

Sterben auf Verlangen?

Euthanasie im Wandel

I. Situation

Änderung des normativen Bewußtseins?

Wer die Meinungsbefragungen zum Thema Euthanasie verfolgt, kann leicht einen Schock bekommen. Für die Schmerzlinderung durch Anwendung von Rauschmitteln, auch wenn damit eine Lebensverkürzung in Kauf genommen wird (indirekte Euthanasie), sprachen sich 56 Prozent der Bürger der BRD aus, 30 Prozent waren dagegen. Für die Tötung auf eigenes Verlangen des Sterbenden (direkte aktive Euthanasie) waren mehr als die Hälfte der Befragten (53 Prozent dafür, 33 Prozent dagegen). Und für die Tötung „lebensunwerten Lebens“ auf Verlangen der Gesellschaft waren immerhin mehr als ein Drittel (38 Prozent dafür, ebenso viele dagegen, 24 Prozent unentschieden)¹.

Alarmierend wirkt einmal die hohe Bereitschaft zur direkten, aktiven Euthanasie und zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, zum andern mag die Geringfügigkeit des Unterschiedes (oder Unterscheidungsvermögens?) in der Zustimmung zur direkten und indirekten Euthanasie überraschen. Gefragt wurde nicht nach dem faktischen Verhalten, sondern nach der Überzeugung. Die Worte „soll“ und „es wäre gut“ bestimmten den Fragesinn.

Hat sich das normative Bewußtsein in unserer Gesellschaft gewandelt? Wird diese Überzeugung auf längere Sicht zu einer Änderung der Rechtslage führen? Bereiten Enqueten und Petitionen in Richtung direkter aktiver Euthanasie langfristig Gesetzesänderungen vor? Werden Journalisten eines Tages in dieses Horn stoßen? Wie wird sich dann das „gesunde Rechtsempfinden“ des Volkes wandeln? Zeigt sich auch hier der Graben zwischen der offiziellen kirchlichen Lehrverkündung und der vorherrschenden Lebenseinstellung in der Gesellschaft von heute? Ist die Verwirrung bereits in das Kirchenvolk eingedrungen, da die Meinungen auch unter praktizierenden Christen starke Unterschiede aufweisen? Werden unter dem Thema Euthanasie nicht auch ganz andere Probleme diskutiert, die noch zuwenig artikuliert sind, etwa die Auseinandersetzung mit der Todesangst?

Die Untersuchungen erlauben nur beschränkt eine weitere analytische Aufbereitung. Diese gibt Aufschluß darüber, daß die Bereitschaft zur direkten aktiven Euthanasie bei jüngeren Menschen, bei Kirchenfernen und Vereinsamten durchschnittlich höher ist². Ob überhaupt eine faktisch gelebte Überzeugung hinter den Antworten steht, ist auch nicht zu entscheiden.

Es bedeutet einen großen Unterschied,

- ob man eine Sache zwar tut, aber nicht gutheißt,
- ob man sie zwar gutheißt bei einer Befragung, aber noch nie mit einer Entscheidung für oder gegen die Tat konfrontiert war,
- ob man als existentiell Betroffener seine Entscheidung selbst für gut findet, seine Überzeugung auch emotional durchlebt hat.

Nur aus einer Zustimmung der dritten Gruppe ließen sich ernsthafte Folgerungen für das normative Bewußtsein ableiten. Dies soll aber nicht bedeuten, daß Einstellungsänderungen, wenn vielleicht auch oberflächlicher Art, verharmlost werden dürfen. Auch wenn man nicht die Meinung teilt, „daß die Euthanasie ein großes Comeback erleben

¹ F. Tennstädt, Euthanasie im Urteil der öffentlichen Meinung, HerKorr 28 (1974) 175. Zur hier gewählten Terminologie vgl. den Raster S. 138.

² A. a. O. 176–178.

wird“³, und auch wenn man zur Kenntnis nimmt, „daß nur sehr wenige Sterbende nach der Tötung als Sterbehilfe verlangen“⁴, wäre es falsch, daraus die Konsequenz zu ziehen, die Diskussion sei nicht ernst zu nehmen⁵. Nicht zuletzt deshalb, weil gerade die unter der Euthanasie-Diskussion sich verbergenden Motive sich als wichtig für das Glücken oder Mißlingen menschlichen Lebens herausstellen können. Es wird also viel davon abhängen, ob es gelingt, tragfähig zu argumentieren, Hilfen zu geben, die gesellschaftliche Verdrängung des Todes zu überwinden und Motive zur Annahme des eigenen Todes im Leben einzubringen.

Die komplizierte Sachlage

Bei näherem Zusehen zeigt sich, wie vielfältig die konkreten Situationen und die gesellschaftlichen Hintergründe sind. Die tabellarische Zusammenstellung⁶ erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, kann aber wohl einen ersten Eindruck von der Komplexität dessen vermitteln, was alles unter dem Begriff Euthanasie heute diskutiert wird. Jeder Faktor in der Tabelle kann fast mit jedem anderen kombiniert werden (rein mathematisch ergeben sich dadurch weit mehr als 10.000 Möglichkeiten). Häufig wird in der Diskussion die Vielschichtigkeit nicht bedacht und die Sache, über die gesprochen wird, zuwenig präzise angegeben; deshalb redet man dann aneinander vorbei⁷. Angesichts der hohen Komplexität einerseits und der oft großen Simplizität der Fragen bei den Meinungserhebungen andererseits muß man bedenken, ob die Befragten genau wußten, wozu sie Stellung nehmen. Eine kurze Antwort auf das Euthanasieproblem kann es also nicht geben. Das sittliche Urteil kann nur unter Berücksichtigung aller konkreten Momente erforscht werden.

Der begrenzte Rahmen dieses Artikels zwingt zur Einschränkung auf die derzeit im Vordergrund stehende Frage, ob es sittlich gut sein kann, Sterbende und schwer Kranke auf eigenes Verlangen zu töten (direkte aktive Euthanasie) und wo die Grenze liegt zwischen einem Aufwand, der menschenwürdiges Sterben verhindert und einer pflichtwidrigen Unterlassung, die einer direkten Tötung gleichkommt. Es geht im folgenden um die Auseinandersetzung mit einigen wichtigen Plausibilitäten für direkte aktive Euthanasie in der heutigen Gesellschaft.

Konkrete Konfliktfelder

Neue Plausibilitäten in breiten Gesellschaftsgruppen geraten zunehmend zur traditionellen Überzeugung von der Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in Widerspruch, aus der früher ziemlich einhellig das Verbot der direkten Tötung bei einem unheilbaren Todesleiden gefolgert wurde. Auch durch die rasante Entwicklung der modernen Medizin ergeben sich neue Fragen.

1: *Der Wille des Kranken*: Bei so persönlichen Dingen wie beim eigenen Sterben handle es sich um eine Privatsache; schon gar nicht dürften christliche Normen die Grundlage für das Strafgesetz abgeben; man fordert Toleranz.

2: *Mitleid* mit dem schwer leidenden Kranken scheint der Liebe und Menschenwürde näher als die Einhaltung der unerbittlichen Norm, die zum Ausleiden bis zum schrecklichen Ende zwingt.

3: Weiter gibt die *Machbarkeit* vieler Dinge unseres Lebens und nun zunehmend auch des Todes Möglichkeiten zu einer nuancierten Selbstbestimmung über die Art und den Zeitpunkt des eigenen Todes.

³ R. Spaemann, Christl. Religion u. Ethik, PhJ 80 (1973) 290.

⁴ Vgl. J. Wunderli, Euthanasie oder über die Würde des Sterbens, Stuttgart 1974, 100. 161–163.

⁵ Vgl. V. Eid, Freie Verfügung über das eigene Leben, in: V. Eid (Hg.), Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mainz 1975, 71 f.

⁶ Siehe Tabelle auf S. 142 f.

⁷ J. Ziegler, Sterbehilfe – Grundfrage und Thesen, Orientierung 39 (1975) 39, plädiert dafür, den Begriff Euthanasie überhaupt nicht mehr zu verwenden.

Man wünscht, auf Verlangen sterben zu können, dann, wenn man keinen Sinn im Leiden mehr sieht und man von der Gesellschaft abgeschrieben wird. „Wir regeln den Eintritt ins Leben, es wird Zeit, daß wir auch den Austritt regeln“⁸. Euthanasiewünsche äußern sich auch als Protest gegen die technisch perfekte Lebensverlängerung um jeden Preis in den Maschinen einer Klinik, eine Verlängerung, die im Namen der tradierten Norm bisweilen verfügt wird.

4: *Massenweise Lebensverlängerung*: Macht die Medizin weiter solche enorme Fortschritte, so ist es keine Utopie mehr, daß die Lebenserwartung sich in absehbarer Zeit noch erheblich verlängern wird. Wie verhindern wir unter Beachtung der Norm von der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens, daß die Welt von morgen zu einem riesigen Krankenhaus von Siechen mit einer Unsumme von Ärzten und Pflegern wird, was einen großen Teil des Nationalproduktes erfordert? Müssen nicht bloß aus wirtschaftlichen, sondern auch aus ethischen Gründen Alte und Kranke den Jungen Platz machen, um ihnen in einer immer enger werdenden Welt die Möglichkeit zum Leben zu geben?

5: Es gibt keine philosophisch durchgängige Evidenz der Ablehnung der *Selbsttötung*; wenn Selbstvernichtung aber von gewichtigen Denkern in bestimmten Fällen für eine sinnvolle Möglichkeit gehalten wird, warum soll dann die Mithilfe dazu bestraft werden?

6: Die *Angst* vor einem sinnlosen Leiden *ohne Hilfe*, das weitgehend zur Passivität verurteilt, versammelt gesunde junge Menschen in den *Euthanasiegesellschaften*, die auf Gesetzesänderung hinarbeiten. Man verlangt Berücksichtigung des freien Willens zur Tötung auf Verlangen, der dokumentarisch hinterlegt ist und durch genaue Angabe der Bedingungen der Willkür entzogen werden soll (physisch unheilbare Todeskrankheit; körperliches Gebrechen, das das Leben erheblich beeinträchtigt; Hirnverletzung, wodurch die normalen geistigen Funktionen schwer und unwiderruflich geschädigt sind; Feststellung des Eintrittes einer dieser Bedingungen durch zwei voneinander unabhängige Ärzte).

7: *Grenzfälle*: Das Problem der Schmerzbekämpfung, aus der sich als unvermeidliche Folge ein rascheres Eintreten des Todes ergeben kann, dürfte seit den eindeutigen Aussagen Pius' XII.⁹ keine Schwierigkeiten mehr machen. Auch rechtlich läßt sich eine solche Maßnahme analog der moraltheologischen Argumentation mit dem Hinweis auf die Mehrfachwirkung einer Handlung als unverbotes Risiko¹⁰ lösen. Allerdings ist auch in diesem Fall die Klarheit eher abstrakt, „denn es ist meist nur eine Frage der Dosis, ob ein Medikament ausschließlich die Schmerzen lindert, ob es indirekt und zufällig möglicherweise den Tod etwas beschleunigt, oder ob diese Beschleunigung des Todes so deutlich ist, daß von einer direkten Tötung gesprochen werden muß“¹¹. Für das sittliche Urteil ist die Absicht des Handelnden entscheidend.

Unverfänglich scheint die Situation auch dann, wenn ein Patient im Sterbeprozess mit zunehmenden Komplikationen *um Abbruch* einer bereits eingeleiteten lebenserhaltenden *Therapie bittet*. Kann es Umstände geben, in denen dem Wunsch des Patienten widersprochen werden muß, stattgegeben werden kann oder stattgegeben werden muß?

⁸ M. Frisch, Tagebuch 1966–71, Frankfurt/M. 1972, 95 zit. nach Concilium 10 (1974) 244.

⁹ Pius XII. Ansprache an die Teilnehmer der 1. Tagung des „Collegium Internationale Neuro-Psychose-Pharmacologicum“, 9. Sept. 1958, in: Utz - Groner, Bd. III, Nr. 5442: „Die Euthanasie, das heißt der Wille, den Tod herbeizuführen, ist offenkundig von der Moral verworfen. Wenn aber der Sterbende zustimmt, ist erlaubt, maßvoll Betäubungsmittel zu gebrauchen, die seine Schmerzen lindern, aber auch den Tod rascher herbeiführen. In diesem Fall wird der Tod nicht direkt gewollt. Doch ist er unvermeidlich, und entsprechend wichtige Gründe rechtfertigen Maßnahmen, die sein Kommen beschleunigen.“

¹⁰ A. Eser, Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht, in: V. Eid, a. a. O. 62.

¹¹ H. Rotter, Zur Bewertung der Euthanasie, in: Spiritualität in Moral, Wien 1975, 158.

Gibt es nicht auch hier denkbare Übergänge, in denen ein solcher Wunsch jenem nach Tötung gleichkommt?

In die graue Zone¹², in der allgemeine äußere Normen nicht mehr zu einer letzten Klarheit helfen können, geraten wir auch, wenn ein Patient seinen *Willen nicht mehr kundgeben kann* und der Arzt zu dem Urteil kommt, daß „der Patient nur in ein von Schmerzen gequältes und letztlich doch unrettbares Leben zurückgeholt werden würde“ durch die noch nicht oder bereits eingeleitete Behandlung¹³.

Es geht in all diesen längst nicht vollzählig angesprochenen Konfliktfeldern um den rechten Ausgleich zwischen „Lebensverlängerung, Leidverminderung und Freiheitserhaltung“¹⁴.

II. Tragfähigkeit der Argumente

Wo Normen in Frage gestellt werden und die Situation sich kompliziert, ist die Argumentation auf ihre Tragfähigkeit und Mittelbarkeit zu überprüfen. Weiter ist zu beachten, ob die normativen Ergebnisse des Denkens auch für die Zukunft praktikabel erscheinen. Verschiedene Zugänge ergeben sich einmal von den Aspekten her, unter denen das Euthanasieproblem betrachtet wird, nämlich als Tötung eines anderen Menschen oder als Selbsttötung mit Hilfe eines anderen, und zum anderen aus der Struktur der Argumentation, indem entweder mögliche Folgen bedacht werden (Folgeargumentation) oder von der Geltung einer Norm in sich unabhängig von den Folgen (Geltungsargumentation) ausgegangen wird.

1) Folgeargumente

1: Mit dem Hinweis auf den *Willen des Kranken* scheint zunächst ein Motiv der Freiheit gegeben zu sein. Wenn man die Erfüllung des Wunsches des Kranken aber als Hauptargumentationsbasis für die Entscheidungskriterien ansetzt, so würden sich daraus folgende Konsequenzen ergeben:

- Man müßte dann genau genommen auf jeden noch so unsinnigen Wunsch eines Kranken eingehen.
- Man müßte dann auch einen in einer depressiven Durchgangsphase geäußerten Wunsch erfüllen.
- Man würde sich auf den positiven Wortlaut des Wunsches beziehen; bei der Vielschichtigkeit solcher Äußerungen kann man aber nie ganz sicher sein, ob die emotionale Ebene und der sprachliche Ausdruck dasselbe meinen; es kommt häufig vor, daß der Wunsch nach Tötung ein verdeckter, sich selbst nicht eingestandener Hilferuf des Kranken ist, ihm beim Sterben zu helfen, der sich aber ungeschickt als Wunsch nach Hilfe zum Sterben äußert¹⁵.
- Man würde den Kranken dem direkt oder indirekt ausgeübten Druck der Umgebung aussetzen.
- Ähnliche Konsequenzen ergeben sich bei der Berücksichtigung eines Wunsches, der vor vielen Jahren in gesunden Tagen geäußert wurde und vielleicht sogar schriftlich niedergelegt worden ist. Der Mensch würde bei Erfüllung dieses Wunsches auf eine vielleicht weit zurückliegende Lebensphase, in der er keine Ahnung hatte, worüber er befindet, irreversibel fixiert.

Das abstrakt angesetzte Prinzip, daß der Wille des Kranken unter allen Umständen zu berücksichtigen sei, würde dem Mißbrauch Tür und Tor öffnen mit einem breiten Spektrum inhumaner Konsequenzen. Aber vielleicht will mancher diesen Preis zahlen,

¹² Vgl. B. Schüller, Die Bedeutung des natürl. Sittengesetzes für den Christen, in: G. Teich-
weier / W. Dreier (Hg.), Herausforderung und Kritik der Moralthologie, Würzburg 1971,
129 f.

¹³ A. Eser, a. a. O. 55 f. ¹⁴ J. Ziegler, a. a. O. 40.

¹⁵ Vgl. R. Kautzky, Die Freiheit des Sterbenden und die Pflicht des Arztes, in: V. Eid,
a. a. O. 39.

wenn in schwierigen Situationen sonst zu viele Opfer der Umgebung des Kranken zugemutet würden.

2: Mitleid

A. Jost¹⁶, der erste, der an der Schwelle unseres Jh.s die Euthanasiediskussion ankurbelte, stützte sich hauptsächlich auf das Mitleidsargument und überhöhte seine Gedankengänge durch den Hinweis auf die Willensmetaphysik Schopenhauers, der im Mitgefühl die Quelle und Wurzel von Moral und Sittlichkeit sah. Auch Binding schloß sich mit seiner Propaganda für die „Pflicht gesetzlichen Mitleids“¹⁷ diesem Gedankengang an und seither verstummt dieser Ruf nach Euthanasie aus Mitleid nicht mehr, ja er hat sogar Eingang gefunden in die theologische Literatur¹⁸. Mercy-Killing (Gnadentod) heißt die Forderung auf englisch und man fühlt sich an einen Ausspruch von Häckel erinnert: „Treue Hunde und edle Pferde, mit denen wir jahrelang zusammen gelebt haben und die wir lieben, töten wir mit Recht, wenn sie in hohem Alter hoffnungslos erkrankt sind und von schmerzlichen Leiden gepeinigt werden. Ebenso haben wir das Recht, oder wenn man will die Pflicht, den schweren Leiden unserer Mitmenschen ein Ende zu bereiten, wenn schwere Krankheit ohne Hoffnung auf Besserung ihnen die Existenz unerträglich macht und wenn sie selbst um Erlösung vom Übel bitten“¹⁹.

Mitleid ist zunächst oft eine Gefühlsregung und es ist nur zu verständlich, daß einem der Anblick eines nahestehenden leidenden Menschen nicht kalt läßt. Das Gefühl aber ist blind und in einer so wichtigen Sache darf man sich nicht auf das Gefühl allein verlassen; es gehört reflektiert. Hinter dem Mitleid kann die Feindschaft gegenüber dem Schwachen, die ängstliche Betroffenheit vom Leiden eines anderen stehen. Solche Betroffenheit wird sogar Liebe genannt²⁰, hat aber nichts mit der hingebenden, auf das Du bezogenen Liebe zu tun, sondern stellt eine Selbstschutzreaktion dessen dar, der zu schwach ist, um Schwäche auszuhalten und sinnvoll anzunehmen, ja nur mitanzuschauen. Statt sich wirklich in den Leidenden einzufühlen und ihm menschlich zu helfen, rät das Mitleid in diesem Zusammenhang zur Beseitigung des angstmachenden Objekts, zur Tötung des leidenden Menschen. Mitleid, das dem anderen nicht zutraut, in seinem Leiden zur letzten Reifung zu kommen (auch wenn der andere im Augenblick keine Möglichkeit der Realisierung dieses Sinnes sieht), widerspricht der Würde des Menschen und entehrt ihn. Der Mitleidige kann in Wirklichkeit der Wehleidige sein und aus dieser Wehleidigkeit heraus unfähig zu wirklichem Einfühlen. Ekel und Abscheu sind das Problem des Pflegers und nicht primär des Kranken. Die Konsequenzen einer Wehleidigkeitsethik erweisen sich als inhuman, weil sie den Menschen nicht ernst genug nehmen und ihm das Mitgehen in seine letzte Reifung – oder sein letztes Scheitern – verweigern, indem sie den leidenden Menschen vorher abschaffen wollen. Der Mitleidige muß sich fragen lassen, wie ernst er den Menschen nimmt. Auch manche sog. „christliche Tröstung“ muß sich von diesen Gedankengängen fragen und läutern lassen.

3: Die Machbarkeit des Lebens und Sterbens

In der gegenwärtigen Gesellschaft herrscht bei aller Pluralität von Einstellungen ein Lebensgefühl vor, das vorwiegend bis ausschließlich in dem einen Sinn sieht, was der Mensch machen und herstellen kann, nicht aber in der Erfahrung passiver Ohnmacht.

¹⁶ A. Jost, *Das Recht auf den Tod*. Social Studie. Göttingen 1895.

¹⁷ K. Binding / A. Hoche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, Leipzig 1920, 31.

¹⁸ J. G. Milhaven, *Toward a New Catholic Morality*, New York 1972.

¹⁹ Häckel zit. in W. Catel, *Grenzsituationen des Lebens*. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie. Schriften aus dem Kreis der Besinnung. Nürnberg 1962, 149. Catel gibt leider prinzipiell die Fundorte und den Zusammenhang seiner Zitate nicht an.

²⁰ J. G. Milhaven, a. a. O. 19. „If he (sc. der Vater eines sterbenden Sohnes) sees that the experience his son is going through is horrible and not worth living, he will be inclined to kill his son. His love moves him to do this ...“

Nur was wir planen können zählt, nicht was über uns kommt. Damit hängt die gesellschaftliche Hochschätzung des jungen und gesunden Lebens und die Abwertung alten und kranken Lebens zusammen, und die Erwartungsangst vor Alter und Krankheit bei jungen und gesunden Menschen. Für diese Einstellung sind die Euthanasiegesellschaften mit ihren Zielen ein treffendes Symbol.

Es erhebt sich die Frage, ob die Formulierung der Endentscheidungshypothese nicht auch von diesen gesellschaftlichen Hintergründen mitbedingt ist²¹, Sterben und Tod nun doch noch zu einer aktiven Tat des Menschen zu machen und damit gesellschaftsfähig. Ähnlich wie bei der Geburt, ist der Mensch im Sterben aber ohnmächtig. Es macht einen Unterschied, ob die Passivität dadurch zustandekommt, daß dem Menschen die krampfhaft festgehaltene aktive Selbstverwirklichung und Selbstbehauptung in der biologischen Grenze des Todes und vorweg bereits im Leben gegen seinen Protest entrisen wird oder ob der Mensch seine Aktivität losläßt und in letzter Hingabe dem Wirken des Schöpfers überläßt. „Es gibt Passivitäten, ohne die der Mensch nicht menschlich wäre. Dazu gehört, daß man geboren wird, ... daß man geliebt wird, ... daß man stirbt“²². Passivität global negativ zu beurteilen, hat inhumane Konsequenzen und widerspricht auch der Erfahrung.

Der Arzt und Psychoanalytiker E. Wiesenhütter z. B. berichtet aus seiner eigenen und der Erfahrung anderer von jener Phase des Sterbens, in der die unerträglichen Schmerzen und die Todesangst schwinden und in einem „Weggleiten oder Wegschwimmen“ einem unbeschreiblichen „Gefühl der Befreiung und Erlösung“²³ Platz machen. Zeit und Gegenstandserlebnis schrumpfen zusammen wie zu einem Punkt und der Mensch erfährt eine Ausweitung ins Unendliche und ein Hinüberfließen in eine Überbewußtheit²⁴. Das Zeitempfinden macht einem Ewigkeitsempfinden Platz. Sterbende in dieser letzten Phase sehnen sich nicht mehr nach Leben, sondern sie ersehnen den Tod. Werden sie zurückgeholt, so bleibt ein Heimweh nach drüben. Dieser Zug aber verleitet niemals zur Selbsttötung, „im Gegenteil scheint das Sterbendürfen in eine umgekehrte Richtung zu weisen, als könnte durch das aktive Handeln von hier aus das Angezogenwerden von drüben ausbleiben“²⁵.

Es bedarf der Behutsamkeit, wenn aus diesen Erfahrungen, die man wohl übergehen, so sie einem nicht ins Konzept passen, aber nicht leugnen kann, die Konsequenzen gezogen werden. Es handelt sich um keine Erfahrung des Todes, aber immerhin um eine Erfahrung jener letzten Phase des Sterbeprozesses, in der dem passiv offenen Menschen eine neue Qualität seines Daseins widerfährt, die sich als mindestens ebenso sinnvoll erweist wie die Erfahrung aktiver Selbstverwirklichung.

Diese Sinnhaftigkeit solch „sogenannter Passivität“ im Sterben gegenüber der exklusiven Hochschätzung von Aktivität und die Zerstörung solcher Erfahrungen durch Selbsttötung sollen hier gefolgert werden und nicht mehr. Aber will man diese Sinnerfahrung, die wir selbst nicht machen und herstellen können (schon gar nicht durch Selbsttötung), noch als human gelten lassen?

²¹ L. Boros, *Mysterium Mortis*. Olten-Freiburg 1963, 9. „Im Tod eröffnet sich die Möglichkeit zum ersten vollpersonalen Akt des Menschen; somit ist er der seinsmäßig bevorzugte Ort des Bewußtwerdens der Freiheit, der Gottbegegnung und der Entscheidung über das ewige Schicksal“, vgl. auch K. Rahner, *Schriften zur Theologie*, Bd. 12, die Anmerkungen auf S. 41 u. 444, wo Rahner sich von dieser Hypothese distanziert. Vgl. weiters zur Kritik der Hypothese G. Greshake / G. Lohfink, *Naherwartung – Auferstehung – Unsterblichkeit*, Freiburg 1975, 121–130.

²² E. Jünger, *Tod*. Stuttgart-Berlin 1973, 116.

²³ E. Wiesenhütter, *Selbsterfahrungen im Sterben*, Hamburg 1974, 11; vgl. *ders.*, *Selbsterfahrung im Sterben*, *Praxis der Psychotherapie* 18 (1973) 7–11, 54–63.

²⁴ Vgl. a. a. O. 17, 32, 42.

²⁵ A. a. O. 19. Solche Erfahrungen des passiven Über-sich-hinausgehoben-Werdens sind ähnlich jenen in der Meditation. Es führt hier zu weit, über den Zusammenhang zwischen biologischer Grundlage z. B. von Intoxikationserscheinungen, und deren psychischer Verarbeitung nachzudenken.

4: *Weitere Lebensverlängerungen mit Hilfe der Medizin als gesellschaftliches Problem*
Der medizinische Fortschritt macht einen weiteren erheblichen Anstieg des Anteiles alter und sehr alter Menschen in den Industrieländern durchaus wahrscheinlich. Geraten wir auch in diesem Bereich wie in vielen anderen an die „Grenze sinnvollen Wachstums“, wenn Menschen massenweise „ihren eigenen Tod überleben“²⁶? Der Mensch darf nicht mehr alles, was er technisch kann. Von einer globalen Pflicht zur künstlich-technischen Lebensverlängerung kann wohl nicht die Rede sein. Sie ist relativ und situationsbezogen, insbesondere auch auf die gesellschaftliche Situation. Einige Konsequenzen sind zu bedenken.

Für den Menschen, der meint, alles zu können, wenn nicht heute, so doch morgen – und nicht nur für den – ist der Tod eine Kränkung. Aus dem Unbewußten, das keine Zeit und daher auch den Tod nicht kennt, steigt die Illusion von der eigenen Unsterblichkeit auf²⁷. Der gesellschaftlich relevante Wissenschaftsglaube an weitere Erfolge der Medizin kommt dieser unbewußten Projektion entgegen. Wenn man annimmt, daß das Leben endlos weitergehen kann und jeder Augenblick und jede Entscheidung daher beliebig revidierbar ist, wird der Augenblick und die in ihm sich vollziehende Verantwortung und Lebensintensität unbedeutend. Das Leben wird fad und mißglückt. Die menschliche Zuwendung zum biologisch und psychisch verbrauchten alten Menschen würde immer mehr technischen Apparaten Platz machen, von denen diese Lebensverlängerung abhängt. Die Sorge für diese Menschen würde auf ein Fachpersonal abgeschoben werden, während sich die übrige Gesellschaft nur sehr mittelbar verantwortlich fühlte; man zahlt ja dafür. Der Mensch, der sich auf technische, auch sozial-technische Manipulation verläßt, wird selbst zunehmend manipulierbar. Eine überaltete Gesellschaft würde einen großen Teil des Sozialprodukts erfordern. Die Aggression der Jungen gegen die Alten würde in einer so disproportionierten Gesellschaft steigen, weil sie ihnen keinen angemessenen Platz zum Leben mehr ließen. Nur die Zusammenarbeit von Politikern mit den zuständigen Experten, auch im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Bildungsprozeß wird diese drohenden Konsequenzen verhindern können.

5: *Selbsttötung in extremen Situationen*

Die Selbstmordforschung zeigt, daß die überwiegende Mehrheit derer, die versuchen, sich selbst zu töten, in einem krankhaften seelischen Zustand handeln, so daß der Ausdruck „Freitod“ schon aus diesem Grund immer problematischer scheint. Daraus läßt sich aber nicht folgern, daß den darauf bezogenen Handlungen jegliche Verantwortung abgesprochen werden muß²⁸.

Mit der Sinn- und Verantwortungsfrage sind wir aber an Philosophie und Theologie, näherhin an die Ethik, verwiesen. Verfolgt man die Frage in der philosophischen Tradition, so findet jedes Pro für die Selbsttötung sein Contra, und auf jedes Contra gibt es ein Pro²⁹. Allerdings gelingt es keiner einzigen befürwortenden Argumentation zugunsten der sinnvollen Möglichkeit der Selbsttötung brauchbare Kriterien zu entwickeln, die angeben können, wann der Mensch sicher nicht zu früh stirbt³⁰.

Letzten Endes kann nicht ein „autoritär“ vorgestellter Gott, der willkürlich Verbote vorsetzt, den Menschen vor gewollt gesetztem Tod bewahren³¹, sondern nur ein liebender Gott. Solche Liebe verpflichtet, aber zwingt nicht zur Annahme des Geschenkes.

²⁶ Vgl. Th. Morus, *Utopia*, Stuttgart 1970, 110.

²⁷ Näheres bei S. Freud, *Zeitgemäßes über Krieg und Tod*, Gesammelte Werke X, Frankfurt/M. 1967, 341. „Wir haben die unverkennbare Tendenz gezeigt, den Tod beiseitezuschieben, ihn aus dem Leben zu eliminieren ... Der eigene Tod ist ja auch unvorstellbar, und so oft wir den Versuch dazu machen, können wir bemerken, daß wir eigentlich als Zuschauer weiter dabei bleiben. So konnte in der psychoanalytischen Schule der Ausspruch gewagt werden: Im Grund glaube niemand an seinen eigenen Tod oder was dasselbe ist: Im Unbewußten ist jeder von uns von seiner Unsterblichkeit überzeugt.“

²⁸ Vgl. Geleitwort von E. Ringel, in F. Hammer, *Selbsttötung philosophisch gesehen*, Düsseldorf 1975, 9.

²⁹ F. Hammer, *op. cit.* ³⁰ A. a. O. 67. ³¹ Vgl. a. a. O. 78.

Ist es die Liebe Gottes, die dem Menschen das irdische Leben schenkt und ihn zugleich über die Welt hinaushebt, so sind Situationen denkbar, in denen ein Anspruch Gottes erfahren werden kann, sein Leben hinzugeben. In der Tradition war etwa die Bedrohung der Jungfräulichkeit ein Grund, sein Leben hinzugeben. In jüngerer Zeit hat Pater Kolbe sich direkt dem Tod ausgeliefert, um das Leben eines Familienvaters zu retten, Pater Damian hat unter Hingabe seines Lebens Leprakranke gepflegt.

Könnte nicht die sichere Geständniserpressung durch Folter mit der Folge schwersten Schadens für das Leben vieler Menschen als ein solcher Anruf erfahren werden, sein Leben hinzugeben³²? Desgleichen ist denkbar, daß ein unrettbar Kranker um Abbruch der Behandlung bittet, um seiner Umgebung ein nicht mehr als sinnvoll anzusehendes großes Opfer zu ersparen. Schüller hat m. E. schlüssig nachgewiesen, daß ein absolutes Verbot der Selbsttötung unabhängig von den Folgen und Umständen schwer zu begründen ist³³.

Aus diesen außerordentlich gelagerten Fällen läßt sich keine normative Einsicht gewinnen. Jeder einzelne muß verantworten, wie er sich gegenüber einem solchen Anruf in der konkreten Situation, die von der Norm nicht gedeckt ist, verhält. Da das irdische Leben nicht das höchste Gut für den Menschen ist und der Tod kein in sich sittliches Übel, kann es Güter geben, für die verantwortlicherweise das Leben hingegeben werden kann.

V. Eid ist aber zuzustimmen, „daß kein wirklicher Grund gefunden werden kann, der die direkte Herbeiführung des Todes in einem leidvollen, lang hingezogenen Sterbeprozess rechtfertigt. Dieser Grund müßte in einem eindeutig umschreibbaren Gut liegen, dessen Realisierung ein eindeutig umschreibbares Übel aufhebe“³⁴, das anders nicht bewältigt werden kann. Wer nach Tötung verlangt, hat noch ein Maß an Freiheit, das bei aller Belastung auch zum Leben genützt werden kann. Sinnvoll könnte sich Selbsttötung in diesem Zusammenhang nur von der Zukunft her erweisen, die sie aber selbst unwiderruflich abschneidet.

6: Hilfe beim Sterbeprozess

Bei Krebs- und Leukämiekranken z. B. hat E. Kübler-Ross³⁵ typische Phasen beim Sterbeprozess beschrieben, die als philosophisch-theologische Aussagen über Sterben und Tod eigentlich immer schon bekannt waren. Die in der Hl. Schrift verstreuten Hinweise bringen erst alle zusammen die vielschichtige Wahrheit über Sterben und Tod in den Blick. Diese Phasen gelten nicht nur für die Sterbenden, sondern auch für die seelische Bewältigung des Abschiedes durch die nächsten Bezugspersonen.

Auf die Phase des *Nicht-wahr-haben-Wollens* (vgl. z. B. Mt 16, 22)³⁶ folgt häufig die *Auflehnung* gegen den Tod, der so, wie er konkret kommt, nicht sein soll (vgl. Röm 5, 12; 8, 2; Jak 1, 15 Tod in seiner konkreten Gestalt als Folge der Sünde). Dann kommt es zum *Verhandeln* und Bitten, der Tod möge nochmals vorübergehen (vgl. Mt 26, 39 a). Verschlechtert sich der Zustand weiter, wird der Patient häufig *depressiv* und völlig niedergeschlagen (vgl. Mt 26, 37 par, wobei die Erfahrung Jesu zusätzlich und entscheidend bestimmt war vom Andrängen des Bösen im Ganzen, das er in seinen Tod hineinzunehmen hatte). Im letzten Schritt *stimmt* dann der Mensch zu und fügt sich (vgl. Mt 26, 39 b). Die Interessen engen sich ein, Leben als Leistung tritt zurück, der Mensch sagt ja zur Begrenzung seines Lebens und dabei manchmal erstmals überhaupt ausdrücklich ja zu seinem Leben. Eine Versöhnung mit dem zurückliegenden Leben ist nochmals möglich. Untergründig begleitet *Hoffnung* alle diese beschriebenen

³² Vgl. Eid, a. a. O. 85.

³³ B. Schüller, Direkte Tötung – indirekte Tötung, Philosophie und Theologie 47 (1972) 341–357.

³⁴ Eid, a. a. O. 88.

³⁵ E. Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart-Berlin 1974.

³⁶ Die angeführten Schriftstellen dürfen nicht als Reportageprotokoll aufgefaßt werden, sondern eben als theologische Aussagen.

Momente. Für den Gläubigen ist es eine Hoffnung mit Jesus, daß die Hingabe des Lebens nicht ins Leere geht (vgl. Lk 23, 46); sie richtet sich auf Gott, der in der Passivität erlöschenden Lebens neue Identität und Beziehung schenkt.

Das Modell von Kübler-Ross kann für einen solchen Krankheitsverlauf die Grundlage für Hilfe zu einem menschenwürdigen Sterben geben, weil es verstehen läßt, was im Sterbenden vorgeht. Eine Technik der Sterbehilfe läßt sich allerdings nicht daraus ableiten. Jedes Sterben ist anders. „Hilfe für den Sterbenden ist weniger das, was ich ihm sage, sondern das, was ich ihm bin“³⁷.

Direkte aktive Euthanasie wäre unwiderrufliche Fixierung des Menschen in einem Vorstadium, hieße seine letzte Reifung verhindern. Ist man fähig und willens, sich auf diese Hilfe beim Sterben einzulassen durch ehrliche, möglichst angstfreie menschliche Nähe, dann wird die kasuistische Diskussion äußerster Grenzfälle in Massenmedien und Fachkreisen in einem anderen Licht erscheinen.

7: Faustregeln für Grenzfälle?

Wie kompliziert Einzelfälle auch sein mögen und wie sehr in der konkreten Handlung nicht kalkulierbare Momente einfließen mögen, so bedarf es in diesem wichtigen Bereich doch objektiver Kriterien. Aus der Tatsache, daß mit den traditionellen Unterscheidungshilfen in manchen Grenzfällen keine restlose Klarheit zu erzielen ist, zu folgern, daß sie überhaupt nicht mehr brauchbar sind, wäre nicht nur ein logischer, sondern auch ein für die Praxis verhängnisvoller Fehler. Wenn die Unterscheidungen direkte – indirekte Tötung, aktive Tat – passive Zulassung auch im Zusammenhang des Versuches einer deontologischen Normierung des Tötungsverbotes entwickelt wurden, so läßt sich daraus noch nicht folgern, daß sie innerhalb weitgehend teleologischer Normierung Faustregeln³⁸ im abwertenden Sinn dieses Wortes wären. Der Grund liegt m. E. in der in diesem Rahmen leider nicht ausführlich zu begründenden grundsätzlichen Symbolstruktur sittlicher Handlungen³⁹. Jede menschliche Handlung ist vielschichtig und psychisch überdeterminiert; die verschiedenen Schichten stehen in einem Verweisungszusammenhang und beleuchten sich gegenseitig. Je deutlicher nun eine Handlung auf den Tod eines anderen Menschen gerichtet ist, um so gewichtiger Gründe müssen für die Unausweichlichkeit eines solchen Vorgehens oder Unterlassens vorliegen, und zwar auch objektiv überprüfbar. Nicht jede Handlungsform ist geeignet, die intendierte gute Konsequenz auszudrücken. Dem Versuch, diese Struktur auch rational zu fassen, so daß daraus Entscheidungshilfen entstehen können, soll das folgende Schema dienen, in dem die traditionellen Kriterien für die sittliche Beurteilung von Handlungen mit der möglichen oder sicheren Folgewirkung des Todes eines anderen Menschen dargestellt werden; als absolutes Prinzip wäre es mißverstanden.

Sittlich abzulehnen ist nach dem folgenden Schema eine direkte aktive Tötung, ebenso der Verzicht auf Anwendung einfachster Mittel. Eine solche Unterlassung ist vom Gesamtsinn der Handlung her der direkten aktiven Tötung gleichzusetzen. Es gibt kein sittliches Gut, das eine solche Handlung rechtfertigen könnte; es gibt kein sittliches Gut, das nicht auch auf andere Weise als durch Tötung zu verwirklichen ist.

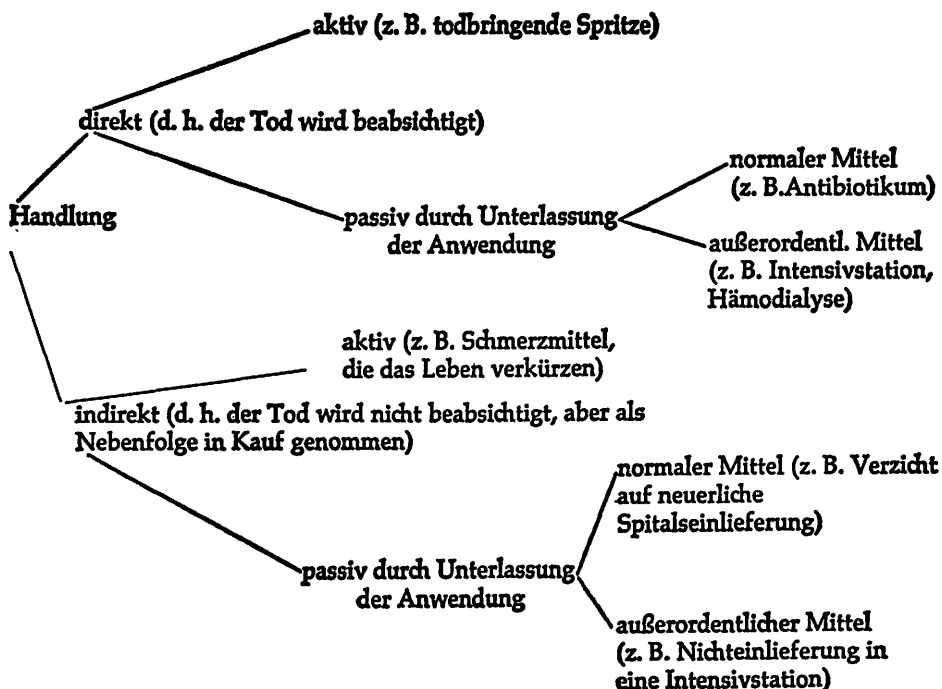
Sittlich denkbar ist eine direkte „passive Maßnahme“⁴⁰ durch Verzicht auf außerordentliche Mittel. Vorausgesetzt ist der ausdrückliche und sinnvolle Wunsch eines

³⁷ Wiesenhütter, a. a. O. 66; ebenso wichtig wie die Sterbehilfe ist die Hilfe bei der „Rückkehr ins Leben“ bei Menschen, die die beglückende Sterbeerfahrung der letzten Phase bereits gemacht haben; vgl. Wiesenhütter, a. a. O. 67.

³⁸ Vgl. B. Schüller, a. a. O. 356; K. Rahner, Die Freiheit des Kranken in theologischer Sicht, Schriften zur Theologie, Bd. 12, 451; Eid, a. a. O. 90.

³⁹ Der Symbolcharakter ist nicht nur auf bestimmte Ausdruckshandlungen (vgl. R. Ginters, Die Ausdruckshandlung, Düsseldorf 1976) beschränkt; in diesen besonders deutlichen Fällen offenbart sich nur die grundsätzliche Symbolstruktur jeglichen sittlichen Handelns.

⁴⁰ Kautzky, a. a. O. 33, bezeugt aus Erfahrung, daß rein medizinisch in der Regel Verzicht auf Lebensverlängerung und aktive Lebensverkürzung eindeutig unterscheidbar sind.



Patienten (oder wo dies nicht mehr möglich ist, auf Grund eines verantwortlichen ärztlichen Urteils), wenn der Sterbende alle seine Angelegenheiten erledigt hat. Hier können Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht unter sittlichem Aspekt begründet werden.

In Kontinuität zur traditionellen Moralthologie lassen sich, wenn alle Voraussetzungen gegeben sind, die indirekten Maßnahmen akzeptieren. Mit Hilfe der vorgeschlagenen Kriterien können zumindest schwerwiegende Irrtümer leichter vermieden werden, als wenn man auf sie verzichtet.

In den oft schwierigen Fragen über die Grenzen einer sinnvollen Verlängerung des biologischen Lebens darf nie vergessen werden, daß dieses nicht um seiner selbst willen zu erhalten ist, sondern als Voraussetzung menschlicher Existenz⁴¹. Besteht Zweifel darüber, ob im konkreten Fall der Patient seine sittliche Existenz noch vollziehen kann, dann ist für die Erhaltung dieses Lebens zu entscheiden, es sei denn, man begnügt sich mit einem ethischen Minimalismus.

2) Geltungsargumente?

Alle vorher genannten Argumente erweisen sich als Folgeargumente und enden mit einer offenen Frage, die allerdings meist nicht ausdrücklich gemacht wird. Will man mit

Zur Unterscheidung der ordentlichen und außerordentlichen Mittel: Pius' XII. Ansprache an eine Gruppe von Ärzten vom 24. 11. 1957, *Utz / Groner*, a. a. O. 5544: „Aber sie (sc. die Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten) verpflichtet gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d. h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu hart und würde die Erlangung wichtigerer höherer Güter zu sehr erschweren.“ — *Eser* a. a. O. weist auf die Relativität dieser Unterscheidung hin, ohne ein grundsätzliches Argument gegen ihre begrenzte und immer neu zu konkretisierende Klärungsfunktion anzuführen. *F. Böckle*, *Menschenwürdiges Sterben*, NO 29 (1975) 298 erhofft sich von den ärztlichen Standesorganisationen die Findung konkreterer Entscheidungshilfen.

⁴¹ Vgl. *Ziegler*, a. a. O. 39 und 55.

der Folgeargumentation nicht in einen unendlichen Regreß verfallen durch jeweils erneuten Aufweis von Folgen, dann muß das in dieser Argumentationsform meist als selbstverständlich vorausgesetzt Geltende ausdrücklich bedacht werden. Worin aber besteht die letzte Geltungsnorm? „Die von der unmittelbaren Erfahrung ausgehende Theorie der Ethik findet im Bewußtsein der heutigen Menschheit eine als absolut verpflichtend anerkannte Grundnorm vor, deren Anerkennung und Geltung sie als Tatsache feststellt. Sie beruht auf der Einsicht, daß im zwischenmenschlichen Verhalten und der gesellschaftlichen Ordnung die Voraussetzungen der Selbstverwirklichung des Menschen nur gewährleistet sind, wenn sie dieser Norm entsprechen. Diese Grundnorm ist die Menschenwürde“⁴².

Als unteilbare Geltungsnorm ist sie nicht wiederum durch Analyse von Folgen zu begründen, sondern vielmehr vorausgesetzter Ausgangspunkt aller ethischen Analysen. Sehr wohl aber muß ihr Sinn näher bestimmt werden, denn damit hängt die Tragweite und Motivationskraft zusammen. Dabei erwies sich die Reflexion auf den Sinn von Menschenwürde als bruchstückhaft, solange sie nur beim Menschen und seiner Umwelt (empirischer Vergleich mit dem Tierreich), beim Menschen und seiner Mitwelt und seiner Geschichte (sozialanthropologische Überlegungen) und beim Menschen als Wesen, das in bestimmter Weise auf das Sein im ganzen bezogen ist (eine Einsicht, die sich seit Aristoteles mit wichtigen Varianten in der Philosophiegeschichte durchhält) ansetzt; denn damit ist präzise die Frage gestellt, wie sich das Sein im ganzen zum Menschen verhält.

Auf diese Frage antwortet die Offenbarung. „Der Sohn Gottes, Christus Jesus, der unter euch durch uns verkündet worden ist, war nicht ja und nein zugleich, sondern in Ihm ist das Ja Wirklichkeit geworden. So viele Verheißungen Gottes es auch gibt, in Ihm ist das Ja“ (2 Kor 1, 19 u. 20). Dieses Ja Gottes zum Menschen durch alle Sünde hindurch kann durch nichts rückgängig gemacht werden, auch nicht durch unheilbare Krankheit und Siechtum. Es trägt ins endgültige Leben. Unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde läßt sich menschliches Leben nicht werten, d. h. einteilen in lebenswertes und lebensunwertes, Menschenwürde wird letzten Endes allein von dem begründet, der den Menschen in sein Personsein hinein freigibt und selbst die Konsequenzen mißbrauchter Freiheit auf sich genommen hat. Was der Mensch wirklich ist, wird erst am Ende offenbar sein, und erst von dieser geglaubten Vollendung her ist der Mensch ganz gesehen und die Menschenwürde ganz begründet. Dieses Ja Gottes zum Menschen begründet einen Anruf und einen Dialog, dem der Mensch sinnvollerweise nicht mit der Einstellung begegnen soll, diesen eigenmächtig zu beenden. Wenn der Mensch diesen Dialog auf eigene Faust vorzeitig abbricht, verfehlt er möglicherweise den vollen Sinn seines Lebens und einen Anruf, der ihn zu einer größeren Reife und tieferen Menschwerdung führen könnte. „Wenn es auch eine anthropologisch gründende, in allen naturalen Bedingungsstrukturen immer schon wirksame Vernunft gibt, die menschliches Handeln unbeliebig gestaltet, so reicht sie doch aus sich heraus nicht hin, das Dasein auch nur eines einzigen Menschen absolut zu legitimieren“⁴³.

III. Gesellschaftliche Verankerung der Norm

Jener Teil der Normen, der im sozialen Bereich die wesentlichen Freiheitsrechte schützt und deren Übertretung die gesellschaftliche Ordnung schwer beeinträchtigt, wird durch das Strafrecht garantiert.

1) *Ist aktive Euthanasie so sozialschädlich, daß ihr Verbot Bestandteil des Strafrechtes sein muß?*

⁴² J. Messner, Zur ethischen Grundlagen- und Normenforschung, in: Spiritualität in Moral, Wien 1975, 23.

⁴³ W. Korff, Norm und Sittlichkeit, Mainz 1973, 110.

Die Grundlage menschlicher Kultur besteht in der Achtung vor der Würde des Menschen. Daraus folgt die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens. Dieser elementare Grundsatz verbietet es auch, über menschliches Leben eines Geisteskranken zu befinden. „Der Schutz des menschlichen Lebens muß aus sich heraus total sein“⁴⁴. Die meisten Verfassungen schützen daher menschliches Leben in ihrem Strafrecht als das oberste Rechtsgut. Das österreichische Strafgesetzbuch enthält folgende Schutzbestimmungen: „§ 77: Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu bestrafen. § 78: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu bestrafen“⁴⁵.

Für eine Änderung des Gesetzes wird derzeit von gesellschaftspolitischen Randgruppen ins Treffen geführt, daß durch die bestehenden Gesetze die komplexe Situation nicht mehr eingefangen werden kann. Zweitens fordern diese Gruppen (insbesondere die Euthanasiegesellschaften) Toleranz in einer pluralistischen Gesellschaft. Aus einer solchen Änderung würden sich aber eine Reihe von Konsequenzen ergeben: Wenn aus dem Recht, menschenwürdig zu sterben, kurzschlüssig ein Recht, getötet zu werden, abgeleitet werden könnte⁴⁶, dann müßte der Staat Personen zur Tötung zur Verfügung stellen. Wollte man nicht einen neuen Beruf dafür schaffen, den Henker aus Mitleid, den Mercy-Killer, dann würde dieses Ansinnen sich zunächst an den Arzt oder an das Pflegepersonal richten. Erfüllen Ärzte diesen Wunsch, wäre Mißtrauen in die Ärzteschaft und die Krankenhäuser die unausweichliche Folge. Wäre der Arzt nicht durch das Gesetz vor Wünschen dieser Art geschützt, würde sich, wie sich aus anderen Erfahrungen zeigt, der Druck der Gesellschaft auf ihn verstärken. Wenn dem Arzt vom Gesetz her zugemutet wird zu töten, dann ist der Zwang dazu nicht mehr weit. Schließlich wäre gerade angesichts der komplizierten Situationen (Tabelle), die das Leben schreibt, der Schritt vom Töten auf Verlangen zum Töten mit vorausgesetztem Verlangen unversehens klein. Diese Unsicherheit mit Folge des Mißtrauens würde nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen treffen.

Wer mit der feingesponnenen Kasuistik für eine Gesetzesänderung argumentiert, müßte erst einmal zeigen, wie ein besseres Gesetz aussehen könnte, das all die vielen Fälle einfängt und das Grundrecht der Achtung der Menschenwürde, die das Individuum und die Gesellschaft gleichermaßen betrifft, sichert. Der durch die sogenannten Euthanasiemaßnahmen im Naziregime belastete Prof. Heyde (alias Sawade) meint treffend: „Nach reiflicher Überlegung glaube ich, daß — ganz gleichgültig wie man zur Euthanasie steht — dieses Problem an seiner praktischen Undurchführbarkeit scheitert, und zwar in jedem politischen System, einfach wegen der Unvollkommenheit der Menschen, auch wenn sie noch so idealistisch gesinnt sind. Auch gut gemeinte Gesetzestexte können daran nichts ändern“⁴⁷.

Das Interesse an der Tötung sterbender, alter und kranker Menschen geht von jungen und gesunden Menschen aus. Mag auch die Angst vor dem eigenen Sterben im Vordergrund stehen, so besteht die Gefahr, daß dieses Interesse sehr rasch in gesellschaftliche Aggression der Jungen und Gesunden gegenüber Alten und Kranken umschlägt. Eine Aggressionsschranke herabzusetzen, kann äußerst gefährlich sein und einen Dammbruch bewirken.

Es wäre ein bedenkliches Zeichen für die Demokratie, wenn im freien Spiel der Kräfte einfach die stärkere Gruppe sich durchsetzt, wenn es um die Abschaffung des Grundrechtsschutzes auf Leben geht.

Schließlich wäre eine Liberalisierung der Euthanasie wieder einmal die Wahl des bequemeren Weges. Statt humaner Lösungsbemühungen um menschenwürdiges Ster-

⁴⁴ *Eid*, a. a. O. 85.

⁴⁵ StGB vom 23. 1. 74, BGBl. 60, zit. nach E. Foregger / E. Serini, Strafgesetzbuch, Wien 1975, 64 f.

⁴⁶ Vgl. Eser, a. a. O. 67. ⁴⁷ In *Eid*, a. a. O. 92.

ben, würde man – ähnlich wie bei der Freigabe der Abtreibung – den Weg des geringeren Widerstandes gehen. Alle genannten Argumente weisen wohl für Gläubige wie Nichtgläubige in gleicher Weise darauf hin, daß eine Freigabe der aktiven Euthanasie ein Rückschritt in die Inhumanität mit großem Schaden für die Gesellschaft wäre.

2) Ist der gute Tod lernbar?

Damit es zum Wunsch nach Euthanasie gar nicht kommt, bedarf es einer umfassenden Hilfe zu einer positiven Einstellung zum Leiden und Sterben. Alter und Kranksein sind unwert geworden. Unter diesem gesellschaftlichen Verdikt sterben viele Menschen vor ihrem physischen Tod den sozialen. Die Folge davon ist nicht nur ihr eigenes menschenunwürdiges Sterben, sondern eine weitgehende Verdrängung des Todes bei jungen und gesunden Menschen. Wie aber kann diese Abwehr überwunden werden? „Von Studenten, die sich freiwillig zum Dienst an Sterbebetten gemeldet haben, hörte ich regelmäßig, sie hätten das getan, um echte Opfer zu bringen. Beschämt aber haben sie nach einiger Zeit jedoch feststellen müssen, daß sie mehr von den Sterbenden als diese von ihnen empfangen. Vor allem sei nach und nach die Angst vor dem Sterben völlig vergangen und eine größere Dankbarkeit als die Sterbender gäbe es nicht“⁴⁸. Durch solche Erfahrungen geschieht eine Überwindung der Kommunikationssperre über den Tod, ein Stück Überbrückung der Gräben zwischen den Generationen und ein Stück Auseinandersetzung mit dem Tod und seine Annahme im Leben. Das Leben besteht dann nicht mehr aus der Leistungsperspektive allein; das Leben wird durch solche Erfahrungen breiter und tiefer.

Freud sah in seiner Metapsychologie in Eros und Thanatos zwei Existenziale, deren Nichtannahme zu einem mißglückten neurotischen Leben führt. „Sein ganzes Leben nun bewußt als Einübung in das Sterben hinzubringen, wäre ein Skandal“⁴⁹ und könnte ebenfalls eine Verdrängung des Todes bedeuten. Wenn der Tod aber verdrängt wird, kann das Leben nicht glücken. Es darf keine Beschäftigung mit dem *vorgestellten* Tod sein. Das wäre eine Fixierung auf den bloßen Vorstellungsbereich und damit genau die entgegengesetzte Dynamik des Loslassens des Lebens als wirkliche Einübung in den Tod. C. G. Jung weist den Weg mit dem Hinweis, daß von der Lebensmitte an innere Ziele, ja die Verinnerlichung des Lebens schlechthin, zunehmend gelebt werden müßten, wenn es nicht zur Krise kommen soll.

Niemand weiß, wie und wann er stirbt, ob ihm überhaupt eine Sterbephase gewährt ist oder der Tod ihn plötzlich in der Mitte der Tage ohne Sterbeprozess trifft⁵⁰. Sterben als Vollendung des Lebens kommt eher selten vor. Besonders schwer wird das Sterben für den von weiten Bereichen seines Selbst entfremdeten Menschen, der nur auf Haben und aktivistische Selbstverwirklichung gedrillt ist. Er kann sich nicht trennen von diesem Leben oder will überhaupt aus ihm fliehen. Es hingeben, um es jeweils neu in einem tieferen Sinn zu gewinnen, hat er nie gelernt. „Wer aber sein Leben erhalten will, wird es verlieren“ (Mk 8, 35). Die Einübung dieses Hingebens geschieht nicht in einer besonderen Sterbegymnastik, sondern im Alltag, in dem der Mensch sich selbst aufs Spiel setzt, aus sich herausgeht, auf den anderen zugeht, auf ihn eingeht, sich ihm hingibt. Dazu gehört auch das zweckfreie meditative Gebet, in dem der Mensch sich auf Gott hin verläßt, dazu gehört ferner, daß der Mensch ein Grundgesetz seines Lebens annimmt, nämlich, daß er bei jedem Ausatmen sein Leben läßt, um es jeweils neu beim Einatmen zu gewinnen. Wer das gelernt hat, kann jetzt schon ahnend hoffen, daß der endgültigen Hingabe des Lebens im Tod das Geschenk des endgültigen Lebens entsprechen wird. Der Gläubige kann darüber hinaus die Gewißheit haben, daß er der Christuswirklichkeit begegnet, der Wirklichkeit des Menschen, der, beladen mit aller Schuld der Welt, bei Gott ankommt und von ihm in Liebe aufgenommen wird.

⁴⁸ Wiesenhütter, a. a. O. 29. ⁴⁹ Jüngel, a. a. O. 161.

⁵⁰ Vgl. zum folgenden G. Greshake, Bemühungen um eine Theologie des Sterbens, in: *Eid*, a. a. O. 180; ders., *Stärker als der Tod*, Mainz 1976.

Zustand des Patienten	Willentlichkeit	Täter	Ziel	Methode	Absicht (mehr rational)	Motiv (eher emotional)	Gründe und Hintergründe
	Ernstliches Verlangen, sterben zu können	Patient selbst mit Hilfe des Arztes	Sterbehilfe ohne Todesbeschleunigung (Schmerzstillung)	sterben lassen unter Verzicht auf Einsatz noch möglicher normaler oder außerordentlicher Mittel	Schmerzlinde- rung ohne Tötungsabsicht	Mitleid mit dem Kranken	Fortschritts- glaube: Mach- barkeit des Todes Reaktion gegen techn. Manipula- tion (Verding- lichung der Menschen durch die Medizin)
Sterbender, bei dem der Todes- eintritt eine Frage von Stunden ist	widerstrebendes Sich-fügen in das Unvermeid- liche	Arzt	Schmerzstillung mit in Kauf genommener ev. Todesbeschleu- nigung	Abbruch einer bereits eingelei- teten Behandlung (Abdrehen) mit normalem oder außerordent- lichem Aufwand	Tötung, weil man meint, den Schmerz nicht mehr anders lindern zu können	Überforderung des Pflegers	Abwertung alten u. kranken Lebens in der Gesellschaft
noch Lebens- fähiger, dessen Schmerzen unerträglich geworden sind	Agonie ohne vorherige Wil- lenskundgabe	sonstiges Behandlungs- bzw. Pflege- personal	gezielte vor- zeitige Tötung	direkte Tötung (Spritze usw.)	Beendigung eines „sinnlos“ gewordenen Lebens	ästhetischer Grund (Ekel und Abscheu)	Emanzipation vom kirchl. Verbot
in wesentl. Le- bensfunktionen Gelähmter, der den Tod herbei- wünscht	früher geäußer- tes Verlangen nach Tötung	Angehörige			Platz machen für Patienten mit größeren Lebenschancen	Interesse der Erben (Erspar- nisgründe und andere Belastun- gen)	Säkulares Menschenbild: Atheismus, Utilitarismus, Pragmatismus, Organismus- denken (Kollek- tivismus)

Geisteskranker, der um seinen Zustand nicht oder sehr eingeschränkt weiß	Tötung gegen den ausdrücklichen Willen	staatl. Auftragsgeber (z. B. Hitler)	Willen des Patienten erfüllen	Bevölkerungspolitische Gründe (Überbevölkerung und Überalterung)
unsichere Prognose	Todeswunsch unter Druck der Umgebung		Beendigung eines menschenunwürdigen Sterbeprozesses	Alibi für soziale Versäumnisse.
Lebensunwilliger, der keinen Sinn mehr sieht	verdeckter Hilferuf			Haßprojektion gegen die Alten aus nicht bewältigtem Ödipus-Komplex Angst vor dem Sterben
	aktuell geäußertes ernstl. Verlangen, getötet zu werden			allgemeine Liberalisierungstendenz „jeder soll möglichst machen können, was er will“
	in einer depressiven Phase geäußelter Wunsch			Wohlstandsgesellschaft, die über ihre Verhältnisse gelebt hat, meint, bei Kranken und Sterbenden sparen zu können