechenden Einrichtungen. Die Legalisierung der Euthanasie verändert somit auch das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe. Ärzte, Schwestern und Pfleger werden von Helfern des Kranken, die dessen Subjektstatus achten, seine Genesung fördern, ihn im Sterben begleiten und im Angesicht des Todes ihre eigene Ohnmacht akzeptieren, zu Herrschern, die nicht nur die Therapie einer Krankheit wie Manager regeln, sondern auch das Sterben ihrem technischen Zugriff unterwerfen wollen. Der Sterbende wird zum Objekt, das ihrer Macht unterworfen ist. Das ärztliche Handeln, die Praxis im aristotelischen Sinne, mutiert zur Tötungstechnik. In der Logik der Empfehlung der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften liegen ausgebildete, diplomierte Sterbehelfer, die für ihre Dienstleistung eine Erfolgs-, oder zumindest eine Qualitätsgarantie anbieten. Der Tod „made in Switzerland“ könnte so ein Gütesiegel und einen Wettbewerbsvorteil auf dem Euthanasiemarkt gegenüber dem Tod „made in the Netherlands“ erhalten, der, wie der erste Jahresbericht der Regionalen Kontrollkommissionen nach Inkraftsetzung des Euthanasiegesetzes zeigt, 2002 in 26 Fällen der Beihilfe zur Selbsttötung wegen unzureichender Wirkung der tödlichen Medikamente misslang, so dass die Patienten schließlich doch aktiv getötet wurden.<sup>24</sup> Nach den Ethischen Richtlinien für die Alters-

---

<sup>21</sup> A. Grundmann, a.a.O., S. 66f.

<sup>22</sup> Veerle Provoost u. a., Medical end-of-life decisions in neonates and infants in Flanders, in: The Lancet vol 365, 9. April 2005, S. 1316f.

<sup>23</sup> Vgl. z. B. die Erklärung des Vorsitzenden der Niederländischen Bischofskonferenz Adrianus Simonis, Care during Suffering and Dying vom 7.4.2000, in: Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishop's Conference to the Legislative Procedure 1983-2001, hrsg. von P. Kohnen und G. Schumacher, Utrecht/Leuven 2002, S. 152.

<sup>24</sup> A. Grundmann, a.a.O., S. 201. Dass die Zahlen deutlich höher sind, zeigen die empirischen Untersuchungen von 1990/91 und 1995/96, nach denen in etwa 18 % aller Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung Probleme auftraten, die den Arzt veranlassten, zur aktiven Sterbehilfe überzugehen.

heime der Stadt Zürich haben Sterbehilfeorganisationen und deren „Freitodbegleiter“ auf Weisung der Stadtverwaltung Zugang zu den städtischen Altersheimen. Was zu geschehen hat, wenn der Freitodversuch misslingt – Notfallversorgung oder aktive Euthanasie – wird von den Richtlinien mit Schweigen übergangen. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, dass der Übergang von der assistierten Selbsttötung zur aktiven Sterbehilfe fließend ist.

Die Erfahrungen mit der Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden und in Belgien bestätigen die Vermutung, dass die Euthanasie nicht Hilfe für Schwerkranke, sondern Instrument einer unblutigen Entsorgung der Leidenden, nicht Zuwendung zum Sterbenden, sondern Verweigerung des medizinischen und pflegerischen Beistandes ist. Sie zeigen, dass sich ein Rechtsstaat in unauflösbare Widersprüche verstrickt, wenn sein Gesetzgeber meint, die Aufhebung des Verbots der Tötung Unschuldiger gesetzlich regeln zu können. Ein Rechtsstaat zerstört damit die Bedingung seiner eigenen Existenz. Die katholischen Bischöfe der Niederlande wurden nicht müde, die Einbringung und die Verabschiedung des Euthanasiegesetzes sowohl in der Zweiten als auch in der Ersten Kammer des niederländischen Parlaments als unannehmbaren Rechtsbruch zu beklagen, der die Fundamente der Gesellschaft zerstört.<sup>25</sup>

In der Debatte über Patientenverfügungen wurde zumindest in Deutschland zwar betont, dass solche Verfügungen mit Euthanasie nichts zu tun hätten, dass sie dem Patienten mithin nicht die Befugnis einräumten, von Ärzten oder Pflegekräften eine aktive Sterbehilfe zu verlangen. Sie sollen nur die Patientenautonomie gewährleisten, also das Recht einräumen, Festlegungen zum Schutz vor Übertherapie zu treffen, die gegebenenfalls zu einem Behandlungsabbruch führen. Dem Gesetzgeber soll die Aufgabe übertragen werden, die Verbindlichkeit, die Reichweite und die Wirksamkeitsvoraussetzungen solcher Verfügungen zu regeln. Aber auch die Debatte über Patientenverfügungen wurde und wird von einer Illusion getragen, der Illusion, den eigenen Sterbeprozess steuern zu können. Dahinter steht einerseits die Angst vor dem Sterben oder einer das Sterben nur hinausschiebenden, belastenden Übertherapie und andererseits der Mangel an Vertrauen in eine humane ärztliche und pflegerische Fürsorge in den letzten Lebensstagen. Patientenverfügungen sollen klare Anweisungen für die ärztliche Behandlung in einer bestimmten Situation geben, in der der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist. In Krankheit und Leid aber verändern sich die Menschen, wie der Fall Jens zeigt. Deshalb hatten auch in der Debatte um ein Gesetz zu Patientenverfügungen 2009 jene Stimmen immer mehr zugenommen – von der Bundesärztekammer über den Marburger Bund und die evangelische Kirche bis zu Abgeordneten aller Fraktionen einschließlich der Kanzlerin – die von einer gesetzlichen Regelung abrieten und meinten, jeder der drei Gesetzentwürfe sei schlechter als der Status quo. „Art und Schwere einer möglichen Erkrankung sowie Begleiterkrankungen, individueller Krankheitsverlauf, therapeutische Optionen, auch unter dem Aspekt des künftigen medizinischen Fortschritts, medizinische Prognose, Lebenserwartung, subjektive Lebensqualität und Lebenseinstellung im jeweils eingetretenen Krankheitsstadium sind nicht

---

<sup>25</sup> Vgl. die Presseerklärungen der Niederländischen Bischofskonferenz vom 29.11.2000 und vom 11.4.2001, in: *Euthanasia and Human Dignity*, a. a. O., S. 159ff. Vgl. auch die Kritik des Vizepräsidenten der Päpstlichen Akademie für das Leben Elio Sgreccia, *Euthanasie in den Niederlanden nun auch bei Kindern*, in: *Osservatore Romano* (deutschsprachige Wochenausgabe) vom 22.10.2004, S. 11f.

vorhersehbar“, so der Abgeordnete Hubert Hüppe, der erfolglos empfahl, auf ein Patientenverfügungsgesetz ganz zu verzichten.<sup>26</sup>

Je mehr solche Patientenverfügungen verbreitet sind, desto größer ist die Gefahr einer negativen Selbstbewertung bei alten und kranken Menschen, zumal zahlreiche Patientenverfügungsformulare einen Behandlungsverzicht für schwerwiegende Krankheiten als Wahlmöglichkeit enthalten. „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“<sup>27</sup> Es entsteht ein sozialer Druck, den medizinischen, pflegerischen und finanziellen Aufwand zu vermeiden und sich dem Trend des sozialverträglichen Frühablebens anzuschließen. Eine weitere tödliche Falle der Selbstbestimmung: sie mündet in Selbstentsorgung. Mit brutaler Deutlichkeit fordern Dagmar Fenner und Manfred von Lewinski zu einer solchen Selbstentsorgung auf. Suizidwillige Personen sollten zwar die negativen Konsequenzen ihrer Selbsttötung auf ihr soziales Umfeld in Rechnung stellen. „Noch viel mehr dürfte man dann aber von jemandem im Falle einer unheilbaren und höchst pflegeintensiven Krankheit erwarten, dass er die emotionale Belastung, zeitliche Inanspruchnahme und finanziellen Lasten seiner Existenz für die Angehörigen und Freunde wahrnimmt. Denn nicht nur für die negativen sozialen Folgen des Aus-dem-Leben-Scheidens sind wir verantwortlich, sondern selbstverständlich auch für diejenigen des Weiterlebens.“<sup>28</sup> Die Beihilfe zu einem „altruistischen Suizid“, der letztlich ja gar nicht so ganz altruistisch sei, sondern auch im Eigeninteresse der suizidwilligen Person liege, sei deshalb „ein letzter humaner solidarischer Akt“.<sup>29</sup> Die dunkle Ahnung einer solchen Falle scheint weit verbreitet zu sein, weil der Anteil derer, die eine verbindliche Patientenverfügung ihr eigen nennen, trotz vieler Werbekampagnen weder in Deutschland noch in Österreich oder den USA steigen will. „Viele haben einen Vordruck, wenige füllen ihn aus, kaum einer unterschreibt.“<sup>30</sup> Auch wenn 80 % der Bevölkerung erklärten, sie bejahen eine Patientenverfügung, so verfügen 2003 nur 10 % über eine solche. In Österreich waren es zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines Patientenverfügungsgesetzes am 1. Juni 2006 gar nur 0,2%.

Schlüssig nachzuweisen, dass die konkrete Situation, in der eine Patientenverfügung zur Anwendung kommen soll, genau der Situation entspricht, die der Patient bei ihrer Abfassung oder in einer entsprechenden mündlichen Willensäußerung im Auge hatte, wird schwierig sein.<sup>31</sup> Über die Grenze zwischen Therapie und Übertherapie können auch Ärzte geteilter Meinung sein. Konflikte zwischen dem verfügten Willen und dem Wohl des Patienten, dem der Arzt immer den Vorrang zu geben hat, sind damit vorprogrammiert. Umstritten ist auch,

---

<sup>26</sup> Bundestagsdrucksache 16/13262.

<sup>27</sup> Johannes Rau, Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß, Frankfurt 2001, S. 27f.

<sup>28</sup> Dagmar Fenner, Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente, in: Ethik in der Medizin, 19.Jg. (2007), S. 206. Manfred von Lewinski, Ausharren oder Gehen? Für und wider die Freiheit zum Tode, München 2008, S. 193ff.

<sup>29</sup> Dagmar Fenner, a. a. O., S. 210.

<sup>30</sup> Stephan Sahn, Wollen Sie Patient zweiter Klasse sein? Zu Risiken und Nebenwirkungen von Patientenverfügungen: Ernüchterendes aus Amerika, in: FAZ vom 5.11.2004.

<sup>31</sup> Thomas Wagenitz, a.a.O., S. 671 „Über den eigenen Tod zu verfügen fällt, wenn man gesund ist, leicht; sterbenskrank geworden wird der Verfügende aber womöglich an dem – einst abstrakt als unwert erachteten - Leben hängen.“ Vgl. auch Eberhard Schockenhoff, Aus Mitleid töten? Der Auftrag des medizinischen Sterbebeistands aus ethischer Sicht, Kirche und Gesellschaft Nr. 283, Köln 2001, S. 9 und R. Beckmann, Selbstbestimmung durch Mutmaßungen über den Sterbewillen?, a.a.O., S. 11f.

ob Patientenverfügungen nur für Krankheiten gelten sollen, die unumkehrbar sind und zum Tode führen, oder für alle schweren Erkrankungen sowie für Altersdemenz und Wachkoma, ob die künstliche Ernährung zu den ärztlich indizierten medizinischen Maßnahmen gehört, die bei einem Behandlungsabbruch eingestellt werden müssen oder - wie Waschen und Pflegen - zu den Basismaßnahmen, die ungeachtet aller Patientenverfügungen auch bei einer unumkehrbar zum Tode führenden Krankheit anzuwenden sind, um dem leidenden Patienten Qualen zu ersparen. Für die Katholische Kirche erklärte Papst Johannes Paul II. am 20. März 2004, „dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen geschieht, immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Handlung ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten ...“<sup>32</sup> Die Glaubenskongregation hat dies in ihren „Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung“ vom 1. August 2007 bestätigt.<sup>33</sup>

Umstritten ist, ob die Bindungswirkung von Patientenverfügungen im Falle einer Altersdemenz aufgehoben werden kann, wenn der entscheidungsunfähige Patient Anzeichen von Lebenswillen bekundet. Der Nationale Ethikrat in Deutschland war in einer Stellungnahme zu Patientenverfügungen vom 2. Juni 2005 der Meinung, dass eine schriftliche Patientenverfügung „Bindungskraft über den späteren bloßen Lebenswillen des Betroffenen haben (soll)“<sup>34</sup>, wenn in ihr auf mögliche Anzeichen von Lebenswillen am Lebensende Bezug genommen und deren Entscheidungserheblichkeit schriftlich ausgeschlossen worden ist. Damit würden Patientenverfügungen zu tödlichen Fallen. Umstritten ist schließlich, wie bei sterbenden Patienten zu verfahren ist, die einerseits eine Patientenverfügung erlassen haben und andererseits einen Organspenderausweis besitzen. Die Patientenverfügung ordnet den Behandlungsabbruch an, der Organspenderausweis aber induziert die Fortsetzung der intensivmedizinischen Maßnahmen, um die Funktionsfähigkeit der für eine Spende in Frage kommenden Organe zu erhalten. Er verzögert damit den Todeseintritt und konterkariert die Patientenverfügung. Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des 15. Deutschen Bundestages empfahl deshalb 2005, gleichzeitig mit einer Patientenverfügung eine Erklärung abzugeben, welche der beiden Erklärungen im Ernstfall Vorrang haben soll, die Anordnung des Behandlungsabbruches oder die Bereitschaft zur Organspende. Eine Minderheit der Enquete-Kommission um den SPD-Abgeordneten Wolfgang Wodarg hingegen wies darauf hin, dass die Organspende „mit dem Geist einer Patientenverfügung, die ein durch keine unerwünschten medizinischen Maßnahmen belastetes Sterben zum Ziel hat, nicht in Einklang zu bringen“ sei.<sup>35</sup>

---

<sup>32</sup> Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer eines Internationalen Kongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“ am 20.3.2004, in: Osservatore Romano (deutschsprachige Wochenausgabe) vom 9.4.2004.

<sup>33</sup> Osservatore Romano (deutschsprachige Wochenausgabe) vom 28.9.2007.

<sup>34</sup> Nationaler Ethikrat, Patientenverfügung - Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme vom 2.6.2005, S. 23 und 34.

<sup>35</sup> Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht Patientenverfügungen, Bundestagsdrucksache 15/3700, S. 46f.

## Die Alternativen

Was ist die Alternative zur aktiven Sterbehilfe? Eine Wiederbelebung der ars moriendi. Sterben ist Teil des Lebens.<sup>36</sup> „Death education“, wenn man dem Begriff eine positive Dimension abgewinnen will, ist dann mehr als die schriftlich verfügte Übergabe des eigenen Leibes an die Euthanasietechniker. „Death education“ heißt, die soziale Dimension des Sterbens wiederzugewinnen, lernen, von den Familienangehörigen Abschied zu nehmen und das Zeitliche zu segnen. Nicht nur das Begräbnis, das Sterben selbst muss wieder ein soziales Ereignis werden. Die stationären Hospize, aber auch die ambulanten Hospizdienste sind ein Schritt in diese Richtung. Wirksame Schmerzlinderung, vertraute Umgebung, pflegerische, ärztliche und seelsorgerliche Begleitung gehören dazu und die Gewissheit, dass der Sterbeprozess nicht gegen den Willen des Sterbenden hinausgezögert wird. Ein menschenwürdiges Sterben erfordert von den Angehörigen nicht nur „Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden“, sondern auch in belastenden Situationen „die Bereitschaft zum Dabeibleiben, zum geduldigen Ausharren und zuletzt: zum gemeinsamen Warten auf den Tod“.<sup>37</sup>

Für den Christen ist das Sterben noch mehr. Es ist das Ende des irdischen Pilgerstandes<sup>38</sup>, ein „Tor zum Leben“.<sup>39</sup> Die Vorbereitung auf einen guten Tod und das Gebet um ihn sind Teil eines gelingenden Lebens. „Unsre Tage zu zählen, lehre uns! Dann gewinnen wir ein weises Herz“ (Ps 90,12). Dem Sterbenden beizustehen, den Kranken, auch den Todkranken zu besuchen, ist Teil der Nächstenliebe, nach der jeder beim Jüngsten Gericht gefragt wird (Mt 25, 36 und 43). Die Euthanasie ist für ihn als vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person eine „schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes“ und deshalb „sittlich nicht zu akzeptieren“. Sie ist Symptom einer Kultur des Todes.<sup>40</sup>

Für den Christen ist Sterben eine Gnade, ein „Lebensabschlussgottesdienst“, für den die katholische Kirche nicht nur eine eigene Liturgie, sondern auch das Sakrament der Krankensalbung, der „letzten Ölung“ anbietet. „Die letzte Verfügung des Menschen, mit welcher er sein irdisches, viatorisches Dasein zugleich beendet und vollendet, ist ein im strikten Sinn kultischer Akt liebender Hingabe, worin der Mensch, sein Todesschicksal ausdrücklich annehmend, sich selber mitsamt dem ihm jetzt entgleitenden Leben Gott darbringt und überliefert.“ Das sei, so Josef Pieper, zwar keine philosophische Antwort auf die Frage nach dem Tod, aber doch eine Antwort, die auch dem Philosophen Respekt abnötigt, weil sie die „verborgene Bauform“ eines sinnvollen Lebens ahnen lasse, „dass man nämlich nur das besitzt, was man loslässt“. Das eigene Leben buchstäblich und wirklich zu verlieren, um es zu gewinnen, das

---

<sup>36</sup> Vgl. auch die Rede von Bundespräsident Horst Köhler bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz „Sterben lernen heißt leben lernen“ am 8.10.2005.

<sup>37</sup> Eberhard Schockenhoff, *Aus Mitleid töten? Der Auftrag des medizinischen Sterbebeistands aus ethischer Sicht*, Kirche und Gesellschaft 283, Köln 2001, S. 10. Vgl. auch Wilfried Härle, *Würde. Groß vom Menschen denken*, München 2010, S. 127ff.

<sup>38</sup> Peter Christoph Düren, *Der Tod als Ende des irdischen Pilgerstandes. Reflexion über eine katholische Glaubenslehre*, Buttenwiesen 2002.

<sup>39</sup> Hubert Windisch, *Der Tod - Tor zum Leben?*, in: R. Beckmann u. a., Hrsg., *Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*, Krefeld 2004, S. 145ff.

<sup>40</sup> Johannes Paul II., *Evangelium Vitae* (1995), 64 und 65; *Katechismus der Katholischen Kirche* (1993), 2277.

sei dem Menschen zum ersten und einzigen Mal im Angesicht des Todes abverlangt.<sup>41</sup> Folgt der Mensch Christus im Glauben an die Verheißung einer Auferstehung und an ein ewiges Leben, kann er auch mit ihm sagen, „Niemand entreißt mir das Leben, sondern ich gebe es aus freiem Willen hin“ (Joh 10,18). Das sich hingebende, nicht das sich selbst behauptende Ich ist das wahrhaft menschliche Ich. Dies deutlich zu machen war ein Leitfaden des gesamten Pontifikats Johannes Pauls II.<sup>42</sup> „Ich bin froh, seid ihr es auch!“ Diese letzten Worte Johannes Pauls II. auf seinem Sterbebett Anfang April 2005 sind ein großes Vermächtnis für die Wiederbelebung der ars moriendi, für eine neue Kultur des Lebens, die dem Leiden und dem Tod nicht ausweicht.

---

<sup>41</sup> Josef Pieper, Tod und Unsterblichkeit, in: Werke Bd. 5, Hamburg 1997, S. 370. Vgl. auch Johannes B. Lotz, Tod als Vollendung. Von der Kunst und Gnade des Sterbens, Frankfurt 1976, S. 89ff.

<sup>42</sup> George Weigel hat dies in seiner großen Biographie Johannes Pauls II. Zeuge der Hoffnung. 3. Aufl. Paderborn 2011 sehr schön herausgearbeitet.