

söhnung in mannigfaltigen Formen „konkret“ zu werden, wodurch je verschieden deutlich wird, daß Versöhnung nicht nur Wiederherstellung des Verhältnisses Gott – Mensch bedeutet, sondern zugleich ein Leben in der Versöhnung mit sich selbst, mit anderen und mit Gott.

Von diesem Vermittlungsgedanken her gesehen, ist die Beichte jenes Geschehen, in dem sich Umkehr des Menschen, Vergebung und Versöhnung verleibt, konkretisiert und dadurch wirklich wird. Dieses Geschehen dürfte im Normalfall auch ein psychologisches Gefühl der Befreiung auslösen, nämlich das gelöste Bewußtsein, die Schuld aus mir entlassen zu haben, die frohe Erfahrung, angenommen zu sein, das Wissen, mit meiner Sünde nicht allein zu stehen, die Einsicht, mich nun auch selbst annehmen zu dürfen. Hier dürfte der Übergang für ein Gespräch zwischen Psychologie und Theologie hinsichtlich der Beichte bestehen.

MAX-P. ENGELMEIER

Sterbehilfe

Aspekte eines Dilemmas¹

Das Dilemma, von dem hier die Rede sein soll, hat zumindest drei für die praktische Medizin bedeutsame Aspekte. Der 1. Aspekt ist eine Folge des Fortschritts in der Medizin. Wann, wie und in welchem Maße soll der Arzt tun, was er äußerstenfalls kann? Den mit solchen Fragen angedeuteten Aspekt könnte man als *Dilemma einer Ethik der Indikation* bezeichnen. Dieses Dilemma begegnet uns besonders auf den Intensivbehandlungsstationen, wo es nicht um eine Hilfe beim Sterben, sondern um eine Umkehr des Sterbeprozesses geht, um eine Rettung aus dem Sterben.

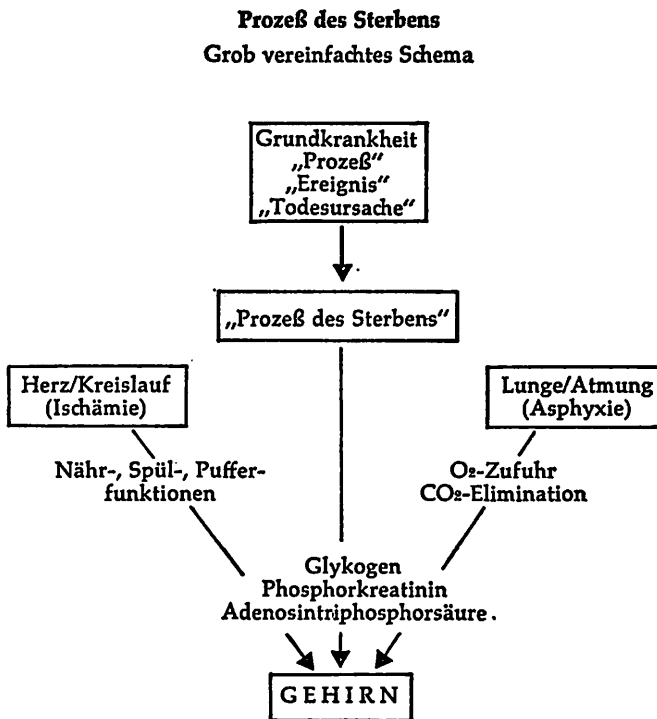
Der 2. Aspekt hängt mit der *Reduktion des Menschenbildes auf das Biologische* zusammen. Das führt dazu, daß man unser Thema so diskutiert, als bestünde das Problem der Sterbehilfe darin, ob und unter welchen Umständen man Schwerstkranken und Sterbenden Schmerzmittel in möglicherweise lebensverkürzenden Dosen geben dürfe. Dabei ist doch auch gerade diese Frage überhaupt nur beantwortbar, wenn man die personale Dimension nicht ausklammert. Ein Schwerstkranker vertraut seinem Arzt. Er erhofft von ihm Hilfe – äußerstenfalls Hilfe auch im Sterben. Wo man diese personale Bindung und Verantwortung verdrängt, bedarf man freilich der irreführenden Vokabel „Euthanasie“, um sich darüber hinwegzutäuschen, daß man nicht von menschlicher Hilfe im Sterben spricht, sondern von der Technik des Schlußmachens. Damit sind wir beim 3. Aspekt. Selbsttäuschung durch Begriffswandel ist ein Instrument dessen, was man in der Psychotherapie „Rationalisierung“, in den Gesellschaftswissenschaften „Ideologie“ nennt. Der Mensch, Schöpfer seiner selbst, von der Zeugung bis zum Tode, an nichts gebunden als an das, was ihm jeweils angenehm und nützlich scheint, um diese ideologische Zielvorstellung geht es besonders auch hier. Denn was kann für den absoluten Selbstmachtanspruch unerträglicher sein als die Gewißheit des verhängten Sterbens? Ihr freie Wahl abzutrotzen, zumindest die Bestimmung von Ort und Zeit, erscheint fast als humane Verpflichtung. Diesen ideologischen Aspekt muß man bei allem berücksichtigen, was über das Thema „Sterbehilfe“ gesagt wird. Versachlichung ist nur von einer Klärung der Begriffe und von nüchterner Einsicht in die Leitwerte zu erwarten, die in unserer Zivilisation die Einstellungen zum Sterben beeinflussen. Dazu möchte dieser Aufsatz beitragen.

¹ Verfasser ist o. Professor für Psychiatrie und Direktor der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik für Psychiatrie im Universitätsklinikum Essen.

I. Zum Begriff des Sterbens

Das Zentrum der begrifflichen Schwierigkeiten liegt in der Definition der Sterbens. Sterben ist der Übergang vom Leben zum Tod. Er kann langsam oder plötzlich, stetig oder schrittweise, gradlinig oder in Schwankungen mit Besserungsphasen verlaufen. Wozu aber gehört dieser „Übergang“, zum Leben oder zum Tode? Das ist eine Frage mit großen ethischen und gegebenenfalls auch juristischen Konsequenzen. Sie wird nicht einheitlich beantwortet. Der Jurist P. Bockelmann, ein hervorragender Kenner der Materie, sagt: „Der Mensch lebt, solange er stirbt.“ Der Anaesthetist P. Fritsche dagegen, dem wir eine verdienstvolle Monographie zu diesem Thema verdanken, stellt im vollendeten Widerspruch dazu fest: „Sterben gehört zum Tode, und der Tod vollzieht sich als Prozeß des Sterbens.“ Zur Klärung ist es notwendig, in aller Kürze die Phänomene des Sterbeprozesses darzustellen. Der Gebrauch physiologischer Begriffe ist dabei nicht ganz zu vermeiden.

Im Sterben vollzieht sich die Auflösung jener zentralnervösen Hierarchie von Steuerungs- und Regelkreisen, die das organisieren und koordinieren, was man die „Vitalfunktionen“ (besonders Kreislauf, Atmung, Nerventätigkeit) nennt. Letztlich scheint immer der Untergang zentraler Regelfelder im Stammhirn den Prozeß unumkehrbar zu machen. Wenn das nicht durch direkte mechanische Einwirkung geschieht, führen meist Sauerstoffmangel, äußere oder innere toxische Blockierung der Synapsen, der Zellmembranen und der intrazellulären Atemkette zu diesem Ende. Die alte Lehre von den „atria mortis“ – Herz, Atmung und Gehirn – ist also dahin präzisiert, daß „der Tod des Menschen ... mit dem Hirntod identisch ist und in dieser Form auch jedem irreversiblen Ausfall der Atem- und Kreislaufunktionen folgt“². Man kann versuchen, diesen Prozeß durch folgendes Schema zu veranschaulichen:



² Fritsche P., Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Stuttgart 1973, 17.

Der Prozeß des Sterbens ist für die einzelnen Organe (unter bestimmten Bedingungen auch für den ganzen Organismus) während einer bestimmten Zeitdauer umkehrbar. Die Zeit, in der das möglich ist, heißt „Überlebenszeit“, vom therapeutischen Standpunkt aus „Wiederbelebenszeit“. Ist sie abgelaufen („Termin der Irreversibilität“), ist der „Todeszeitpunkt“ überschritten, bleibt der Tod des Organs (beim Tod des Gehirns auch der Tod des Organismus) unumkehrbar. Mit Flüssigkeitsdurchspülungen, Sauerstoffzufuhr, Abkühlung, Ausgleich des chemischen Milieus und anderen Maßnahmen kann man die Überlebenszeit verlängern, den Todeszeitpunkt hinausschieben.

Den Todeszeitpunkt exakt naturwissenschaftlich festzulegen, ist und bleibt unmöglich. Wohl aber gibt es eine die praktischen Bedürfnisse befriedigende Antwort auf die Frage, wann der Prozeß des Sterbens irreversibel wird, wann der Mensch tot ist. Die Antwort lautet: wenn die Gehirnfunktionen endgültig erloschen sind. Nach internationaler Übereinkunft darf man das annehmen, wenn die Gesamtheit folgender Kriterien über längere Zeit³ (12 bis 24 Stunden) besteht: Bewußtlosigkeit, Atemstillstand, Erweiterung und Lichtstarre der Pupillen, Erlöschen der zentralgesteuerten Reflexe, Ausfall der Temperaturregulation, Ausfall der Aktionspotentiale im Hirnstrombild (EEG), intrakranieller Kreislaufstillstand⁴. Diese Kriterien können vor allem dann von großer Bedeutung sein, wenn beabsichtigt ist, Organe des Verstorbenen zum Zwecke der Übertragung zu entnehmen.

Soviel zur Bestimmung des Zeitpunktes, an dem das Sterben mit dem Tode endet. Wann aber beginnt es? Auf diese Frage gibt es keine theoretisch oder praktisch auch nur einigermaßen befriedigende allgemeine Antwort. So sicher schon der Laie jenes fortgeschrittene Stadium des Sterbens erkennt, das man „Agonie“ nennt, so unsicher ist doch selbst der erfahrenste Arzt, wenn er sagen soll, wann dieser Prozeß eigentlich beginnt. In den vielen Fällen vollends, in denen die Agonie übersprungen wird und der Tod plötzlich das schwere Kranksein oder ein scheinbar noch gesundes Leben beendet, ist es prinzipiell unmöglich, den Beginn des Sterbens zu bestimmen. Gegen sein Ende, gegen den Tod, kann Sterben also einigermaßen abgegrenzt werden. Sein Beginn dagegen bleibt in den pathophysiologischen Vorgängen der Todeskrankheit meist unabgrenzbar. Mithin: Sterben gehört zum Leben. Es ist auch biologisch eine letzte Leistung des lebenden Organismus.

Das wird noch viel deutlicher, wenn man die Grenzen einer rein biologischen Thanatologie überschreitet und den sterbenden Menschen als Person in die Betrachtung einbezieht. Besonders eindrucksvoll geschieht das in den bekannten Interviews von Elisabeth Kübler-Ross. Ob das Sterben nun wirklich meist in den von ihr herausgearbeiteten Schritten — Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolierung, Zorn, Verhandeln, Depression, Zustimmung — geleistet wird, kann dahingestellt bleiben. Daß Sterben den Menschen nicht ganz selten als Aufgabe antritt, an der ein Leben sich im Untergang bewähren kann, entspricht der allgemeinsten klinischen Erfahrung.

Wir haben 1958 versucht, das Gefüge der Bedingungen⁵ darzustellen, von denen Bewährung und Scheitern in der Aufgabe des Sterbens abhängen. In diesem Bedingungsgefüge vollzieht sich der von Kübler-Ross so anschaulich geschilderte psychologische Prozeß der Loslösung. Wer Sterbenden helfen will, muß beides — Bedingungsgefüge und Loslösungsprozeß — ebenso kennen und beachten wie die biologischen Abläufe des Sterbens.

³ Wawersik J. und Wiemers K. sprechen von einer „Schwebezeit“.

⁴ Im Röntgenbild nachweisbar durch Einspritzung von Kontrastmitteln in die Halsschlagader.

⁵ U. a. Persönlichkeitsstruktur, Lebenslauf, gegenwärtige Lebenslage, Art und Dynamik der Todeskrankheit.

II. Formen ärztlichen Handelns bei Schwerstkranken und Sterbenden

Sterbehilfe ist Hilfe für Sterbende. Der eben umrissene Begriff des Sterbens nötigt zu folgenden Unterscheidungen:

1. In *weitestem Sinne* ist Sterbehilfe alles, was dem Menschen hilft, die Wirklichkeit des Sterbens menschlich zu bewältigen. Jede echte Psychotherapie könnte insoweit dazu beitragen, als sie den Menschen befähigt, ein Stück seines Lebens wirklichkeitsgerecht zu leben. Diese Funktion der Psychotherapie hat C. G. Jung besonders bedacht. So heißt es in seiner Arbeit „Seele und Tod“: „Von der Lebensmitte an bleibt nur noch der lebendig, der mit dem Leben sterben will. Denn das, was in der geheimen Stunde des Lebensmittags geschieht, ist die Umkehr der Parabel, die Geburt des Todes. Das Leben der zweiten Lebenshälfte heißt nicht Aufstieg, Entfaltung, Vermehrung, Lebensüberschwang, sondern Tod, denn sein Ziel ist das Ende. Seine-Lebenshöhe-nicht-Wollen ist dasselbe wie Sein-Ende-nicht-Wollen. Beides ist: Nicht-leben-Wollen. Nicht-leben-Wollen ist gleichbedeutend mit Nicht-sterben-Wollen. Werden und Vergehen ist die gleiche Kurve.“ Für unser Thema lautet das Ergebnis: Es gibt keine bessere Hilfe für das Sterben als ein Leben, das sich auch der Wirklichkeit des Todes nicht verschließt.

2. In *einem engeren Sinne* ist Sterbehilfe jeder Beistand, den man Schwerstkranken, besonders unheilbar Schwerstkranken, leistet. Körperliche und psychotherapeutische Hilfen stehen dabei gleichberechtigt nebeneinander.

3. In *engster Fassung* wären Sterbehilfe nur psychische und somatische Eingriffe in den bereits im Gange befindlichen Sterbeprozess, wenn dieser diagnostiziert werden kann.

Das vorausgesetzt, lassen sich im einzelnen unterscheiden:

- A. Maßnahmen zur Umkehr des Sterbeprozesses,
- B. Hilfen zur Erleichterung des Sterbens,
- C. Tötung von Kranken, die nicht Sterbende sind.

A. Maßnahmen zur Umkehr des Sterbeprozesses.

Gemeinsames Kennzeichen: der Sterbeprozess ist bereits diagnostizierbar. Der Sterbende ist in der Regel tief bewußtlos. Bei den Eingriffen zur Organerhaltung ist der Organspender definitiv tot. Gemeinsames Ziel: den Sterbeprozess ganz oder teilweise umzukehren. Gemeinsame Voraussetzung: die Maßnahmen müssen innerhalb der Überlebenszeit wirksam werden.

1. Totalumkehr des Sterbeprozesses = Reanimation = Rettung aus dem Sterben.

Das Ziel ist die Wiederherstellung des sich selbst regulierenden Lebensprozesses auf dem Niveau des menschliche Persönlichkeit ermöglichenden Gesamtorganismus. Das dazu notwendige Ensemble von aufeinander abgestimmten Maßnahmen verschiedener Gebiete der Medizin war noch vor einer Generation kaum vorstellbar. Heute gehört es zur Alltagswirklichkeit der Intensivbehandlungsstationen unserer großen Kliniken. So gelingt es tagtäglich, ihren Angehörigen und einem tätigen Leben Menschen zurückzugewinnen, die schon Sterbende waren, ja soeben verstorben schienen. „Alltagswirklichkeit“ – und doch bekennt der gerade in der Intensivbehandlung hocherfahrene P. Fritsche: „Jeder Einzelfall stellt für jeden der beteiligten Ärzte eine ‚Sternstunde der Medizin‘ dar“⁶.

Es gibt zahlreiche Wege, auf denen diese in jeder Hinsicht große und aufwendige Therapie ins Dilemma führen kann:

a) Die Reanimation gelingt nur teilweise. Der sich selbst regulierende Lebensprozess kommt nicht wieder voll in Gang. Die Vitalfunktionen des tief bewußtlosen Patienten bleiben insbesondere abhängig von der Tätigkeit des Beatmungsgerätes. Sie erlöschen,

⁶ Fritsche, a. a. O., 2.

sobald dieses abgestellt wird. Die Frage, wann und ob das geschehen soll, gehört zu den belastendsten Entscheidungen, vor die ein Arzt gestellt sein kann. Manche Ärzte treffen sie grundsätzlich nur nach einem Konsil mit einem außenstehenden, erfahrenen Kollegen. Aber weder das, noch gesetzliche Regelungen nehmen dem verantwortlichen Arzt die letzte Entscheidung ab. Handelt es sich doch um einen Bereich, dessen unübersehbaren individuellen Möglichkeiten sich auch einer umfassenden medizinisch-kasuistischen Verhaltensregelung entziehen. Man muß der Stellungnahme der Ärzte des Kantons Bern von 1968 zustimmen: „... Jeder beteiligte Arzt“ ist „für sein Handeln allein und voll verantwortlich. Keine Organisation, kein Vorgesetzter und kein Arbeitsteam kann ihm diese Verantwortung abnehmen... Es gibt für den Arzt keine Kollektivverantwortung, sondern nur die allein zu tragende, daher schwere persönliche Verantwortung“⁷.

b) Es ist zwar kein Hirntod eingetreten, das Gehirn ist aber so schwer geschädigt, daß der Mensch nie wieder bewußtseinsfähig wird und dazu verurteilt bleibt, den Rest seines Lebens in jeder Weise besorgungsbedürftig auf niedrigstem animalischen Niveau dahinzudämmern. Die Ursache für dieses defektuöse Ergebnis liegt in einer physiologischen Vorgegebenheit: die Überlebenszeit des Großhirns, ohne das eine eigentliche personale Existenz unmöglich ist, ist kürzer als die der stammesgeschichtlich älteren Teile des Gehirns (Stammhirn, verlängertes Mark). Es ist unvermeidlich, daß solche unglücklichen Ausgänge mit der Verbreitung und regelmäßigeren Anwendung der Intensivbehandlungstechnik häufiger vorkommen. In solchen Fällen ist Wohltat Plage, der wissenschaftliche Fortschritt zum individuellen Unglück geworden.

c) Das Gehirn ist wieder voll funktionsfähig geworden. Der bei Bewußtsein und Besinnung befindliche Kranke ist kommunikationsfähig, aber völlig hilflos und auf dauernde apparative Unterstützung (Beatmung) angewiesen. Patienten mit Schädigungen in den unteren Hals- und den oberen Brustsegmenten des Rückenmarkes bieten ein solches Bild. Sie überleben nicht selten viele Jahre: Tag für Tag nicht Sterbende aber des Todes Gegenwärtige, von ihm getrennt nur durch die störbare Funktion eines Gerätes und die Sorge von Mitmenschen, deren Welt nicht mehr die ihre ist. Die oft unlösbar scheinende Schwierigkeit des Arztes, der über die Möglichkeit gebietet, sie am Leben zu halten, besteht darin, Bedingungen zu schaffen, die ihnen helfen, ein solches Leben auf der Schwelle des Todes auch zu tragen.

2. Maßnahmen zur partiellen Umkehr des Sterbeprozesses = Organerhaltung.

Hierbei geht es um die Erhaltung von Organen Verstorbener zum Zwecke der Übertragung. Dabei wird das Organ (Niere) gelegentlich für kürzere Zeit im Organismus des soeben Verstorbenen belassen. In diesem „Spenderorganismus“ wird ein Milieu hergestellt, welches das Überleben des Organs, das transplantiert werden soll, erlaubt. Man wendet hier Begriffe wie „dissoziierter Tod“, „Status deanimatus“⁸, „vita reducta decerebrata“, „Individualtod“⁹ an, um darzutun, daß es sich hier nicht um Lebende handelt, deren Sterben künstlich verlängert wird, sondern um Tote, deren Organismus für eine bestimmte Zeit zu einem bestimmten Zweck erhalten werden soll. Wie befremdlich der Zustand auf den unbefangenen Beobachter wirken kann, zeigt der von Jores (1967) gebrauchte Ausdruck „lebender Leichnam“, an dem nur das Substantiv korrekt ist. Rechtliche oder moralische Bedenken, durch Herbeiführung eines solchen Zustandes den Tod eines benötigten Organs zu verhindern, bestehen bei gegebener Indikation — Rettung eines Schwerstkranken durch Organtransplantationen — nicht.

⁷ Zitiert nach Fritsche, a. a. O., 84.

⁸ Kramer W., From reanimation to deanimation.

⁹ Gerlach J., Individualtod — Partialtod — Vita reducta.

B. Maßnahmen zur Erleichterung des Sterbens = Hilfe beim Sterben = Sterbehilfe im eigentlichen Sinne.

Gemeinsames Kennzeichen: „Es handelt sich immer um Sterbende, d. h. um Menschen, bei denen nach menschlichem Ermessen der baldige Tod unabwendbar erscheint, aber kaum einmal auf den Tag und die Stunde vorausrechenbar ist“¹⁰. Unter Berücksichtigung der eingangs gegebenen Definition des Sterbens würde man präzisieren: unheilbar Schwerstkranke mit unmittelbar bevorstehendem oder bereits vollzogenem Übergang der Todeskrankheit in den Prozeß des Sterbens. Gemeinsames Ziel: personaler Beistand mit psychischen und somatischen Mitteln. Gemeinsame Voraussetzung: Zwischen dem Sterbenden und dem Helfer lassen sich zumindest noch Gesten der Solidarität austauschen. Die Persönlichkeit des Sterbenden ist nicht bereits im tiefen Koma der Agonie irreversibel untergegangen.

Die Haupttypen äußerer Maßnahmen der Sterbehilfe nennt der Marburger Psychiater H. Erhardt in einem sehr klaren „Ordnungsschema“¹¹. Es sei hier fast wörtlich wiedergegeben:

1. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung.

Erhardt nennt sie „reinste“ Form der Euthanasie¹² und selbstverständliche Pflicht des Arztes, die ethisch und rechtlich unproblematisch ist.“

2. Sterbehilfe durch Sterbenlassen.

Verzicht auf eine vielleicht mögliche, kurzfristige Lebensverlängerung¹³. Als rechtliche Problematik führt Erhardt an: Unterlassene Hilfeleistung, Tötung durch Unterlassen¹⁴.

3. Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung.

Die Lebensverkürzung kann – unabhängig von der Intention – mehr oder weniger erwünscht und mehr oder weniger unvermeidlich sein. Auch „reine“ oder „indirekte“ Euthanasie genannt. Moralthologisch: *actio duplicis effectus*. Rechtliche Beurteilung umstritten. Auf diesen und nur auf diesen Tatbestand bezieht sich die bekannte Stellungnahme Pius XII. in seiner Rede an die Anästhesisten vom 24. 2. 1957. Neuere moralthologische Überlegungen s. bei V. Eid¹⁵.

4. Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung, auch „direkte“ Euthanasie genannt.

Vom Arzt aktiv (Gabe von Medikamenten, Abstellen von Apparaturen) oder passiv (Unterlassen) bewirkt; vom entscheidungsfähigen Sterbenden ausdrücklich oder stillschweigend gewollt oder ungewollt; am entscheidungsfähigen Sterbenden mit oder ohne Einwilligung der Angehörigen durchgeführt. Rechtlich: Beihilfe zur Selbsttötung (straflos). Tötung aus Mitleid oder anderen schuld mindernden Beweggründen und Tötung auf Verlangen¹⁶.

Von welcher Art Sterbehilfe ist hier die Rede? Von der Erleichterung des Sterbens durch körperliche Maßnahmen. In der Diskussion werden – um es nochmals zusammenzufassen – fast ausschließlich drei Gruppen von Eingriffen erörtert:

a) Beendigung einer sinnlos gewordenen Intensivbehandlung. Die Problematik wurde bereits besprochen. Aktuelle Beispiele: das qualvoll verlängerte Sterben Francos und

¹⁰ Ehrhardt H., Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. Stuttgart 1955.

¹¹ Ehrhardt ist sich der Grenzen seines Schemas voll bewußt. Er schreibt: „Das Verhältnis von Arzt und Patient, ganz besonders im Sterbezimmer, ist zu kompliziert, zu persönlich, um es in ein allgemeinverbindliches logisches, moralisches und rechtliches Begriffsgitter einzufangen.“ Der Vorwurf einer verkürzten, einseitigen Diskussion trifft daher nicht ihn.

¹² Der ideologisch belastete, irreführende Begriff „Euthanasie“, der auch von Ehrhardt nur mit dezidiertem Vorbehalt verwendet wird, ist hier belassen, um damit einen Einblick zu geben in die mit diesem Terminus verbundene, weitverbreitete, terminologische und inhaltliche Verwirrung.

¹³ „Let the patient go.“

¹⁴ §§ 330 c, 212 ff. StGB, §§ 13, 232, 134, 137 E-1962.

¹⁵ Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mainz 1975.

¹⁶ §§ 213, 216 StGB, §§ 134 Bs. 3, 137 E-1962.

der Fall der Amerikanerin Karen Anne Quinlan, bei der die Eltern nach über einjährigem Koma einen Gerichtsbeschuß über die Erlaubtheit des Abbruchs der Intensivbehandlung erwirkten.

b) Die Gabe von Schmerzmitteln in möglicherweise das Sterben verkürzender Menge.

c) Die Gabe oder Überlassung von Schlafmitteln in tödlicher Dosis.

Das ist ein höchst lückenhafter Katalog selbst der körperlichen Maßnahmen, mit denen man das Sterben erleichtern kann. Die anxiolytische Medikation, die kreatürliche Todesangst behebt oder doch sehr wesentlich dämpft, wird in der Diskussion für gewöhnlich ebensowenig erwähnt, wie die Beseitigung von Erstickungsgefühl, Erbrechen und oft sehr quälenden Bedrängnissen der Blase und des Darms.

Ungleich umfassender und zugleich wirklichkeitsnäher sah Johann Christoph Reil (1759 bis 1813) schon vor mehr als 150 Jahren die Notwendigkeit der Sterbehilfe. Er forderte, der Arzt müsse dem Patienten den Übergang erleichtern dadurch, daß er Schmerzen und Angst medikamentös lindere, für ein ruhiges, freundliches Zimmer, für zweckentsprechende Lagerung und Pflege Sorge, den Angehörigen, allen Umstehenden und sich selbst jede Zudringlichkeit verwehre. Reil faßt seine Forderungen in dem Satz zusammen: „Der sterbende Mensch sei eine heilige Sache, für die wir alles zu tun schuldig sind, was Vernunft und Religion gebieten.“ Das ist eine Forderung, die man auch heute noch als Maxime der Sterbehilfe gelten lassen kann. Ganz in diesem Sinne sieht U. Lehr (1972) das Ziel der Sterbehilfe nicht in einer Verkürzung des Lebensprozesses, sondern in der „individuellen Hilfe zur Bewältigung des Loslösungsprozesses vom Irdischen“.

Man muß offen zugeben, daß Krankenhäuser, Ärzte und Pflegepersonal kaum darauf vorbereitet sind, individuelle Hilfen dieser Art zu gewähren. Ihre größten Erfolge hat die moderne Medizin dort, wo sie den Menschen als Objekt „technisch-kausal“ (K. Jaspers) behandeln kann. Sie gewinnt erst in unseren Tagen zunehmend Verständnis dafür, auf welche Weise und in welchem Umfange das Subjekt, die individuelle Persönlichkeit, Erkrankung und Gesundheit beeinflusst. Psychotherapeutische Techniken gehören seitdem ebenso selbstverständlich zum Methodenarsenal der Medizin wie die körperlichen Behandlungsweisen. Aber diese psychotherapeutischen Verfahren sind durchwegs auf das Ziel eines gesunderen, freieren, erfüllteren *Lebens* gerichtet. Von einem ruhigeren, friedlicheren *Sterben* wissen sie wenig. Bowers und Mitarbeiter schreiben zu Recht: „Wir haben unsere Sterblichkeit mit gesellschaftlichen Tabus umgeben. Das viktorianische Sexualtabu wurde in den letzten Jahrzehnten durch den Einfluß von Freud und Havelock Ellis überwunden ... Für den Tod trifft das bis jetzt nicht zu, wenn man von Jungs Arbeit absieht“¹⁷.

Das Dilemma besteht für den Arzt darin, daß weder seine somatischen Eingriffe, noch seine psychotherapeutischen Methoden, noch beide zusammen ihn in die Lage versetzen, sterbenden Menschen personale Hilfe in angemessener Form zu leisten. Erst seit etwa 20 Jahren hat sich eine „Thanatologie“ nennenswerten Umfanges entwickelt. Psychotherapeutisch tätige Psychiater¹⁸ haben ihr von Anfang an wichtige Impulse gegeben. Aber diese modernen thanatologischen Forschungen waren doch immer schon eine interdisziplinäre Bemühung und bezogen systematisch pathophysiologische, psychologische, soziale und theologische Gesichtspunkte mit ein. Ihre Ergebnisse sind nicht unbeträchtlich und lassen hoffen, daß die Medizin das heutige Dilemma überwinden und eine personalere Praxis des Umgangs mit Sterbenden gewinnen kann.

Die Konturen einer solchen Praxis zeichnen sich in dem zentralen Kapitel des Buches von Bowers, Jackson, Knight und Leshan ab¹⁹. Die Autoren stellen fest, daß der Mensch „als Persönlichkeit den Anspruch hat, zu allen Zeiten und unter allen

¹⁷ Bowers u. a., *Wie können wir Sterbenden beistehen?* Mainz 1971, 13.

¹⁸ U. v. a. M. K. Bowers, K. R. Eissler, H. Feifel, E. Kübler-Ross.

¹⁹ „Psychotherapie für Sterbende“, Bowers u. a. 80–102.

Umständen als Persönlichkeit behandelt zu werden“. Das setze eine „offene Begegnung“ zwischen dem Sterbenden und dem Helfenden voraus. Dabei gehe es, „anders als bei den üblichen therapeutischen Methoden“, nicht vor allem darum, „Schwächen und Fehler in der Persönlichkeit aufzuspüren“. Eine „mehr philosophische Betrachtungsweise“ sei angemessen und werde von dem Todkranken willig akzeptiert. Das Ziel sei eine „Erweiterung und Befreiung des Selbst“. „Durch die innere Entwicklung“, „die bereits der Versuch mit sich bringe“, werde „der Patient zu einem erfüllteren und reicheren Menschen. Er stirbt nicht besiegt und vom Leben geschlagen, sondern ist eine stärkere und vollkommener Persönlichkeit“. Weil „seine eigene Philosophie des Lebens und des Todes ein Teil seines Arbeitsmaterials bei seiner Begegnung mit dem Patienten“ sei, müsse der Therapeut darüber mit sich zur Einigung kommen. „Er muß Glauben und Vertrauen haben.“ Da der Helfer bei jeder Begegnung mit Sterbenden auf die Tragfähigkeit seiner menschlichen Grundhaltung geprüft wird, ist die Mahnung voll berechtigt, er müsse „seine eigenen Kraftreserven und ihre Grenzen kennen“.

Man erkennt unschwer Chance und Gefahr einer solchen Überschreitung aller prinzipiellen Grenzen, die die Medizin sich bisher gesetzt hatte. Die Chance besteht darin, daß hier die Person radikal ernst genommen wird, die Person des Sterbenden und die des Arztes. Sie treten in ein Verhältnis, das K. Jaspers als das der existenziellen Kommunikation bezeichnet hat. Eine Medizin, die dieses Verhältnis in der Praxis jederzeit realisieren könnte, dürfte sich zu Recht „personal“ nennen. In ihrer eigenen Empirie findet die Medizin nur Aufforderungen, keine methodisch zu erschließenden Grundlagen eines solchen Überstiegs in die personale Dimension. Medizin ist keine Institution allgemeiner personaler Lebens- und Sterbehilfe, wenngleich einzelne von ihrem Heiler-Charisma ganz erfüllte Ärzte sie immer wieder ähnlich fehlinterpretiert haben.

Gerade das Beispiel der Sterbehilfe zeigt die Grenzen. Bowers und ihre Mitarbeiter haben ja unzweifelhaft recht: Wer Sterbenden personalen Beistand leisten will, muß „Glauben und Vertrauen“, „seine eigene Philosophie des Lebens und des Todes“ haben. Nur: Glauben woran? Vertrauen worauf? Welche Philosophie? Die Antworten auf diese Fragen lassen sich weder mit den psychologischen noch gar mit den physiologischen Methoden der Medizin finden. Der Arzt gewinnt sie als individuelle Persönlichkeit – möglicherweise, ja wahrscheinlich in der Ausübung seines Berufes, aber durchaus als eigenste Erfahrung. Sie kann ihm helfen, Sterbenden beizustehen. Aber er ist nicht dazu legitimiert, daraus ein Recht oder eine Pflicht abzuleiten, die zur Norm klinischen Handelns erhoben werden könnten. Nichts wäre apersonaler, überheblicher, fataler und im Ergebnis angsterregender als ein System institutionalisierter Standardbeeinflussung von Sterbenden.

C. Tötung von Kranken, die nicht Sterbende sind = „Hilfe zum Sterben“ = Vernichtung lebensunwerten Lebens.

Gemeinsames Kennzeichen: Es handelt sich nicht um Sterbende, sondern um Kranke, Geschädigte, Behinderte, Entstellte, bei denen der Übergang in den Sterbeprozess weder unmittelbar bevorsteht, noch gar begonnen hat. Die Lebenserwartung kann „mehr oder weniger begrenzt“ sein (Ehrhardt). Sie beträgt aber, soweit abschätzbar, nicht wie bei Sterbenden Stunden bis Tage, sondern kann sich auf Monate, Jahre, Jahrzehnte erstrecken. Gemeinsames Ziel: Vorsätzliche Tötung, Vernichtung menschlichen Lebens, das wegen seines Leidens, seiner Entstellung oder seiner Behinderung vom Kranken selbst oder (und) seiner Umgebung als qualvoll, erniedrigend, abstoßend, kurz: als „sinnlos“ und „lebensunwert“ betrachtet wird. Gemeinsame Voraussetzung: fehlt. Es gibt weder unter ärztlich-humanitären noch unter medizinischen Gesichtspunkten Indikationen, die eine Tötung von Kranken als gerechtfertigt oder gar als notwendig erscheinen ließen. Die Typologie der Tötungshandlungen ähnelt dem

Erhardtischen „Ordnungsschema“ für die Akte der Sterbehilfe. Da es hier in keinem Fall um Sterbehilfe geht, „sind Begriffe wie ‚Euthanasie im weiteren Sinn‘ oder ‚begrenzte Euthanasie‘ irreführend“ (Ehrhardt).

1. Ermöglichung der Selbsttötung des Kranken.

Typ: Röhrchen mit Tabletten auf dem Nachttisch zurücklassen. Strafbarkeit besteht nicht. Wie häufig diese Art ärztlicher Hilfeleistung zu einem Suicid ist, kann nicht geschätzt werden. Daß vom Arzt verordnete Medikamente gegen dessen Absicht und Voraussicht nicht selten zur Selbsttötung benutzt werden, ist insbesondere jedem bekannt, der depressive Kranke behandelt. Verantwortungsbewußte Ärzte haben sich daraus seit jeher „ein Gewissen gemacht“.

2. Tötung auf Verlangen.

Es handelt sich um den in § 216 StGB beschriebenen Tatbestand²⁰. Vor allem um diese Tötungshandlung geht es bei der gegenwärtigen Diskussion, deren Ziel die Streichung des § 216 oder seine Änderung analog dem Verfahren bei § 218 ist. Die Gründe, die vorgebracht werden, ähneln den für die Entpönlisierung der Abtreibung genannten.

a) Es gebe eine kaum übersehbare *Dunkelziffer*. In diesem Zusammenhang wird häufig auf die Memoiren des Londoner Chirurgen George Mair verwiesen. Er hatte seit 1939 „eine große Zahl von Patienten auf deren eigenen und wohlüberlegten Willen durch übermäßig dosierte Medikamente getötet“ und behauptet, diese „diskrete Ausübung der Euthanasie sei in britischen Krankenhäusern weitverbreitet“. Solche Behauptungen finden weite Publizität. In welchem Umfange sie auf Tatsachen beruhen, läßt sich selten feststellen.

b) Die Gerichte neigten von sich aus dazu, diese Delikte *kaum oder sehr milde zu bestrafen*. Bekanntestes Beispiel: Dr. Geertruide Postma-van Boven aus Noordwolde. Nach Beratung mit ihren Angehörigen tötete sie am 19. 10. 1971 ihre nach einem Schlaganfall gelähmte Mutter auf deren Bitte durch Injektion von Morphium. Die Tat wurde vor dem Landgericht der friesischen Provinzhauptstadt Leeuwarden verhandelt. Antrag des Staatsanwaltes: ein Monat Haft mit zweijähriger Verjährung. Urteil des Gerichtes: „symbolische Freiheitsstrafe von einer Woche“. Es wird eine im einzelnen unkontrollierbare Reihe von Parallelurteilen aus den USA²¹ und anderen Ländern genannt. Von Tötungstaten dieser Art liest man, ohne den Ausgang verfolgen zu können, fast wöchentlich in der Zeitung. Die Sympathie für den das „mercy killing“ Ausführenden ist dabei meist ganz unverhüllt.

Von G. Mair wird der Satz kolportiert: „Natürlich war dies völlig illegal und total unethisch, aber ich behaupte noch immer, daß es den betroffenen Menschen gegenüber gnädig war. Es hat ihnen Wochen und Monate des Schmerzes, der Sorgen und möglicherweise sogar der Angst erspart.“ Und selbst ein so gründlicher Kenner der klinischen Wirklichkeit, ein so gewissenhaft abwägender Arzt wie Rudolf Kautzky (1975), der „persönlich die Euthanasie in Form der Tötung auf Verlangen aus . . . praktischen und prinzipiellen Gründen *nicht*“ gutheißt, hat Bedenken, „auf dem § 216 in der jetzigen Form gegen den Willen einer starken Minderheit“ zu bestehen. Als Hinweis darauf, eine *wie* starke Minderheit die Freigabe der Tötung auf Verlangen in der einen oder anderen Form befürwortet, wird u. a. das Ergebnis einer im Mai 1973 nach dem Prozeß gegen Postma-van Boven durchgeführten Repräsentativbefragung von 2039 Bürgern der BRD durch das Emnid-Institut angeführt. 52 Prozent der Befragten sprachen sich dafür aus, daß es „den Ärzten erlaubt sein sollte, unheilbare Patienten

²⁰ § 216 StGB (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar.

²¹ Lester Zygmanski, H. N. Sander, Robert Weskin u. a.

auf deren Wunsch zu töten". Bezüglich der wichtigen Einzelheiten, ohne die das Ergebnis nicht zu interpretieren ist, muß hier auf die Publikation selbst verwiesen werden^{21a}.

Wir haben zur Kenntnis zu nehmen: In unserer Gesellschaft gibt es eine möglicherweise zunehmende Tendenz, Tötung von Kranken unter bestimmten Umständen als erlaubt anzusehen. Das Leben gilt nicht mehr als unantastbar. Was das bedeutet, kann hier nicht im einzelnen diskutiert werden. Erklärende Hypothesen wären, — jede für sich oder in Kombination:

a) Zunahme individueller und kollektiver Selbsttötungsneigung durch die Bedingungen der industriellen Massengesellschaft unter wachsendem Übervölkerungsdruck. (Hypothese der „Suicidgesellschaft“: Massenhaftigkeit erzwingt verschärftes Aggressionsverbot und fördert damit Aggressionsumkehr in Autoaggressivität, ein aus der Suicidforschung wohl bekannter Vorgang.).

b) Entmachtung der religiösen und humanitären Leitbilder und damit Regression auf ein vorchristliches („vorhochkulturelles“) Solidaritätsniveau. (Hypothese der *Zivilisationsregression*“: Tötung von Kindern, Alten und Kranken war und ist in bestimmten primitiven Gesellschaften üblich²²).

c) Durchsetzung der Verpflichtung zur technischen Herstellung individuellen Wohlbefindens als Prinzip und damit Intoleranz gegen unveränderbare negative Widerfahrnisse, die zunehmend als ungerecht und unsozial, jedenfalls aber als unzumutbar empfunden werden²³.

3. Tötung Schwerkranker ohne deren Einwilligung.

Die Tötung kann auf Wunsch, mit Einwilligung oder ohne Einwilligung und Befragung der Angehörigen geschehen. Für einen Teil der Tötungsakte mögen die Voraussetzungen des § 213 StGB („Minder schwerer Fall des Totschlags“) zutreffen. Hier handelt es sich um die Form der *Vernichtung lebensunwerten Lebens*, wie sie die nationalsozialistischen Massenvernichtungsaktionen gegen Geisteskranke exemplarisch verwirklichten. Man sucht sie in der heutigen Diskussion als einmalige historische Monstrosität behutsam zu übergehen. Das wäre fatal, denn die Neigung, sich „Ballastexistenzen“ aus den Augen zu schaffen, ist mit dem „Dritten Reich“ keineswegs verschwunden. Der Zustand vieler „Idiotenstationen“ und Altenasyle beweist es. Zudem gibt es aktuelle Alarmzeichen:

a) Unter der irreführenden Bezeichnung einer „begrenzten Euthanasie“ (W. Catel) wird die Freigabe der Tötung von Kindern mit Gehirnmißbildungen und bestimmten Formen schwerer Idiotie nach wie vor gefordert²⁴.

b) Über die Tötung pflegebedürftiger Alterskranker — auch mit nachfolgender Beraubung wird in den letzten Jahren häufiger berichtet²⁵.

Eine ausdrückliche gesellschaftliche Billigung solcher Tötungsakte ist gegenwärtig wohl nicht zu befürchten. Das allgemeine humanitäre Niveau dieser Zivilisation legt jedoch angespannte Wachsamkeit nahe. Daß die Massentötung von Geisteskranken durch die Nationalsozialisten ein „ethisch klarer Extremfall“ bleibt, der „den zweifelhaften Ruhm der historischen Einmaligkeit behält“ (H. Erhardt), kann man nur hoffen.

Die Tötung von Schwerkranken ist ein klarer Verstoß gegen das ärztliche Grundethos. Es wäre aber im höchsten Maße überheblich und unredlich, es bei dieser Feststellung zu belassen. Die Wirklichkeit führt hier in ein ähnliches Dilemma, wie es

^{21a} EMNID-Informationen 25. Jg. (1973) Nr. 5/6.

²² Dazu Wickler W., Die Biologie der Zehn Gebote, München 1971.

²³ S. dazu unten.

²⁴ Angeblich sollen zwischen 1971 und 1973 im Yale-Haven-Hospital 43 Säuglinge, auf die diese Kennzeichnung zutrifft, mit Einwilligung der Eltern getötet worden sein.

²⁵ Fall Hooymayers — Kerkrade, Fall Zimmermann — Wuppertal.

schon das Nachdenken über eine mögliche Praxis personaler Sterbehilfe enthüllte. Die Medizin hat weder ein ausdrückliches eigenes Personenverständnis, noch eine Spezialethik. Schmerz, Angst, Verzweiflung, monströse Entstellung, Absinken der Verstandes- und Gemütskräfte weit unter ein animalisches Niveau sind vom medizinischen Standpunkt aus zunächst ganz eindeutig als negative Erscheinungen zu werten. Kategorien, unter denen in ihnen Sinn, Wert, Heil liegen, besitzt die Medizin nicht. Ihre erste Aufgabe bleibt, solche Widerfahrnisse zu verhüten, zu beseitigen oder zu mildern. Dabei gerät der Arzt an die Grenzen seiner Möglichkeiten, er stößt auf das Unabänderliche. Diesem gegenüber wird er sich in der Regel nach *den* Normen verhalten, die die *Gesellschaft* für solche Grenzsituationen entwickelt hat. Deshalb war in diesem Abschnitt so viel vom gesellschaftlichen Bewußtsein unserer Zivilisation die Rede. Wo Abtreibung freigegeben wird, treiben Ärzte ohne Scheu ab; wenn Tötung auf Verlangen eine gesellschaftlich legalisierte Möglichkeit wird, werden Ärzte sie anwenden. Es waren auch keine verkommenen Henkersknechte, sondern gut ausgebildete, in ihrem übrigen Leben gewissenhafte, ja z. T. mit einem besonderen, als humanitär verstandenen Engagement erfüllte Ärzte, die die Tötungsprogramme an Geisteskranken durchführten. Auch die Menschenversuche in den Konzentrationslagern und die Liquidierungskampagnen gegen ganze Volksgruppen hatten ihre medizinischen Berater und es ist verbürgt, daß man sich ihnen im übrigen jederzeit als Patient anvertrauen konnte.

Was lehren diese Erfahrungen? Daß der Arzt selbst, insbesondere der moderne Arzt, ausgestattet mit den ungeahnten Möglichkeiten der heutigen Medizin, ein Dilemma ist, ein zweischneidiges Schwert in der Hand der Gesellschaft. Die epochenüberdauernde Bedeutung des *hippokratischen Eides* besteht gerade darin, daß er dieses Dilemma reflektiert. In einer Zeit, in der zu den selbstverständlichen Verpflichtungen der Leibärzte die Giftmischerei gehörte, gelobten die Adepten der Schule von Kos, gerade das nicht zu tun und auch sonst unter allen Umständen die Unantastbarkeit des Lebens zu achten. Das war Selbstverpflichtung einer Ärzteschule *gegen* die damaligen gesellschaftlichen Üblichkeiten. Erst diese Selbstverpflichtung ermöglichte das langsame Wachstum an Vertrauen in den ganzen Stand. Das Dilemma, das sich beim Nachdenken über die Tötung von Schwerkranken enthüllt, ist gesellschaftlicher Natur. Die moderne Medizin ist ein zivilisatorisches Großunternehmen. Nur diese eindrucksvolle Veranstaltung mitmenschlicher Solidarität macht ärztliches Wirken heute möglich. Es könnte sich aber schon bald herausstellen, daß die Sicherheit des einzelnen in diesem umfassenden Service von der Fähigkeit und Bereitschaft der Ärzte abhängt, notfalls nonkonformistisch, gegen das gesellschaftlich Mögliche und von einzelnen, vielleicht auch vielen Patienten Verlangte zu entscheiden – für die Unantastbarkeit des Lebens. Daß dieser „*hippokratische Nonkonformismus*“ von den Fakultäten gelehrt, von den Verbänden ermutigt und von der Öffentlichkeit gelobt wird, darf man nicht erwarten.

III. Das „menschenwürdige“ Sterben und „das höchste Gut“

Mit gespannter Aufmerksamkeit verfolgt der Arzt die Auseinandersetzung über Sterbehilfe und das Recht auf den eigenen Tod. Die Gründe für diese Wachsamkeit wurden bereits dargestellt. Vom Ausgang dieser Diskussion hängt die Auffassung des Arztes vom Menschen und von sich selbst ebenso ab wie sein Verhältnis zum Kranken und zur Gesellschaft. Deshalb sollen abschließend einige Hauptargumente im gegenwärtigen Widerstreit der Meinungen mehr angedeutet als erörtert werden, soweit sie sich dem Mediziner erschließen²⁸.

Es wundert nicht, daß ein Jahrtausende altes Thema der Ethik sich dabei erneut als Angelpunkt erweist: das Thema des *summum bonum*, des höchsten Gutes. Denn wenn

²⁸ Zum Stand der Diskussion besonders: *Eid V.* (Hg.), *Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten?* Mainz 1975; *Williams R. H.* (Edit.), *To Live and to Die*, New York 1973.

das Leben „unwert“ werden kann, so daß man es von sich tut und auslöscht, was ist dann der höhere Wert, im Blick auf den man so handelt? Soweit wir sehen, enthält jede *Euthanasie-Ethik*²⁷, schon die der Stoiker, folgende Grundannahmen:

1. Jedes Individuum verfügt nach Gutdünken so über sein Leben, wie es wünscht.
 2. Die Würde, die jeder Persönlichkeit auf Grund ihrer Fähigkeiten zur freien Entscheidung zukommt, verlangt auch die Freiheit, sich das Leben zu nehmen.
 3. Es gibt so etwas wie ein „lebensunwertes Leben“, verursacht durch Schmerz, Krankheit, leibliche oder seelische Gebrechen oder auch durch bare Verzweiflung, aus welchem Grund auch immer.
 4. Der höchste Wert ist die Menschenwürde, die in der Fähigkeit des Menschen besteht, Leben und Tod zu wählen und zu beherrschen. Das höchste Gut ist die Menschenwürde. Sie beruht auf der Freiheit, welche die Freiheit zum Tode einschließt. Alles, was diese Freiheit beeinträchtigt, rechtfertigt die Auslöschung des Lebens.
- Nietzsche (Zarathustra) dithyrambisch: „Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil ich will . . . Frei zum Tode und frei im Tode, ein heiliger Nein-Sager, wenn es nicht mehr Zeit ist zum Ja . . .“ Das erinnert in der Diktion sehr an das von C. G. Jung über die Reife der Lebensmitte Gesagte (s. o.). Klarer wird Nietzsche, wo er vom „vernünftigen“ Tode spricht. Nur den „freiwilligen“ Tod nennt er vernünftig. „Der natürliche Tod ist der von aller Vernunft unabhängige, der eigentlich unvernünftige Tod . . . Nur unter der religiösen Beleuchtung kann es umgekehrt erscheinen: weil dann, wie billig, die höhere Vernunft (Gottes) ihren Befehl gibt, dem die niedrigere Vernunft sich zu fügen hat.“

Von diesem archaischen Gegensatz zwischen religiöser Bindung und absoluter Freiheit lebt die Diskussion bis heute. Das durch die Naturwissenschaft und die modernen Wissenschaften vom Menschen eingeschränkte Wissen um die engen Grenzen der menschlichen Freiheit hat daran wenig geändert. Es ist, als ob der alte Einwand nie gemacht worden wäre, nachdem der Mensch seine zentralen Güter eben *nicht* frei wählt. Das Leben, seine Umstände und seine Sprache, die Quelle aller Freiheiten, findet er vor. Er kann sie gestalten, nicht wählen.

Hier kommt es auf den einfachen Befund an: die Behauptung des Rechtes zum Suicid und zur Tötung auf Verlangen und die religiöse Bindung an ein höchstes Gut, Gott, werden nach wie vor als unvereinbar empfunden. Die Unantastbarkeit des Lebens wird noch immer zumindest auch begründet durch seinen Ursprung und Ziel in diesem höchsten Gut, in Gott. Das ist umso bemerkenswerter als die Formel von „Gott, dem höchsten Gut“, völlig fremd in dieser säkularisierten Zivilisation wirkt und – wie es scheint – auch manchem Theologen Unbehagen bereitet. Offenbar ist es nicht so ganz leicht, ein neues Bezugssystem der Werte zu finden. Das sei nun noch erläutert durch einen Hinweis auf die Auseinandersetzung zwischen Josef Fletcher („Euthanasie-Ethik“) und Arthur J. Dyk („Ethik der ‚Benmortasia‘“). In dieser Kontroverse hat der Streit um die Bewertung der Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen die dem gegenwärtigen Denken am ehesten vollziehbare Formulierung gefunden.

J. Fletcher bezeichnet die auf der „Heiligkeit des Lebens“ begründete Ethik als vorwissenschaftlich. Sie müsse in unserer wissenschaftlichen Zeit Normen weichen, die gegründet seien auf der Maxime der Lebensqualität. Die wirkliche Entscheidungsfrage für das Gewissen sei, ob „das Wohlbefinden des Menschen das höchste Glück“ sei oder nicht. „Menschliches Glück und Wohlbefinden“ sind „das höchste Gut, das summum bonum“ und daher seien „alle Zwecke und Ziele, welche diesem Maßstab, dieser Zielvorstellung entsprechen, rechtmäßig, angemessen und gut“. Daraus „folgt, daß Suicid oder mercy killing unter einigen außergewöhnlichen Umständen das angemessene Tun sein können“. Es sei „lächerlich, der Beendigung ‚subhumanen‘ Lebens in utero“ (Abtreibung) „moralisch zuzustimmen . . . aber die Beendigung ‚subhumanen‘

²⁷ Rechtfertigung des Selbstmordes und der Tötung auf Verlangen.

Lebens in extremis abzulehnen“. „Was in der Geburtenkontrolle stattgefunden hat, ist gleich dringend in der Todeskontrolle.“ — „Es verwundert . . . nicht, daß die Leute bei vielen Entscheidungen, die in der modernen Medizin nun einmal zu treffen sind, nörgeln, das heiße Gott zu spielen . . . Angesichts dieser Art zu denken, kann die einzige Antwort auf diese Anklage nur sein, sie anzunehmen: Ja, wir spielen Gott . . . Der alte Gott . . . war ein primitiver ‚Gott der Lücken‘ . . . Er war der Inbegriff menschlicher Dummheit und Hilflosigkeit . . . Ernsthaft: dieser Gott ist tot.“

Dagegen formuliert A. J. Dyk in vier Punkten das, was er die Ethik der „Benmortasia“ nennt. Die Thesen lauten komprimiert, aber nicht verkürzt:

1. Das Leben des Menschen steht nicht ausschließlich zu seiner eigenen Verfügung. Jedes menschliche Leben nimmt teil an der menschlichen Gemeinschaft, die es ermöglicht und erhält. Die Möglichkeit von Gemeinschaft selbst hängt ab von der Möglichkeit, das menschliche Leben gegen Angriffe zu sichern.
2. Die Würde, die der menschlichen Person wegen ihrer Freiheit zu moralischen Entscheidungen zukommt, schließt das Recht sterbender Menschen ein, nichtkurative, lebensverlängernde Eingriffe abzulehnen; sie enthält nicht das Recht, sich selbst oder irgendeinem Sterbenden das Leben zu nehmen.
3. Jedes Leben ist Wert. So etwas wie „lebensunwertes Leben“ gibt es nicht.
4. Das höchste Gut ist das Gute selbst. Der Sterbende und der Helfende sind an seinen Maßstäben zu messen. Der religiöse Name für das höchste Gut ist Gott. Wesen, die nicht vollkommen gut sind, Menschen, brauchen bei ihrem Umgang mit Sterbenden, bei ihren Entscheidungen für sie und über sie Maßstäbe und Sicherungen. Kein Mensch, keine menschliche Gemeinschaft kann sich anmaßen, zu wissen, wer zu leben, wer zu sterben verdient, welches Leben lebenswert ist, welches nicht.

Der Arzt wird aus seiner Erfahrung dazu neigen, diesen Thesen eher zuzustimmen als denen Fletchers. Er wird aber auch das Dilemma der ganzen Kontroverse bei diesem Stand der Argumentation nicht verkennen. Es besteht in ihrer Erfahrungsferne. Weder die Ergebnisse der Suicidforschung²⁸ noch die der neueren Thanatologie sind bisher angemessen berücksichtigt. Es steht daher zu vermuten, daß manches an diesen Ethiken neu formuliert werden muß. Dabei dürfen Begriffe wie „Freiheit“, „Wohlbefinden“, „moralische Entscheidung“ weniger unbefangen verwendet und der Gedanke einer Ethik der Solidarität vertieft werden. Möglicherweise würde der Arzt darin dann auch wesentliche Kennzeichen seines Berufes wiederfinden, der Ungewißheit und des Wagnisses einer sachbezogenen und durch den Respekt vor der einmaligen Personalität des anderen begrenzten, solidarischen Existenz.

Literaturverzeichnis

- Bockelmann P., Strafrecht des Arztes. Thieme, Stuttgart 1968, zit. n. Fritsche P., l. c. 44.
Bowers Margaretta K. / E. N. Jackson / J. A. Knight / L. Leshan, Wie können wir Sterbenden beistehen? Kaiser, München/Grünewald, Mainz 1971.
Catel Werner, Grenzsituationen des Lebens — Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie. Glock u. Lutz, Nürnberg 1962.
Dyk Arthur J., An Alternative to the Ethic of Euthanasie. In: Williams R. H., l. c. 98.
Ehrhardt Helmut, Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. Enke, Stuttgart 1965.
Eid Volker, Euthanasie oder soll man auf Verlangen tten? Grünewald, Mainz 1975.
Eid Volker, Freie Verfügung über das eigene Leben? Moralthologische Überlegungen zur Euthanasiediskussion. In: Eid V., l. c. 71—94.
Eissler K. R., The Psychiatrist and the Dying Patient. New York 1955, zit. n. Bowers und Mitarbeiter 1971.
Engelmeier Max-P., Klinische Aspekte des Sterbens. Med. Klin. 53 (1958) 285.
Feifel H., Attitudes of mentally ill patients toward death. J. Nerv. Ment. Dis. 122 (1955) 327.
Feifel H. (Edit.), The Meaning of Death. New York 1959.

²⁸ U. a. Ringel E., Der Selbstmord, Wien 1952; Stengel E., Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt/M. 1969.

Fletcher Joseph, Ethics and Euthanasie. In: Williams R. H., I. c. 113.
 Fritsche Paul, Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Thieme, Stuttgart 1973.
 Gerlach J., Individualtod — Partialtod — Vita reducta. Münch. med. Wschr. 110 (1968) 980.
 Jaspers K., Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin 1953.
 Jores A., Die Verantwortung des Arztes. *Materia med.* Nordm. 19 (1967) 189.
 Jung C. G., Seele und Tod. Ges. Werke Bd. 8, 461, Rascher, Zürich 1967.
 Kautzky Rudolf, Die Freiheit des Sterbenden und die Pflicht des Arztes. In: Eid V.: Euthanasie, I. c. 25—44.
 Kramer W., From reanimation to deanimation. *Acta neurol. scand.* 39 (1963) 139.
 Lehr u. Lehr-Schuster, Euthanasie in der Gerontologie. *Zit. n. Eid V.*, I. c. 131.
 Nietzsche Friedr., Also sprach Zarathustra, Werke in 3 Bd. Hauser, München 1955, II, 333.
 Nietzsche Friedr., Menschliches, Allzumenschliches. Hauser, München 1954, I, 949.
 Penin H. / C. Käufer (Hg.), Der Hirntod. Thieme, Stuttgart 1969.
 Ringel E., Der Selbstmord. Maudrich, Wien 1952.
 Stengel Erwin, Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer, Frankfurt/M. 1969.
 Wawersik J., Klinik und Diagnostik des Hirntodes unter besonderer Berücksichtigung der cerebralen Hypoxie als auslösende Ursache. In: Penin H. u. a., I. c. 5.
 Wickler Wolfgang, Die Biologie der Zehn Gebote. Piper, München 1971.
 Wiemers K., Probleme und Definition des klinischen Todes. *Der Internist* 10 (1969) 181.
 Williams Robert H. (Edit.), To Live and to Die. Springer, Berlin-New York 1973.

JOHANNES H. EMMINGHAUS

Gabenbereitung — Opferbereitung

Worte und Zeichen haben in der Liturgie oft weitreichende Bedeutung. Ihre Änderung aber nicht minder. Als Kinder lernten wir schlicht aus dem Katechismus, die Messe bestehe aus „Opferung, Wandlung und Kommunion“. Sicher hätte man besser sagen können, diese drei Elemente seien die Bestandteile der eigentlichen Eucharistie oder „Opfermesse“. Man hätte damit auch leichter die (recht volkstümliche) Kasuistik vermieden, die „Vormesse“ gehöre nicht unbedingt dazu und man erfülle seine „Sonntagspflicht“ auch dann, wenn man — begründet oder aus Lässigkeit — erst nach der Sonntagspredigt im Kirchenraum erscheine. Die Liturgiereform hat nunmehr den Wortgottesdienst, der schon seit ca. 100 n. C. integrierender Bestandteil der sonntäglichen Gemeindeversammlung war, aufgewertet und deutlich ins unverkürzbare Gesamt der Messe aus Wort und Sakrament eingebunden. Mit dieser Klarstellung ist zweifellos ein wichtiger Reformschritt eingeleitet, wenn auch noch längst nicht vollendet.

Ein anderer Schritt der gegenwärtigen Liturgiereform ging in Richtung der zutreffenderen Bezeichnung der einzelnen Teile der Eucharistiefeier selbst. In Kreisen der Liturgischen Bewegung war schon längst die Benennung „Opferbereitung — Opferhandlung — Opfermahl“ aufgekommen, die auch weite Verbreitung fand. Der alte Name „Opferung“ für den ersten Teil war mißverständlich. Was in diesem Teil geschah, war ja keineswegs die „Opferung“ der Messe, sondern lediglich die Bereitung des Opfers. Die seit dem Mittelalter in den Privatgebeten des Priesters verwendeten Darbringungsformeln ließen aber vermuten, die Messe sei, ähnlich wie das im Kanon genannte Opfer Melchisedeks, ein „Opfer von Brot und Wein“. Wurde doch das Brot auf der Patene mit dem Gebet: „Suscipe, sancte Pater... hanc immaculatam hostiam...“, der Wein im Kelch mit der Formel „Offerimus tibi, Domine, calicem salutaris...“ emporgehoben und über beide die Epiklese gesprochen: „Veni sanctificator omnipotens aeternae Deus, et benedic hoc sacrificium...“, was einem dogmatisch Unbelasteten,