

ÄRZTETAG 2004



Eu thanatos

**Medizin und Ethik
an der Grenze
des Lebens**

Dokumentation


Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Eu thanatos – Medizin und Ethik
an der Grenze des Lebens 2

Dr. med. Herrmann-Josef Pielken

Sterbehilfe versus Palliativmedizin 6

Prof. Dr. theol. Klaus Arntz

Freiheitliche Autonomie am Ende des Lebens –
Ethische Anmerkungen zur Debatte um die Sterbehilfe 17

Dr. med. Peter Liese

Ist Politik bindungslos oder gibt es ethische Schranken? 33

Biographische Hinweise zu den Referenten 42

Dokumentationen der Ärztetage 43

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Eu thanatos

Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in der Kaiserpfalz Paderborn, der sich inzwischen als eine gute Tradition etabliert hat, heiße ich Sie herzlich willkommen. Erneut widmen wir uns mit diesem interdisziplinären Forum einer Frage von höchster gesellschaftlicher Relevanz, die seit Jahren mit immer stärkerer Intensität in unserem Land geführt wird. Es handelt sich dabei um eine Problemstellung, für die wir eine gesellschaftlich verbindliche Regelung wünschen, die mit der Würde des Menschen am Ende seines Lebens vereinbar sein muss. Ich sehe uns mit einer Euthanasiedebatte konfrontiert, in der die katholische Kirche nicht schweigen darf und die uns daher zu Recht zu einer Stellungnahme im Blick auf die ethische Legitimität unseres Handelns herausfordert. Denn auch hier gilt der Grundsatz, dass nicht alles, wozu der einzelne Mensch und die Gesellschaft insgesamt fähig sind, auch gleichzeitig als erlaubt und ethisch legitim angesehen werden darf. Aus diesem Grund stellen wir uns heute einem Thema, dass uns vor die unumgängliche Frage führt: *„Welches Sterben wird dem Menschen wirklich gerecht?“*

Diese Frage drängt sich uns nicht nur angesichts der politischen Weichenstellungen in unseren westlichen Nachbarländern auf, sondern auch, weil uns der medizinisch-technische Fortschritt zugleich vor Situationen stellen kann, die bei Licht betrachtet, eine Verlängerung des Sterbens und Leidens eines Menschen bewirken können. Umso stärker wird dies, wie Sie wissen, als Argument genutzt, der aktiven Sterbehilfe auch in unserem Land Tür und Tor zu öffnen.

Zugleich versetzen uns in dieser Situation nüchterne demographische Zahlen in die angstbesetzte Abwägung der hohen Kosten, die eine medizinische Versorgung im Alter und am Lebensende verursacht. Eine Abwägung, die uns, scheinbar zwangsläufig und wie von unsichtbarer Hand geführt, plötzlich mit der scheinbar „kostengünstigen“ Alternative der aktiven Sterbehilfe ein vermeintliches „Lösungsmodell“ präsentiert. Dabei müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass dieses „Zauberwort“ nichts anderes als die bewusste und gezielte Tötung eines Menschen meint. Der gesellschaftliche Konsens über den Einsatz aktiver Sterbehilfe ist

glücklicherweise noch nicht vereinbart. Ich möchte an dieser Stelle allerdings nicht verhehlen, dass die Sorge wächst, dass auch ein solcher Schritt vom Gesetzgeber vollzogen werden könnte, um das Lebensrecht des Menschen in diesem Stadium seiner Existenz scheinbar zu wahren, es dabei aber – wie bereits am Anfang des Lebens - zur gesellschaftlichen Disposition zu stellen.

Natürlich ist absehbar, dass die Zahl alter, vielfach auch schwerkranker oder schwerstpflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen wird. Aber es wäre verhängnisvoll, wenn wir im Blick auf solche Probleme die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe als einzig gesellschaftlich mögliche Antwort auf einen bestimmten Problemstau ansehen würden. Die Deutsche Bischofskonferenz und die Evangelische Kirche Deutschlands haben in ihrem jüngsten Schreiben zu dieser Frage ausdrücklich festgehalten, dass wir für eine „*Stärkung der Alternativen*“ plädieren.¹ Denn in unseren Augen steht zuviel auf dem Spiel! Eine Gesellschaft, die bereit ist, bestimmte Phasen des menschlichen Lebens dem Kalkül der Nützlichkeit zu unterwerfen, hat die Achtung vor dem menschlichen Leben in seiner Einheit und Ganzheit längst aufgegeben. Schon 1975(!) haben die Deutschen Bischöfe in ihrem Schreiben „*Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie*“ auf diesen unheilvollen Zusammenhang aufmerksam gemacht: „*Wenn das Leben nur nach seinem privaten und sozialen Nutzen eingeschätzt wird, dann ist es allenfalls eine Frage der Zeit und des sogenannten ‚Volksempfindens‘, welche Gruppen von Menschen von diesem Vernichtungsurteil betroffen werden.*“²

Meine Damen und Herren!

Das Plädoyer für einen sogenannten „*guten Tod*“ im Sinne der Euthanasiedebatte ist mit dem großen Risiko behaftet, dass es sich von der Wertschätzung des menschlichen Lebens, wie sie durch das christliche Menschenbild überhaupt erst möglich geworden ist und garantiert wird, löst. Damit wird in letzter Konsequenz der Grundwert des menschlichen Lebens selbst in Frage gestellt: Schon Friedrich Nietzsches „*Zarathustra*“ wünschte sich ja für die Zukunft „*Prediger des schellen Todes‘, welche den Kranken, Behinderten, ja allen ‚Überflüssige‘ sagen: Stirb zur rechten*

¹ Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen [Gemeinsame Texte 17], hrsg. vom Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Januar 2003, S. 6.

² Die Deutschen Bischöfe (4): Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie in: Gemeinsame Texte 17, S. 15.

Zeit!“³ Natürlich sind nicht wir damit gemeint, die Gesunden, Starken, Großen und Wachen, die mehr oder weniger im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte am Leben teilhaben und die dem zentralen gesellschaftlichen Kalkül der Kosten-Nutzen-Maximierung nicht zur Last fallen – genauer gesagt: noch nicht! Aber Nietzsches Wort würde unmittelbar relevant für jene Menschen, denen – aus welchen Gründen auch immer, und dabei ist nicht nur das Alter entscheidend – diese Prädikate abhanden gekommen sind oder die sie niemals besaßen!

Und dieses Gefälle wird in unserer Gesellschaft immer größer! Wer will verhindern, dass nicht nur Sterbenskranke, sondern auch Langzeit-Patienten, Schwerverletzte oder andere ‚Kostenverursacher‘ zu diesen Fallgruppen gehören werden, denen statt gesellschaftlicher und individueller Hilfe nur noch der Tod „geschenkt“ wird⁴.? Angesichts einer solchen Perspektive ist das Wort meines Mitbruders Kardinal Lehmann und des ehemaligen Vorsitzenden der Evangelischen Kirche Deutschlands, Präses Manfred Kock, von unmissverständlicher Aktualität und Dringlichkeit: *„Wo wir die Tötung eines Menschen als Lösung der zugegebener Maßen schwierigen Situation von Krankheit und Sterben akzeptieren, ist dies eine Bankrotterklärung an die Menschlichkeit Menschlichem Leid dürfen wir nicht durch Tötung, sondern müssen ihm durch menschliche Zuwendung und Sorge begegnen. Wir wollen Leiden lindern und uns nicht der Leidenden entledigen.“*⁵

Wir wollen als Kirchen nicht dazu beitragen, dass Krankheit und Sterben zusehends aus dem Bewusstsein des modernen Menschen verdrängt werden. Denn sie gehören zum menschlichen Leben und müssen bewältigt werden. *„Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig“.*⁶ Deshalb sind wir Christen, unabhängig von unserer Konfession, aufgefordert, uns der Frage des verantwortlichen Handelns an der Grenze des Lebens zu stellen.

³ Alexander Lohner, Die geistigen Wurzeln der neuen Bioethiker und der Zeitgeist, in: Lebensforum 2/ 1998, 26-31

⁴ Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden führte dazu, dass jährlich ca. 1000 Patienten ohne ihre Zustimmung aktiv getötet werden. Vgl. dazu Fuat S. Oduncu, in: Stimmen der Zeit 128 (2002) S. 128.

⁵ Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen (Gemeinsame Texte 17), hrsg. vom Kirchenamt der evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Januar 2003, S. 7.

⁶ Die Deutschen Bischöfe (4): Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie in: Gemeinsame Texte 17, S. 16.

„*Eu thanatos*“ – ein guter, ein sanfter Tod! Wohl kaum jemand wünschte sich den Abschied aus dem Leben nicht in einer möglichst humanen Weise! Und gerade um dieser Perspektive willen müssen wir uns den damit gegebenen Fragen stellen, denn die Sorge der Kirchen gilt seit jeher gerade auch den Menschen in den schwächsten Phasen ihres Lebens, in denen sie oft keine Fürsprecher mehr haben!

Es ist meine tiefe Überzeugung, dass wir hier in einer gemeinsamen Verantwortung stehen, uns für eine menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender einzusetzen. Im Blick auf diese Überlegungen ist der Titel unserer Tagung gewählt:

„Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens!“

Sterbehilfe versus Palliativmedizin

von Dr. Herrmann-Josef Pielken

Die Palliativmedizin ist kein medizinischer Zweig wie Sie ihn kennen als Allgemeinmediziner, als Internist oder Chirurg. Palliativmedizin ist Medizin und Einstellung.

Wir haben 1996 begonnen am *St. Johannes-Hospital* in Dortmund eine Palliativstation einzurichten und sie zur Jahreswende 1999/2000 eröffnet. Antrieb für diese Arbeit waren nicht primär ethisch-moralische Gründe, sondern unsere Hauptmotivation war, Patienten mit weit fortgeschrittenen bösartigen Erkrankungen zu helfen. Wir sind ein Haus, das inzwischen eine große onkologische Abteilung hat. Wie Sie alle wissen, hat die Onkologie in den vergangenen 50 Jahren große Fortschritte gemacht, aber es gibt immer noch einen großen Anteil unter den von bösartigen Erkrankungen betroffenen Menschen, die an ihrer onkologischen Erkrankung letztlich sterben.

Es ist für einen Arzt immer schön, Patienten in der Nachsorge zu betreuen, die wieder gesund sind und zu erleben, wie sie von einer bösartigen Krankheit geheilt worden sind. In der täglichen Praxis arbeiten Sie aber in der Mehrzahl mit Patienten, die im Laufe von Monaten oder Jahren an ihrer Krankheiten sterben werden. Es gibt nichts Schrecklicheres für einen Arzt, als irgendwann zu sagen: „Ich kann nichts mehr für Sie tun, Sie sind ausbehandelt.“ Diese Hilflosigkeit war für uns der Grund, über Palliativmedizin nachzudenken.

Die Palliativmedizin ist zu einem entscheidenden Anteil *Einstellung*. Deshalb werde ich heute auch wenig über Medizin reden. All das, was ich Ihnen über Medizin vortragen werde, kennen Sie und ist nur Beiwerk zum besseren Verständnis. Es dient dazu, das Umfeld zu beschreiben, in dem die Palliativmedizin zu Hause ist.

Schnell wurde uns klar, dass zur Palliativmedizin eine permanente ethische Diskussionen gehört. Jeder einzelne Patient gibt Anlass für ethischen Diskurs. Man gewinnt aber im Laufe der Jahre zunehmend Sicherheit im Umgang mit diesen ganz schwierigen Themen.

Untrennbar verbunden mit der Palliativmedizin ist die „Hospizidee“. Dieser Begriff wurde zum ersten Mal Mitte des 19. Jahrhunderts im Zusammenhang mit der Betreuung und Begleitung von Sterbenden und

schwerkranken Menschen verwandt. Noch im selben Jahrhundert haben dann Frauenorden in Irland die ersten Einrichtungen gegründet, in denen Patienten, schwerkranke Patienten, sterbende Patienten betreut wurden. Den entscheidenden Durchbruch erlangte die Hospizidee mit der Gründung des *St. Christophers Hospiz* in London. Mit dieser Gründung ist untrennbar der Name Ciceley Saunders verbunden. Diese Frau hat es geschafft, dass der Hospizgedanke von England aus auf den Kontinent kam und heute für uns etwas ist, das wir alle kennen und was uns hilft, das Leben dieser schwerkranken Patienten leichter zu machen.

Vereinfacht könnte man sagen, Palliativmedizin ist die Synthese aus Medizin, Schulmedizin und Hospizidee. In der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts wurden die ersten Palliativstationen in Deutschland gegründet, zuerst in Köln. 1994 bildete sich eine wissenschaftliche Struktur mit Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Diese Vereinigung ist eine Gesellschaft, die im medizinischen Bereich einzigartig ist, weil sie auf der einen Seite Ärzte, auf der anderen Seite aber auch Pflegende integriert, und diese beiden Berufsgruppen gemeinsam die Palliativmedizin voranbringen. Die Palliativmedizin ist auch heute noch kein Begriff wie „Innere Medizin“ oder „Chirurg“, aber die Entwicklung der Palliativmedizin schreitet voran und wir erwarten, im nächsten Jahr die Bezeichnung „Palliativmediziner“ zu bekommen.

Im Jahre 2000 wurde die *Arbeitsgemeinschaft Hospizbewegung im Erzbistum Paderborn* gegründet, in der auf der einen Seite die Strukturen der Palliativmedizin oder der Hospizarbeit, nämlich die stationären Hospize, die Palliativstationen, die ambulanten Hospizdienste und die Hospizinitiativen zusammengefasst wurden, um sie mit der Krankenseelsorge, Organisationen der Krankenhäuser, der Arbeitsgemeinschaften für Heime und Einrichtungen der Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste in einen fruchtbaren Dialog zu bringen.

Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft ist es, das Wissen und die Erfahrung um die Hospizidee, um die Palliativmedizin mit bestehenden caritativen Einrichtungen zusammenzubringen und Erfahrungen auszutauschen. Diskussionen bei den Gründungsversammlungen zeigten die Richtigkeit dieser Entscheidung, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen, von den anderen zu lernen und sich nicht als konkurrierende Einrichtungen zu betrachten. Ich werde darauf später noch einmal kurz zurückkommen.

Die WHO hat eine Definition der Palliativmedizin geschaffen, die ausgesprochen brauchbar ist und uns hilft, palliativmedizinische Patienten zu erkennen. Ganz überwiegend sind es Patienten, die eine onkologische Erkrankung haben. Es finden sich dort aber auch Patienten mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen. Nicht dazugezählt werden typische geriatrische Patienten. Zusammengefasst hilft die Palliativmedizin Patienten mit einer progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung, mit

einer begrenzten Lebenserwartung, für die es keine kurative Behandlungsmöglichkeiten mehr gibt.

Wir behandeln in der Onkologie sehr lange Patienten, für die keine kurativen Therapiemöglichkeiten mehr bestehen. Dennoch ist die palliativ ausgerichtete Onkologie ein gutes Beispiel für Möglichkeiten der Medizin, den Krankheitsverlauf zu beeinflussen und Lebensqualität zu gewinnen. Früher ging es häufig nur darum, das Leben zu verlängern. Den Erfolg seiner Tätigkeit hat der behandelnde Arzt an der Verlängerung der Überlebenszeit gemessen. Immer mehr tritt die Lebensqualität in den Vordergrund. Doch um diese Patienten geht es nicht, sondern es geht um Patienten, für die die Medizin keine Behandlungsmöglichkeiten mehr anbieten kann, den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Für diese Patienten ist es eine furchtbare Botschaft, wenn man ihnen sagen muss: „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Manchmal wird sogar der schlimme Ausdruck dem Patienten gegenüber gebraucht: „Sie sind ausbehandelt.“ Man kann sich gut vorstellen, dass in dieser verzweifelten Situation – häufig verbunden mit großem Leiden – der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wächst.

Aktive Sterbehilfe bedeutet, dass man bewusst seine Handlung darauf ausrichtet, das Leben des Patienten zu beenden und einen schnellen Tod herbeizuführen. In der Onkologie, die sicherlich den größten Teil der Patienten stellt, bei denen man sich mit dieser Fragestellung auseinandersetzen muss, haben Sie es in der Regel mit Patienten zu tun, die einen unglaublichen Lebenswillen haben, so dass sie sehr lange die Themen Palliativmedizin, Sterben gar nicht ansprechen. Es ist ein großes Problem für jeden behandelnden Arzt, den richtigen Zeitpunkt zu finden, an dem man diese Themen anspricht.

Aber zuerst einmal zur Frage: Wie stehen wir Ärzte zur Legalisierung der Euthanasie? Bringt uns das Wissen um Alternativen weiter? Ändern wir dadurch unsere Einstellung?

Es gibt aus dem Jahre 2003 eine Untersuchung, in der bestimmte Fragestellungen in diesem Zusammenhang untersucht wurden. Auf der einen Seite wurden Mitglieder der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* befragt und auf der anderen Seite Ärzte, die nicht in dieser Gesellschaft waren. Es zeigte sich, dass unter den Mitgliedern dieser Gesellschaft in der Gruppe der Ärzte fast 90 % „Nein“ zur Legalisierung der Euthanasie sagten. Unter den Pflegenden war der Anteil geringfügig kleiner (83 %). Es fand sich ein deutlicher Unterschied zu Ärzten und Pflegenden außerhalb der Gesellschaft. Sicherlich stellen die Mitglieder der Gesellschaft eine gewisse Selektion dar, aber wenn Sie sich diese Grafik anschauen, können Sie sehen, welche Gründe Ursache für die Einstellung zur Sterbehilfe waren und diese Einstellung beeinflusst haben: Professionelle Erfahrung, fachliches Wissen und Kenntnisse von Alternativen. Diese Unterschiede waren signifikant zwischen den beiden Gruppen. Ethische Überlegungen

stellten einen besonderen Grund und Motivation für die Auseinandersetzung mit diesem Thema dar, waren aber in beiden Gruppen von gleicher Bedeutung. Auch die Auseinandersetzung mit der deutschen Vergangenheit, die jahrelang dazu geführt hat, dass über das Thema nicht gesprochen wurde, spielt bei der Entscheidung, wie man zur aktiven Sterbehilfe steht, heute eine ganz untergeordnete Rolle. Bei aller Kritik und Diskussionswürdigkeit dieser Aussagen kann man doch festhalten, dass die praktische Auseinandersetzung mit diesem Thema und die Arbeit mit diesen Patienten ganz wesentlich die Einstellung zu diesem Thema beeinflusst, wenn man echte Alternativen anbieten kann.

Für uns ist es einfach schön zu erfahren, dass wir nie sagen müssen: „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Wir müssen sicherlich unser Verhalten ändern, die Behandlungsformen ändern, aber wir können den Patienten bis zu seinem Ende weiter betreuen. Palliativmedizin ist – vereinfacht gesagt – zu je einem Drittel Organisation, Medizin und Einstellung. Organisation bedeutet, man muss Strukturen herstellen, in denen diese Patienten betreut werden können. Das größte Problem für den Patienten in einer solch fortgeschrittenen Krankheitssituation ist, dass er häufig allein gelassen ist, mit seinen Ängsten und mit seinen Vorstellungen, wie dieser grausame Tod auf ihn zukommt, alleine fertig werden muss. Das Problem bei diesen Patienten ist ja nicht, dass sie irgendwann einen „guten Tod“ erleben werden, sondern sie wissen vom Tag der Diagnose an, sie werden an dieser Krankheit sterben. Wenn ich mit Patienten mit onkologischen Erkrankungen zu Beginn der Erkrankung spreche, versuche ich, Parallelen zu anderen Krankheiten zu finden, und sage den Patienten, dass sie sicherlich in ihrem Bekanntenkreis erleben werden, dass in der Zeit bis zu ihrem eigenen Tod Menschen sterben werden, die ganz unvorbereitet und überraschend sterben.

Das Schreckliche an der onkologischen Erkrankung ist das Wissen, dass man an dieser Krankheit sterben wird, häufig verbunden mit Angstvorstellungen, unter Schmerzen zu sterben, zu ersticken. Deshalb ist es wichtig, dass Strukturen im Krankenhaus geschaffen werden, diese Patienten ganzheitlich zu betreuen. Günstigerweise werden die betroffenen Patienten im Krankenhaus auf besonderen Stationen, Palliativstationen, betreut, wobei ich gleich vorweg sagen will, dass Palliativmedizin natürlich nicht auf eine Station beschränkt ist. Sie müssen, wenn Sie ihre Patienten palliativmedizinisch betreuen wollen, die ambulante Weiterversorgung sichern. Das gelingt häufig gut zusammen mit ambulanten Pflegediensten. Wir arbeiten in Dortmund sehr eng mit der Caritas zusammen, aber nicht ausschließlich, sondern auch mit anderen ambulanten Pflegediensten, mit privaten Pflegediensten. Das entscheiden die Patienten. Wichtig ist uns aber, dass diese Dienste palliativmedizinische Erfahrung, palliativpflegerische Erfahrung einbringen. Im *St. Johannes-Hospital* in Dortmund spielt die *Brückenschwester* eine entscheidende Rolle. Sie ist auf der

Station beheimatet, kann aber die Patienten auch zu Hause besuchen und z. B. bei der Schmerztherapie oder bei der Lösung von speziellen Problemen helfen. Sicherlich ist das ein Punkt, den wir immer noch weiter ausbauen müssen. Ich persönlich glaube nicht, dass alle Pflegedienste diese Arbeit übernehmen können. Sie können nur von Diensten mit besonderer Erfahrung in Palliativpflege geleistet werden. Nicht unterschätzt werden dürfen hier Wettbewerbsprobleme. Man muss langfristig einen Weg finden, diese Betreuung als zusätzliches Angebot aufzufassen, das die Angebote der Pflegedienste ergänzt.

Wenn man nach einem Unterschied zwischen einem stationären Hospiz und einer Palliativstation sucht, ist dieser schwer zu finden. Der augenfälligste Unterschied ist, ob die Einrichtung im oder außerhalb des Krankenhauses beheimatet ist. Die Arbeit kann sich sehr ähneln.

In Dortmund gibt es zwei stationäre Hospize. Eines wird von der Caritas betrieben und findet sich in einem Altenheim, dem *Bruder-Jordan-Haus*. Die Diakonie hat vor kurzem ebenfalls ein stationäres Hospiz eingerichtet. Beide sind Einrichtungen außerhalb von Krankenhäusern. Dort werden diese Patienten betreut, die ich gerade beschrieben habe. Das Entscheidende ist, dass sie nur noch eine begrenzte Lebenserwartung haben. Ein wichtiger Grund für Palliativstationen im Krankenhaus ist, dass auch heutzutage immer noch viele Patienten im Krankenhaus sterben und man dort mit dem Gedankengut der Hospizidee vertraut sein sollte. Daneben spielt die Weiterbildung der Ärzte eine wichtige Rolle. Auch gibt es im Krankenhaus Erfahrung mit besonderen medizinischen Problemen. Das betrifft nicht nur die Schmerztherapie. Im fortgeschrittenen Zustand onkologischer Erkrankungen ergeben sich immer wieder Probleme, die Krankenhausbehandlung erforderlich machen.

Bei der Vorstellung der Palliativstation, bevor der Patient entscheidet, ob er dort betreut werden will, erläutern wir den Patienten, dass es keine Sterbestation ist. Das möchte ich etwas näher erklären: die durchschnittliche Liegezeit auf unserer Station liegt bei etwa 13 Tagen, weniger als die Hälfte der Patienten sterben auf der Palliativstation. Wenn man sich die Zahlen genauer anschaut, sieht man natürlich, dass die überwiegende Zahl der Patienten auf der Palliativstation stirbt. Aber viele können vor ihrem Tod häufiger nach Hause entlassen, zu Hause betreut werden. Wir entlassen sie aber mit der festen Zusage, sie jederzeit wieder aufzunehmen, so dass viele Patienten zwei- oder dreimal im Laufe ihrer Erkrankung in der letzten Lebensphase auf der Palliativstation betreut werden. Mitunter sind diese Gründe auch Entlastung der Angehörigen. Sie erleben immer wieder Situationen, in denen Patienten mit dem Rettungsdienst gebracht werden, begleitet von Angehörigen. Die Patienten klagen über stärkste Schmerzen, sind massiv erregt. Die Angehörigen sind mit der Situation überfordert. Wenn es dann gelungen ist, die Schmerzen unter Kontrolle zu bekommen, sieht man den Patienten über die Station gehen

und fragt sich, warum ist er da. Wenn der medizinische Dienst die Indikation zur Krankenhausbehandlung überprüft, ist eine gute Dokumentation wichtig. Wer Palliativmedizin betreibt, muss sich immer fragen: Was nützt dem Patienten? Zwei Sachen sind wichtig: der Patient soll schmerzfrei sein. Dies gelingt uns sehr häufig. Weiter ist es unser Ziel, die Symptome, die er hat, zu mindern oder zu beseitigen. Symptomkontrolle ist das Stichwort in der Palliativmedizin neben der Schmerzmedizin.

Welche Symptome führen Patienten auf Palliativstationen? Diese Patienten haben vor allen Dingen Schmerzen. Typisch für eine Tumorerkrankung ist die Kachexie, das Auszerren der Körpers, gepaart mit fehlendem Appetit. Es ist für den Patienten ein andauernder Kampf zu essen. Sie wünschen sich irgendetwas zu essen, nach wenigen Bissen ist der Appetit weg. Die Verstopfung oder der Darmverschluss ist bei bestimmten onkologischen Erkrankungen ein Problem, das sich immer wieder auf der Palliativstation findet und kontrolliert werden muss. Hinzu kommen Luftnot, Übelkeit, Erbrechen. Bei einer Peritonealkarzinose leben Patienten häufig viele Wochen mit einem vollständigen Ileus. Bei einem vollständigen Darmverschluss müssen sie parenteral ernährt werden, und ständiges Erbrechen muss beherrscht werden. Übelkeit und Erbrechen werden häufig durch Angst verstärkt oder verursacht. Durch Zuwendung, hier muss man vor allen Dingen das Engagement der Schwestern und der Pfleger hervorheben, und natürlich auch durch den Einsatz von Psychopharmaka muss diese Angst beherrscht werden.

Wenn man von Tumorpatienten redet, redet man von Schmerztherapie. Das kommt daher, dass viele onkologischen Patienten schon in der Frühphase Schmerzen haben. In der Spätphase der Erkrankung, wenn wir sie im Bereich der Hospizarbeit auf der Palliativstation wiederfinden, haben fast alle Patienten Schmerzen. Von daher ist es das Wichtigste, wenn man mit diesen Patienten arbeitet, mit Schmerztherapie umgehen zu können. Man stellt sich das häufig sehr schwer vor. Es ist mit etwas Übung eine sehr einfache Therapie geworden. Wir verfügen heute über Medikamente, die in einer retardierten Form vorliegen und den Patienten bei richtiger Dosierung über viele Stunden schmerzfrei machen können.

Unser Ziel ist es zu erreichen, dass die Patienten nur noch zweimal am Tag maximal Schmerzmittel einnehmen müssen, um schmerzfrei zu sein. Das setzt voraus, dass die Patienten zusätzlich Schmerzmittel zur Verfügung haben, mit denen sie Schmerzspitzen kurzfristig beherrschen können. Sogenannte rückenmarksnahe schmerztherapeutische Maßnahmen sind nur sehr selten erforderlich. Hier versucht man z. B. Schmerzmittel direkt in den Rückenmarkskanal zu geben, um die Medikamentendosierung senken zu können, um den Patienten nicht zu sehr zu sedieren. Eine wesentliche Nebenwirkung aller Schmerzmittel ist die Sedierung, diese Nebenwirkung kann dadurch reduziert werden. Solche schmerztherapeutischen Maßnahmen sind technisch und pflegerisch sehr aufwendig, sie

sind glücklicherweise nur bei circa 5% der Patienten erforderlich. Wichtig ist es hier, Nebenwirkungen der Schmerzmittel zu kennen: Sedierung, Übelkeit und Obstipation.

Wenn man Patienten fragt, wovor sie bei dem Gedanken an Sterben am meisten Angst haben, geben sie häufig an, sie haben Angst zu ersticken. Auf der Palliativstation machen wir uns klar, was der Luftnot zugrunde liegt. Wir behandeln diese Ursache. Wir würden auf der Palliativstation durchaus eine Bronchoskopie durchführen, um einen Verschluss oder eine Einengung der oberen Luftwege zu behandeln. Wir würden einen Pleuraerguss durch Punktion entlasten oder auch eine Pneumonie behandeln. Es gibt aber auch Situationen, in denen wir eine Pneumonie nicht behandeln würden. Darüber möchte ich später noch sprechen. Wir bringen unsere ganze medizinische Erfahrung ein, um den Patienten zu helfen und diese Symptome zu beseitigen.

Wir gehen sogar soweit, dass wir Patienten, die einen Darmverschluss als Folge einer Tumorerkrankung haben, mit einer PEG versorgen, die eigentlich dafür gedacht ist, die Ernährung sicherzustellen. Wir nutzen sie, um den Magensaft ablaufen zulassen, und ersparen den betroffenen Patienten so eine Magensonde. Wie sie wissen, produziert bei einem Darmverschluss der Magen weiter Magensaft. Als Folge leiden die Patienten unter dauernden Erbrechen. Dies ist eine sehr grausame Situation. Natürlich muss man überlegen, ob hier Metastasen – z.B. Hirnmetastasen – oder Angst Ursache für dieses Erbrechen sind. Wir müssen uns immer vergegenwärtigen, dass wir es mit einem leidenden Menschen zu tun haben. Es reicht nicht, mit der physischen Situation fertig werden zu können. Auch müssen wir immer daran denken, dass es daneben auch eine psychosoziale Komponente gibt. Hier helfen uns Mitarbeiter, die Sie üblicherweise im Krankenhaus nicht finden. Wir haben eine Mitarbeiterin, die als Psychoonkologin ausgebildet ist und die die Patienten betreut. Eine ganz große Rolle spielen die Ehrenamtlichen, die uns auf der Station helfen und dafür sorgen, dass nicht die typische Krankenhausatmosphäre entsteht. Wir helfen auf dieser Station den Patienten und den Angehörigen bei ihren medizinischen, psychischen und sozialen Problemen, um mit dieser fortgeschrittenen Krankheitssituation fertig zu werden.

Die spirituelle Betreuung hat einen außerordentlichen Stellenwert. Die Entwicklung unserer Palliativstation ist gar nicht vorstellbar ohne die tatkräftige Unterstützung durch einen Franziskanerpater. Er gehört zum festen Mitarbeiterstab und hat den Charakter der Station wesentlich mitgestaltet. Wir machen uns Sorgen, wenn wir im Zeichen des zunehmenden Priestermangels vielleicht eines Tages ohne einen Priester auf der Station arbeiten müssten. Der Priester auf der Station ist nicht der Krankenhausgeistliche. Es gibt aber in der Zusammenarbeit zwischen diesen beiden

keine Probleme. Wenn der Krankenhausgeistliche Patienten über die Jahre betreut hat, betreut er sie durchaus auf der Palliativstation weiter.

Zur Palliativstation gehört ein besonderes Ambiente. Sie muss sich von einer normalen Krankenstation unterscheiden. Durch besondere Materialien haben wir das nüchterne, auf Praktikabilität ausgerichtete Aussehen einer Krankenstation vermieden und Räume, die man üblicherweise auf Krankenstationen nicht findet, z. B. ein Wohnzimmer hinzugefügt. In diesem Wohnzimmer spielt sich das alltägliche Leben ab. Dort halten sich die Angehörigen auf, sie können sich dorthin zurückziehen. Es besteht aber auch für sie die Möglichkeit, in Zimmern ihrer Angehörigen übernachten. Auf dieser Station haben wir 7 Betten, zwei Doppel- und drei Einzelzimmer. Es kommt vor, dass in einem Doppelzimmer ein Patient alleine oder mit seinen Angehörigen die Nacht verbringt, wenn sein Zustand es erfordert. Dann kann es notwendig werden, dass der andere Patient für die Nacht ins Wohnzimmer ausweichen muss. Aber es ist auch der Aufenthaltsort für die Ehrenamtlichen und der Raum für die kleinen Feiern und Feste.

Neben der Beherrschung einer symptomorientierten Therapie und Schaffung bestimmter organisatorischer Voraussetzungen ist es vor allem die innere Einstellung, die die Palliativmedizin ausmacht. Wir müssen den Patienten überzeugen, dass er uns vertrauen kann. Wir müssen zu ihm eine Beziehung aufbauen, wir müssen ihn kennen. Wir müssen sehr genau zuhören, was er sagt. Wir Ärzte neigen häufig dazu, uns für kommunikativ sehr kompetent zu halten. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Patienten uns immer wieder zuhören und selten widersprechen. Wir haben dann den Eindruck, dass sie und wir die Situation klar verstanden und unter Kontrolle haben. Die Erfahrung lehrt aber, dass der Patient ganz häufig nur wenig von dem verstanden und behalten hat, was ihm die behandelnden Ärzte zu erklären versuchen. In dieser Situation, in der Todesangst der ständige Begleiter ist, ist die Kommunikation noch sehr viel schwieriger. Man muss fortwährend das überprüfen, was man gesagt hat und was man glaubt, verstanden zu haben. Man muss auch probieren. Dazu gehört auch die fortwährende Bereitschaft, den eingeschlagenen Weg zu ändern, wenn man erkannt hat, dass es der falsche Weg ist.

Weiter müssen wir akzeptieren, dass der Patient derjenige ist, der entscheidet, welcher Weg für ihn der richtige ist. Das geht häufig nicht ohne Auseinandersetzungen ab. Ich möchte hier kurz die Geschichte einer Frau erzählen, die in einem auswärtigen Krankenhaus wegen einer Peritonealkarzinose bei unbekanntem Primärtumor behandelt wurde. Im Verlauf der Erkrankung kam es zu einem vollständigen Verschluss des Magen-Darm-Traktes. Diese Patientin hatte keinen Stuhlgang mehr, sie konnte nicht mehr essen. Die für sie aber unerträglichste Belastung war, dass sie sich dauernd erbrach. Sie kam zu uns, als die palliativmedizinische Betreuung notwendig wurde. Sie kam mit konkreten Vorstellungen. Ihre feste Vorstellung war, es dürften keine medizinischen Maßnahmen

ergriffen werden, um das Leben in irgendeiner Weise zu verlängern. Selbstverständlich waren wir damit einverstanden. Die Angst vor sinnlosen lebensverlängernden Maßnahmen wird immer wieder geäußert. Es war für mich ein großes Problem, zu sehen, wie diese Patientin selbst an den letzten Tagen ihres Lebens auf der Bettkante saß und unter einem unglaublichen Durst litt. Aber immer wenn sie trank, erbrach sie die getrunkene Flüssigkeitsmenge sofort wieder. Auch ohne bildgebende Untersuchungen war offensichtlich, dass mehrere Liter Flüssigkeit im Magen waren, die sie einfach nicht entleeren konnte. Die Patientin lehnte parenterale Flüssigkeitszufuhr, um den Durst zu lindern, oder das Legen einer Magensonde, um den Magen zu entlasten, ab und setzte diese Eingriffe mit den gefürchteten sinnlosen lebensverlängernden Maßnahmen gleich. Sie quälte sich furchtbar. Auch der massive Einsatz von Schmerzmitteln half hier nicht, sie zu beruhigen. Wir haben einen Moment mangelnder Widerstandskraft der Patientin genutzt, um ihr das Einverständnis abzurufen, doch eine Nasensonde legen zu dürfen, über die sich die Flüssigkeit dann sofort entleerte. Die Patientin konnte dann in Ruhe sterben, und sie ist einen Tag später verstorben.

Solche Ereignisse werden und müssen von ausgiebigen Diskussionen begleitet werden. Auch auf der Station fand sich keine einhellige Beurteilung dieser Situation.

Den entscheidenden Unterschied zwischen Patienten auf Krankenstationen und Patienten auf der Palliativstation möchte ich an einem Buch zeigen. Dieses Buch liegt auf dem Flur, auf einem Ständer, an einer exponierten Stelle der Station, jedem zugänglich. Es wird von dem Geistlichen der Station sorgfältig und liebevoll geführt. In ihm sind alle Patienten verzeichnet, die auf der Palliativstation gestorben sind. Für Sie mag das vielleicht eine schreckliche Vorstellung sein, Patienten zuzumuten, sich permanent mit dem Tod auseinanderzusetzen. Wir nehmen keinen Patienten auf, ohne dass klar besprochen worden ist, dass wir die Ursache der Krankheit nicht mehr beeinflussen können. Wir können keine Patienten in der letzten Phase ihres Lebens betreuen, ohne diese Situation klar besprochen zu haben. Dies würde zu unlösbaren Konflikten führen. Es ist einmal vorgekommen, dass eine Patientin wieder in den Bereich der Onkologie zurück verlegt wurde, weil durch Angehörige der Wunsch geweckt wurde, man müsse eine kausale Therapie einleiten.

Wir haben mit der Einrichtung einer Palliativstation an unserem Hause begonnen, nicht weil wir ethische Probleme sahen, sondern weil wir das Problem sahen, dass wir Patienten nicht mehr helfen konnten. Auch suchten wir Alternativen. Trotzdem müssen wir uns mit diesen ethischen Fragen am Ende des Lebens auseinandersetzen. Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe habe ich vorhin schon einmal berührt. Es gibt aber auch den Begriff der „passiven Sterbehilfe“, ein eigentlich sehr schlimmer und schwieriger Begriff, der die Situation auch nicht beschreibt.

Besser wird diese Situation beschrieben mit dem Begriff vom „Sterben lassen“. Einen Patienten sterben zu lassen, fällt vielen Ärzten schwer. Es fällt auch mir immer wieder schwer. Diese Schwierigkeit hat viel damit zu tun, dass wir eine Zeit erlebt haben, in der die Medizin rasante Fortschritte machte und Ärzte immer nur überlegt haben, welche Therapiemöglichkeiten es noch gibt. Es gibt Patienten, die Entscheidungen, welchen Weg sie gehen wollen, ganz klar treffen können, aber es gibt auch Patienten, die in einer Verfassung sind, dass sie dazu keine seelische oder physische Kraft mehr haben. Möglicherweise sind sie auch durch Schmerzmittel so sediert, dass sie diese Entscheidung nicht mehr bewusst treffen können. Auch dann muss man überlegen, ob man eine das Sterben verlängernde Therapie beendet, oder man muss sich entscheiden, bestimmte Maßnahmen nicht mehr zu ergreifen. Es ist hier ganz wichtig, dass man gerade bei den nicht autonomen Patienten in einer fortdauernden Diskussion mit den Angehörigen steht, damit die Situation durch den gleichen Wissenstand für alle unter Kontrolle ist.

Direkte Sterbehilfe lehnen wir kategorisch ab. Hiervon streng zu trennen ist, dass man gelegentlich in Kauf nehmen muss, durch dringend notwendige Therapiemaßnahmen das Leben zu verkürzen. Sie wissen, dass es unter Umständen im Verlauf von bösartigen Erkrankungen erforderlich ist, hohe Dosen von Morphin einzusetzen. In solchen Situationen kann es dazu kommen, dass die Atmung beeinflusst wird und möglicherweise dadurch ein Patient eher stirbt. Das müssen Sie in Kauf nehmen, andernfalls können Sie solche Therapien nicht durchführen.

Ich persönlich habe noch nie erlebt, dass ich zur Beihilfe zum Selbstmord aufgefordert worden bin. Natürlich gibt es immer wieder Andeutungen von Patienten oder auch Fragen, ob sie schneller sterben könnten? Wie man ihnen helfen könnte? Eine solche Aufforderung versteckt sich mitunter in einem solchen Kommentar: „Einen Hund würde man in dieser Situation erschießen, und ich muss weiterleben“.

Wir sagen dem Patienten eindeutig, dass sie eine solche Hilfe von uns nicht erwarten können. Wir sagen das aber mit dem ruhigen und sicheren Gefühl, dass wir das Leiden der Patienten beeinflussen, mildern und erträglich gestalten können. Mitunter ist es so, dass Patienten erst durch so hohe Dosen von Analgetika schmerzfrei werden, dass es zu einer deutlichen Sedierung kommt. Erstaunlicherweise beschreibt der Begriff der „Sedierung am Ende des Lebens“ – mitunter auch mit dem unglücklichen Begriff „terminale Sedierung“ bezeichnet – eine Verhaltensweise, die auch unter den Mitgliedern der *Gesellschaft für Palliativmedizin* einen hohen Grad an Zustimmung findet. Das bedeutet aber nicht, dass diese tatsächlich häufige Praxis ist. Sie ist sehr problematisch, denn sie kann durchaus als ein langsamer Weg der Euthanasie gesehen werden. Man muss sich aber klar machen, dass es Situationen gibt, in denen es fließende Übergänge gibt.

Wir würden es sicherlich ablehnen, wenn ein Patient an uns heranträte und forderte, er möchte sediert werden, um die Sterbephase nicht zu erleben. Aber es gibt fließende Übergänge, in der Schmerzmittel so hoch dosiert werden müssen, dass sie diese Nebenwirkung haben. In der direkten Phase des Sterbens erleben Sie immer wieder, dass die Patienten nicht mehr ansprechbar sind, aber doch noch Zeichen von Unruhe zeigen, immer wieder. Wir reagieren dann häufig mit der Gabe von zusätzlichen Schmerzmitteln, weil wir Schmerz als Ursache für die Unruhe vermuten. Es ist aber sicherlich nicht dieses Verhalten, welches mit dem Begriff der „Sedierung am Ende des Lebens“ gemeint ist.

Wenn die Lebenssituation eines Menschen hoffnungslos erscheint, gibt es unendlich viel, was wir für ihn tun können, was wir ihm anbieten können. Es ist sicher ungewöhnlich, dass ein Hund seinen Besitzer auf dem Krankenzimmer besucht. Es war auch schwierig für uns, den Hund ins Krankenhaus zu bekommen, aber wir haben es ermöglichen können. Sie haben gesehen, dass wir versuchen, diese Station so einzurichten, dass ein fast normales Leben mit dem Angehörigen möglich ist. So ist für uns häufig ein Grund, einen Patienten auf die Palliativstation zu verlegen, weil die Angehörigen dann mehr bei ihm sein können.

Mit dem Sterben des Patienten ist die Arbeit des Palliativmediziners nicht vorbei. Angehörige besuchen die Palliativstation noch über Jahre von Zeit zu Zeit, um mit uns zu sprechen. Wir halten die Betreuung bei der Trauerarbeit für einen wichtigen Teil unserer Arbeit. Ich möchte zum Schluss noch einmal sagen, im Mittelpunkt des Netzwerkes Palliativmedizin oder Hospizarbeit steht der Patient. Wir sollten nicht eifersüchtig aus den verschiedenen Gruppen heraus überlegen, wer den Patienten betreut, wer ihn führt und wer das Vorgehen leitet.

Schließen möchte ich mit einem Satz von Ciceley Saunders: „Unsere Aufgabe ist es nicht, dem Leben mehr Tage hinzuzufügen, sondern den Tagen mehr Leben zu geben.“

Freiheitliche Autonomie am Ende des Lebens.

Ethische Anmerkungen zur Debatte um die Sterbehilfe

von Prof. Dr. Klaus Arntz

Die theologische Ethik steht im gesamtgesellschaftlichen ethischen Diskurs augenblicklich vor einer besonderen Herausforderung. Die präzisen kirchenamtlichen Verlautbarungen zum Thema Sterbehilfe müssen sich innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft argumentativ behaupten. Die klare ethische Position der katholischen Kirche ist inzwischen zu einer Stimme unter vielen anderen geworden. Vor dem Hintergrund dieser Beobachtung erscheint es daher sinnvoll, die schleichenden gesellschaftlichen Veränderungen genauer zu analysieren, die mittelfristig dazu beitragen könnten, vermeintlich unverrückbare ethische Standards zu erodieren.

Im einleitenden Vortrag – vorgetragen aus ärztlicher Sicht – wurde bereits deutlich wie sehr sich gesamtgesellschaftlich veränderte Einstellungen zu Leiden, Sterben und Tod auf die praktische Arbeit in Kliniken und Pflegeheimen auswirken.

Die vorrangige Aufgabe der theologischen Ethik besteht in diesem Zusammenhang darin, gesellschaftliche Hintergrundannahmen aufzudecken und anthropologische Überzeugungen vor dem Horizont des christlichen Menschenbildes kritisch in Frage zu stellen, um dann – auf der Basis der eigenen anthropologischen Überlegungen – ein alternatives Konzept zum Thema Sterbehilfe zu profilieren, aus dem deutlich wird, dass die Humanisierung des menschlichen Sterbens nur in einer nachhaltigen Solidarisierung mit den Betroffenen bestehen kann.

Die in der Kaiserpfalz zur Dekoration aufgehängten Fahnen verdeutlichen diesen Auftrag: Zum einen ist der Stab des Aesculap zu sehen, der ikonographisch den Ärztestand repräsentiert. Und schließlich – auf der anderen Seite – die markante Silhouette des Paderborner Domes, der stellvertretend für die prägende Kraft des christlichen Glaubens in dieser Region und in unserem Land steht: der Stab des Aesculap und der Dom.

0. Historische Vergewisserung

Damit wird – wenn man das so interpretieren darf – auf eine wirkungsgeschichtlich bedeutsame Koalition aufmerksam gemacht: die Verbindung

zwischen dem Ethos der antiken hippokratischen Medizin und dem christlichen Glauben. Die zum einen von der pythagoreischen Lebensethik favorisierte und zum anderen von der jüdisch-christlichen Überzeugung profilierte Ethik der Heiligkeit des Lebens bewirkte einen Synergieeffekt, der eine kulturelle Leistung ersten Ranges hervorgebracht hat: den umfassenden Schutz für das menschliche Leben in allen seinen Phasen. Welt- und Heilsethos – um ein vom Tübinger Moraltheologen Alfons Auer⁷ geprägtes Wortpaar zu verwenden – gingen eine fruchtbare und gesellschaftlich höchst wirksame Symbiose ein.

Der Lebensschutz in der antiken medizinischen Tradition und das christliche Ethos stellten jedoch – das darf nicht verschwiegen werden – die medizinethische Option einer – wenngleich qualifizierten – Minderheit dar: Es handelte es sich um ein elitäres Ethos, das seine gesamtgesellschaftliche Wirksamkeit erst nach und nach entfalten konnte. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die theoretische, moralphilosophische und theologische Reflexion immer auch durch eine komplementäre ethische Praxis unterstützt und dadurch zusätzlich legitimiert wurde.

Kontrastierend zu diesem Denkansatz eines umfassenden Lebensschutzes verteidigte der Mainstream der antiken philosophischen Traditionen die grundsätzliche Möglichkeit, krankes, altes, oder behindertes Leben – an seinem Anfang oder Ende – der Euthanasie zuzuführen.

Aus der Kraft der biblisch motivierten christlichen Ethik und der karitativen Praxis der jungen Christengemeinden resultierte ein moralphilosophischer Verdrängungseffekt: die Frage nach der Euthanasie verschwindet für fast 1.500 Jahre von der gesellschaftlichen und medizinischen Tagesordnung⁸. Man kann es als besondere Tragik der Geschichte bezeichnen, dass es ausgerechnet christliche Denker waren, die an der Schwelle der Neuzeit – im Kontext der Renaissance – auf antike Denkmuster rekurrierend das Thema wieder auf die Agenda der philosophischen Diskussionen setzten. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Thomas Morus und Francis Bacon. Letzterer pflegte zwischen einer *euthanasia exterior* und einer *euthanasia interior* zu unterscheiden. Während die erste vor allem die medizinische Sterbebegleitung im Blick hatte, ging es bei der zweiten Variante vor allem um das Anliegen, den Kranken und Sterbenden seelsorglich beizustehen. Die zentrale Intention dieses Denkansatzes bestand

⁷

A. Auer, Autonome Moral und christlicher Glaube, Mainz 1989.

⁸

Umfassend zur historischen Vergewisserung M. Zimmermann-Acklin, Untersuchung der Begriffs- und Ideengeschichte der Euthanasie, in: Ders., Euthanasie. Eine theologisch-ethische Herausforderung (=Studien zur theologischen Ethik 79), Freiburg i. Ue. ²2002, 17-87.

darin, der damaligen gesellschaftlichen Tendenz entgegenzuwirken, die Betroffenen mit ihrem Schicksal einfach allein zu lassen⁹.

Ohne ausdrückliche Intention wurden die genannten Autoren jedoch – wider Willen – zu Wegbereitern einer Diskussion, die sich im Kontext des 19. Jahrhunderts und in der Folge sozialdarwinistischer Denkmodelle deutlich verschärfte¹⁰. Die in dieser Zeit entstehenden Mentalitätsverschiebungen verstärken um die Jahrhundertwende ein gesellschaftliches Klima, das die nationalsozialistische Ideologie auf perfide Weise instrumentalisierte, um die menschenverachtende Idee eines lebensunwerten Lebens zu propagieren¹¹.

Es wäre jedoch verfehlt, würde man die Diskussion zur Sterbehilfe ausschließlich vor dem Hintergrund der jüngsten Geschichte in Deutschland betrachten. Zwar kann und darf man die aktuelle Diskussion in unserem Land nicht ohne Blick auf die historische Hypothek der Thematik führen, aber es ist für die gegenwärtig notwendige Auseinandersetzung nicht immer hilfreich, die Sterbehilfe-Debatte a priori unter Ideologieverdacht zu stellen, weil dies die notwendige sachliche Auseinandersetzung verhindern kann¹².

Inzwischen haben sich Stimmen zu Wort gemeldet, die die gesetzliche Freigabe der Tötung auf Verlangen vor einem anderen philosophischen und gesellschaftlichen Hintergrund begründen. Auch hier ist zunächst ein christlicher Theologe zu nennen, dessen Publikation aus dem Jahre 1954 den medizinischen Paradigmenwechsel auf eindrucksvolle Weise dokumentiert: Joseph F. Fletcher (1905-1991) veröffentlichte im Jahre 1954 sein wegweisendes Buch „Morals and Medicine“¹³.

Bereits ein flüchtiger Blick in das Inhaltsverzeichnis offenbart den völlig neuen Zugang zu den bioethischen Fragestellungen der fünfziger Jahre. Joseph F. Fletcher fokussiert alle Detailprobleme der medizinischen Ethik unter dem Leitmotiv der Freiheitsrechte. Damit weiß er sich auf dem Boden der amerikanischen Verfassung, die im Jahre 1776 die Freiheitsrechte proklamierte und in den Ergänzungsartikeln der *Bill of Rights* die Idee *pursuit of happiness* zu einer Art indirektem Grundrecht deklarierte.

⁹ Die Sterbenskranken wurden – nicht nur aus epidemiologischen Erwägungen – aus dem Lebensumfeld verbannt. Vgl. K. Arntz, „Vom Ufer der Verlorenen zum See von Tiberias“. Lebenssinn als Lebensqualität, in: Theologie der Gegenwart 40 (1997) 162–171.

¹⁰ Siehe M. Zimmermann-Acklin, Euthanasie, 46-59.

¹¹ AaO., 71-74.

¹² Vor diesem Hintergrund ist die verhinderte Auseinandersetzung mit den bioethischen Thesen des australischen Moralphilosophen Peter Singer ambivalent zu sehen. Dazu K. Arntz, Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moralthologie (=Studien der Moralthologie 2), Münster²2002, 140-163.

¹³ J. Fletcher, *Morals and Medicine - The moral problems of: the patient's right to know the truth, contraception, artificial in semination, sterilization, euthanasia*, Princeton Univ. Press, Boston 1954 (Neuaufgabe Princeton NJ 1979).

Die Menschenrechte in Fragen von Leben, Gesundheit und Tod werden bei Joseph Fletcher konsequent als Freiheitsrechte des Einzelnen definiert: Medizinische Diagnostik steht folglich im Dienst des Menschen, die Wahrheit zu erfahren. Kontrazeption ist das Recht auf kontrollierte Elternschaft. Künstliche Befruchtungstechniken entspringen dem Recht, ungewollte Kinderlosigkeit zu überwinden. Sterilisation folgt dem Recht die Elternschaft abzuschließen. Die Euthanasie schließlich entspringt dem Recht auf den eigenen Tod.

Der intendierte Paradigmenwechsel ist offensichtlich: Die Freiheitsrechte des Patienten sollen gegen jede nur denkbare Form eines medizinischen Paternalismus stark gemacht werden. Diesem positiven Anliegen wird man die Anerkennung nicht versagen können. Auf der anderen Seite ist mit diesem Perspektivenwechsel eine nachhaltige Akzentverschiebung in der medizinischen Ethik verbunden. Von der klassischen Prinzipienethik wandelt sich die moderne biomedizinische Ethik zu einem Ethos der Freiheitsrechte. Der Patient und seine Freiheitsentscheidung werden zum leitenden Parameter bei der Bewertung medizinethischer Detailprobleme.

Die autonome, freiheitliche Selbstbestimmung des Einzelnen – spätestens seit der Aufklärung ein nicht mehr wegzudenkender Topos in der Moralphilosophie – wird nunmehr auch im Bereich der Bioethik zum umfassenden Maßstab.

Es ergeben sich jedoch offene Fragen aus der Monopolstellung dieses Konzeptes: Ist die autonome, freiheitliche Selbstbestimmung ein hermeneutisches Leitkriterium, das sich in allen Bereichen des Lebens in gleicher Weise anwenden und verwirklichen lässt? Besteht nicht die Gefahr, dass gerade in der Medizin ein solches Konzept an seine offensichtlichen Grenzen stoßen muss, weil der Patient per definitionem nur eine eingeschränkte Autonomie besitzt? Vor allem in der Arzt-Patienten-Beziehung gibt es – bei allem Bemühen um ein partnerschaftliches Miteinander – eine unvermeidliche und unüberwindbare Asymmetrie. Eine individualistische Verkürzung des Freiheitsbegriffs erweist sich vor allem im medizinischen Bereich und in Krankheitssituationen als problematisch.

Die aktuell vor allem in der gesundheitspolitischen Debatte propagierte These, der Patient solle stärker als Kunde betrachtet werden, folgt dieser reduzierten Logik¹⁴. Doch Patienten sind keine Kunden, denn niemand wird freiwillig krank. Das exklusive Autonomie- und Freiheitsmotiv der modernen Wettbewerbsgesellschaft und der modernen Aufklärungstradition erweist sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen als ambivalent.

¹⁴ Das kritisiert auch J. –D. Hoppe, Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages zum 108. Ärztetag in Berlin am 3. Mai 2005, Online unter: http://www.bundesaeztekammer.de/30/Aerztetag/108_DAET/30Eroeffnung.html (25.Mai 2005).

Deswegen ist es sinnvoll, die verdeckten Hintergrundannahmen aufzuzeigen und kritisch zu reflektieren. Die nachfolgende Gliederung entspringt diesem Anliegen:

1. Die Freiheit zum Tod wird politisch organisiert: die niederländische Gesetzgebung
2. Die Freiheit zum Tod wird philosophisch legitimiert: vom Lebenswert zur Lebensqualität
3. „Die Freiheit nehm’ ich mir“: ein theologischer Zwischenruf
4. Die Freiheit am Ende des Lebens: theologisch-ethische Orientierungen

1. Die Freiheit zum Tod wird politisch organisiert: die niederländische Gesetzgebung

Ein kurzer chronologischer Blick auf die Entwicklung hin zur gegenwärtig geltenden niederländischen Gesetzeslage offenbart ein vertrautes Grundmuster in der Biopolitik. Den Ausgangspunkt bildet zumeist ein konkreter medizinischer Einzelfall mit seinen spezifischen Dilemmata. Die ethische und juristische Grenzübertretung in dem jeweiligen Fall fungiert als Katalysator für die gesellschaftliche Diskussion.

Nicht selten sind es zunächst einzelne Ärzte, Schwestern, Pfleger oder nahe Angehörige, die sich – aus ganz unterschiedlichen Motiven – über die geltenden Gesetze hinwegsetzen. Die konkrete Nähe zu den Betroffenen und deren Wunsch zu sterben ist für viele, die aktive Sterbehilfe betrieben haben, der entscheidende Kontext. Vor allem in den Niederlanden sind die Hausärzte mit der Problemstellung aktiver Sterbehilfe konfrontiert.

In Deutschland kann man sich in diesem Zusammenhang an die spektakulären Aktionen des Mediziners Julius Hackethal erinnern, der mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen für eine gesetzliche Freigabe der Tötung auf Verlangen aufgetreten ist. Der ganz bewusst in Kauf genommene Tabubruch durch die aktive Sterbehilfe bei einer Schwerstkranken sollte die öffentliche Meinung umstimmen. Was für die ethischen Probleme am Lebensende gilt, das funktioniert auch für die ethischen Fragen am Lebensanfang. Man denke in diesem Zusammenhang an die Aufsehen erregende Titelstory des Nachrichtenmagazins „Stern“ mit dem provokativen Titel: „Mein Bauch gehört mir!“ In der entsprechenden Ausgabe des Wochenmagazins traten prominente Frauen mit der Nachricht an die Öffentlichkeit, eine Abtreibung vorgenommen zu haben. Im Zuge dieser Enthüllung kam es zu einer vehementen und kontroversen gesamtgesellschaftlichen Diskussion zum Paragraphen 218 StGB.

Nach heftigen gesellschaftlichen und politischen Kontroversen ist in unserem Nachbarland seit 1991 eine neue rechtliche Regelung für die

aktive Euthanasie in Geltung¹⁵. Kurz zusammengefasst lautet die geltende Ordnung: Auf der Basis von Sorgfaltskriterien ist die Tötung auf Verlangen zwar meldepflichtig, bleibt strafrechtlich jedoch ungeahndet.

Die nachstehende Auflistung dokumentiert die Rahmenbedingungen, die sich als Ergebnis der parlamentarischen Debatten und aus den praktischen Erfahrungen ergeben haben. Hier ist zwischen grundlegenden Sorgfaltskriterien und praktischen Durchführungsbestimmungen zu unterscheiden.

Zunächst sind vier grundlegende Richtlinien zu beachten: (1) Die aktive Euthanasie muss freiwillig sein, d. h. auf Verlangen des Patienten erfolgen, der ernsthaft, eindeutig und beständig seinen Wunsch zum Ausdruck bringen muss. (2) Voraussetzung dafür ist die gründliche Information des Betroffenen (=informed consent) über sein gegenwärtiges und zukünftig zu erwartendes Befinden. Er muss aufgeklärt sein über vorhandene Diagnosen und Prognosen, über denkbare Therapien und deren Grenzen. (3) Der allgemeine Leidenszustand wird vom Patienten als unerträglich eingestuft¹⁶. (4) Die Möglichkeiten medizinischer Schmerztherapie sind erschöpft oder werden als nicht mehr länger zumutbar angesehen.

Des Weiteren sind Richtlinien für die konkrete Vorgehensweise zu berücksichtigen: (5) Aktive Euthanasie darf nur von einem Arzt durchgeführt werden, der wiederum (6) einen zweiten, unabhängigen ärztlichen Gutachter konsultieren muss. (7) Der Zustand des Patienten ist während der eigentlichen Euthanasiehandlung genau zu beobachten. (8) Wenn keine anders lautenden Anweisungen durch den Patienten vorliegen, sind die Angehörigen zu informieren. (9) Sodann ist ein schriftlicher Bericht abzufassen und schließlich muss (10) die gesetzlich geforderte Meldepflicht eingehalten werden, indem der Staatsanwalt über den nicht natürlichen Tod in Kenntnis gesetzt wird.

Die seit 1991 etablierte Praxis in den Niederlanden ist jedoch nach wie vor umstritten¹⁷. Kernpunkte der Kritik sind folgende Anfragen: Von den Gegnern der aktuell gültigen Rechtslage wird auf die nach wie vor ungenügende staatliche Überwachung und auf die lückenhafte Respektierung der vorgeschriebenen Meldepflicht hingewiesen. Der unpräzise gefasste Begriff eines für den Patienten unerträglichen Leidens ermöglicht Spielräume, die mittelfristig einer Ausweitung des für die Euthanasiepraxis geforderten Krankheitsbildes entgegen kommen. Konkret bedeutet das: Inzwischen wird auch für schwer depressive Patienten die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe ins Auge gefasst. Auch für Jugendliche soll es einen Weg zur aktiven Euthanasie geben.

¹⁵ Die Entwicklung ist sehr gut dokumentiert bei M. Zimmermann-Acklin, Euthanasie, 134–142.

¹⁶ Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Forderung nach einem unwiderruflich begonnenen Sterbeprozess, also der terminale Zustand, nicht erhoben wird.

¹⁷ Vgl. H. A. M. J. ten Have / J. V. M. Welie, Euthanasie – eine gängige medizinische Praxis? Zur Situation in den Niederlanden, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 39 (1993) 63–72.

Die Befürchtung, mit der neuen Gesetzgebung käme es zu einem fatalen Dambrucheffekt, lässt sich statistisch nicht beweisen. Auch von einer grundlegenden Erosion des Arzt-Patienten-Verhältnisses kann momentan noch nicht gesprochen werden. Dennoch ist statistisch die Zunahme von paternalistischen Entscheidungen auffällig. Die Grenze zwischen freiwilliger und nicht-freiwilliger Euthanasie erweist sich in der konkreten Praxis als mindestens ebenso ungenau wie die von den Befürwortern aktiver Sterbehilfe kritisierte traditionelle Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe¹⁸.

Der tragische Fall der amerikanischen Wachkomapatientin Terri Schiavo hat im Frühjahr 2005 zu einer kontroversen ethischen und juristischen Debatte zur Sterbehilfe in den USA und in vielen anderen Ländern geführt. Die politische Diskussion zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe gewinnt zunehmend an Fahrt. Der Europarat wird sich in nächster Zeit ausführlich dieser Fragestellung widmen. Die gesellschaftliche Debatte wird durch zwei Filme, die vor kurzem in die Kinos gekommen sind, verstärkt. Auf der Biennale in Venedig wurde publikumswirksam der Beitrag des spanischen Regisseurs Alejandro Amenábar „Mar adentro“ (deutsch: „Das Meer in mir“¹⁹) präsentiert. Der mit zwei Oscar-Auszeichnungen prämierte Film von Clint Eastwood „Million Dollar Baby“²⁰ votiert ebenfalls für die aktive Sterbehilfe.

Eine Kontrastfolie bildet vor diesem Hintergrund der neueste Roman der jungen norwegischen Autorin Linn Ullmann mit dem Titel „Gnade“²¹. Ein nachdenklicher Roman und zugleich eine der wenigen kritischen Stimmen im Konzert der Meinungen zu diesem Themenkreis²².

2. Die Freiheit zum Tode wird philosophisch legitimiert: vom Lebenswert zur Lebensqualität.

Wer das seit 1993 neu edierte „Lexikon für Theologie und Kirche“ in die Hand nimmt, um zu unserem Thema wichtige Informationen zu erhalten, wird zunächst enttäuscht: Das Stichwort Euthanasie fehlt²³.

¹⁸ Nachhaltig kritisch setzt sich auch H. Schmoll, Sterbehilfe wird in den Niederlanden zur Normalität, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, vom 24. Februar 1999, 14, mit der Entwicklung auseinander

¹⁹ Weitere Informationen online unter: <http://www.br-online.de/kultur-szene/film/kino/0502/04390/> (25.05.2005).

²⁰ Siehe K. Nicodemus, Die Welt ist eine Boxhalle. In seinem Oscar-prämierten Film „Million Dollar Baby“ holt Clint Eastwood zum großen Schlag aus, in: Die ZEIT Nr. 13 (23.03.2005), online unter: http://www.zeit.de/2005/13/Million_Dollar_Baby (25.05.2005).

²¹ L. Ullmann, Gnade. Roman, München 2004.

²² Vgl. die Rezension von P. Henning, Ein langsamer, scherzhafter Tanz. Die Norwegerin Linn Ullmann hat einen berührenden Roman über das Sterben geschrieben, in: Die ZeitLiteratur (Oktober 2004), 36.

²³ Vgl. Art. Euthanasie, in: LThK³ III, 1019 (der Band erschien im Jahre 1993). Dadurch unterscheidet sich die aktuelle Ausgabe des Lexikons von der zweiten Auflage aus dem Jahre 1958, wo ein

Stattdessen erfolgt der Verweis auf den Artikel „Sterbehilfe“. Damit liegt das theologische Nachschlagewerk durchaus im Trend. In der öffentlichen Debatte wird der Euthanasie-Begriff weitgehend vermieden, man spricht lieber von *Aktiver Sterbehilfe*. Diese terminologische Umsicht teilt das neue „Lexikon für Theologie und Kirche“ mit den meisten aktuellen moraltheologischen Handbüchern²⁴. Doch darin unterscheiden sich die Grundlagenwerke der theologischen Ethik markant vom Sprachgebrauch innerhalb der angloamerikanischen Bioethik.

Der vielleicht bekannteste und zugleich umstrittenste Vertreter dieses Fachs, der australische Ethiker Peter Singer, sieht keine Veranlassung, die traditionelle Begrifflichkeit aufzugeben²⁵. Erstaunlicherweise kommt es – zumindest in terminologischer Hinsicht – zu einer großen Koalition zwischen Peter Singer und den offiziellen kirchenamtlichen Verlautbarungen seitens der katholischen Kirche²⁶. Aber damit wären die Gemeinsamkeiten auch schon erschöpft. Die Schlussfolgerungen sind diametral entgegengesetzt, weil sich die anthropologischen Prämissen beider Denkansätze fundamental unterscheiden.

Während die kirchliche und mit ihr auch die moraltheologische Tradition an der *Heiligkeit des Lebens* festhält, fordert Peter Singer, stellvertretend für viele Bioethiker, die Wende zu einer *Ethik der Qualität des Lebens*, die zudem nicht länger *apriori* menschliches Leben favorisiert. Die Freigabe aktiver Euthanasie ist für ihn:

1. Ein Gebot intellektueller Fairness.
2. Eine Folge der Anerkennung der Patientenautonomie.
3. Eine Konsequenz juristischer Redlichkeit in einer pluralistischen Gesellschaft.

Im Gegensatz dazu bemerkt die Enzyklika „*Evangelium vitae*“ aus dem Jahre 1995 pointiert: „Unter *Euthanasie im eigentlichen Sinn* versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu

entsprechender Artikel noch vorhanden ist: Vgl. W. Schöllgen, Art. Euthanasie, in: LThK² III, 1207-1208. Das gilt auch für die evangelische Enzyklopädie, wie der Beitrag von R. Preston, Art. Euthanasie, in: TRE X, 551-557, verdeutlicht

²⁴ Obwohl das 1998 erschienene dreibändige Lexikon der Bioethik einen eigenen Artikel zum Thema „Euthanasie“ enthält, vgl. U. Wiesing, Art. Euthanasie, in: W. Korff / L. Beck / P. Mikat (Hg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 1, Gütersloh 1998, 704–706, werden dort nur einige Grundzüge der historischen Entwicklung skizziert. Der eigentliche Leitartikel zum Thema findet sich konsequenterweise auch in diesem Handbuch unter dem Stichwort „Sterbehilfe“, vgl. A. Eser, Art. Sterbehilfe (1. Zum Problemstand; 2. Rechtlich), aaO., 445–451; sowie J. Schuster, Art. Sterbehilfe (3. Ethisch), aaO., 451–454.

²⁵ Vgl. P. Singer, Praktische Ethik, Stuttgart²1994, 225-277.

²⁶ Die Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Trier 1989, bildet in diesem Zusammenhang eine Ausnahme.

beenden. Bei Euthanasie dreht es sich also wesentlich um den Vorsatz des Willens und um die Vorgehensweise, die angewandt werden“²⁷. Für das vatikanische Dokument ist klar, „daß *die Euthanasie eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes ist*, insofern es sich um eine vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist“²⁸.

Zwischen diesen Antipoden, der Forderung nach Freigabe aktiver Sterbehilfe und deren kategorischer Zurückweisung, bewegt sich der moralphilosophische wie auch der theologisch-ethische Diskurs.

In aller Kürze seien die drei Thesen von Peter Singer vorgestellt, weil sie die aktuelle Diskussion tatsächlich fokussieren. Für Peter Singer gibt es nur ein Sorgfaltskriterium, das aus philosophischer Sicht ethische Relevanz beanspruchen kann: Die Freiheitsentscheidung des Einzelnen. Sie allein entscheidet über Recht und Unrecht in juristischer wie moralischer Hinsicht. Alle anderen Unterscheidungen – wie etwa die klassischen Differenzierungen zwischen aktiver / passiv, direkt / indirekt – seien in Wirklichkeit irrelevant.

Das einzig bedeutsame Unterscheidungskriterium ist folglich die Freiwilligkeit. Daraus ergeben sich für Peter Singer drei Varianten der Euthanasie:

- (1) Die freiwillige Euthanasie
- (2) Die unfreiwillige Euthanasie
- (3) Die nicht freiwillige Euthanasie

Die (1) freiwillige Euthanasie geschieht auf Verlangen der Person, die getötet werden soll. Peter Singer hält diese Vorgehensweise für ethisch vollkommen unbedenklich und will sie – mit juristischen Rahmenbedingungen versehen – als erlaubt angesehen wissen. Wenn jemand aus freiem Entschluss sterben will, dann soll dem Betroffenen diese Möglichkeit zur Lebensbeendigung eingeräumt werden. Es ist seine persönliche Entscheidung, in die sich niemand einzumischen hat. Aufgabe der Gesellschaft ist es jedoch, die Regeln zu definieren, denn die Freiheit des einzelnen endet erst, wenn gesamtgesellschaftliche Gefährdungen nachgewiesen werden können.

(2) Unfreiwillige Euthanasie, so führt Peter Singer aus, liegt vor, wenn die getötete Person fähig ist, ihrem eigenen Tod zuzustimmen, aber dies nicht tut. Vor dem Hintergrund dieser Zustimmungsverweigerung ist für Peter Singer offensichtlich, dass es völlig unmöglich ist eine solche Form der Euthanasie zu legalisieren und moralisch zu legitimieren. Mit anderen

²⁷ Johannes Paul II., Enzyklika „*Evangelium vitae*“, Nr.65.

²⁸ Ebd.

Worten: Wer – aus persönlichen Gründen – aktive Sterbehilfe ablehnt, dessen Wunsch ist unbedingt zu respektieren.

Die vermeintliche Eindeutigkeit der Definitionen gerät jedoch ins Wanken, wenn man sich mit der Umschreibung der (3) nichtfreiwilligen Euthanasie auseinandersetzt. Hier zeigt sich eine fragwürdige ethische Grauzone, die das ganze Konzept in Frage stellt. Nichtfreiwillige Euthanasie, so Peter Singer, liegt vor, wenn ein menschliches Wesen nicht fähig ist, die Entscheidung zwischen Leben und Tod zu verstehen. Eine bemerkenswerte terminologische Verschiebung offenbart die ethische Problematik. Der Begriff Person ist durch menschliches Wesen ersetzt worden. Im Kontext der präferenzutilitaristischen Moralkonzeption ist jedoch – entgegen der philosophisch-theologischen Tradition – der Personbegriff mit dem Menschenbegriff keineswegs identisch. Es gibt folglich Personen, die keine Menschen sind und es gibt Menschen, die nicht als Personen bezeichnet werden können: komatöse oder an Altersdemenz leidende Menschen wären folglich menschliche Wesen, die nicht mehr in der Lage sind, ihre gegenwärtige und zukünftige Lebenssituation zu erfassen. Gleiches würde gelten für das vorgeburtliche Leben – ja sogar für die ersten Lebensmonate des Neugeborenen. In allen diesen Fällen wäre – ein unerträglicher Leidenszustand vorausgesetzt – aktive Sterbehilfe ethisch denkbar. Vor allem an diesem letzten Punkt entzündeten sich die heftigen bioethischen Kontroversen zwischen Befürwortern und Gegnern der aktiven Euthanasie.

Ganz offensichtlich gibt es hier eine gewollte definitorische Unschärfe: Aus dem erklärten Willen des Betroffenen wird zunächst der mutmaßliche und schließlich der gemutmaßte Wille des Betroffenen.

Die bioethischen Thesen von Peter Singer haben innerhalb der moralphilosophischen Debatte ein breites Echo gefunden. Die konsequente Orientierung an der Freiheitsentscheidung des Einzelnen wird vielfach als gelungener Versuch eines gesamtgesellschaftlich kontrovers diskutierten medizinischen Problems angesehen. Auf der anderen Seite gibt es heftige Widerstände gegen die befürchteten praktischen Konsequenzen dieser theoretischen Erörterungen. Die Entwicklung in den Niederlanden wird vor diesem Hintergrund mit besonderer Aufmerksamkeit auch weiterhin zu beobachten sein.

Innerhalb der theologischen Ethik sind die Stimmen, die eine aktive Sterbehilfe befürworten, deutlich in der Minderheit, aber sie melden sich stärker als früher zu Wort. Deshalb soll in einem letzten Punkt ein unbequemer theologischer Zwischenruf erfolgen.

3. „Die Freiheit nehm' ich mir“: ein theologischer Zwischenruf

Er stammt von einem renommierten Theologen, der für seine provokativen Einsprüche bekannt ist: Hans Küng. Er formuliert für sich folgende – wie er sagt – aus dem christlichen Glauben motivierte These: „Gerade weil ich davon überzeugt bin, dass mit dem Tod nicht alles aus ist, und gerade weil ich davon überzeugt bin, dass mir ein anderes neues Leben bestimmt ist, sehe ich mich als Christ von Gott selber in die Freiheit versetzt über mein Sterben, über Art und Zeitpunkt meines Todes, so weit mir dies geschenkt wird, mitzubestimmen“²⁹.

Die provokative Stellungnahme von Hans Küng verdeutlicht, dass die Meinungsverschiedenheiten zum Thema Sterbehilfe keinesfalls erst außerhalb der Kirche und jenseits der theologischen Wissenschaft beginnen. Auch wenn es sich – zumindest innerhalb der katholischen Theologie – um ein klares Minderheitenvotum handelt, ist die Wirkung einer solchen Aussage nicht zu unterschätzen. Sie verdeutlicht: Mit einem schlichten Rekurs auf das fünfte Gebot des Dekalogs „Du sollst nicht töten“ lässt sich die moderne Problematik aktiver Sterbehilfe nicht hinreichend erfassen. Zu zahlreich sind die historischen Begründungen für qualifizierte Ausnahmen vom Tötungsverbot (z. B. „gerechter“ Krieg, legitime Selbstverteidigung, Todesstrafe). Hans Küng hat die Thesen des reformierten Theologen Harry Kuitert³⁰ in den katholischen Raum hineingetragen.

Hans Küng vertritt die These, zur gottgewollten Freiheit des Menschen gehöre auch die Freiheit zum Tode. Der Bamberger Moralthologe Volker Eid hat bereits vor Jahren verdeutlicht: „In unserer ganzen Tradition haben wir immer ungerechtes Töten abgelehnt“³¹. Denn im biblischen Text lautet das fünfte Gebot nicht: „Du sollst nicht töten“, sondern dort lesen wir: „Du sollst nicht morden“³². Folglich müsste man – um auf bibeltheologisch sicherem Grund zu stehen – beweisen, dass es sich bei der aktiven Sterbehilfe nicht nur um eine Tötungshandlung, sondern um eine sittlich zu disqualifizierende Tötung eines Menschen handelt. Nur eine vorsätzliche Tötungshandlung, die aus niedriger, heimtückischer Gesinnung, mit besonderer Grausamkeit und zum eigenen Vorteil verübt wurde, erfüllt juristisch – und wohl auch moralisch – die Kriterien, die für einen Mord gelten. Die entscheidende ethische Frage lautet, ob dies in allen Fällen aktiver Sterbehilfe mit dieser Eindeutigkeit gegeben ist.

Hans Küng jedenfalls ist der Auffassung, dass ein Mensch, der sich in Freiheit dafür entscheidet, sein eigenes Leben zu beenden, keine ungerechte

²⁹ H. Küng, Menschenwürdig sterben – Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995.

³⁰ H. Kuitert, Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben, Gütersloh 1991.

³¹ V. Eid, Volker Eid, Freie Verfügung über das eigene Leben? Moralthologische Überlegungen zur Euthanasiediskussion, in: Ders., Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten?, Mainz 1985, 71-94.

³² Deutsche Bischofskonferenz (Hg.), Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Kevelaer 1995, 270.

Tötungshandlung begeht, zumal dann nicht, wenn diese Tat durch ehrenwerte – vielleicht sogar theologische – Motive geprägt ist. In der ethischen Diskussion müsste es, um den Zwischenruf zurückzuweisen, gelingen, das von Hans Küng und anderen Befürwortern aktiver Sterbehilfe vorgetragene Freiheitsargument als nicht stichhaltig zurückzuweisen.

Zwei provokative Zitate können eine erste Spur des Misstrauens gegen die Plausibilität der Thesen von Hans Küng legen. A. W. Müller fragt: „Wieso soll eigentlich Selbstbestimmung darin zur Geltung kommen, dass man sich von einem Anderen töten lässt?“³³ Der unbequeme Hinweis verdeutlicht, dass die Forderung nach einem Recht auf den eigenen Tod nicht selten mit der Pflicht für einen Anderen einhergeht, diese Tötung auszuführen. Noch zugespitzter hat Harri Wetzstein den Sachverhalt formuliert: „Zu einfach wäre es, wenn der Sterbende Anspruch auf aktive Sterbehilfe geltend machen könnte, solange er noch die Möglichkeit der Freitodhilfe wahrnehmen kann“³⁴.

Zwei gewichtige Einwände gegen die Zulassung aktiver Sterbehilfe hat der Erfurter Moraltheologe Josef Römel³⁵ ins Spiel gebracht. Sie erscheinen vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Diskussion als besonders substantiell, weil sie die in den Argumenten versteckte Individualisierungslogik aufdecken und die im Diskurs verdeckte Entsolidarisierung offenbaren.

In der gegenwärtigen Gesellschaft besteht die Versuchung, „ähnlich wie bei den Lebensfragen der Abtreibung, die Entscheidung über Leben und Tod in die Hand des Einzelnen zu legen“³⁶. Diese Freiheit mutiert jedoch zu einer Qual der Wahl – gleichsam unter zweifacher Hinsicht. Denn wird der „Kranke mit seiner Entscheidung zur Schlüsselfigur, ist er ‚lebenslogisch‘ gesehen auch verantwortlich für alle Lasten, die er mit seiner Krankheit sich selbst und anderen abverlangt“³⁷. Darüber hinaus „hat sich die Situation des Patienten relevant geändert (...). Wäre Tötung auf Verlangen in bestimmten Fällen moralisch erlaubt, hätte der Kranke gegebenenfalls die Pflicht darum zu bitten. Wer ein Recht auf den Tod beansprucht, sieht sich ggf. auch gedrängt, davon Gebrauch zu machen. Aus dem ‚right to die‘ wird dann die ‚duty to die‘“³⁸.

In einer marktliberalen Tauschgesellschaft gewöhnen wir uns offensichtlich zunehmend und weitgehend protestfrei an die Auffassung, jeder sei seines eigenen Glückes Schmied und folglich für Gewinne und Verluste seiner

³³ A. W. Müller, Tötung auf Verlangen. Wohltat oder Untat?, Stuttgart 1997, 150f.

³⁴ H. Wetzstein, Leben- und Sterbenkönnen, Bern 1995, 84.

³⁵ J. Römel, Autonomie und Sterben, in: ZME 48 (2002), 3-14.

³⁶ AaO., 8.

³⁷ AaO., 11.

³⁸ W. Wolbert, Du sollst nicht töten. Systematische Überlegungen zum Tötungsverbot (=Studien zur theologischen Ethik 87), Freiburg i. Ue. 2000, 131.

Lebensbilanz selbst verantwortlich. Die Ich-AG wird zum Inbegriff einer gesamtgesellschaftlich wirksamen Individualisierungslogik, die vordergründig Freiheitszugewinn verheißt. In bestimmten Phasen des menschlichen Lebens aber erweist sich dieses Projekt jedoch als kontraproduktiv und ungerecht.

Die Individualisierungslogik mit Freiheitspathos ist in der Euthanasie-debatte unangemessen. Sie mutet dem Einzelnen die Verantwortung für eine Entscheidung zu, die nicht von gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen abzulösen ist. Die juristische Freigabe der Tötung auf Verlangen macht den persönlichsten Lebensakt – das eigene Sterben – zu einem kontrollierten halböffentlichen Ereignis. Der Staat muss jede Euthanasiehandlung kontrollieren, um die legale Euthanasie vom heimtückischen und gefährlichen Mord unterscheiden zu können.

Alte und kranke Menschen werden – im Kontext der Entsolidarisierungslogik – zu einer menschlichen und finanziellen Belastung für die Gesellschaft. Die Legalisierung aktiver Sterbehilfe setzt diese Menschen unter Legitimationsdruck. Sie müssen sich fragen (lassen), warum sie den möglichen Ausweg für undenkbar und nicht praktikabel halten.

In der theologisch-ethischen Diskussion, die abschließend skizziert werden soll, kommt ein anderes Programm für eine Ethik an den Grenzen des Lebens zum Ausdruck, das sich den Leitlinien eines christlichen Menschenbildes verpflichtet weiß. Zugleich kann deutlich werden, warum – entgegen den Thesen von Peter Singer – eine Ethik der Heiligkeit des Lebens keineswegs seine Plausibilität verloren hat.

4. Die Freiheit am Ende des Lebens: theologisch-ethische Orientierungen

Zum Diskussionsstand in der theologischen Ethik können zunächst einige Klarstellungen hilfreich sein, die in der hitzigen Debatte oftmals übersehen werden.

Der Wert des menschlichen Lebens ist kein absoluter Wert, sondern das höchste Gut. Für die theologische Anthropologie ist das biologische Leben das fundamentalste Gut³⁹, insofern es Bedingung der Möglichkeit für ein personales menschliches Leben und echte Lebensqualität ist.

Das physische Leben ist gleichermaßen ein *bonum utile*, d. h. ein dem Menschen nützliches Gut, wie auch ein *bonum honestum*, d. i. ein Gut an sich. Weil der Leib Ausdrucksform und Ursymbol menschlich personaler Existenz ist, kommt ihm eine besondere anthropologische Dignität und ethische Relevanz zu. Die personale Würde des menschlichen Lebens wird

³⁹ So die Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, Vatikanstadt 1987, 10 (Nr. 4, siehe auch DH 4791).

im Leib sichtbar, greifbar, aber auch angreifbar. Der Mensch, verstanden als Leib-Seele-Einheit, ist das Grunddatum des christlichen Menschenbildes. Aus schöpfungstheologischer Sicht, und erst recht aus christologischer Perspektive, ist der Begriff eines *lebensunwerten Lebens* nicht akzeptabel.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen gibt es aus theologisch-ethischer Sicht keine Verpflichtung zu einem Leben um jeden Preis. Die vor allem im biblischen Schöpfungsbericht begründete und in der neutestamentlichen Christologie fundierte Heiligkeit allen menschlichen Lebens ist jedoch keine Einbahnstraße in einen bedingungslosen Vitalismus. Entgegen anders lautenden Behauptungen ihrer Kritiker stellt die theologische Ethik fest: Es gibt kein Leben um jeden Preis⁴⁰. Hier gibt es einen oftmals übersehenen Konsens in der aktuellen bioethischen Debatte. Kontrovers ist nicht die Suche, sondern die Festsetzung von sinnvollen und moralisch vertretbaren Grenzen der Lebenserhaltung sowie die Frage, was jenseits dieser Grenzen zu tun oder zu lassen ist.

Lebensqualität vor Lebensquantität, so könnte man das ethische Grundanliegen für die moderne Medizin zusammenfassen. Mit den Worten des Onkologen Gerhard Nagel ausgedrückt heißt das: Es geht nicht darum, dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben⁴¹. Die Möglichkeit zur Lebensverlängerung ist der Notwendigkeit zur Erhaltung der Lebensqualität nachgeordnet.

Völlig zutreffend hat der evangelische Theologe Helmut Thielicke vor der Gefahr eines „*Terror der Humanität*“⁴² gewarnt. Dieser Begriff skizziert die Sorge vieler Menschen, die Medizintechnologie könne, durch die grenzenlose Anwendung des technisch Möglichen, ihre Errungenschaften für die Humanisierung der menschlichen Lebensqualität wieder verspielen.

Aus ethischer Sicht heißt das: „Wenn eine Behandlung nicht mehr der Wiederherstellung der Gesundheit oder wenigstens der ansatzweisen Erhaltung mitmenschlicher Kommunikationsfähigkeit und eines bewussten personalen Eigendaseins des Patienten dient, ist ihre Weiterführung nicht mehr zu rechtfertigen“⁴³.

Aus medizinischer Perspektive bedeutet das:

- a. Die Palliativmedizin ist weiterzuentwickeln und die Möglichkeit zur Verabreichung von Schmerzmitteln sollte von juristischen Hindernissen befreit werden⁴⁴.

⁴⁰ Vgl. Erklärung der Glaubenskongregation „Iura et bona“ vom 5. Mai 1980 (siehe DH 4666).

⁴¹ Vgl. G. Nagel, Eröffnungsrede auf dem Internationalen Krebskongress in Hamburg, in: A. Bopp, Der falsche Umgang mit dem Tumor, in: Süddeutsche Zeitung v. 23.8.1990, 34.

⁴² H. Thielicke, Theologische Ethik. Ethik der Gesellschaft, des Rechts, der Sexualität und der Kunst, Bd. III, Tübingen 1964, Abschnitt 1537, 440.

⁴³ E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss, Mainz 1993, 251.

⁴⁴ Den Zusammenhang zwischen mangelhafter Palliativmedizin und Euthanasiepraxis lässt sich exemplarisch für die niederländische Situation aufzeigen. Vgl. dazu R. Flöhl, Warum die

- b. Eine progressive Therapiereduzierung ist einem abrupten Therapieabbruch nach Möglichkeit vorzuziehen.
- c. Der Verzicht auf weitere therapeutische Maßnahmen ist nicht gleichbedeutend mit der Verringerung des pflegerischen Einsatzes.

Am unausweichlichen Ende des Lebens transformiert sich das Bestreben um Steigerung der Lebensqualität notwendigerweise in die Sorge um eine gute Qualität des Sterbens. In Würde sterben zu können ist ein Menschenrecht. Aber kann es deshalb ein Recht geben, getötet zu werden?

Wenn die therapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind, kommt es vielmehr darauf an, die humanen und mitmenschlichen Ressourcen auszuschöpfen. Die theologische Ethik vermeidet daher den missverständlichen Begriff Sterbehilfe. Sie unterscheidet die legitime *Hilfe beim Sterben* von der fragwürdigen *Hilfe zum Sterben*⁴⁵. Hieraus ergeben sich neue Herausforderungen für die Sterbebegleitung. Die in England begründete und inzwischen auch bei uns etablierte Hospiz-Bewegung geht hier vorbildlich voran⁴⁶. Ihr Einsatz verdeutlicht: Die häufig von Befürwortern der aktiven Sterbehilfe unterstellte Präferenz für den eigenen Tod ist weniger eine Reaktion auf die geringe Lebensqualität, als vielmehr auf die fehlende Lebenshilfe. Der Soziologe Norbert Elias spricht völlig zu Recht von der „Einsamkeit der Sterbenden“⁴⁷. Sie liegt an der Wurzel der gegenwärtigen Debatte um aktive Sterbehilfe: Denn der „Tod ist ein Problem der Lebenden“⁴⁸.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Ein theologisches Verständnis von Lebensqualität widersetzt sich allen Formen aktiver Sterbehilfe, die den Tod eigenmächtig ins Werk setzen und zum eigentlichen Ziel des Handelns haben.

Für die konkrete Normierung in der medizinischen Ethik bedarf es jedoch einer differenzierteren Metaphysik des sittlichen Aktes. Angesichts unübersehbarer Grauzonen in der alltäglichen medizinischen Praxis reicht ein primär phänomenologisch orientiertes Handlungsverständnis, das vor allem auf den äußeren Handlungsablauf fixiert ist, nicht länger aus. Vielmehr kommt es darauf an, Intention und Motivation des Handelnden zu kennen, die wesentlich die sittliche Richtigkeit wie auch die moralische Gutheit des menschlichen Handelns bestimmen. Dabei ist an der grundlegenden moralischen Differenz von Tun und Unterlassen festzuhalten.

Niederlande die Euthanasie dulden. Neigung zum gesellschaftlichen Kompromiss / Unterentwickelte Palliativmedizin, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 15.4.1998, N1–N2.

⁴⁵ Vgl. H. Hepp (Hg.), *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!* (= Schriften der Katholischen Akademie in Bayern 147), München 1992.

⁴⁶ Dazu Bischöfliches Ordinariat Mainz (Hg.), *Sterben in Würde. Die Hospizbewegung zum Streit um die Euthanasiebewegung* (= Mainzer Perspektiven. Orientierungen 1), Mainz 1995, sowie C. Saunders, *Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospiz-Bewegung steht*, Freiburg i. Br. 1999.

⁴⁷ N. Elias, *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Frankfurt a. M. 1991.

⁴⁸ AaO., 10.

Aus theologischer Perspektive erinnert das biblische Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe an den solidarischen Charakter christlicher Sterbebegleitung. Der Einsatz für die Humanisierung der Lebensbedingungen darf die Sterbebedingungen nicht ausklammern.

Indem die theologische Ethik das Christusereignis zum Maßstab ihres Nachdenkens macht, forciert sie eine kritische Antizipation der Frage nach dem Tod. Das ist ein wichtiger Beitrag zum anthropologischen Realismus in der Ethik. Der Tod wird nicht erst am Ende, sondern auf der Höhe des Lebens umfassen. Die Auseinandersetzung mit dem Tod ist ein lebenslanger Prozess. Für die Moralthologie, die auf Leitbilder eines gelungenen Lebens bezogen ist, eröffnet der im Glauben erschlossene Lebenssinn eine Lebensqualität über den Tod hinaus.

Sie kommt in einem Gebet zum Ausdruck, das in der Eingangshalle einer New Yorker Klinik zu finden ist⁴⁹.

„Herr ich habe dich um Kraft gebeten, um Erfolg zu haben,
du hast mich schwach werden lassen, damit ich gehorchen lerne.
Ich habe dich um Gesundheit gebeten, um große Dinge zu tun,
ich habe die Krankheit erhalten, um besseres zu tun.
Ich habe dich um Reichtum gebeten, um glücklich zu sein,
ich habe die Armut erhalten, um weise zu sein.
Ich habe dich um Macht gebeten, um von den Menschen geschätzt
zu werden,
ich habe Ohnmacht erhalten, um Verlangen nach dir zu verspüren.
Ich habe dich um Freundschaft gebeten, um nicht allein leben zu
müssen,
du hast mir ein Herz gegeben, um alle meine Schwestern und Brüder
zu lieben.
Ich habe nichts von dem gehabt, was ich erbeten hatte,
ich habe alles gehabt, was ich erhofft hatte.
Fast gegen meinen Willen sind meine ungesagten Gebete erhört
worden,
ich bin der Beschenkteste aller Menschen, Dank dir Herr.“

⁴⁹ Zit. Nach E. Schockenhoff, Krankheit – Gesundheit – Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht, Regensburg 2001, 148.

Ist Politik bindungslos oder gibt es ethische Schranken?

von Dr. Peter Liese

Das Thema *Tötung auf Verlangen und Begleitung von sterbenden Menschen*, das Sie für die diesjährige Ärztetagung ausgewählt haben, ist sehr aktuell. Allein in der vergangenen Woche bin ich in meiner Funktion als Europaabgeordneter dreimal damit in Berührung gekommen. Zunächst am 15. November. An diesem Tag fand im Europarat, d.h. nicht in der Europäischen Union, sondern in einer anderen Institution, die mehr als 40 Mitgliedstaaten umfasst und sich vor allen Dingen mit Menschenrechten befasst, eine Debatte über Euthanasie und Palliativmedizin statt. Der »Ausschuss für soziale Angelegenheiten und Gesundheit« der Parlamentarischen Versammlung des Europarates befasste sich mit dem Bericht des Schweizer Abgeordneten Dick Marty.

Donnerstagvormittag der vergangenen Woche fand im Europäischen Parlament ein Hearing zum Thema Palliativmedizin, Sterbebegleitung und Euthanasie statt. Ein französischer Arzt referierte vor den Abgeordneten des Europäischen Parlaments.

Am gestrigen Freitag hat das Zentralkomitee der Deutschen Katholiken Vorschläge von Bundesjustizministerin Zypries zur Patientenverfügung diskutiert. Es wurde vom ZdK beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen und die Vorschläge kritisch zu prüfen. Insbesondere wurde kritisiert, dass lebenserhaltende Maßnahmen bei Patienten beendet werden dürfen, ohne dass eine schriftliche Willenserklärung vorliegt, und man lediglich auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abzielen möchte.

Bevor ich auf diese aktuellen Entwicklungen eingehe, möchte ich noch einmal aus Sicht des Europäischen Parlaments und aus der Sicht der Arbeitsgruppe Bioethik der EVP/ED-Fraktion die Gesetzeslage in den Niederlanden und in Belgien beleuchten. Ich möchte auch darauf eingehen, welche Auswirkungen dies für andere Mitgliedstaaten hat.

In den Niederlanden gilt seit dem 1. April 2002 ein neues Gesetz, das die Tötung auf Verlangen weitgehend liberalisiert. In Belgien ist ein entsprechendes Gesetz am 20. September 2002 verabschiedet worden. Infolge der beiden Entscheidungen gab es in ganz Europa eine Debatte darüber, ob nicht auch in anderen Staaten die Praxis der Tötung auf Verlangen liberalisiert werden muss. Diese Debatte haben wir auch im Europäischen Parlament intensiv geführt, wenngleich wir nicht der Meinung sind, dass wir eine europäische Gesetzgebung zu diesem Thema brauchen. Sie können sich vorstellen, dass die Meinungen zu vielen dieser

ethischen Themen in der EVP/ED-Fraktion sehr weit auseinander gehen. Schließlich sind wir mittlerweile Abgeordnete aus 25 Ländern und aus über 40 Mitgliedsparteien. Das heißt, wir müssen die Unterschiede zwischen CDU und CSU mit 25 multiplizieren. Wenn Sie beobachtet haben, wie kontrovers die Debatte zu verschiedenen politischen Themen zwischen CDU und CSU in den letzten Woche geführt wurde, können Sie sich vorstellen, wie weit die Meinungen in der EVP/ED-Fraktion manchmal auseinander gehen. Trotzdem sind wir uns in der Fraktion alle einige, dass die Gesetzgebung in den Niederlanden und in Belgien kein Vorbild für andere Staaten in Europa ist. Es gibt keine Einstimmigkeit in unserer Fraktion über die Frage, ob Tötung auf Verlangen in jedem Einzelfall strafrechtlich verfolgt werden muss. Es gibt auch bei den niederländischen und belgischen Christdemokraten durchaus andere Vorstellungen. Sie wissen, dass das Gesetz, das bis vor zwei Jahren gegolten hat (bzw. bis vor drei Jahren), in den Niederlanden - als es verabschiedet wurde - auch von einer christdemokratischen Regierung und von einem christdemokratischen Justizminister verantwortet wurde. Viele Kolleginnen und Kollegen in der Fraktion sagen, dass das, was damals - also vor 10 Jahren - verabschiedet wurde, gerade noch akzeptabel war, dass das neue Gesetz aber allerdings deutlich zu weit geht.

Die Kritik an dem neuen Gesetz bezieht sich einerseits auf die juristisch kaum fassbaren Sorgfaltskriterien. Sorgfaltskriterien, das sind die Kriterien, die der Arzt beachten muss, um sicher zu gehen, dass Tötung auf Verlangen auf jeden Fall straffrei ist. Ich möchte die wesentlichen Kriterien hier noch einmal auflisten. In Artikel 2 des niederländischen Gesetzes, Absatz B heißt es, die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 239, Absatz 2, Strafgesetzbuch beinhalten, 'dass der Arzt zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist.'

Eine schriftliche Willensäußerung ist zwar möglich, aber nach dem Gesetz nicht vorgeschrieben. Sowohl in den Niederlanden als auch in Belgien findet keine Überprüfung der Kriterien vor der Durchführung der Tötung auf Verlangen statt, sondern lediglich eine nachträgliche Prüfung. Da die Kriterien aber sehr subjektiv und schwammig formuliert sind, ist ein Missbrauch kaum zu vermeiden. Die Überprüfung findet auch allein aufgrund schriftlicher Unterlagen statt, die der Arzt, der die Tötung auf Verlangen durchgeführt hat, angefertigt hat.

Da Euthanasie gewöhnlich in einem sehr privaten Umfeld stattfindet, sind in vielen Fällen nur die engsten Angehörigen und der Arzt selbst über die Einzelheiten informiert. Hier ist es sehr schwer, den Missbrauch zu widerlegen. Es stellt sich die Frage, ob Tötung auf Verlangen wirklich nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten durchgeführt wird, oder ob nicht oft der Wunsch der überforderten Angehörigen und des Arztes ausschlaggebend sind.

Wie erwähnt, galt auch schon vor 2002, bevor das jetzt aktuelle Gesetz in Kraft getreten ist, eine relativ liberale Regelung in den Niederlanden. Euthanasie war zwar nicht ausdrücklich erlaubt, aber es wurde unter bestimmten Bedingungen von Strafe abgesehen. Aus einer wissenschaftlichen Studie, die auf anonymen Befragungen von Ärzten beruht, geht klar hervor, dass es eine ganz hohe Anzahl von Fällen gibt, in denen nicht der ausdrückliche Wunsch des Patienten zur Tötung vorhanden war. Ich glaube, dass diese Praxis, dieser Missbrauch, noch zunehmen wird, da das Gesetz jetzt noch liberaler ist. Eine erste Analyse nach Inkrafttreten des Gesetzes zeigt auch, dass ein Ziel, das von den Befürwortern der Euthanasie in den Niederlanden immer wieder vorgetragen wurde, nicht erreicht wurde. Das Ziel lautete, dass man die Tötung auf Verlangen aus dem Bereich der Dunkelziffer herausholen wollte. Man wollte klar und deutlich machen, wo es Euthanasie gibt und wo nicht. Mehr Transparenz ist aber nicht zu verzeichnen. Die offiziell gemeldeten Zahlen nehmen nicht zu. Offensichtlich gibt es aber trotzdem eine stärkere Tendenz in Richtung Euthanasie, aber eben nicht in einem transparenteren Rahmen.

Soweit zu dem objektiven, auch von außen zu erkennenden Missbrauch. Wenn man diesen direkten Missbrauch alleine betrachtet, greift man aber dennoch zu kurz. Noch schwieriger ist es sicherlich, den indirekten Missbrauch zu vermeiden. Unter indirektem Missbrauch verstehe ich eine Situation, in der der Patient sagt, 'ich möchte sterben, bitte gib mir die Todesspritze', diese Aussage des Patienten aber eher ein Hilferuf ist, bei dem die Verzweiflung des Patienten zum Ausdruck kommt und nicht sein wohlüberlegter Wille, wirklich sterben zu wollen. Die Medizinerkollegen im Publikum wissen das wahrscheinlich sehr viel besser als ich. Da aber auch einige Nichtmediziner im Publikum sind, möchte ich noch einmal klarmachen, was ich damit meine. Es ist für die Diskussion nach außen hin sehr wichtig.

Wenn man über Tötung auf Verlangen in politischen Gremien und in der Öffentlichkeit diskutiert, dann ist es ja in der Natur der Sache liegend, dass die Beteiligten zumeist im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte sind, dass sie sich aktiv an Diskussionen beteiligen und ihre Meinung einbringen. Daher ist es natürlich, dass sehr viel von Autonomie und Selbstbestimmung die Rede ist. Die Situation, in der die Tötung auf Verlangen tatsächlich stattfindet, ist eine ganz andere und hat mit einer politischen oder öffentlichen Diskussion überhaupt nichts zu tun. Jemand der schwer krank ist und vielleicht schon über Monate oder Jahre hinweg pflegebedürftig ist, ist nicht so autonom wie Menschen, die an einer Diskussion teilnehmen. Er hat sehr wenige soziale Kontakte. Oft sind es nur ganz wenige Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal, die überhaupt noch mit dem Menschen in irgendeiner Weise in Kontakt treten. Dass jemand in einer solchen Situation sagt, 'ich möchte sterben', kann sehr leicht von außen, z.B. von Angehörigen, herangetragen worden sein. Das

meine ich mit indirektem Missbrauch. Dieser ist noch sehr viel schwieriger zu kontrollieren als der direkte Missbrauch. Damit möchte ich die Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden keineswegs pauschal verdächtigen oder gar verunglimpfen. Die Überforderung mit der Pflege und die mangelnde Unterstützung durch unsere Gesellschaft spielen eine große Rolle, und es sind in der Regel auf keinen Fall immer eigennützige Überlegungen, die im Vordergrund stehen. Aber trotzdem ist eine Situation, in der Angehörige ihre eigene Verzweiflung und vielleicht auch ihren eigenen Wunsch, der Pflegebedürftige möge sterben, so auf den Patienten übertragen, dass dieser ihn schließlich selbst äußert.

Ein zusätzliches Problem, das wir sehr kritisch in der niederländischen und belgischen Gesetzgebung betrachten, ist, dass die Gesetze beider Länder auch Tötung auf Verlangen bei Minderjährigen vorsehen. In den Niederlanden ist das so geregelt, dass bei Kindern ab 12 Jahren Euthanasie möglich ist, wenn ein Elternteil zustimmt. Ab 16 ist keine Zustimmung der Eltern mehr erforderlich. Auch in den Niederlanden kann man aber erst mit 18 wählen oder den Führerschein machen. Dies ist sicherlich schwer nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang wurde auch gestern im Zentralkomitee der Katholiken bei der Diskussion über die Patientenverfügung kritisch angefügt, dass in Deutschland unheimlich viele Dinge strengstens geregelt sind und sich viele Menschen fragen, 'Ist das eigentlich nötig?'.

Während man also für viele Dinge nicht nur eine schriftliche Erklärung, sondern auch eine notarielle Beglaubigung braucht, ist es bei dem "Wunsch nach Sterben" möglich, auf eine schriftliche Willensäußerung zu verzichten.

Zurück zu der Problematik der Euthanasie an Minderjährigen.

In den Niederlanden ist es möglich, ohne Zustimmung der Eltern Minderjährige aktiv zu töten. In Belgien ist das Gesetz etwas schwammiger. Es heißt, "Minderjährige, die einsichtsfähig sind", können Tötung auf Verlangen beantragen. Ich glaube, beide Beispiele zeigen, dass dann, wenn Euthanasie zunächst in sehr engen Grenzen anerkannt wird, auch sehr schnell eine Ausweitung auf viele Bereiche angestrebt wird. Schon heute wird in Belgien beraten, ob eine weitere Liberalisierung, z.B. Übertragung auf psychische Erkrankungen, die nicht unmittelbar zum Tode führen, sinnvoll ist. Auch wenn dies noch nicht gesetzlich erlaubt ist, wird dies in beiden Ländern doch schon praktiziert.

In der Fachzeitschrift 'Der Internist' ist schon vor längerer Zeit eine sehr dramatische Beschreibung der Veränderung der Einstellung von Ärzten in den Niederlanden beschrieben. Von einem niederländischen Kollegen selbst wurde dort geschrieben: "Zuerst geschah die straflose Tötung nur auf ausdrückliche Bitte des Patienten hin. Jetzt werden auch komatöse Patienten und behinderte Neugeborene getötet. Zuerst geschah es nur, wenn der Patient in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit war.

Jetzt wurde vor kurzem ein Psychiater freigesprochen, der eine Frau, die verzweifelt, aber nicht krank war, beim Suizid geholfen hat. Die Tötungsmentalität, so schreibt der Kollege weiter, wird in Holland allmählich zur Norm der medizinischen Praxis. Ein Internist, der eine Frau mit Lungenkrebs wegen Sauerstoffmangels in die Klinik aufnehmen wollte, musste ihr versichern, dass er sie nicht euthanasieren würde, was sie befürchtete. Er wies sie selbst ein und nach 36 Stunden war ihre Atmung normal, ihr Gesamtzustand besser. Der Arzt ging nach Hause und es euthanasierte sie ein Kollege. Die Rechtfertigung, so heißt es in diesem Artikel: „Wir brauchen das Bett für einen anderen Fall. Für die Frau ist es egal, ob sie jetzt stirbt oder in 14 Tagen“.

Ein weiteres Beispiel von diesem niederländischen Kollegen: So wurde zum Beispiel der Tod eines alten Mannes jeden Tag erwartet. Der Sohn sagte dem Arzt, er habe Ferien geplant und könne nicht mehr absagen. Er wollte, dass die Beerdigung noch vor seiner Abreise stattfinden solle. Der Arzt verabreichte darauf hin dem alten Mann eine seines Erachtens sehr hohe Dosis Morphin in der Absicht, ihn zu töten. Als er zurückkam, um den Tod festzustellen, saß der Mann aber fröhlich auf der Bettkante. Er hatte endlich genug Morphin bekommen, das seine Schmerzen stillte. Der 'behandelnde Kollege' erzählte mir diese Geschichte, als ob es völlig normal sei, einen Patienten zu töten, um der Familie einen Gefallen zu tun." Soweit das Zitat aus 'Der Internist'.

Ich glaube, dass dies ein Extrembeispiel ist. Ich glaube nicht, dass alle Kollegen und Kolleginnen in den Niederlanden so handeln, aber es ist immerhin in einer medizinischen Fachzeitschrift in Deutschland publiziert worden. Und immer dann, wenn ich dieses Beispiel bei europäischen Veranstaltungen zitiere, gibt es zwar einen großen Aufschrei, aber niemand hat bisher behauptet, dass das Zitat falsch sei. Es gibt auch keinerlei presserechtliche Maßnahmen gegen die Zeitschrift 'Der Internist'. Ich habe dieses Zitat zum Beispiel vor zwei Jahren beim "European Health Forum" ("Europäisches Gesundheitsforum") in Bad Gastein in Österreich vorgelesen und viele niederländische Beobachter waren anwesend. Einige haben sich hinterher beschwert, dass ich einen Vortrag gehalten habe und das Thema nach ihrer Ansicht einsichtig betrachtet habe. Niemand hat aber diese konkrete Aussage in Zweifel gezogen, geschweige denn widerlegt.

Die Kritik an der niederländischen Gesetzgebung wird auch nicht nur im politischen Zusammenhang auf europäischer Ebene geäußert, sondern auch international anerkannte Organisationen haben Kritik geübt. Die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen hat im Juli 2003 einen sehr kritischen Bericht zum niederländischen Gesetz abgegeben und große Bedenken geäußert. Der niederländische Gesetzgeber wurde dringend aufgefordert, das Gesetz zu überarbeiten - leider bisher ohne Konsequenzen. Dies erscheint mir sehr besorgniserregend.

Die Niederlande treten in der internationalen Diskussion häufig als moralische Autorität auf. In vielen Bereichen, zum Beispiel bei der Entwicklungshilfe, ist dieser Anspruch auch durch konkretes Handeln untermauert worden. Auch was die Debatte um eine stärkere Rolle der UNO angeht, sind die Niederländer durchaus auf der richtigen Seite. Daher ist es schockierend, dass ein Land, das sich so für die Menschenrechte einsetzt, dann, wenn die UN-Menschenrechtskommission Kritik an dem Verhalten dieses Landes äußert, diese Kritik überhaupt nicht ernst nimmt. Es gibt in den Niederlanden eine Diskussion darüber, und die niederländische Kollegin, die sich in unserer Fraktion besonders um das Thema kümmert, hat kürzlich im Europäischen Parlament noch einmal deutlich gemacht, dass in den Niederlanden selbst eine Überprüfung des Gesetzes verlangt wird. Leider scheint diese Überprüfung aufgrund der Koalitionsdisziplin im Moment nicht anzustehen. Die Christdemokraten regieren bekanntlich in den Niederlanden mit zwei liberalen Parteien.

Die UN-Menschenrechtskommission war nicht die einzige Institution, die sich kritisch geäußert hat. Auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates hatte schon 1999 nach intensiver Debatte geäußert, dass das Verbot der Tötung von Todkranken und Sterbenden ausdrücklich bestätigt werden muss. Aber die Parlamentarische Versammlung des Europarates belässt es nicht bei einem strikten 'Nein' zur Tötung auf Verlangen. Der Bericht der österreichischen Abgeordneten Edeltraud Gatterer stellt vielmehr die Alternativen in den Vordergrund. Die Parlamentarische Versammlung des Europarates fordert die Mitgliedstaaten auf, in ihren Gesetzen den notwendigen sozialen und gesetzlichen Schutz gegenüber den Gefahren und Ängsten, mit denen todkranke oder sterbende Personen konfrontiert werden, zu verankern, insbesondere den Schutz

- Á gegen ein Sterben mit unerträglichen Symptomen, z.B. Schmerzen, Ersticken usw.,
- Á gegen eine Verlängerung des Sterbevorgangs eines Todkranken oder Sterbenden gegen dessen Willen;
- Á gegen ein Sterben, das mit sozialer Isolation oder einer Auflösung sozialer Bindungen einhergeht;
- Á gegen ein Sterben, das mit der Angst einhergeht, eine soziale Last darzustellen;
- Á gegen eine Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen aus wirtschaftlichen Gründen;
- Á gegen eine unzureichende Bereitstellung finanzieller Mittel und Ressourcen zur angemessenen Pflege und zur Unterstützung des Todkranken und Sterbenden.

Es wird von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates gefordert, dass Palliativpflege in allen Mitgliedstaaten als gesetzlicher Anspruch

totkranker oder sterbender Menschen anerkannt wird, dass Verwandte und Freunde zur Sterbebegleitung ermutigt werden und dass sie dabei professionelle Unterstützung erhalten. Sollten sich die familiären und privaten Strukturen als unzureichend oder belastend erweisen, so sind alternative oder ergänzende Formen medizinischer Pflege bereitzustellen. Ambulante Hospizdienste und Netzwerke sollen gewährleisten, dass Palliativpflege zu Hause in Anspruch genommen werden kann, wann immer ambulante Pflege des Sterbenden oder Todkranken durchführbar erscheint.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich halte die Empfehlung der Parlamentarischen Versammlung des Europarates für eine exzellente Anleitung im Umgang mit diesem schwierigen Thema in unserer Gesellschaft. Es ist falsch, lediglich zu sagen, Euthanasie ist unrecht und damit die Debatte zu beenden. Wir haben die moralische Verpflichtung, Alternativen in den Vordergrund zu stellen. Aus vielen Gesprächen mit Menschen, die sich in Hospizen engagieren, z.B. in meiner Wahlregion Südwestfalen, aber auch in Straßburg, wo wir als Europaabgeordnete Kontakt zum dortigen Hospiz aufgenommen haben, habe ich immer wieder die Quintessenz gezogen, dass der Wunsch des Patienten 'Gib mir die Todesspritze', dann ins Gegenteil verkehrt oder jedenfalls nicht mehr geäußert wird, wenn es eine optimale medizinische, psychologische und menschliche Betreuung gibt. Daher haben wir eine Verantwortung, diese optimale Betreuung bereitzustellen.

Jetzt kann man natürlich sagen, 'lasst uns das Eine tun, ohne das Andere zu lassen'. Es gibt Menschen, die sagen, 'das widerspricht sich ja nicht, optimale Versorgung in Hospizen und Palliativmedizin, aber trotzdem für die, die es wollen, Tötung auf Verlangen'. Aber ich glaube, so funktioniert die politische Debatte nicht. Es besteht ein innerer und auch ein politischer Widerspruch zwischen Euthanasie und Hospizbewegung. Wenn Euthanasie als Option anerkannt wird, dann wird die Wahlfreiheit nicht gegeben sein. Der Druck wird zunehmen und in der Gesellschaft wird sich ein Denken einschleichen, dass es doch alles viel billiger und einfacher gehen kann. Man wird sagen, 'warum sollen wir uns diesen ganzen finanziellen und menschlichen Aufwand mit der Sterbebegleitung eigentlich antun, wenn es doch die Euthanasie als scheinbar billige und bequeme Alternative gibt?'

Aus diesem Grund darf die Tötung auf Verlangen nicht zugelassen werden. Solch ein konsequentes Nein zur Tötung auf Verlangen fällt manchmal schwer. Das wissen die Kollegen, die heute noch ärztlich tätig sind, und das weiß auch ich, der ich lange als Arzt gearbeitet habe. In manchen extremen Situationen denkt man für sich, "wenn dieser Mensch, der so leidet, jetzt um die Todesspritze bitten würde, da würde es mir schwer fallen, 'nein' zu sagen". Aber ich glaube, auch wenn man sich extreme Fälle vor Augen führt, muss man sehr vorsichtig sein, denn wenn man

einmal damit anfängt, wird es eine Entwicklung geben, die wir wahrscheinlich nicht mehr korrigieren können. Und die positiven Alternativen wären dann sehr viel schwieriger durchzusetzen.

Deshalb besorgt mich die politische Debatte in vielen Ländern Europas und auch die neue Debatte in der Parlamentarischen Versammlung des Europarates. Diese Parlamentarische Versammlung hat, wie eben dargestellt, 1999 ein exzellentes Dokument verabschiedet, das sich gegen Tötung auf Verlangen und für die Alternativen ausspricht. Es müsste jetzt eigentlich in den Mitgliedsstaaten umgesetzt werden. Vieles ist aber weder in Deutschland noch in anderen Mitgliedsstaaten Europas bisher umgesetzt, und wir müssen daran arbeiten. Leider gibt es in dem Bericht von Herrn Marty, der nun zur Debatte steht, und der am Dienstag vergangener Woche im Ausschuss für Soziales und Gesundheit der Parlamentarischen Versammlung des Europarates noch einmal bekräftigt wurde, den Wunsch, die Debatte aufgrund der Gesetzgebung in den Niederlanden und in Belgien neu zu eröffnen. Er verlangt eine Öffnung in Richtung Liberalisierung der Tötung auf Verlangen in Europa. Das ist sehr bedenklich und es ist gut, dass ihm ein heftiger Gegenwind ins Gesicht bläst. Der Bericht sollte bereits im vergangenen Frühjahr von der Parlamentarischen Versammlung verabschiedet werden, aber er hat keine Mehrheit gefunden, sondern ist in den Ausschuss zurück verwiesen worden. Das Problem besteht allerdings darin, dass er jetzt noch nicht vom Tisch ist und dass er vielleicht im kommenden Frühjahr doch eine Mehrheit findet. Außerdem wird durch die fortdauernde Beratung des Themas der Eindruck erweckt, die Position des Gatterer-Berichts von 1999 sei überholt und nicht mehr relevant.

Ich glaube, die Parlamentarische Versammlung des Europarates sollte ihre grundsätzliche Position nicht ändern, sie sollte vielmehr die Gesetze in den Niederlanden und in Belgien kritisieren. Wenn wir ein Europa der gemeinsamen Werte haben wollen und eine Basis der Menschenrechte, dann muss man auch seine Stimme erheben, wenn klar festgelegte Positionen der Gremien in Europa durch die Regierungen bestimmter Mitgliedstaaten ignoriert werden.

Wie Sie aus meinen Worten entnehmen können, sehe ich die Entwicklung in der Europäischen Union und in den Mitgliedstaaten des Europarates durchaus mit Sorge. Ich glaube allerdings, es besteht keine akute Gefahr, dass sich in der gesamten Europäischen Union oder in allen Mitgliedstaaten des Europarates, das belgische oder das niederländische Modell durchsetzen wird, aber es gilt, wachsam zu sein. Es gilt, sich zu engagieren und sich informiert in die Debatte einzuschalten. Ich möchte noch einmal betonen, dass ich einen Kompromiss nach dem Motto: „Wir machen jetzt bessere Palliativmedizin, bessere Hospizversorgung und lassen trotzdem die Tötung auf Verlangen zu“, politisch für nicht tragfähig halte. Wenn Euthanasie prinzipiell möglich ist, wird der Druck auf unsere

Gesellschaft, optimale palliativmedizinische und sonstige Betreuung am Lebensende zu gewährleisten, abnehmen. Ich glaube, dass es kein Zufall ist, dass sich Menschen, die sich in Hospizen engagieren, strikt gegen eine Zulassung der Tötung auf Verlangen wehren. Es ist ohnehin schwierig genug, diesen aufwendigen, teuren, aber menschlichen Weg zu gehen. Wenn Euthanasie, d.h. Tötung auf Verlangen, als scheinbar billiger und bequemer konkret im Raum steht, wird es für die Palliativmedizin und Hospizbewegung immer schwieriger werden. Deshalb kann die Antwort nur sein, 'Ja' zur Sterbebegleitung, 'Ja' zur Palliativmedizin und zur Unterstützung der Hospizbewegung – und 'Nein' zur Tötung auf Verlangen.

Nachtrag

Die Parlamentarische Versammlung des Europarates hat im April 2005 entschieden, den Bericht von Dick Marty abzulehnen. Eine große Mehrheit stimmte am Ende gegen den Bericht. Dies heißt, dass die einzig relevante Aussage dieses Gremiums zum Thema *Tötung auf Verlangen* weiterhin der Gatterer-Bericht von 1999 ist.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Klaus Arntz, Prof. Dr. theol. habil.

geboren 1963 in Kalkar / Niederrhein; Studium der Kath. Theologie an der Universität in Münster und an der Päpstlichen Universität Gregoriana in Rom. 1988 Priesterweihe in Rom und 1989 Lizentiat in Kath. Theologie. Seelsorgliche Tätigkeit in Rheine von 1989 bis 1992. 1996 Promotion und von 1998 bis 2001 Lehrbeauftragter an der Universität/Gesamthochschule Wuppertal. 2001 Habilitation im Fach Katholische Moraltheologie und Privatdozent an der Universität Münster. Seit 2001 Professor für Moraltheologie an der Kath.-theol. Fakultät der Universität Augsburg.

Peter Liese, Dr. med., MdEP

geboren 1965 in Olsberg; Medizinstudium in Marburg, Aachen und Bonn; Promotion am humangenetischen Institut der Universität Bonn. Nach 6monatiger ärztlicher Tätigkeit in Mittelamerika 10jährige Tätigkeit als Arzt in der Kinderklinik Paderborn und in einer Gemeinschaftspraxis. 1984 Eintritt in die Junge Union und 1987 in die CDU. 1988 bis 2000 im Landesvorstand der Jungen Union und seit 1997 im Landesvorstand der CDU NRW. Seit 1994 Mitglied des Europäischen Parlamentes; Vorsitzender der Arbeitsgruppe Bioethik der EVP/ED-Fraktion. Mitglied im Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

Hermann-Josef Pielken, Dr. med.

Geboren 1949 in Dortmund, Medizinstudium in Hamburg und Münster; Promotion 1980 an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. 1979 bis 1987 Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Münster, 1988 Oberarzt. 1990 Leiter der Abteilung Hämatologie am St.-Johannes-Hospital in Dortmund, seit April 1991 Chefarzt der Medizinischen Klinik II, Schwerpunkt: Allgem. Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin des St.-Johannes-Hospitals in Dortmund.

Bisher erschienen:

- 1985 **Freiheit und Lebensengagement**
Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**
Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987 **Heil und Heilung in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
 Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988 **Sucht – ein Alarmsignal**
Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990 **Wahrheit am Krankenbett**
Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992 **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**
Beiträge von: Prof. DDr. A. Görres, München
 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**
Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
 Dr. med. G. Markus, Paderborn
 Prof. Dr. F. Furger, Münster
 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**
Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**
Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**
Beiträge von: Günter Haaf
Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
Bernward Büchner, Freiburg
Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
Christa Nickels MdB, Berlin
Prof. Dr. Ulrich Lüke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
Hildegard Müller MdB, Berlin

