

# Imago Hominis

BAND VIII/Nr. 1 • 2001 • PREIS ATS 120

**EDITORIAL** ..... 5

## AUS AKTUELLEM ANLASS

E. PRAT *Meinungsmache für Euthanasie* ..... 8

H. JOCHEMSEN *Holland legalisiert Euthanasie* . 10

## SCHWERPUNKT Euthanasie-Debatte

U. LEHR

*Der Umgang mit Sterben und Tod* ..... 13

E. SCHOCKENHOFF

*Recht auf Leben – Recht zu sterben* ..... 23

H. JOCHEMSEN

*Sterbehilfe und -begleitung in Holland* ..... 31

M. WALDSTEIN

*Zur Diskussion über „Sterbehilfe im säkularen Staat“ von Norbert Hoerster* ..... 49

## DISKUSSIONSBEITRAG

G. FELDER *Psychoonkologie* ..... 58

## S.O.M

*Bewertung der Pilotstudie: „Chemotherapy with gemcitabine in patients with advanced gallbladder carcinoma“* ..... 62

## FALL

*Pro und Contra der Pränatalen Diagnostik*... 65

E.H. PRAT, K. RADNER *Kommentar zum Fall* . 66

**NACHRICHTEN** ..... 71

*Ernährung • Lifestyle • Euthanasie*

*Stammzellenforschung • Pharmaindustrie*

*Bevölkerung • Bionik • Gesundheit*

**ZEITSCHRIFTENSPIEGEL** ..... 73

**BUCHBESPRECHUNGEN** ..... 75

**IMPRESSUM** ..... 83



DVR: 002987(017)

**IMABE**

[www.imabe.org](http://www.imabe.org)

QUARTALSCHRIFT DES INSTITUTS  
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN  
1021-9803

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

# Imago Hominis

## Herausgeber

Johannes BONELLI  
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

## Schriftleitung

Notburga AUNER

## Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)  
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)  
Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)  
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)  
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)  
Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)  
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)  
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)  
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)  
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)  
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)  
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)  
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)  
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

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



Wie vielsagend der Titel „Leben- und Sterben-lassen“ des ersten Symposiums zur Euthanasiedebatte vom 27.-28.10.2000 im Großen Stadtsaal Innsbruck werden sollte, ahnten die Veranstalter zu diesem Zeitpunkt wohl noch nicht. Das rege Interesse (über 600 Teilnehmer) machte schon deutlich, dass ein wichtiges und aktuelles Thema aufgegriffen worden war. Gleich zu Beginn bestand der Direktor des IMABE-Instituts darauf, dass in Österreich zwar ein weitgehender Konsens darüber bestehe, dass eine Tötung niemals ein menschenwürdiges Sterben bereiten könne, ohne hintanzuhalten, dass dieser Konsens zunehmend angegriffen würde. Daher sei es dringende Aufgabe eines jeden einzelnen, diesen Konsens zu schützen. Am eindrucksvollsten waren die Stellungnahmen einiger Ärzte, die aus der Praxis heraus Einstellungen und Erfahrungen zum leidvollen Leben in der Krankheit und zum Sterben darlegten. Angst vor dem Leid und erst recht vor dem Tod ist die Normalreaktion des Menschen unserer Gesellschaft. Dass aber gerade in dieser Zielgeraden ungeahnte Freuden und Reifungsprozesse stattfinden, wurde unwidersprochen dargelegt. Und die Menschenwürde werde nicht geschmälert, sondern oftmals geädelt. In diesem Sinn bekommt das Sterben-lassen eine ganz neue Perspektive, einen neuen Horizont. Nicht verbissener Kampf und unkritischer Einsatz aller zur Verfügung stehender Mittel, sondern auf Erfahrung basierendes Abwägen und gegebenenfalls Einschwenken ins bloße Begleiten, wenn eine Heilung nicht mehr zu erwarten ist, so wünschen es sich die Ärzte, und jeder potentiell Betroffene auch. Hätten statt den 600 Interessierten eine vielfache Zahl der Bewohner Österreichs die Wortmeldungen des Symposiums vernommen, dann wäre dem Land die

große Aufregung rund um die IMAS-Umfrage in den letzten Wochen erspart geblieben. Wer könnte so unmenschlich sein und einem schwerkranken Menschen, der keine Aussicht auf Heilung hat, den Sterbewunsch abschlagen? Wohl keiner und schon gar nicht ein Christ. Der große Unterschied liegt nur darin, dass im einen Fall der Sterbewunsch ein freundschaftliches mitmenschliches Begleiten, gegebenenfalls auch das Absetzen einer medizinischen Maßnahme bedeutet, und im anderen Fall die Verabreichung eines tödlichen Giftes gemeint ist. Diese Kluft in der Auffassung über eine menschenwürdige Sterbebegleitung ist unüberbrückbar. Eine Gesellschaft muss bereit sein das „Opfer“ des Begleitens auf sich zu nehmen, diese Anstrengungen nicht zu scheuen, um diese ihre Mitglieder, die den letzten Weg antreten, nicht in die Einsamkeit zu entlassen. Das Motiv ist die Menschenwürde, die ein solches Verhalten einfordert. Wirtschaftliche Erwägungen haben in diesem Bereich keinen Platz und wenn sie doch Eingang finden, dann verraten sie den schon begonnen Prozess der Korruption der Gesellschaft. Da hilft kein Hinweis auf die hochgelobte Freiheit des einzelnen. Die Statistiken, die Holland erstellt hat und die geradezu schamlos der Öffentlichkeit vorgelegt werden, zeigen die harten Fakten. Die Legalisierung hat nicht zum besseren Einblick oder gar zur effektiven Kontrolle geführt. Sie hat die Zunahme der Euthanasiefälle nicht verhindert, sondern im Gegenteil wahrscheinlich einen Gutteil davon erst ausgelöst. Jedenfalls sind die Zahlen der nicht gefragten Personen, die vorsätzlich durch sogenannte „medizinische Maßnahmen“ in den Tod geschickt wurden, erschreckend hoch. Letztlich gerät der Rechtsstaat unter die Räder, und das in einer Zeit, in der sich alle Welt

rühmt, einer aufgeklärten humanistischen Gesellschaft anzugehören. Österreich hat kein Interesse an einer Entwicklung in diese Richtung. Selbst die bewusst irreführenden Medienberichte und zweideutigen Umfragen können dies nicht weismachen. Dass es aber notwendig sein wird, die Menschenwürde gerade am Lebensende aktiv zu schützen, ist klar.

In dieser Nummer sollen wiederum einige Stimmen zur Euthanasie-Debatte zu Wort kommen. U. LEHR bringt das Thema von der psychologisch-soziologischen Seite. „Der Umgang mit Leben und Tod“ ist historisch gesehen großen Veränderungen unterworfen. E. SCHOCKENHOFF stellt in seinem Beitrag „Recht auf Leben und Recht auf Sterben“ klar, dass die bereitwillige Einführung des Sterbewunsches weit davon entfernt ist, den wahren Bedürfnissen schwerkranker Menschen zu entsprechen. Weil in den Niederlanden die Gesellschaft schon seit Jahren die Euthanasie akzeptiert, kommt auch ein Holländer zu Wort. H. JOCHEMSEN analysiert

die statistischen Daten der offiziellen Erhebungen über die Vorgangsweise bei schwerkranken Patienten. Alle drei Autoren waren in Innsbruck beim Symposium „Leben- und Sterbenlassen“ zu Gast. In diesem Zusammenhang wollen wir unserem Mitarbeiter L. JUZA für seinen Einsatz bei der Organisation der Veranstaltung unseren Dank aussprechen. Ein weiterer Beitrag kommt von M. WALDSTEIN: „Zur Diskussion über „Sterbehilfe im säkulären Staat“ von Norbert HOERSTER“. Welche tatkräftige Hilfe durch persönliches Engagement erreicht werden kann, klingt im Diskussionsbeitrag von G. FELDER an. Unter den Beiträgen der anderen Rubriken sind die Artikel zum „Aktuellen Anlass“ hervorzuheben. Die Euthanasiedebatte geht weiter. Die gesamte Gesellschaft wird an der Lösung der Problematik mitarbeiten müssen. Von ihr hängt es ab, ob die Menschen ihrer Würde gemäß dem Lebensende entgegen können.

Die Herausgeber



## Meinungsmache für Euthanasie in Österreich Meinungsforscher manipulieren Befragung

*Enrique H. PRAT*

Das IMAS-Institut hat Ende Dezember eine telefonische Umfrage an 1000 Österreichern zum Thema Euthanasie durchgeführt. Das Institut wollte erstens wissen, ob die Österreicher sich über Sterbehilfe Gedanken machen, und zweitens, wie sie dazu stehen. Die Ergebnisse samt Kommentar wurden in einer Aussendung vorgelegt und via APA allen Medien zur Verfügung gestellt. In den letzten Wochen sorgte dies für Schlagzeilen. Die „Kronenzeitung“ hat gleich ein paar Prozente dazu gelegt: „Mehrheit ist für Sterbehilfe“. „Die Presse“ war sachlicher: „Die Hälfte der Österreicher tritt für aktive Sterbehilfe ein“; andere Medien wollten es ganz genau wissen: „49% der Österreicher sind für Sterbehilfe“. Am 21.1. hat Kardinal KÖNIG in der „Kronenzeitung“ die Umfrage und die Ergebnisse kritisiert: Sie seien nicht glaubwürdig.

Seit mehr als 10 Jahren beschäftigt sich das Imabe-Institut mit der Frage der Euthanasie aus ethischer Sicht und hat dazu mehrere Symposien veranstaltet. Wir konnten in Österreich eindeutig einen sehr breiten Konsens gegen eine gesetzliche Zulassung des „Tötens auf Verlangen“ feststellen. Hat sich Kardinal KÖNIG und haben wir uns auch mit ihm geirrt?

Die Antwort darauf hat ein aufmerksames Studium der Quellen und des Kommunikationsvorganges erfordert. Ein als seriös anerkanntes Meinungsforschungsinstitut hat Umfrageergebnisse vorgelegt. Die Zeitungsredaktionen haben keinen Anlass gesehen, diese Nachricht anzuzweifeln. Die Überschrift des Berichtes: „Mehrheit bejaht Sterbehilfe nach holländischem Beispiel“ dürfte so manchem wohl etwas überraschend vorgekommen sein, aber die Seriosität des Institutes zerstreute letzten Endes mögliche Zweifel.

Bei dieser Überschrift drängt sich zunächst die Frage auf: was weiß überhaupt die österreichische Bevölkerung vom „holländischen Beispiel“? Die telephonische Befragung hätte es klären sollen: „In Holland wurde kürzlich ein Gesetz erlassen, wonach Ärzte in ganz bestimmten Fällen schwerstkranken Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben und große Schmerzen erdulden müssen, eine sogenannte „Sterbehilfe“ leisten dürfen. Das heißt, dass das Leben solcher Menschen auf deren eigenen Wunsch verkürzt werden darf. Haben Sie davon gehört/gelesen oder hören Sie das zum ersten Mal?“. Man braucht kein diplomierter Sozialforscher zu sein, um zu bemängeln, dass für eine telephonische Befragung diese Frage viel zu lang ist. Man braucht auch kein diplomierter Psychologe zu sein, um vorauszusagen, dass solche Fragen ganz bequem mit einem Ja beantwortet werden können. Niemand will gerne als Ignorant dastehen, und schließlich hat jeder irgend etwas davon schon mal gehört. Die logische Antwort ist also „Ja“. Tatsächlich: 70% antworteten mit Ja. Nicht schlüssig ist dagegen die Interpretation des seriösen Instituts: „Eine erste Erkenntnis ist, dass das Thema bei der Bevölkerung eine offenkundig sehr große Aufmerksamkeit gefunden hat“. Die Tatsache, dass die Mitarbeiter von IMAS ganz sicher nicht so naiv sein dürften, dass sie den Fehler übersehen haben, lässt den Verdacht aufkommen, dass wir es hier mit einer ideologisch präjudizierten Befragung zu tun haben.

Dieser Verdacht wird bei der zweiten Frage und der Interpretation der Antworten sogar bekräftigt: „Sind sie persönlich dafür oder dagegen, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zu sterben er-



füllt wird?“. 49% der Befragten antworteten darauf mit Ja. Die Frage hat es in sich. Dazu drei Anmerkungen:

a) Diese Frage ist schwer zu beantworten, weil sie inkorrekterweise eine Voraussetzung für Sterbehilfe unterschlägt, die laut der ersten Frage im holländischen Modell eine Bedingung ist, nämlich, dass der schwer leidende, unheilbare Kranke keine „Chance mehr zu überleben“ hat. Diese Voraussetzung dürfte nur vergessen worden sein, denn wie die erwähnte Überschrift des IMAS-Berichtes zeigt, werden die Antworten auf diese Frage als Befürwortung oder Ablehnung des holländischen Beispiels interpretiert, das diese Voraussetzung ja enthält. Das heißt, man konnte davon ausgehen, dass es in dieser Frage um die Sterbehilfe unter drei Bedingungen geht: große Schmerzen, unheilbare Krankheit und fehlende Überlebenschance.

b) Die zweite Frage ist aber auch zweideutig. Sie spricht nicht von Sterbehilfe, und erwähnt in keiner Weise die ethisch relevante Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen (d.h. es geht darum, den Sterbeprozess nicht unnötigerweise künstlich zu verlängern). Dies wäre aber wichtig gewesen, weil der angesprochene Sterbewunsch nämlich in den meisten Fällen rein technisch mit einem Sterbenlassen erfüllt werden kann.

c) Der Begriff Euthanasie, der in der Bevölkerung eher bekannt und klarer als der der Sterbehilfe ist, wird von IMAS gemieden.

Daraus ziehe ich folgende Schlussfolgerungen: Erstens ist es eigentlich seltsam, dass die zweite Frage nur von 49% bejaht wird. Es wäre nämlich verwunderlich, dass 51% der Österreicher moralisch strenger als die katholische Kirche sind. Unter den drei erwähnten Bedingungen spricht sich die Kirche prinzipiell für ein

Sterbenlassen und gegen einen therapeutischen Übereifer aus. Allerdings lehnt sie eine Verkürzung des Sterbeprozesses durch eine direkte Tötungsmaßnahme, d.h. die Euthanasie im engeren Sinn, kategorisch ab. Aber Euthanasie wurde in der Frage nicht angesprochen, nur indirekt in einer mehrdeutigen Formulierung, die die Beantwortung der Frage erschwert.

Zweitens hätte auch ich aus Überzeugung mit Ja geantwortet, ebenso wie jeder andere Katholik im Einklang mit dem Lehramt der Kirche dies hätte tun können. Allerdings steht für mich zur Erfüllung des Sterbewunsches unter den drei oben erwähnten Voraussetzungen nur ein Sterbenlassen zur Disposition. Widersinnig ist, dass meine Aussage von dem genannten Institut trotzdem als Euthanasiebefürwortung bewertet worden wäre! Dies dank eines Tricks in der Fragestellung.

Vielleicht war den IMAS-Mitarbeitern alles dies nicht bewusst, und es ist ihnen ein großer Fehler unterlaufen. Dann wäre es seinem guten Ruf jedenfalls in dem Fall nicht gerecht geworden. Und der Schaden ist bereits angerichtet. Mich hat jedenfalls das aufmerksame Studium der Aussendung beruhigt. Ich hoffe, auch andere damit beruhigen zu können: Der breite Konsens gegen eine Tötung auf Verlangen dürfte vorerst noch vorhanden sein. Aber solche und ähnliche Methoden (Manipulationen) könnten ihn langsam unterminieren.

Fazit: Traut auch seriösen Meinungsforschern nicht ganz!

*Prof. Dr. Enrique H. PRAT  
Ethiker und Geschäftsführer des Imago-Instituts  
Landstraßer Hauptstraße 4/13  
A - 1030 Wien*

## Die Legalisierung der Euthanasie in Holland\*

Henk JOCHEMSEN

Die Zweite Kammer des niederländischen Parlaments nahm am 28. November 2000 den Gesetzesvorschlag zur Legalisierung der Euthanasie und der Beihilfe zur Selbsttötung an. Jetzt wird der Gesetzesvorschlag an die Erste Kammer gehen, wo er in der ersten Hälfte des Jahres 2001 behandelt wird. Seine Rechtswirksamkeit erlangt er allerdings erst, wenn er auch von dieser Kammer angenommen wurde.

Diese Legalisierung ist ein weiterer bedeutsamer Schritt auf dem Weg der Akzeptanz der Euthanasie als Bestandteil der medizinischen Praxis. Seit 1994 existiert eine gesetzliche Regelung, die es vorsieht, dass erfolgte Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung, wenn bestimmte Bedingungen eingehalten wurden, vom Gericht nicht verfolgt wurde. Der von der Zweiten Kammer akzeptierte Gesetzesvorschlag enthält im Wesentlichen folgende Bestimmungen:

1. Um als gesetzeskonform zu gelten, müssen die Euthanasiehandlungen gemäß „sorgfältiger medizinischer Praxis“ erfolgen. Der Wunsch nach Euthanasie muss freiwillig, überlegt und nachhaltig sein, sowie von Patienten kommen, die unerträgliches Leiden ohne Hoffnung auf Besserung durchmachen. Mehr als ein Arzt muss an der Entscheidung beteiligt sein, und sowohl Arzt als auch Patient müssen übereinstimmend der Meinung sein, dass Euthanasie die einzige angemessene Option ist.

2. Alle Fälle von Euthanasie müssen einer regionalen Kommission, die aus einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker/Philosophen zusammengesetzt ist (für jeden gibt es ein Ersatzmitglied) gemeldet, und von ihr überprüft werden.

3. Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung sind nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt durchgeführt werden, der sich an die Bedingungen in 1) gehalten und sein Vorgehen dem Amtsarzt gemeldet hat.

4. Der Totenbeschauerarzt muss seinen Bericht dem Staatsanwalt und der regionalen Euthanasie-Kommission vorlegen. Der Bericht muss aufzeigen, dass alle Anforderungen für eine legale Euthanasie erfüllt wurden. Im Falle einer schwerwiegenden Übertretung darf der Staatsanwalt sein Einverständnis für das Begräbnis oder die Einäscherung nicht erteilen, solange nicht weitere Erhebungen erfolgt sind.

5. Auch Minderjährige zwischen 12 und 16 Jahren können Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung erlangen, sofern ihre Eltern zustimmen.

6. Der Gesetzesentwurf schafft auch die gesetzliche Basis für eine vorweggenommene Euthanasie-Erklärung mit Hilfe einer Art von „Patiententestament“, wodurch ein entscheidungsfähiger Patient Euthanasie fordern kann, und zwar für den Fall, dass er entscheidungsunfähig geworden ist. Obwohl eine derartige Erklärung den Arzt nicht jederzeit zur Durchführung der Euthanasie verpflichtet, wird damit doch der legale Weg geöffnet, das Leben eines entscheidungsunfähigen Patienten zu beenden, wenn er ein solches Dokument unterschrieben hat.

Gegen diesen Gesetzesvorschlag zur Legalisierung der Euthanasie können folgenden Einwände vorgebracht werden:

1. Der Vorschlag bietet der Öffentlichkeit keinen ausreichenden Schutz. Die Straflosigkeit bei vorsätzlicher Tötung durch Ärzte ist in sich eine ernsthafte Verletzung des rechtlichen Lebensschutzes aller Bürger. Jedes Mal, wenn die Kommission in einem Fall positiv entscheidet und daher die Tötung für legal erachtet wird, hat der Staatsanwalt nur mehr sehr eingeschränkte Möglichkeiten, die Vorgangsweise des Arztes zu sanktionieren, da er den Bericht dieses Arztes gar nicht zu Gesicht bekommt. Weiters ist es durchaus denkbar, dass in Fällen,

\* Das Thema der Euthanasie in Holland wird im Aufsatz desselben Autors auf S. 31-47 ausführlich behandelt.

---

---

in denen nicht alle Gesetzesauflagen erfüllt wurden, die Erstellung eines Berichts unterbleibt, wie dies auch jetzt schon geschieht. Die angegebenen Daten stammen vom Arzt, der die Euthanasie vorgenommen hat. Deshalb könnten die Ermittlungen, ob alle Rechtsauflagen erfüllt worden sind, sehr oft retuschiert sein. Eine entsprechende Kontrolle wird unmöglich.

2. Eine derartige Legalisierung wird zu einer breiteren Akzeptanz und zu vermehrter Praxis der Euthanasie führen, was eine grundsätzliche Veränderung der Natur der Arzt-Patientenbeziehung und der palliativen Sterbebegleitung bewirkt. Wenn einmal die Euthanasie zur legalen Option geworden ist, wird ein todkranker oder ein von Leiden gepeinigter Patient sich rechtfertigen müssen, wenn er nicht nach Euthanasie verlangt. Der Fall BRONGERSMA, der sich erst kürzlich ereignete, demonstriert die Dehnbarkeit des Begriffs „unerträgliches Leiden“, aufgrund dessen unzählige Menschen diesem Druck ungeschützt ausgeliefert sind. (BRONGERSMA, ein 86 Jahre alter Mann, verlangte und erhielt Beihilfe zur Selbsttötung, weil er der Ansicht war, sein Leben wäre sinnlos und eine zu schwere Last geworden. Der Arzt wurde vom Gericht freigesprochen, siehe BMJ 2000, 321:1174). Gleichzeitig wird die Legalisierung der Euthanasie die Bemühungen und die Kreativität derer unterminieren, die sich im Bereich der Palliativmedizin um einen Terminalpatienten bemühen. Diese nicht beabsichtigten Folgen scheinen in einem Gesundheitswesen, das durch wachsende Kosten und die Notwendigkeit einer Auswahl angesichts der Ressourcen gekennzeichnet ist, unvermeidbar.

3. Die legalisierte Euthanasie ist mit der grundsätzlichen Rolle des Arztes als Heiler nicht vereinbar. Da diese Rolle und das Maß der Befugnis eines Arztes gesetzlich geregelt sind, hat eine solche grundsätzliche Befugnisänderung des Arztes Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und kann nicht bloß als Privatangelegenheit zwischen Arzt und Patient gelten.

4. Wenn man die Euthanasie für Minderjährige ab 12 Jahren akzeptiert, überschätzt

man deren Fähigkeit, Bedeutung und Konsequenzen ihres Sterbewunsches abschätzen zu können. Dies stellt für junge Menschen eine unzumutbare Belastung dar.

5. Die Legalisierung der Euthanasie-Erklärung, die einem zurechnungsfähigen Patienten die vorweggenommene Forderung nach Euthanasie erlaubt, falls er später einmal unzurechnungsfähig werden sollte, bewirkt eine Ausweitung der Bedingungen, ausgehend vom Begriff „unerträgliches Leid“ hin zu „Verlust der Würde“. Weiters würde das den Druck auf den Arzt verstärken, das Leben des Patienten zu beenden, sobald der Patient schwer geistig behindert geworden ist, und dies umso mehr, wenn die Angehörigen des Patienten darauf bestehen. Eine derartige Praxis würde die Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Euthanasie verwischen. Kein Wunder, dass die „Niederländische Vereinigung für Pflegeärzte“ ihre Unzufriedenheit mit diesem Teil des Gesetzesvorschlags geäußert hat.

Die verantwortlichen Minister haben in der Parlamentsdebatte zwar eingeräumt, dass ein Arzt, der nicht bereit ist Euthanasie auszuüben, wenn ein Patient darauf besteht, nicht verpflichtet werden kann, den Fall an einen bereitwilligen Kollegen weiterzuleiten. Der Arzt wird aber jedenfalls unter Druck kommen, die Euthanasie entweder doch selbst durchzuführen oder sie einem Kollegen zu überlassen. Falls beide die Euthanasie nicht anwenden wollen, dürften sie in Schwierigkeiten kommen, sofern sie nicht bereits in einer Frühphase der Krankheit angedeutet haben, dass sie gegen eine Euthanasie optieren. Außerdem werden Personen, die im Gesundheitswesen tätig und gegen die Euthanasie eingestellt sind, es schwerer haben eine Stelle in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens zu erhalten.

*Prof.Dr. Henk JOCHEMSEN  
Direktor des Prof.Dr. G.A. LINDEBOOM Instituts  
für medizinische Ethik  
Postbus 224  
NL - 6710 BE Ede*



## SCHWERPUNKT

---

# Der Umgang mit Sterben und Tod – Verdrängung des Sterbens

Ursula LEHR

### ZUSAMMENFASSUNG

*Während in früheren Jahrhunderten Sterben und Tod zum Alltag gehörte, man erlebte, wie Menschen jeden Alters gestorben sind, ist – zumindest in den westeuropäischen Ländern – während des 20. Jahrhunderts eine Verdrängung bzw. Tabuisierung von Sterben und Tod erfolgt. Gestorben wird meist erst in einem hohen Alter, zu 80% in einem Krankenhaus, obwohl sich Sterbende zumeist ein Lebensende in der vertrauten Umgebung zu Hause wünschen. Die Hospizbewegung hat am Ende des letzten Jahrhunderts diese Thematik aufgegriffen und eine würdevolle Sterbebegleitung zum Thema gemacht: wie kann dem Sterbenden und seinen Angehörigen geholfen werden, ohne das Leben künstlich zu verkürzen. Noch sind Ärzte und Pflegepersonal in der Begleitung Sterbender nicht hinreichend geschult. Auf die Individualität des Sterbens wird hingewiesen, ebenso auf interindividuelle Unterschiede bei der Trauerarbeit. Die Problematik einer „Patientenverfügung“ wird kurz angesprochen: Entscheidungen, in gesunden Tagen für etwaige Problemsituationen („Intensivstation“) getroffen, werden in der Situation selbst oft in Frage gestellt.*

**Schlüsselwörter:** Sterben und Tod in früheren Zeiten und heute, Einstellung und Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal, Sterbebegleitung, Hospizbewegung, die Individualität des Sterbens

### ABSTRACT

*Whereas in former centuries dying and death belonged to the every-day experiences and one perceived how men of any ages died, there is to be observed a repression or tabuization of dying and death during the 20<sup>th</sup> century. Today most of the persons die in very high ages; 80% of these in a hospital although most of them would prefer to end their lives in the intimate environment of their homes. The Hospiz Movement made this problem to its main issue by developing strategies for death companionship, which helps the dying person and his family without shortening the life by artificial means. – Doctors and care-persons so far are not sufficiently trained in escorting dying persons. The individuality of the dying process is stressed, also the interindividual differences in mourning. – The paper also mentions the problem of the „patient's will“. Decisions which were made in a healthy situation for the case of emergency are questioned in the situation of need.*

**Keywords:** dying and death formerly and today, attitudes and behavior of doctors and nurses, escorting the dying person, hospice movement, individuality of dying

*Anschrift des Autors:* Prof.em.Dr.Dr.h.c. Ursula LEHR  
Am Büchel 53 B, D - 53173 Bonn

## I. Einleitung: Historische Aspekte

„Der Tod war in früheren Epochen der Geschichte eine durch Riten gebändigte Passage zwischen einem kurzen und beschwerlichen irdischen Leben und einem ewigen Leben nach dem Tod in Verdammnis oder ewiger Seligkeit. In den letzten 200 Jahren wurde die Spanne des irdischen Lebens vergrößert, zugleich ging die Perspektive auf ein Leben nach dem Tode in wachsendem Maß verloren. Die sozialen und technischen Errungenschaften haben ebenso wie die Erfolge der medizinischen Wissenschaften den Tod zu einem verdrängten Thema werden lassen“ – so 1991 einleitend zu dem Buch des Sozialhistorikers Arthur IMHOF „Ars moriendi – die Kunst des Sterbens einst und heute“.

In diesem Buch wird eine Verdrängung des Sterbens im Laufe des 20. Jahrhunderts konstatiert und u.a. darauf zurückgeführt, dass man nun nicht mehr „ein Leben lang“ gestorben ist, sondern das Sterben ins 7., 8., 9. Lebensjahrzehnt hinein verschoben wurde. „Mitten in dem Leben sind wir vom Tod umfungen“ – das galt für frühere Zeiten (zwischen 1750 und 1850 sind 67-70 von tausend Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren gestorben, heute sind es gerade noch 1,1 je tausend in dieser Altersgruppe, bei den Frauen sogar nur 0,4 je tausend). Für ganze Generationen unserer Vorfahren war es selbstverständlich, dass Sterben und Tod zu jeder Zeit eintreffen konnten: „sie lernten sterben“; sie verdrängten den Tod nicht, was angesichts seiner Allgegenwart auch schwerlich gelungen wäre. „In unseren Tagen haben wir Sterben und Tod im Säuglings-, Kindes-, Jugendlichen – und Erwachsenenalters bis hoch in die Siebziger und Achtziger wie nie zuvor unter Kontrolle gebracht, aus dem Alltag gebannt.“ – Im Alltag zwingen Sterben und Tod uns nicht länger zur Auseinandersetzung.

Ähnlich der französische Autor, Phillipe ARIES, der die „Geschichte der Kindheit“ schrieb und sinnigerweise 1975 schon ein Buch herausgebracht hat „Die Geschichte des Todes

im Abendland“. Dieses Buch liest sich geradezu spannend. Wie beruhigend ist doch die Überschrift im ersten Teil: „Wir sterben alle“. Dann wird „der gezähmte Tod“, der auf dem Sterbebett die „vertrauten Todesrituale kennt“, dargestellt. Tod ist in der Familie, in der Dorfgemeinschaft wie selbstverständlich integriert, man hat das Sterben Anderer so und sooft erlebt, man kann also das eigene Sterben – oder zumindest den zeremoniellen Ablauf – antizipieren: die äußere Form des Abschiednehmens, der Totenwache, der Beerdigung ist festgelegt, man weiß, wie alles ablaufen wird. Die Zukunft ist – zum Teil wenigstens – bekanntes Land – und dennoch: äußere Form ersetzt keinen inneren Gehalt. Die Frage sei erlaubt: Ist die Flucht in diese äußere Form manchmal nichts anderes als Hilflosigkeit, mit der man eine innere Auseinandersetzung verdrängt? Ist der „Aufruf zur Kranzspende“ nicht manchmal auch nur ein Zeichen innerer Hilflosigkeit? Und sind die „Denkmäler für die Toten“ nicht oft als Versuch der Verwandtschaft zu sehen, eigene Schuldgefühle dem Verstorbenen gegenüber abzubauen oder wenigstens zu mildern?

Das 19. Jahrhundert sieht ARIES durch die Illusion vom „schönen Tod“ bestimmt: „Aber dieser Tod ist nicht mehr der Tod, er ist eine Illusion der Kunst“<sup>42</sup>. Das gleiche Jahrhundert aber sieht der Autor als „Beginn der Lüge“, der Verdrängung des Todes, der Tabuisierung. In einer Erzählung von TOLSTOI wird die Scheu geschildert, „eine Todkranke auf die Idee des Todes vorzubereiten“, „um nicht die Illusion zu zerstören, die sie noch eine Zeit lang aufrecht erhalten möchte“. Man glaubte, bis in die 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein, dem Kranken seinen Zustand verheimlichen zu müssen.

IMHOF stellte fest: Die Tabuisierung des Todes, die Entfremdung der Sterbenden und der Toten, ist Realität. Als nach der Reformation die Kirche „mehr Respekt“ vor ihren Toten forderte, kam es zur Ummauerung, Einfriedung,

Abgrenzung der Friedhöfe – und damit zur Ausgrenzung der Toten – zuerst physisch hinter Kirchhofmauern, dann aber auch zur Verdrängung aus unserem Bewusstsein. In früheren Zeiten sei auch der Verstorbene allgegenwärtig gewesen: „Wesentliche Bereiche des öffentlichen Lebens spielten sich mit Vorliebe auf dem völlig frei zugänglichen Friedhof ab“ – wie es heute z.B. in Mexiko noch der Fall ist, wo man manchmal Familienfeste auf den Friedhof verlegt, ein Picknick auf den Gräbern kennt, um die Verstorbenen mit einzubeziehen, – wo man übrigens auch heute noch nichts dabei findet, seinen Freunden einen aus Zuckermasse hergestellten Totenschädel mit deren eingraviertem oder aufgespritzten Namen zu schenken.

## II. Tod und Sterben in unserer Zeit

Ich möchte hier nicht weiter im Detail auf die Geschichte des Todes, des Sterbens eingehen, sondern mich der Gegenwart zuwenden:

Die Institutionalisierung des Todes, die Hin- ausverlagerung des Todes aus der Familie, ist eine der großen Vorwürfe, die man unserer Gesellschaft heute macht. So hat KLASCHIK (1994) festgestellt, dass 80% aller Menschen in Deutschland in Krankenhäusern sterben, aber 90% zuhause in ihrer vertrauten Umgebung sterben wollen, dann stimmt etwas nicht. Die Hospizbewegung, Ende der sechziger Jahre (1968) nach der Gründung des St.Christopher Hospiz in London, hat mittlerweile enorm an Boden gewonnen und hat sich dieser speziellen Thematik angenommen. Hinter der Hospizbewegung steht eine vertiefte Nachdenklichkeit über den Sinn und die Würde menschlichen Sterbens, – ein Gedanke also, der sich gegen künstliche Verdrängung von Sterben und Tod richtet.

Eine Tabuisierung der Thematik Tod und Sterben war zweifellos im letzten Jahrhundert gegeben, bis KÜBLER-ROSS (1969, 1973) mit ihren Büchern und ihrer Stadien- theorie des Sterbens

die Diskussion entfachte. Auch wenn man einer solchen „Stufeneinteilung“, die wohl aus der Begleitung junger Sterbender, vor allem von Krebspatienten entstand, sehr skeptisch gegenüberstehen muss (1. Stufe: Nichtwahrhaben-Wollen, Isolierung; 2. Zorn und Auflehnung („warum gerade ich“?), 3. Verhandeln mit dem Schicksal, 4. Depression, 5. Zustimmung, Annahme des Todes) und eine Verallgemeinerung kaum möglich ist, kommt KÜBLER-ROSS doch das Verdienst zu, die Diskussion angefacht zu haben.

In den letzten 15 Jahren sind derart viele Abhandlungen über Tod und Sterben erschienen, dass man kaum mehr von einer „Verdrängung“ des Sterbens sprechen kann. Doch, obwohl es mittlerweile „death education programs“ gibt, obwohl in den USA eine Zeitschrift „Death and Dying“ herausgegeben wird, wird man fragen müssen, ob der Umgang mit Sterben und Tod ein besserer geworden ist.

„Handreichungen für den Umgang mit Sterbenden“ (Paul SPORKEN, 1981, Ina SPIEGEL-RÖSING und Hilarion PETZOLD, 1984, SCHMITZ-SCHERZER, 1992) sind zahlreich erschienen, neuerdings ein sehr gutes praxisorientiertes Buch von Birgit STAPPEN und Reinhard DINTER: „Hospiz: Was Sie wissen sollten, wenn Sie sich engagieren wollen“, erschienen im Herder-Verlag 2000.

Zweifellos gilt: eine reale Sicht der Lebenssituation im höheren Alter sollte auch die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Daseins nicht scheuen. Die psychologische Literatur zum Todesproblem ist in den letzten 30 Jahren sehr angestiegen, ist sehr umfangreich. Die meisten Untersuchungen gehen allerdings der Frage der Einstellung zum Tod nach oder dem Verhalten der Umwelt gegenüber den Sterbenden.

Methodisch abgesicherte Untersuchungen an Menschen in ihrer allerletzten Lebensphase verbieten sich zumindest jenen verantwortungsbewussten Forschern, die mit Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben stehen. Hier sollte sich die empirische Wissenschaft ihre Grenzen eingestehen – auch im Zeitalter des „Big Brothers“! Der

Sterbende selbst als Gegenstand psychologischer, experimenteller Untersuchungen, Befragungen, Testungen oder gar Video-Aufnahmen und Tonbandprotokollen übereifriger methodenbewusster Forscher – das lehne ich ab. Das Sterben eines Menschen ist etwas so Einmaliges, dass sich jede Generalisierung verbietet. Der Sterbeprozess in seiner Endphase entzieht sich – Gott sei Dank – dem strengen wissenschaftlichen Zugriff.

### III. Der Beitrag der Psychologie zur Thematik Sterben und Tod

Die Psychologie als „Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten“ hat zunächst zu fragen

- wie erlebt der Mensch die Situation des Lebendenden
- wie verhält er sich in dieser oder angesichts dieser
- und was sind die Gründe für dieses Erleben und Verhalten.

Die Psychologie hat aber dann weiter zu fragen: welche Konsequenzen sind aus diesen Erkenntnissen zu ziehen, wie kann man intervenieren, wie kann man helfen, dem Sterbenden die Situation zu erleichtern.

Wir haben hier einmal die Situation vom Sterbenden selbst aus zu sehen, sodann von Arzt und Pflegekräften aus, auch von dem begleitenden Geistlichen aus und vor allem von den Angehörigen her.

Untersuchungen aus der Sicht des Sterbenden sind selten. Es sind eher Untersuchungen zur Einstellung zur Endlichkeit des Daseins, meist durchgeführt an Menschen, für die das Lebensende noch nicht Realität wird.

#### 1. *Tod und Sterben aus der Sicht der Älteren: Die Individualität des Sterbens*

„Jeder Mensch hat seinen eigenen Tod“ (RILKE), jeder Mensch hat seine ihm ureigenste Art, den letzten Weg seines irdischen Daseins zu ge-

hen. Der Tod ist die letzte „developmental task“, die letzte Entwicklungsaufgabe (HAVIGHURST), die jedes Individuum für sich zu meistern hat. Wir können uns vielleicht auf diese Entwicklungsaufgabe (genau wie auf alle anderen Entwicklungsaufgaben wie Partnerwahl, Familiengründung, empty-nest-Situation, Pensionierung, Verwitwung u.dergl.mehr) vorbereiten, indem wir diese Situation antizipieren und nicht als Unangenehmes von vorneherein verdrängen. Der Theorie nach müsste eine Antizipation der Situation die Auseinandersetzung mit dieser in der konkreten Situation erleichtern. Das trifft zweifelsohne für die Familiengründung, die Entbindung, die empty-nest-Situation, die Scheidung, die Pensionierung, den Umzug ins Altenheim zu. Für diese Situationen ist – wie Untersuchungen gezeigt haben – die konkrete gedankliche Vorwegnahme nachgewiesenermaßen eine Hilfe, welche die Anpassung an die neue Situation erleichtert. – Ob das allerdings auch für das Sterben zutrifft, kann ich Ihnen nicht sagen. Über das Sterben reden oder das eigene Sterben bis in alle Einzelheiten zu antizipieren, das ist zweierlei.

Die Formen der Auseinandersetzung mit der Todesproblematik sind jeweils andere, ob es sich noch um relativ rüstige ältere Menschen – selbst sehr hohen Alters – oder um Patienten handelt, die an einer schweren Krankheit leiden. In der Auseinandersetzung nicht akut erkrankter Hochbetagter mit der Thematik „Tod und Sterben“ fand SCHNEIDER (1989) eine starke Realitätsorientierung und Selbstbehauptung, d.h. eine geradezu forcierte Unterstreichung der Selbstverständlichkeit der Tatsache, dass alle Menschen einmal sterben müssen. Den Tod nimmt man hin, den Sterbeprozess, das Leiden, fürchtet man.

Vielleicht lässt sich aber auch eine andere Erkenntnis aus der „developmental-task“-Forschung in gewisser Weise übertragen. Jedes kritische Lebensereignis (zu dem auch der Tod bzw. das Sterben Angehöriger gehört) wird von jedem Individuum unterschiedlich erlebt



- je nach der eigenen Vergangenheit, nach biografischen Gegebenheiten
- je nach den gegenwärtigen situativen Bedingungen
- je nach Zukunftsorientierung

Das heißt: die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben wird einmal mit bestimmt vom bisherigen Leben (von Todeserfahrungen, aber auch von Lebenserfahrungen: dem Gefühl, seine Lebensaufgaben erfüllt zu haben, einen „geordneten“ Haushalt zu hinterlassen), zum anderen auch von der konkreten gegenwärtigen Situation: den krankheitsbedingten Umständen, aber auch von familiären-sozialen Beziehungen; schließlich von der Zukunftsorientierung, dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod. – „Sterben lernen“ heißt eigentlich „leben lernen“. Das hat der Tübinger Psychiater SCHULTE klar ausgedrückt, wenn er sagt: „Belastend für den Alternden ist nicht so sehr, dass er gelebt hat und mit der Zeit auf dieses Leben verzichten muss, sondern belastend für den Einzelnen ist, dass man gerade nicht gelebt hat, nicht richtig, nicht ernst genug, nicht erfüllt genug, dass man überhaupt nicht gelebt hat und das Angebot des Lebens vertan ist, bevor es sich überhaupt erst hat entfalten können“<sup>3</sup>. Auch das macht den Vergangenheitsaspekt deutlich.

Das Sterben erleichtern helfen, heißt auch, bei einem Rückblick dem Sterbenden klar werden zu lassen, dass er gelebt hat, dass sich sein Leben gelohnt hat, ihm bei einer positiven Bilanzierung helfen, außerdem ihm zeigen, dass in der gegenwärtigen Situation alles geregelt ist (bzw. ihm bei dieser Regelung zu helfen), dass er getrost Abschied nehmen kann in eine andere Zukunft.

Eine der wenigen Studien, die Sterbende begleitet haben, ist jene von KRUSE (1988). Ein Team der ambulanten Rehabilitation, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Therapeuten, begleitete schwerkranke Patienten über mehrere Wochen und Monate. So gelang es KRUSE, die Vielfältigkeit der Ausein-

andersetzungsfornen mit dem bevorstehenden Lebensende aufzuzeigen. Er unterschied – bei Betonung großer interindividueller Differenzierungen – 5 Gruppen:

1. Akzeptanz des Sterbens und des Todes bei gleichzeitiger Suche nach jenen Möglichkeiten, welche das Leben noch bietet.
2. zunehmende Resignation und Verbitterung, die das Leben als Last empfinden lässt;
3. Überwindung bzw. Minderung der Todesangst durch Gewinnung eines neuen Lebenssinns;
4. Bemühen, die Bedrohung der eigenen Existenz nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen;
5. Überwindung tiefer Depression mit Hilfe von Angehörigen und Freunden und schließliches Sichfügen in das Unvermeidliche.

Jede dieser Verlaufsformen ist durch spezifische biografische Konstellationen, ein jeweils spezifisches soziales Netzwerk und eine aus diesen Rahmenbedingungen resultierende Thematik charakterisiert. Dabei ist diese „Typologie“ nur als Instrument der Annäherung an die hohe Individualität des Sterbeprozesses und insbesondere auch an die „Individualität des Arzt-Patienten-Kontaktes“ zu sehen.<sup>4</sup>

## 2. Der Arzt und der Sterbende

Unheilbare Krankheit und Sterben im höheren Lebensalter waren nicht immer Gegenstand ärztlichen Bemühens. Die Ärzte der Antike haben es weitgehend abgelehnt, unheilbar kranke Menschen zu behandeln. In den ersten christlichen Hospitälern Anfang des 4. Jahrhunderts wurden erstmals chronisch kranke und altersschwache Menschen gepflegt. Hier war die seelsorgerische und pflegerische Betreuung dominant, die ärztliche Behandlung spielte kaum eine Rolle.

Erst im 19./20. Jahrhundert wandte sich die Medizin verstärkt den Alten zu. „Der Glaube daran, dass dann, wenn man die Errungenschaften der technischen Medizin konsequent

einsetzt, ein beschwerdefreies langes Leben und ein problemloses Altern und Sterben zu erreichen sei, führte zur Einrichtung der einseitig auf die technische Bekämpfung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichteten Krankenhäuser, in denen Unheilbarkeit und Tod nicht vorgesehen sind.“<sup>5</sup>

Auch heute gilt: der Arzt wird ausgebildet zum Heilen, zum Gesundmachen – und nicht zum Sterbebegleiter. Der Arzt arbeitet für die Genesung und das Lebenserhalten – wie es ein Arzt selbst einmal ausdrückte: „Ich bin für die Heilbaren wichtiger und mehr da als für die Unheilbaren. Ich lege vielleicht Lippenbekenntnisse ab für die Unheilbaren, dass die also besonders meine Hilfe brauchen. Aber im Grunde fühle ich mich den Heilbaren mehr verpflichtet“.<sup>6</sup>

Probleme des ärztlichen Umgangs mit Sterbenden sind folgende:

1. Es gibt keine Ausbildung im Studium in der Begleitung Sterbender;

2. Ärzte erleben das Sterben als Misserfolg ihres beruflichen Könnens;

3. Daraus ableitbar: obwohl sie wissen, dass der Sterbende mehr Zuwendung braucht, meiden sie vielfach das Zimmer des Sterbenden;

4. Die Aufklärung über die Unheilbarkeit der Krankheit macht Ärzten Schwierigkeiten; der Aufklärungspflicht entsprechend teilen sie zwar die Diagnose mit, machen aber nicht deutlich, dass es sich um ein Terminalstadium handelt. Ihre „hoffnungsvolle Haltung“ verhindert die Antizipation beim Kranken und seinen Angehörigen;

5. Oft verurteilen Ärzte „die Bequemlichkeit der Familienangehörigen“, die nicht genug anwesend sind und die Sorge um den Sterbenden an die Institution abgeben (als Entlastungsfunktion);

6. Die notwendige Hilfe für die Angehörigen nach dem Tod bleibt oft aus – z.T. aus eigener Unsicherheit.

GLASER et. al. (1978) fand die Bestätigung der These, dass der Patient „einen sozialen Tod“ er-

leide, längst bevor der eigentliche Tod eintrete. Man gebe zwar medizinisch die notwendige Hilfe, meide aber verstärkte Zuwendung. Hier – so fand man – werden ältere Sterbende besonders wenig beachtet, während man bei jüngeren Sterbenden stärker Anteil nehme. Offenbar stelle sich der Arzt oft unbewusst die Frage: *welch ein Verlust bedeutet der Sterbende für seine Umwelt.* – EISDORFER bezeichnete den Arzt in einer solchen Situation als „decision maker“; er hat manchmal schwerwiegende Entscheidungen zu treffen (lässt man dem Jüngeren oder dem Älteren die begrenzte Hilfe zukommen – wie es bis vor 10 Jahren in der damaligen DDR bereits bei den wenig vorhandenen Dialyse-Möglichkeiten der Fall war, so dass ein Arzt sich bei mir beklagte: „es ist schrecklich, wir müssen immer Schiedsrichter spielen“) – Entscheidungen, für die der Arzt – in Altersfragen speziell – nicht hinreichend ausgebildet sei.

Nach MISCHKE (1996) gibt es in der modernen Krankenhaus-Kultur eine spezifische Rollenerwartung an den Sterbenden, nämlich „ohne Aufhebens so problemlos wie möglich“<sup>7</sup> zu verschwinden. Unter Berufung auf GLASER und STRAUSS (1974) meint sie, Arzt und Schwestern seien dankbar, wenn Patienten den Tod „mit stiller Resignation hinnehmen“. Offenbar ist der „stille“ Sterbende das Ideal, das man herbeisehnt.

### *3. Das Pflegepersonal im Krankenhaus und der Sterbende*

In verschiedenen Publikationen wird hervorgehoben, dass Krankenschwestern um die Zimmer von Sterbenden – und ganz besonders um jene von älteren Sterbenden – lieber einen großen Bogen machen, sie weniger besuchen – aus Hilflosigkeit und Unsicherheit – und das dann vor sich selbst entschuldigen mit dem Hinweis, der Patient wolle seine Ruhe. Hingegen erhalten die attraktiven, aktiven Patienten, die eine Zuwendung von Schwestern vielleicht weniger notwendig haben, den häufigsten und längsten

Besuch und größten Zuspruch. Auch hier gilt: Der Mensch stirbt einen sozialen Tod längst vor seinem biologischen Tod. Doch vor Verallgemeinerungen möchte ich hier mit Nachdruck warnen. Hinzuweisen ist vielmehr

1. auf die fehlende praxisbezogene Ausbildung im Hinblick auf Sterbebegleitung; die Phasen nach KÜBLER-ROSS, die man vielleicht auswendig gelernt hat, reichen da nicht aus.

2. In der Konfrontation mit dem Sterbenden steht die Schwester oft allein da, kann ihre Erfahrungen nicht verarbeiten.

3. Die Konfliktsituation der Schwester, die nicht befugt ist, die „Wahrheit“ zu sagen.

4. Besonders problematisch für die Schwestern sei der Umgang mit alten Sterbenden. Im Umgang mit Kindern und jungen Sterbenden hat man eine viel größere Anteilnahme festgestellt.

5. Für den Umgang mit trauernden Angehörigen ist die Schwester erst recht nicht geschult.

Ähnliche Feststellungen machte SCHMITZ-SCHERZER (1982) im Hinblick auf Altenpfleger und den Umgang mit Sterbenden. Auch hier fehlt es oft an der Vorbereitung in der Ausbildung; außerdem schlage hier zu Buche, dass der Altenpfleger, der den Sterbenden meist seit längerer Zeit kennt, oft persönlich betroffen sei „wegen der langfristigen Vertrautheit mit dem Sterbenden, welche familienähnliche Bindungen entstehen ließ“. SCHMITZ-SCHERZER spricht hier von einem „Mitsterben“, das dann die Zuwendung zu den anderen Heimbewohnern manchmal erschwert.

#### 4. Der Geistliche und der Sterbende

Die meisten katholischen Krankenhausseelsorger sind selbst älter als 60 Jahre; oft werden Krankenhäuser nur nebenamtlich von Pfarreien mitversorgt – so dass eine echte Sterbebegleitung schon aus Zeitgründen nur eingeschränkt möglich ist. Ein hauptamtlicher Krankenhausseelsorger hat zwischen 800 und 1200 Betten zu betreuen. Folgende Probleme ergeben sich:

1. Aufwendige Sterbebegleitung ist oft aus Zeitgründen nicht möglich;

2. Der Besuch des Geistlichen wird oft als Zeichen des herannahenden Endes gedeutet. Die Krankensalbung, die letzte Ölung wird von vielen Kranken nicht als Stärkung aufgefasst („so schlimm ist es mit mir doch noch nicht“).

3. Das Sterben selbst wird vom Geistlichen äußerst selten miterlebt. Nur wenn sie von Angehörigen gebeten werden.

4. Die Gesprächsinhalte betreffen vielfach die momentane Krankheit, Schmerzen, vielleicht noch Familienprobleme; sie seien meistens, oberflächlich gesehen, säkularer Art. Dabei möchte mancher Kranke sein „Leben noch in Ordnung bringen“.

5. Die rechte Ansprache an die Trauernden glückt nicht immer.

#### 5. Die Angehörigen und der Sterbende

Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Sterbende oft eher bereit ist, den Tod anzunehmen, dass er selbst darüber reden möchte, dass aber die Familie oft nicht zu einem Akzeptieren dieser Situation zu bringen ist.

Interessant und problematisch ist das Ergebnis einer Erhebung von BROWN (1969), wonach sich 38% der Patienten für eine Euthanasie im Sinne der Linderung der Leiden, auch wenn dadurch das Leben verkürzt wird, aussprechen, jedoch sogar 54% der Verwandten. „Ist es bei ihnen wirklich Mitleid mit dem Leidenden – oder ein Nicht-Ertragen-Können der Situation?“ wird hier gefragt.

Dem bei einem längeren Sterbeprozess zuhause stets anwesenden Partner wird einiges abverlangt – und er braucht Unterstützung durch die Umwelt. Er braucht jemanden, mit dem er seine einmaligen Erfahrungen in der Situation, die Reaktionen des vielleicht sogar verwirrten Sterbenden, bespricht, um selbst „zu verarbeiten“ und so für die nächsten Stunden gerüstet zu sein. Oft spricht der Sterbende in Phantasien, in Traumbildern, – die es zu deu-

ten gilt und auf die man vielleicht reagieren sollte. Der Angehörige braucht Hilfe für eine realistische Antizipation des Todes. Der Angehörige braucht vor allem aber Beistand, wenn das – auch erwartete – Ereignis eingetreten ist und er jetzt erst merkt, in wie vielfältiger Weise sich das Leben ändert.

#### IV. Sterbebegleitung

Es ist wohl mit ein Verdienst der Hospiz-Bewegung, die Thematik der Sterbebegleitung stärker in den Vordergrund der Diskussion zu rücken. In dem gerade eben erschienenen Buch von Birgit STAPPEN (2000) werden sehr deutlich Aufgaben der Sterbebegleitung herausgearbeitet<sup>8</sup>, wobei immer wieder die Individualität des Sterbens betont wird. Es gilt,

- die Autonomie des Sterbenden zu achten;
- Leben bis zuletzt zu ermöglichen;
- den Sterbenden und seine Angehörigen als Mitglieder einer Familie zu sehen;
- die bewusste Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens zu fördern;
- Gefühle des Sterbenden zu akzeptieren und zu klären;
- ein vertieftes Anteilnehmen zu erlernen;
- Sozialberatung zu vermitteln und
- in spirituellen und religiösen Fragen zu begleiten.

Es gilt, die Ängste des Sterbenden zu verstehen, die sehr vielseitig sein können und nach Möglichkeit zu helfen, diese zu mindern.<sup>9</sup> Diese Ängste können sich auf die eigene Person beziehen oder auf andere Menschen. Auf die eigene Person bezogen sind es Ängste „vor dem eigenen Sterben, vor körperlichem Leid, vor Demütigung, vor dem Verlust persönlicher Würde, vor Einsamkeit, vor dem eigenen Tod, vor dem Aufgeben wichtiger Ziele, vor den Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen, vor Bestrafung im Jenseits, vor dem Unbekannten, vor der Vernichtung des eigenen Körpers.“

Der Sterbende hat Verluste zu verarbeiten. Auch diese können sich auf unterschiedlichste Inhalte beziehen; zum Beispiel „auf den Verlust der vertrauten Menschen, auf den Verlust der sozialen Situation, auf den Verlust der Rolle innerhalb der Familie, auf den Verlust von Arbeit, Prestige, Einkommen und Aufgabe, auf den Verlust von Fähigkeiten, Lebenszielen, Plänen und Klärungsmöglichkeiten, auf den Verlust von Hoffnung, Sinn, Vergangenheit und Zukunft ...“<sup>10</sup>

Eine wesentliche Aufgabe der Hospizarbeit ist die Begleitung der Familienangehörigen. Dabei geht es einmal um sehr praktische Fragen (Hilfen bei der Beschaffung von Hilfsmitteln und Prothesen, bei der Koordination von Pflegediensten, bei der Finanzierung von Hospizaufenthalten bis hin zu Hilfen bei Bestattungsfragen, Finanzierungs- und Rentenfragen).<sup>11</sup>

Sehr entscheidend ist aber auch die Hilfe bei der Bewältigung und Anpassung an die neue Lebenssituation und Anpassung an die Verwitwung. Die hierzu vorliegende Literatur ist sehr umfangreich.<sup>12</sup> STAPPEN selbst hat verwitwete ältere Frauen begleitet und deren Situation zu drei Zeitpunkten erfasst: unmittelbar nach dem Tod des Partners, ein halbes Jahr später und ein Jahr nach dem Tod. Im Mittelpunkt des Erlebens des Partnerverlustes stand die eigene Ohnmacht, der hohe Grad erlebter Unveränderlichkeit der Situation, der hohe Grad subjektiver Belastung. Allerdings gibt es hier sehr starke interindividuelle Unterschiede: Diejenigen älteren Witwen, die ihre Ehe als harmonisch und „gelingen“ erlebten, konnten sich an die neue Situation schneller anpassen, als jene, die ihre Ehe als problematisch und schwierig erlebt hatten.

Zusammenfassend stellt STAPPEN (1988) fest: „Eine erfolgreiche Bewältigung und Anpassung an die Verwitwung ist dann eher möglich, wenn

- die Ehe partnerschaftlich ausgerichtet war und Raum ließ für die Entwicklung von Eigen-

ständigkeit in der Bewältigung des Lebensalltags;

- über die Lebensgemeinschaft hinaus eine persönliche Identität erreicht wurde, die dem Hinterbliebenen das Alleinsein nun erleichtert;

- die Partnerschaft als „gut“ bezeichnet wird und Anzeichen „konstruktiver Strategien“ zur Konfliktlösung vorhanden sind;

- eine Möglichkeit zur Antizipation des Partnerverlustes gegeben war und zuvor eine bewusste Auseinandersetzung mit der Endgültigkeit und Endlichkeit des Daseins erfolgt ist;

- der Tod und die damit gegebene Veränderung der Lebenssituation akzeptiert wird und sich Anzeichen für eine innere Loslösung vom Verstorbenen finden;

- eine gewisse Vertrautheit mit durch Tod bedingten Verlusterfahrungen vorhanden ist und bereits zuvor der Verlust eines nahen Angehörigen durchlitten und überwunden worden ist;

- der Hinterbliebene finanziell von anderen unabhängig ist und in zwischenmenschlichen Beziehungen lebt, die durch ein Gleichgewicht des Austauschs von Geben und Nehmen gekennzeichnet sind.“

Weitere Hinweise auf erfolgreiche Anpassung sind gegeben

- bei relativ stabiler objektiver und subjektiver Gesundheit,

- Zufriedenheit im Hinblick auf die Kongruenz erstrebter und erreichter Lebensziele;

- Vorhandensein eines breiten Interessensradius und erhöhter sozialer Aktivität;

- Berufstätigkeit bzw. ehrenamtlicher Übernahme von fest umrissenen Aufgaben (mit hinreichender Strukturierung des Tageslaufs);

- erlebter sozialer Eingebundenheit und Unterstützung.

## Schlussbemerkung

Die Thematik „Umgang mit Sterben und Tod“ hat viele Aspekte, von denen ich nur einige aufgreifen konnte. Ausgespart habe ich die Euthanasie-Debatte, der der morgige Tag ge-

widmet ist; ausgespart habe ich auch die Thematik der „Patientenverfügung“. Hierzu nur kurz soviel: In relativ gesunden Tagen getroffene Entscheidungen (z.B. keine Lebensverlängerung in der Intensiv-Station) werden häufig in der Situation selbst nicht mehr aufrecht erhalten. Studien an Patienten, welche die Intensiv-Station überlebt haben, zeigen einmal, wie stark oft diese Situation miterlebt wird, auch wenn man für „im Koma“ gehalten wurde (und dennoch das Gespräch zwischen des Ärzten und Schwestern „aus dem wird nichts mehr“ mitbekommen hat), zeugen zum anderen von Ängsten, dass die Apparate – der eigenen Verfügung entsprechend – abgestellt werden.

1982 ist ein Buch unter dem Titel „Mysterium mortis“ erschienen (L. BOROS). Das Geheimnis des Todes. Darin heißt es: „Unsere Wissenschaft kann den Vorgang des Sterbens beobachten, sogar vermessen und beschreiben. Aber in den Blick und in den Griff bekommen wird man das Ganze des Sterbens nicht. Gerade hier tut sich eine Grenze auf, wo man spürt, dass man an eine andere Wirklichkeit stößt, wo man nicht mehr weiß, wie es weitergeht. Wir stehen vor dem Geheimnis.“<sup>13</sup>

Und bei GUARDINI heißt es: „Altwerden heißt, dem Tod nahekommen, je älter, desto näher. In dieser Nähe tritt das Urgestein des Daseins hervor. Die Urfragen erheben sich: Ist der Tod die Auflösung ins Leere oder der Durchschritt ins Eigentliche? Darauf gibt nur die Religion Antwort.“<sup>14</sup>

Und an anderer Stelle heißt es bei GUARDINI: „Denn auch das Alter ist Leben ... Wohl bedeutet es die Annäherung an den Tod; aber auch der Tod ist ja noch Leben. Er ist nicht nur ein Aufhören und Zunichtwerden, sondern trägt einen Sinn in sich. Denken wir an die Doppelbedeutung, die das Wort „Enden“ hat, und die in der Verbindung mit dem Eigenschaftswort „voll“ zutage tritt. „Voll-enden“ heißt wohl, zu Ende bringen, aber so, dass sich darin das erfüllt, worum es geht. So ist der Tod nicht das Nullwerden, sondern der Endwert des Lebens – etwas, das

unsere Zeit vergessen hat. Die Alten haben von der „ars moriendi“ gesprochen, von der Kunst des Sterbens, und damit sagen wollen, es gäbe ein falsches und ein richtiges Sterben: das bloße Ausrinnen und Zu-Grunde-Gehen – aber auch das Fertig- und Voll-Werden, die letzte Verwirklichung der Daseinsgestalt.“

#### Referenzen

1. IMHOF, A., *Ars moriendi – die Kunst des Sterbens einst und heute*, Böhlau, Wien (1991), S.12
2. ARIES, P., *Die Geschichte des Todes*, dtv, München (1999), S. 601
3. SCHULTE, (1971) S.82f
4. KRUSE, A., *Die Auseinandersetzung älterer Menschen mit chronischer Krankheit, Sterben und Tod*. In: KRUSE, A., LEHR, U., OSWALD, F., ROTT, C. (Hrsg.), *Gerontologie: wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis*, Bayerischer Monatsspiegel, München (1988), S.413
5. EIBACH, U., *Der verdrängte Tod. Theologische Beiträge*, (1975)
6. SCHMITZ-SCHERZER, R., BECKER, K.F., *Einsam sterben – warum? Anregungen zur kirchlichen Selbstbestimmung*, Vincentz, Hannover (1982), S.39
7. MISCHKE, M., *Der Umgang mit dem Tod*, D. Reimer, Berlin (1996), S.235
8. Vgl. STAPPEN, B., DINTER, R., *Hospiz: was sie wissen sollten, wenn sie sich engagieren wollen*, Herder, Freiburg (2000), S.15
9. Vgl. ebd., S.33
10. Vgl. ebd., S.35
11. Vgl. ebd., S.41
12. Vgl. LEHR, U., *Psychologie des Alterns*, 9. völlig neu bearbeitete Auflage (2000), Quelle & Meyer Heidelberg/Wiesbaden (1.A.1972), S.278ff
13. BOROS, L., *Mysterium mortis*, (1982), S.17
14. GUARDINI, R., *Die Lebensalter*, Würzburg (1957)

# Recht auf Leben – Recht zu sterben

## Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende

Eberhard SCHOCKENHOFF

### ZUSAMMENFASSUNG

*Die gegenwärtige Euthanasiediskussion geht häufig von einer doppelten Voraussetzung aus: Einerseits wird die Forderung einer gesetzlichen Freigabe auch der aktiven Euthanasie mit dem Selbstbestimmungsrecht des Sterbenden begründet, andererseits werden die dagegen vorgebrachten Einwände auf ein religiöses Menschenbild zurückgeführt, das in einer pluralistischen Gesellschaft keine allgemeine Verbindlichkeit beanspruchen könne. Demgegenüber zeigt der Autor auf, dass die ethische Argumentation zugunsten der Euthanasie von verdeckten anthropologischen Prämissen lebt, die der realen Situation schwerkranker und sterbender Patienten nicht gerecht werden. Neben der Kritik an einem Menschenbild, das Selbstbestimmung, Autonomie und Unabhängigkeit einseitig ins Zentrum rückt, erläutert er die Aufgabe der Annahme des eigenen Todes und den Sinn der Unterscheidung von aktiver und passiver Euthanasie für das Arzt-Patient-Verhältnis.*

**Schlüsselwörter: Selbstbestimmung, aktive Euthanasie, passive Euthanasie**

### ABSTRACT

*The present Euthanasia discussion is often based on two suppositions: on the one hand legalizing active Euthanasia is demanded as the result of the right to self determination of the person who is deadly ill, on the other hand arguments against the legalization are presented as being based on a religious view of the human person and these argument can not be generally accepted in today's pluralistic society. The author shows us that the pro-argumentation is founded on subtle anthropological suppositions which in no way relate to the real situation of dangerously ill or dying person. Besides criticizing the lopsided view of the human person based solely on self determination, autonomy and independence, he also explains the need of accepting ones own mortality as well as the need and sense of differentiating between active and passive Euthanasia for the patient-doctor relationship.*

**Keywords: self determination, active euthanasia, passive euthanasia**

*Anschrift des Autors: Prof. Dr. Eberhard SCHOCKENHOFF, Institut für system. Theologie  
Albert-Ludwig Universität, Werthmannplatz 3, D - 79085 Freiburg*

Wer das Denken der Menschen beeinflussen will, muss versuchen, Macht über ihre Sprache zu gewinnen. Die aktuelle Euthanasiedebatte liefert ein sprechendes Beispiel für die Richtigkeit dieses Grundsatzes. Die Befürworter einer Legalisierung ärztlicher Tötungshandlungen verfahren nach einer doppelten Devise, um die Akzeptanzchancen ihrer Position in der öffentlichen Meinung zu erhöhen: Zum einen unterlaufen sie die notwendigen Unterscheidungen von aktiver und passiver Euthanasie, von Sterbenlassen und Töten, um so unterschiedliche Handlungskonstellationen wie Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch, hoch dosierte Schmerztherapie unter Inkaufnahme einer möglichen lebensverkürzenden Wirkung, Beihilfe zum Suizid und einvernehmliche oder nicht-einvernehmliche Tötungshandlungen unterschiedslos der Sammelbezeichnung „Sterbehilfe“ zuzurechnen. Zum anderen versuchen sie emotional positiv besetzte Grundworte der moralischen Sprache wie Mitleid, Selbstbestimmung und Autonomie auf einen ihren Zielsetzungen entsprechenden Sprachgebrauch festzulegen.

Im Rahmen einer solchen Strategie semantischer Politik kommt dem Begriff des „eigenen“ Todes zentrale Bedeutung zu. Dieses Wort weckt bei allen Menschen positive Assoziationen. Obwohl ihnen der eigene Tod von allen Ereignissen ihres Lebens am wenigsten vertraut ist, möchte niemand einen „fremden“ Tod sterben. Während man seit Rainer Maria RILKES Protest gegen den anonymen Krankenhaustod unter dem „eigenen“ Tod das persönlich und bewusst angenommene Sterben verstand, soll dieser Begriff nun das Recht postulieren, Art, Zeitpunkt und Umstände des eigenen Todes selbst zu bestimmen und sich dazu der Mithilfe des ärztlichen Berufsstandes oder des medizinischen Pflegepersonals unserer Krankenhäuser zu bedienen.

Dagegen wird die Rede vom eigenen Tod in den folgenden Überlegungen im Sinn ihrer ursprünglichen Wortbedeutung gebraucht. Danach kann ein humaner Sterbebeistand allein

dem Ziel dienen, dem Sterbenden Raum für seinen eigenen Tod im Sinne des ihm verfügbaren Todes zu gewähren. Eine solche menschlich anspruchsvollere Sterbebegleitung belässt dem Sterbenden das Recht auf seinen eigenen Tod nicht nach der Art der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinn einer bewussten Annahme des Todes, die von seiten der Ärzte und der Angehörigen durch palliative Schmerzbekämpfung und menschliche Nähe unterstützt wird. Dieses integrale Verständnis einer medizinischen, menschlichen und geistlich-religiösen Sterbebegleitung beruht freilich auf einer anthropologischen Voraussetzung: Das Sterben ist nicht einfach das Ende, sondern selbst ein Teil des Lebens. Im Tod geht es um die Vollenendung des Lebens, die vom Menschen nicht nur passiv erlitten, sondern, soweit es die Umstände des eigenen Sterbens erlauben, bewusst angenommen werden soll. Wie ein Mensch stirbt und wie er diese letzte Aufgabe erfüllt, sagt etwas aus über die Art seines Lebens, so wie umgekehrt in sozial-ethischer Perspektive der Umgang unserer Gesellschaft mit den Sterbenden in ihrer Mitte etwas von ihrer humanen Qualität erkennen lässt.

Die aktive Euthanasie verfehlt dagegen den eigenen Tod des Menschen, indem sie ihm vorgreift und ihn in ein gezielt herbeigeführtes, bewusst geplantes Ereignis verwandelt. Wenn die Wiederbelebung der Euthanasieidee in unseren Tagen auch aus dem Protest gegen die therapeutischen Exzesse der modernen Intensivmedizin hervorgeht, so bleibt sie in diesem Protest doch insgeheim noch immer dem gleichen Denkmodell einer technischen Bewerkstelligung des Todes verhaftet. Die künstliche Verlängerung des Lebens um jeden Preis und die bewusste Beschleunigung des Todes entspringen in vielfacher Hinsicht – sowohl aus der Perspektive des Arztes als auch aus der des Patienten – gegensätzlichen Absichten, aber sie stimmen darin überein, dass sie der Annahme des eigenen Todes ausweichen. Zwischen dem Versuch einer äußersten Lebensverlängerung mit Hilfe der



apparativen Medizin und der Tötung auf Verlangen besteht deshalb eine enge Verwandtschaft im Blick auf das beiden zugrundeliegende Paradigma ärztlichen Handelns: „Es gibt zwei Möglichkeiten, den Augenblick des Todes zu umgehen. Die erste besteht darin, diesen Augenblick bewusst so weit wie möglich hinauszuzögern, die andere darin, sich zu fügen und diesem Augenblick vorzugreifen; therapeutischer Übereifer und Euthanasie sind die beiden symmetrischen Versuche, der Begegnung mit dem Tod auszuweichen.“<sup>1</sup>

### 1. Selbstbestimmung und Hilfsbedürftigkeit

Neben diesen medizinteoretischen Erwägungen, die den Euthanasiegedanken einem in anderen Zusammenhängen überwundenen Paradigma ärztlichen Handelns zuordnen, muss eine ethische Bewertung unterschiedlicher Formen der Sterbehilfe auch die Auswirkungen bedenken, die diese für die Grundgestalt der anzustrebenden Arzt-Patient-Beziehung haben. Liberale Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie begehen häufig einen argumentativen Kurzschluss, indem sie die geforderte Bereitschaft zu einvernehmlichen Tötungshandlungen mit einem partnerschaftlichen Modell des gegenseitigen Respekts zwischen Arzt und Patient gleichsetzen, während eine ärztliche Haltung, die sich der Alternative des Tötens verweigert, als paternalistische Entmündigung des Patienten dargestellt wird. In Wirklichkeit verhalten sich die idealtypischen Erwartungen, die angesichts der Begrenztheit ärztlichen Handelns in einer Situation therapeutischer Ohnmacht an das Arzt-Patient-Verhältnis zu stellen sind, aber viel komplexer zueinander – und zwar gerade dann, wenn beide Seiten sich bemühen, die andere in ihrer unvertretbaren Situation und Verantwortung anzuerkennen.

Im Blick auf den Patienten wird die Herausforderung einer partnerschaftlichen Arzt-Pati-

ent-Beziehung vor allem in der Schwierigkeit greifbar, seine Willensäußerungen richtig zu deuten. Eine schriftliche Verfügung aus gesunden Tagen muss dem wirklichen Wunsch des Kranken im Angesicht des nahen Todes nicht unbedingt entsprechen und seine aktuelle Entscheidungsfähigkeit ist häufig durch körperliches Leiden und psychische Niedergeschlagenheit beeinträchtigt. Die in den philosophischen Rechtfertigungsversuchen für die Euthanasieforderung unterstellte Autonomie der Person, die sich in der Fähigkeit äußern soll, über den Wert des eigenen Lebens frei von Fremdeinflüssen, allein aus der Binnenperspektive der eigenen Existenz zu urteilen, beruht auf einer abstrakten Konstruktion, die der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins nicht gerecht wird. Eine solche unabhängige Lebensrechnung mag philosophisch als letzter Akt autonomer Selbstbestimmung qualifiziert werden, sie kommt jedoch im wirklichen Leben kaum vor, am wenigsten in der letzten Phase des Sterbens, in der die mögliche Erfahrung des eigenen Lebenssinnes nur dann gelingt, wenn sie von der Solidarität und Nähe anderer Menschen mitgetragen wird.

Die Beurteilung des eigenen Lebenswertes stellt immer eine Reaktion auf die Wertschätzung dar, die sterbende Menschen in ihrer Umgebung noch erfahren. Deshalb lässt sich auch die klare gedankliche Unterscheidungslinie, die gesellschaftliche Nützlichkeitsabwägungen und die Rücksicht auf Fremdinteressen aus der autonomen Beurteilung des verbleibenden Lebensinteresses ausschließen soll, in der realen Welt nicht durchhalten. Eine Argumentation, die ihren Ausgangspunkt allein beim Gedanken der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen nimmt, ist zudem nur scheinbar frei von anthropologischen Voraussetzungen. Sie enthält in Wahrheit eine dezidierte anthropologische Prämisse – Autonomie im Sinne der Autarkie und Selbstgenügsamkeit –, die am gesunden, leistungsbewussten und keiner Hilfe bedürftigen Individuum abgelesen ist und auf die Situation des Sterbens übertragen wird.

Angesichts der faktischen Abhängigkeit des menschlichen Daseins, die am Lebensende und in der terminalen Sterbephase in besonderer Intensität hervortritt, erfordert ein menschenwürdiges Sterben mehr als bloßen Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist, wenn der Begriff nicht nur als eine rhetorische Legitimationsformel dienen soll, hinter der sich die Verweigerung wirklicher Hilfe verbirgt, überhaupt nur unter der Bedingung möglich, dass personale Beziehungen und das Angebot menschlicher Nähe aufrechterhalten werden. Unsere moralischen Pflichten gegenüber Sterbenden, so zeigt sich in dieser umfassenderen Perspektive, lassen sich nicht auf den formalen Respekt vor ihrer Autonomie und Selbstbestimmung reduzieren. Wirkliche Anerkennung, die der Herausforderung des Sterbens nicht ausweicht, erfordert in Situationen extremer Belastung immer auch die Bereitschaft zum Dabeibleiben, zum geduligen Ausharren und zuletzt: zum gemeinsamen Warten auf den Tod.

## 2. Sterbewünsche als Ausdruck rationaler Selbstbestimmung?

Auch unterliegt der Kranke in den einzelnen Sterbephasen wechselnden Stimmungen, so dass der in einem depressiven Stadium geäußerte Wunsch nach einer künstlichen Verursachung des Todes von einem neuen Lebensschub abgelöst werden kann, der dem Kranken eine bewusste Annahme des Todesschicksals ermöglicht. Vor allem aber bleibt der Todeswunsch selbst ein zweideutiges Signal, dessen Bedeutung schwer zu entschlüsseln ist. Ebenso wie die verzweifelten Geste der versuchten Selbsttötung sind auch sprachlich geäußerte Sterbewünsche im letzten Krankheitsstadium häufig verhüllte Mitteilungen, die auf einer tieferen Beziehungsebene etwas anderes meinen, als sie äußerlich ausdrücken. Oftmals sind sie

ein Appell, den Sterbenden in seiner letzten Lebensphase nicht allein zu lassen, also der Wunsch nach wirksamer Hilfe im Sterben. Hinter der Bitte „wenn ich doch sterben könnte“ verbirgt sich dann der Ruf nach menschlicher Nähe und nach solidarischem Beistand, der durch eine wörtliche Erfüllung des Sterbewunsches gerade enttäuscht würde. Auch wenn man die Möglichkeit eines selbstbestimmten Todeswillens als Ergebnis einer rationalen Lebensbilanz grundsätzlich nicht ausschließen kann, bleibt damit zu rechnen, dass die Euthanasiebitte in der Einsamkeit und Hilflosigkeit der letzten Sterbephase nur eine Seite der Stimmungslage des Kranken zum Ausdruck bringt und dass diese auch auf dem Hintergrund einer Patientenverfügung aus gesunden Tagen kein eindeutiges Signal darstellt.<sup>2</sup>

Die Erfahrung der Hospizbewegung zeigt zudem, dass ein ernsthafter Wunsch nach aktiver Euthanasie noch seltener geäußert wird, wenn unheilbar kranke Menschen wissen, dass sie auch in der letzten Sterbephase mit einer wirksamen Schmerzbekämpfung und menschlichem Beistand rechnen können. Dieser in der ärztlichen Erfahrung vielfach bestätigte Umstand verweist auf der theoretischen Begründungsebene auf eine innere Widersprüchlichkeit der Euthanasieidee, die von ihren Vertretern meist umgangen wird. Ärztliche Tötungshandlungen sollen nur als *ultima ratio* in Frage kommen, also nur unter der Voraussetzung moralisch zulässig sein, dass sie die letzte noch verbleibende Möglichkeit darstellen, einem sterbenden oder schwerkranken Menschen wirksam zu helfen. Der Eintritt dieser Bedingungen lässt sich aber kaum noch mit der geforderten Sorgfalt feststellen, wenn der Rückgriff auf einvernehmliche oder, wenn die Äußerung selbstbestimmter Wünsche nicht mehr erfolgen kann, auch auf nicht-freiwillige Tötungshandlungen erst einmal Eingang in den klinischen Alltag gefunden hat. Die Befürchtung, dass die Tötung auf Verlangen die Suche nach pflegerischen und palliativen Alter-

nativen auch verdrängen kann und als der schnellere, aufwandslosere und kostengünstigere Weg zum Ziel eines ruhigen Todes oder der Befreiung von schweren Leidenszuständen angesehen wird, ist nicht aus der Luft gegriffen. Die Gefahr einer unkontrollierbaren Ausweitung erscheint sehr wohl real, zumal die Euthanasieforderung langfristigen gesellschaftlichen Entwicklungen wie der zunehmenden Vereinzelung der Menschen, dem demographischen Trend zur Überalterung und der ökonomischen Kostenexplosion im Gesundheitswesen auf ihre Weise durchaus entgegenkommt. Die von einem liberalen Selbstbestimmungspathos genährte Erwartung, dass die Möglichkeit der aktiven Euthanasie die Freiheit der Sterbenden stärkt und ihre Chancen zur Einflussnahme auf die konkreten Umstände ihres Sterbens gleichsam automatisch erhöht, bleibt für dieses Dilemma blind. Es ignoriert die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die subtilen Mechanismen, die das Leben der Sterbenden der Willkür ihrer Umgebung ausliefern können.

### 3. Die Bedeutung des Autonomieprinzips

Über diese allgemeinen medizinethischen Überlegungen hinaus sprechen gewichtige Argumente der spezifisch ärztlichen Ethik gegen die vorgetragenen Rechtfertigungsversuche der aktiven Euthanasie. Diese kritischen Gegenfragen richten sich zunächst an den primären Legitimationstypus, der das vermeintliche Recht auf einen selbstbestimmten Tod und die dazu erforderliche Inanspruchnahme ärztlicher Tötungshandlungen aus dem fundamentalen Autonomieprinzip der neuzeitlichen Ethik herleiten möchte. Sie betreffen jedoch ebenso die häufig herangezogene Begleitargumentation, die aus dem Humanitätsgebot eine allgemeine, vom Arzt einzulösende Beistandspflicht ableiten möchte, die in Extremsituationen das Tötungsverbot außer Kraft setzen soll.<sup>3</sup>

Zunächst eine grundsätzliche Bemerkung zur Tragweite und Bedeutung des Autonomieprinzips, die innerhalb einer medizinethischen Grundlagenreflexion näher zu erörtern wäre: Es ist für die zukünftige Entwicklung des Arztbildes in unserer Gesellschaft von folgenreicher Bedeutung, ob die Bindung ärztlichen Handelns an die Willensbestimmung des Patienten als eine notwendige und unerlässliche, aber allein noch nicht hinreichende Bedingung angesehen wird, oder ob das Autonomieprinzip als einziger Legitimationsmaßstab ärztlichen Handelns gelten soll. Im einen Fall tritt der Respekt vor der Willensbestimmung des kranken Menschen in einer spannungsreichen, oftmals auch konflikthafter Gleichrangigkeit den klassischen ärztlichen Handlungsprinzipien der *salus aegroti* und des *nil nocere* zur Seite, im anderen Fall werden diese von der Selbstbestimmung des Patienten verdrängt, so dass die Arzt-Patient-Beziehung zu einer Art Geschäftsbeziehung wird, in welcher der Arzt auf Wunsch seines Vertragspartners medizinische Dienstleistungen erbringt.<sup>4</sup> Die Frage, ob die Zuordnung der einzelnen Grundprinzipien in einem hierarchischen Modell, in dem das Autonomieprinzip zum höchsten Maßstab wird, oder in Koordinationsmodellen erfolgen soll, die dem Arzt im Fall von Urteilsängeln oder offenkundig unbegründeten Willensentscheidungen des Patienten einen eigenständigen Spielraum ärztlicher Verantwortung belassen, kann in diesem Zusammenhang nicht weiter verfolgt werden. Für den Komplex Behandlungsverzicht – Sterbebegleitung – Euthanasie genügt jedoch der Hinweis, dass selbst ein als Höchstprinzip fungierender Autonomiegedanke den Arzt nicht einseitig zu beliebigem Handeln verpflichten könnte, das mit seiner ärztlichen Grundhaltung unvereinbar wäre.

Auf dem Hintergrund ihrer Bedeutungsentwicklung in der philosophischen Ethik seit KANT meint moralische Selbstbestimmung keine ungebundene Autonomie, sondern eine Bestimmung des individuellen Willens, die zu-

gleich als Gegenstand eines allgemeinen Willens gedacht werden kann.<sup>5</sup> Aus diesem Postulat vernünftiger Allgemeinheit, das die Bestimmbarkeit des individuellen Willens einem im Gedanken der sittlichen Autonomie selbst angelegten Prüfungsverfahren unterwirft, lässt sich zwar kein schlüssiger Beweis für eine generelle Unerlaubtheit der Selbsttötung gewinnen, wie KANT irrtümlich annahm.<sup>6</sup> Aus der inneren Bindung der Willensbestimmung des Patienten an das Postulat vernünftiger Allgemeinheit folgt jedoch, so lässt sich KANTS Argument in einer schwächeren Wiederaufnahme verstehen, dass auch ein sterbender Patient zur Rücksichtnahme auf den gesellschaftlichen Auftrag und die berufsethische Selbstdefinition des Arztes verpflichtet ist. Während der Patient, der mit einem Sterbewunsch an seine Umgebung herantritt, im ärztlichen Partner gewissermaßen den natürlichen Adressaten seiner Willensäußerung sieht, beruht eine solche Rollenzuweisung aus der Sicht des ärztlichen Berufsethos auf einer psychologisch verständlichen, in der Sache jedoch unzulässigen Schlussfolgerung. Ein moralisches Recht des Patienten, den eigenen Todeszeitpunkt sowie die Umstände seiner Herbeiführung selbst zu bestimmen, impliziert nämlich noch keinesfalls das weitergehende Recht, dazu die Mitwirkung anderer in Anspruch zu nehmen oder gar auf eine professionelle Verpflichtung des ärztlichen Berufsstandes zu solcher Mitwirkung zurückgreifen zu können.

#### 4. Die Bedeutung des Humanitätsgebots

Auch im Blick auf den zweiten Begründungstypus verhält sich die in der gegenwärtigen Diskussion meist ganz selbstverständlich und unreflektiert unterstellte Prämisse, wonach allein der Arzt die Tötungshandlung auf Wunsch des Sterbenden auszuführen befugt sei, kontraintuitiv zur versuchten Legitimation der aktiven Euthanasie. Wenn diese als Pflicht zur mensch-

lichen Hilfeleistung aufgrund des Humanitätsgebotes oder der mitmenschlichen Solidarität überhaupt gerechtfertigt werden soll, dann müssten als die primären Adressaten einer solchen allgemeinen Beistandspflicht eigentlich eher die Angehörigen oder die persönlichen Freunde des Sterbenden gelten, die sich einem solchen Ansinnen durch die Delegation der Ausführung der gewünschten Tötungshandlung an die professionelle „Kunst“ des Arztes aber gerade zu entziehen trachten.

Die Stellung des Arztes gegenüber dem Kranken, aber auch gegenüber seiner Familie, wandelt sich von Grund auf, wenn er in die Rolle dessen gedrängt wird, der darüber zu befinden hat, ob einem früher geäußerten Euthanasiewunsch des Sterbenden entsprochen werden und ab wann dies geschehen soll. Hält er sich bei einer solchen Entscheidung ausschließlich an das freie Selbstbestimmungsrecht des Patienten, wird er in vielen Fällen, in denen dieses starker Einschränkung unterliegt oder nach Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit völlig aufgehoben ist, selbst handlungsunfähig. Soll er dagegen objektive, im tatsächlichen Zustand des Kranken liegende Kriterien berücksichtigen und eine stellvertretende Entscheidung fällen, übernimmt er die Verantwortung zur Bewertung eines anderen Lebens, die er nicht tragen kann. Im einen Fall bleibt die ärztliche Verantwortung ausgeklammert, im anderen wird sie überfordert. Dagegen dient die Unterscheidung von aktivem und passivem Tun, Töten und Sterbenlassen gerade dazu, in den Spielbereichen zwischen Leben und Tod den Spielraum gegenseitiger Verantwortung zu begrenzen, den Menschen ausfüllen können. Die Befugnis, die objektive Wertlosigkeit bestimmter Lebenszustände festzustellen oder die Sinnlosigkeit der Weiterpflege von schwerkranken Patienten zum gesellschaftlichen Leitbild zu erheben, fällt dagegen nicht unter den ärztlichen Auftrag. Eine solche Entscheidungsvollmacht wäre im übrigen weder mit einem freiheitlichen Menschenbild noch mit dem Bestre-

ben vereinbar, menschliche Würde in Extremsituationen zu schützen.

## 5. Töten und Sterbenlassen

Das Begriffspaar von „aktiv“ und „passiv“, von Töten und Sterbenlassen bleibt für den Arzt eine entscheidende Orientierungshilfe im Schnittfeld zwischen Lebensschutz und Tötungsverbot, die ihm hilft, die Reichweite und Grenze seines ärztlichen Auftrages zu erkennen. Der theoretische Vergleich beider Handlungstypen führt sowohl hinsichtlich der Intentionalität des Handelnden als auch der Kausalität in der Herbeiführung des Todes zu wichtigen Differenzierungen, die in einer ethischen Beurteilung nicht unterlaufen werden dürfen. Direktes Handlungsziel der „passiven“ Euthanasie sind die größtmögliche Freiheit des Sterbenden von Angst- und Schmerzzuständen, der Abbruch einer das Leiden verlängernden Behandlung sowie der Verzicht auf weitere medizinische Interventionen, die nicht mehr durch das nunmehr palliative Behandlungsziel indiziert sind, wohingegen durch die „aktive“ Euthanasie der Tod direkt und unmittelbar herbeigeführt wird. Entsprechend stellt der Abbruch kurativer Behandlungsformen im ersten Fall zwar eine notwendige, doch nicht hinreichende Bedingung für den Eintritt des Todes dar, während im zweiten Fall der Tod im Sinne zureichender Antezedenz-Bedingungen durch den Arzt herbeigeführt wird.<sup>7</sup> Auch wenn die Tragweite und die präzise begriffliche Abgrenzung dieser Unterscheidung innerhalb der wissenschaftlichen Ethik umstritten bleiben, kommt ihr in dem Interaktionsgefüge zwischen Arzt und Patient auf der einen sowie Arzt und Angehörigen auf der anderen Seite hohe Bedeutung zu. Ein unheilbar Kranker, der nach einem künstlichen Reanimationsversuch den Wunsch äußert, diesen bei einem weiteren Herzstillstand nicht zu wiederholen, bittet darum, dass der Arzt ihn sterben lässt, wenn

seine Zeit gekommen ist. Er bittet, die ihm gesetzte Grenze zu achten, aber er will nicht, dass der Arzt diese Grenze von sich aus setzt und ihn tötet. Der Arzt, der umgekehrt einen unheilbaren Patienten sterben lässt und eine aussichtslos gewordene Behandlung abbricht, tut dies seinerseits in dem Wissen, dass seine medizinische Kunst nicht der Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern dem Wohl eines konkreten Menschen dient, der seiner ärztlichen Fürsorge auch in der letalen Phase des Sterbeprozesses bedarf. Er achtet den ihm anvertrauten Patienten in der Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit seines leiblichen Seins, indem er sein Sterben zu erleichtern sucht, aber dabei die letzte Grenze des Todes respektiert, die allen Beteiligten – dem Sterbenden, seiner Umgebung, dem staatlichen Gesundheitssystem und auch dem Arzt – gezogen sind.

Im Ertragen dieser gemeinsamen Ohnmacht zeigt sich eine tiefere menschliche Solidarität und eine entschiedener Achtung vor der Würde des sterbenden Menschen als in dem Ausweg einer absichtlichen Herbeiführung des Todes. Der Gedanke an die aktive Euthanasie setzt unterschwellig eine dualistische Sichtweise voraus, in der die Achtung vor der sittlichen Selbstbestimmung des Menschen und die Achtung vor seiner konkreten Leiblichkeit, in der sich diese vollzieht, radikal auseinandertreten. Die durch den Arzt erfolgte Tötung soll das physische Leben des Patienten vernichten, um auf diese Weise den Respekt vor seiner Selbstbestimmung als Person zum Ausdruck zu bringen. Erst aufgrund dieses latenten Dualismus und einer Entpersonalisierung der ärztlichen Tötungshandlung als einer angeblich medizinisch indizierten Maßnahme lässt sich die Fiktion nachvollziehen, die personale Beziehung zu dem Sterbenden werde durch seine Tötung nicht abgebrochen, sondern aufrechterhalten. Nur wenn man einen leidenden und sterbenden Menschen gänzlich auf seine physische Existenz reduziert, wird der ansonsten widersprüchliche Gedanke überhaupt denkbar, dass

wir ihn von seinem unerträglichen Leiden befreien, indem wir ihn zugleich von seinem Leben befreien.<sup>8</sup>

## 6. Schlussbemerkung

Auch in einer Gesellschaft, zu deren sozialen Spielregeln die moralische Akzeptanz der aktiven Euthanasie gehört, werden nur wenige Menschen die Alternative zur Annahme des ihnen verfügbaren Todes als ein heiteres Sterben zur rechten Zeit erfahren. Die Regel wird eher ein im Einklang mit den medizinischen, materiellen und menschlichen Ressourcen dieser Gesellschaft geplanter Tod sein, dem die Sterbenden unter der Fahne von Humanität und Menschenwürde ausgeliefert sind. Dagegen wahren das Tötungsverbot und seine unbedingte Respektierung im ärztlichen Handeln sowohl die Würde des Arztes als auch die seines Patienten. Die Bereitschaft, die in Geburt und Tod verfügbaren Grenzen hinzunehmen, führt zu keiner Entfremdung des Menschen, über die er sich in der Kraft seiner moralischen Selbstbestimmung erheben müsste. Es gehört vielmehr zu seiner Würde als endlichem Wesen, dass er nicht gegen alle Grenzen rebellieren muss, sondern auch unter extremen Belastungen in ihnen leben und sterben darf. Die Verfügtheiten des Daseins, allem voran die Last der Krankheit und das Schicksal des Todes, einmal ganz aufheben zu können, bleibt ein vergeblicher Traum. Es kann deshalb kein sinnvolles Ziel ärztlichen Handelns sein, Leid unbedingt und um jeden Preis

zu vermeiden. Wohl aber gehört es zum ärztlichen Auftrag, dem leidenden Menschen bis zum Schluss zur Seite zu stehen. Wenn man darüber nicht im Ungewissen bleiben muss und sich auf die Zusage wirksamer Hilfe im Sterben verlassen kann, lässt sich auch die Angst vor dem künftigen Leiden leichter ertragen. Die Hoffnung unheilbar kranker und sterbender Menschen richtet sich dann darauf, *an* der Hand eines Menschen zu sterben, nicht *durch* die Hand des Arztes getötet zu werden.

## Referenzen

1. MALHERBE, J.-F., *Medizinische Ethik*, Würzburg 1990, S.183.
2. von LUTTEROTTI, M., *Menschenwürdiges Sterben*, Freiburg 1985, S.108-109.
3. WOLF, U., *Philosophie und Öffentlichkeit - Anmerkungen zur Euthanasiedebatte*. In: HEGSELMANN, R., MERKEL, R. (Hg.), *Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen*, Frankfurt 1991, S.181-196, bes. S.196.
4. WIELAND, W., *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik*, Heidelberg 1986, S.40-47.
5. Vgl. die Grundform des kategorischen Imperativs: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 52; zit. nach: *Theorie-Werkausgabe* (Ed. Weischedel), Bd. VII, S.51; vgl. auch *Kritik der praktischen Vernunft*, A 54; aaO., 140.
6. Vgl. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 53; aaO., S.52.
7. RICKEN, F., *Handeln und Unterlassen*. In: *Lexikon der Bioethik* (hg. von KORFF, W. u.a.), Gütersloh 1998, S.200.
8. FISCHER, J., *Aktive und passive Sterbehilfe*. In: ZEE 40 (1996), S.110-127, bes. S.118f.

# Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Holland

## Empirische Befunde und gesellschaftliche Entwicklung\*

Henk JOCHEMSEN

### ZUSAMMENFASSUNG

*Nach einer kurzen Begriffserklärung, was unter Euthanasie zu verstehen ist und was nicht, wird die aktuelle Situation in den Niederlanden beschrieben. Anhand der zwei durchgeführten offiziellen Befragungen werden die Vorgangsweisen kommentiert, und Tendenzen, die sich abzeichnen, beschrieben. Die Haltung der Ärzteschaft und die Einstellung der religiösen Gemeinschaften zur Euthanasiefrage gibt Klarheit, warum gerade in den Niederlanden die aktive Sterbehilfe so weite Verbreitung finden konnte.*

**Schlüsselwörter: Euthanasie, Behandlungsabbruch, Gesetz**

### ABSTRACT

*Following a short definition of what is to be understood by the term Euthanasia and what not, the actual situation in the Netherlands will be described. Based on two official polls, the tendencies and arising process will be commented on and explained. The attitude of the medical doctors as well as that of the religious communities to the question of Euthanasia will clearly show why active Euthanasia is so widespread in the Netherlands.*

**Keywords: euthanasia, treatment injure, law**

\* Dieser Text beinhaltet den Wortlaut des Vortrages, den Prof. JOCHEMSEN beim Symposium in Innsbruck gehalten hat. Damals war das neue Gesetz im Parlament noch nicht bestimmt. Über die Änderungen im neuen Gesetz wird im Artikel auf S. 10-11 berichtet.

*Anschrift des Autors: Prof.Dr. Henk JOCHEMSEN, Direktor des Prof.Dr. G.A. Lindeboom Instituts,  
Zentrum für medizinische Ethik, Postbox 224, NL - 6710 BE Ede*

## 1. Einleitung

1991 veröffentlichten P.J. van der MAAS et al. die Resultate einer bedeutenden Studie über den Entscheidungsprozess bei niederländischen Ärzten im Jahr 1990 zur Lebensbeendigung.<sup>1</sup> Ende 1990 wurde eine Regelung zur Berichterstattung bei erfolgter Euthanasie, unterstütztem Selbstmord und Aktionen zur Lebensbeendigung aufgestellt, die ohne Prüfung und ohne Beachtung der erforderlichen Schritte ablaufen. Am 1. Juni 1994 erhielt diese Regelung Gesetzeskraft. Der Hauptzweck der Berichterstattungsprozedur ist es, die Überprüfung zielgerichteter Lebensbeendigungen durch Ärzte zu verbessern und die Sorgfalt des Entscheidungsprozesses in solchen Fällen zu erhöhen.

Kürzlich veröffentlichten G. van der WAL und Van der MAAS die Ergebnisse einer anderen umfangreichen Studie zum Entscheidungsprozess holländischer Ärzte zum Lebensende, die im Jahr 1995<sup>2</sup> durchgeführt wurde. Die Untersuchung versuchte, insbesondere die Häufigkeit zielgerichteter Lebensbeendigungen durch Ärzte, den Grad ihrer Zustimmung zur Berichtspflicht sowie die Qualität ihrer Berichterstattung mit Daten abzusichern.

Die Ergebnisse dieser beiden Studien erlauben zumindest eine vorläufige Antwort auf die Frage, ob die gesetzliche Regelung erfolgreich dazu geführt hat, dass Euthanasie unter bestimmten Bedingungen erlaubt, aber gleichzeitig unter Kontrolle und innerhalb spezifischer Grenzen gehalten werden konnte. Das vorgelegte Papier will diese Frage beantworten. Zunächst werde ich die Konzeptionen klären und die gesetzliche Regelung der Euthanasie erläutern. Nachfolgend werden die wesentlichen quantitativen Daten der beiden Studien dargestellt und diskutiert, gefolgt von der Erörterung einiger neuer Entwicklungen zur Euthanasie und zur Hospizarbeit. Die Position der Kirchen wird zusammenfassend dargelegt, und im Schlussabschnitt werden einige generelle Schlussfolgerungen gegeben.

## 2. Was ist Euthanasie und was nicht?

In der Diskussion und in der rechtlichen Regelung wird Euthanasie als „bewusste Beendigung des Lebens eines Patienten auf seinen/ihren Wunsch durch einen Arzt“ definiert. (International ist der Wunsch des Patienten nicht Bestandteil der Definition). Man ist sich in den Niederlanden darin einig, dass die folgenden drei Handlungskategorien nicht als Euthanasie bezeichnet werden sollen:

a) Verweigerung medizinischer Behandlung durch den Patienten; mit anderen Worten, das Beenden oder nicht Anfangen der Behandlung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Kein Patient soll ohne seine ausdrückliche Zustimmung behandelt werden, und jeder hat das Recht, Behandlung zu verweigern oder seine Zustimmung zurückzunehmen. Sogar wenn dies zum Tod des Patienten führt, kann die Haltung nicht als Euthanasie betrachtet werden. Dem Arzt ist es nicht erlaubt, den Patienten ohne seine Zustimmung zu behandeln (falls der Patient zu einer solchen in der Lage ist). Hier ist die Einstellung des Arztes von großer Bedeutung. Die Art und Weise, in welcher er dem Patienten eine bestimmte Behandlung, ihre möglichen Erfolgsaussichten, die eventuellen Nebeneffekte usw. darstellt, kann die Entscheidung des Patienten sehr stark beeinflussen, einer Behandlung zuzustimmen oder nicht.

b) Ebenso wird das Beenden oder nicht Beginnen einer medizinischen Behandlung nicht als Euthanasie bezeichnet, wenn solch eine Therapie medizinisch erfolglos ist und man akzeptiert, dass der Patient sterben wird. Die Begründung dafür lautet, dass der Arzt nicht verpflichtet ist, medizinische Behandlungen vorzunehmen, wenn sie kein vernünftiges medizinisches Ziel mehr erreichen können. Dies umfasst auch solche medizinischen Behandlungen, die in einem Missverhältnis zu dem möglichen Nutzen stehen. Nichtmedizinische Kriterien, beispielsweise die „Lebensqualität“ eines Patienten, sollten dabei keine Rolle spielen.

Das Beenden oder Nichteinleiten einer Therapie wird manchmal als passive Euthanasie be-



schrieben. Ich glaube, dass dies verwirrend ist. Es war von jeher gute medizinische Praxis, eine kurative Behandlung zu beenden, wenn sie medizinisch sinnlos oder unverhältnismäßig wurde. In der Praxis ist es sicherlich sehr oft schwierig festzustellen, wann dies der Fall ist. Es ist wichtig anzumerken, dass in diesen Fällen die Behandlung nicht beendet wird, um den Tod des Patienten herbeizuführen. Der Kranke stirbt in Folge seiner Krankheit, welche nicht länger behandelt werden kann.<sup>3</sup> Von passiver Euthanasie könnte man sprechen, wenn ein bestimmter, medizinisch gebotener und sinnvoller Eingriff, der verhältnismäßig ist, demnach nicht durchgeführt wird, um den Patienten sterben zu lassen.

c) Eine dritte Handlungsweise, die man nicht als Euthanasie bezeichnen sollte, ist die verhältnismäßige Schmerz- und Symptombehandlung mit der möglichen Nebenwirkung einer Lebensverkürzung. Schmerzbehandlung zielt darauf ab, das Leiden des Patienten zu erleichtern. Wenn als ein Ergebnis dieser Behandlung das Leben eines Patienten verkürzt wird, ist dies eine Nebenwirkung der Behandlung und nicht Euthanasie. Der Grund dafür ist, dass Handlungen aus ihrer beabsichtigten Zielsetzung heraus definiert werden müssen, nicht aber hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen. In der Medizin ist dies bekannt als das allgemein akzeptierte Prinzip des Doppeleffekts. Schmerzbehandlung ist normale medizinische Praxis.

Manchmal bezeichnet man dies als indirekte Euthanasie. Ich denke, dass es besser wäre, das Wort Euthanasie überhaupt nicht zu verwenden, weil:

- bei guter Schmerzbehandlung oft nicht klar ist, ob sie das Leben verkürzt oder nicht; manchmal wird das Leben sogar verlängert.
- die Absicht nicht ist, den Patienten zu töten, sondern für ihn zu sorgen.

Das Letztgenannte weist noch einmal auf die Bedeutung der Absicht des Arztes hin. Es ist offensichtlich, dass Schmerzbehandlung in ihrer Ausübung eine Verschiebung in Richtung aktive Tötung des Patienten bedeuten kann, durch graduelle und bewusste Erhöhung der Medikati-

onsdosis, bis letztendlich der Patient zumindest teilweise auf Grund dieser Medikation stirbt.

### 3. Das neue Gesetz

Nach mehrjähriger Diskussion gilt seit Juni 1994 in den Niederlanden eine gesetzliche Regelung für Euthanasie. Diese Regelung beinhaltet folgendes:

Der Arzt, der Euthanasie durchgeführt hat, muss dies dem Totenbeschauerarzt melden. Dies tut er mit Hilfe eines Formblattes und eines vollständig ausgefüllten Fragebogens mit detaillierten Informationen über die Fallgeschichte.<sup>4</sup> Der Leichenbeschauer nimmt eine Leichenschau vor und vermerkt den Fall auf einem Formblatt. Er erklärt, die Meldung des Arztes kontrolliert zu haben und gibt sein Urteil dahingehend ab, dass er nicht von dem natürlichen Tod der Patientin/des Patienten überzeugt ist. Er übergibt dann seine Erklärung und die Meldung des Arztes dem Staatsanwalt.<sup>5</sup> Auf Grund der Daten entscheidet dieser, ob der Fall gerichtlich untersucht werden muss. Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung bleiben strafgesetzlich verboten.

Die Rechtsprechung hat jedoch geklärt, dass ein Arzt nach erfolgter Euthanasie sich vor Gericht wegen eines Konfliktes durch verschiedene Pflichten auf höhere Gewalt berufen kann. Gemeint ist die Pflicht, Leben entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zu bewahren und die Pflicht, als Arzt alles Mögliche zu unternehmen, um den Patienten von schweren Leiden zu entlasten. Wenn das Gericht die Berufung auf höhere Gewalt anerkennt, wird der Arzt freigesprochen. Höhere Gewalt kann anerkannt werden, wenn eine freie, wohlüberlegte Bitte des Patienten vorliegt, unerträgliches Leiden gegeben ist, ein/e Kollege/in zu Rate gezogen wurde und die vorgeschriebene Berichterstattung des Falles erfolgt ist.<sup>6</sup>

In der Praxis werden die meisten Euthanasie praktizierenden Ärzte nicht verfolgt, weil die Staatsanwaltschaften davon überzeugt sind,

dass der Arzt auf Grund der vorliegenden Daten nicht zu bestrafen ist.

Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass es für die Staatsanwaltschaft praktisch unmöglich ist, zu kontrollieren, ob alle Fälle von Euthanasie gemeldet werden. Und wenn sie gemeldet werden, ob die Meldungen der Wirklichkeit entsprechen.

#### 4. Untersuchungsdaten

Die genannten Untersuchungen haben Daten erbracht, die für das Verständnis der niederländischen Situation wichtig sind. Tabelle 1 zeigt die wesentlichen quantitativen Daten, die in Abschnitt 5 diskutiert werden.

	1995	1990
1. Jährliche Sterbefälle in den Niederlanden	135.500 (100%)	129.000 (100%)
2. Bitten um Euthanasie (Beendung des Lebens auf Wunsch des Patienten)	9.700 (7,1%)	8.900 (7%)
3. Euthanasie durchgeführt	3.200 (2,4%)	2.300 (1,8%)
4. Suizidbeihilfe geleistet	400 (0,3%)	400 (0,3%)
5. Lebensbeendung ohne ausdrücklichen Wunsch	900 (0,7%)	1.000 (0,8%)
6. Intensivierung von Schmerz- und Symptombehandlung;	20.000 (14,8%)	22.500 (17,5%)
a) mit der ausdrücklichen Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (6%)	2.000 (1,5%)	1.350 (1%)
b) mit der Nebenabsicht, das Lebensende zu beschleunigen (30%)	2.850 (2,1%)	6.750 (5,2%)
c) unter Einrechnung der Möglichkeit, dass das Leben verkürzt wird (64%)	15.150 (11,1%)	14.400 (11,3%)
7. Nicht Einleiten oder Beenden einer Behandlung (einschließlich Sondenernährung):	27.300 (20,1%)	22.500 (17,5%)
a) auf Wunsch des Patienten	5.200 (3,8%)	5.800 (4,5%)
b) ohne Bitte des Patienten		
b1) mit der ausdrücklichen Absicht, das Lebensende zu beschleunigen (16%)	14.200 (10,5%)	2.670 (2,1%)
b2) mit der Nebenabsicht, das Lebensende zu beschleunigen (14%)		3.170 (2,5%)
b3) unter der Einrechnung der Möglichkeit, dass das Leben verkürzt wird (65%)	7.900 (5,8%)	10.850 (8,4%)
8. Absichtliche Lebensbeendung neugeborener behinderter Babies		
a) ohne Beenden einer Behandlung	10	
b) Beendigung einer Behandlung und Verabreichung von Medikamenten	80	
9. Suizidbeihilfe bei psychiatrischen Patienten	2-5	

Tabelle1

Vor der Datenanalyse ist die Feststellung wichtig, dass die einzige objektiv verifizierbare Angabe jene über die Zahl der Todesfälle ist. Alle anderen Daten basieren auf den Antworten der befragten Ärzte zu den Fällen, in die sie involviert waren.

## 5. Besprechung und Ergänzung der Daten

### 5.1. Euthanasie und unterstützter Selbstmord

Bei 17% der Euthanasiefälle bestanden nach Angaben der Ärzte alternative Behandlungsmöglichkeiten, die jedoch von den meisten Patienten/innen nicht gewünscht wurden.<sup>7</sup>

1995 wurde das Leben um 1-4 Wochen in 31% Euthanasiefällen und 45% Suizidbeihilfe verkürzt; geschätzerweise um mehr als 1 Monat verkürzt bei 7% der Euthanasiefälle und 30% Suizidbeihilfe.<sup>8</sup>

In den Umfragen unter Ärzten (Tabelle 2) werden die Begründungen für Bitten um Euthanasie genannt.<sup>9</sup>

Interessanterweise ist nach Angabe von 35% der Ärzte einer der wichtigsten Ablehnungsgründe eines Euthanasiewunsches die Einschätzung des Arztes, dass die Leiden des Patienten nicht intolerabel waren.<sup>10</sup> Dies lässt sicherlich vermuten, dass die Durchführung von Euthanasie eher eine Funktion der ärztlichen Beurteilung der Lebensqualität des Patienten ist und weniger durch Wahrung der Patientenautonomie erfolgt. Diese Vermutung wird bekräftigt durch die offensichtliche Häufigkeit, mit der die Ärzte weiterhin das Leben von Patienten ohne deren ausdrücklichen Wunsch beenden.

### 5.2. Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch

Die Daten zeigen, dass in einem von fünf der 4.500 (3.200 + 400 + 900) Fälle ärztlich zugelassener, aktiver und zielgerichteter Lebensbeendigung kein ausdrücklicher Patientenwunsch gegeben war. Der Hauptgrund, mit dem Patienten nicht darüber zu sprechen, wird mit dessen Unfähigkeit, z.B. Demenz angege-

	1995	1990
Unerträgliches, aussichtsloses Leiden	74	-
Verlust der Würde zuvorkommen	56	57
Schwerem, weiterem Leiden zuvorkommen	47	-
Sinnloses Leiden	44	-
Schmerz	32	46
Unwürdiges Sterben	-	46
Abhängigkeit	-	33
Müde sein, des Lebens überdrüssig sein	18	23
Ersticken zuvorkommen	18	-
Der Familie nicht zur Last fallen wollen	13	-
Schmerz zuvorkommen	10	-

Tabelle 2: Begründungen bzw. Umstände für die Forderung nach Euthanasie (in %)

ben. Allerdings sah der Arzt in 15% der Fälle, in denen es durchaus möglich war, aber kein Gespräch stattfand, die Lebensbeendigung des Patienten eindeutig in dessen Interesse.<sup>11</sup>

In den 900 Euthanasiefällen ohne ausdrücklichen Patientenwunsch bestanden bei 17% nach Meinung der Ärzte alternative Behandlungsmöglichkeiten.<sup>12</sup>

Die Ärzte gingen in 3% der Fälle von einer Verkürzung der Lebensdauer um 1 bis 4 Wochen aus, in 6% der Fälle von mehr als einem Monat.<sup>13</sup>

Schließlich hatten in 40 bis 60% der Fälle die Ärzte ihr Vorhaben mit einem Kollegen diskutiert, eine formelle Konsultation wurde jedoch nur in 3% der Fälle durchgeführt.<sup>14</sup>

### 5.3. Intensivierung von Schmerz- und Symptombehandlung

1995 wurden in 20.000 Fällen (Ärzteinterviews) oder 25.800 Fällen (Todesursachenbericht) schmerzlindernde Medikamente in einer Dosierung verordnet, die mit hoher Sicherheit lebensverkürzend wirkten.<sup>16</sup> In etwa 2.000 dieser Fälle war dies ausdrückliche, in weiteren 2.850 Fällen teilweise Absicht. Bei 25% jener 2.000 Fälle bestand kein expliziter Patientenwunsch.

Insgesamt gehen Forscher davon aus, dass die Grauzone zwischen der Absicht, Schmerz und andere Symptome zu lindern, und der Absicht der Lebensverkürzung etwa 2% Todesfälle ausmacht, der gleiche Anteil wie 1990.<sup>17</sup> Keiner dieser Fälle wurde gemeldet.

### 5.4. Verweigerung/Behandlungsabbruch

1995 wurde in etwa 27.300 der Fälle Behandlung verweigert oder entzogen (in 5.200 Fällen mit ausdrücklichem Patientenwunsch), wobei eine mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen wurde. Jedenfalls bestand 18.000 mal (in 14.200 Fällen ohne ausdrücklichen Patientenwunsch) eine erklärte Absicht des Arztes zur Lebensverkürzung. Die Untersuchung sagt nichts darüber, wie oft eine Behandlung unverhältnismäßig zur damit verbundenen Belastung war, so dass der Arzt sie genau deshalb und ohne Absicht der Lebensverkürzung abbrechen konnte. In nur 1% der Fälle (140 Patienten) betrachtete der Arzt den Patienten als voll kompetent.<sup>18</sup> In Fällen ausdrücklich beabsichtigter Lebensverkürzung durch Verweigerung oder Entzug von Behandlung schätzten die Ärzte eine Verkürzung des Lebens um 1 bis 7 Tage bei 34% um 1 bis 4 Wochen bei 18%, sowie um mehr als einen Monat bei 9% der Fälle.<sup>19</sup>

in %	1995	1990
Ein (früher geäußelter) Wunsch des Patienten	30	17
Geringe Lebensqualität	36	31
Keine Aussicht auf Besserung	44	60
Medizinische Behandlung ist ergebnislos	67	39
Keine unnötige Verlängerung	33	33
Die Familie kann es nicht länger ertragen	38	32
Verlust der Würde, Leiden zuvorkommen	9	

Tabelle 3: Begründungen für die Beendigung des Lebens ohne Patientenwunsch<sup>15</sup>

### 5.5. Suizidbeihilfe bei psychischem Leiden

Anlässlich des Falles eines Psychiaters, der einer Frau mit schwerem psychischem Leiden Suizidbeihilfe geleistet hatte, hat das Oberste Gericht der Niederlande geurteilt, dass Suizidbeihilfe bei psychischem Leiden im Prinzip akzeptiert werden kann, auch wenn der Patient nicht im Sterben liegt.<sup>20</sup> Hieraus haben viele geschlossen, dass auch bei somatischem Leiden der Patient nicht in einer Sterbephase zu sein braucht, um Beihilfe bei Selbsttötung oder Euthanasie erhalten zu können.

In psychiatrischen Fällen fordert das Oberste Gericht, dass der Patient von einem unabhängigen Kollegen des behandelnden Arztes untersucht werden muss. Grund dafür ist, dass es bei psychiatrischen Patienten schwierig ist, festzustellen, ob zwei wichtige Bedingungen für Suizidbeihilfe erfüllt sind. Dies sind:

- die Unabhängigkeit und Freiwilligkeit der Bitte (sie soll kein Symptom der psychiatrischen Störung sein),
- die Aussichtslosigkeit des Leidens und die Unmöglichkeit, es zu lindern.

Das Oberste Gericht sagt ausdrücklich, dass der Arzt bei bestehender Möglichkeit der Leidensminderung mit medizinischen Mitteln keine Suizidbeihilfe leisten darf, auch wenn der Patient in voller Freiheit jede medizinische Behandlung ablehnt. Systematisch gesehen soll diese Bedingung auch für Euthanasie oder Suizidbeihilfe bei somatischem Leiden gelten. Die Minister der Justiz und der Öffentlichen Gesundheit haben diese Subsidiaritätsregel faktisch unterstützt.<sup>21</sup> Das Generalkomitee der Königlich Niederländischen Medizinischen Assoziation (KNMG) hat denselben Standpunkt eingenommen.<sup>22</sup>

Auf der Grundlage der Angaben von Psychiatern für 1995 schätzt die jüngste Untersuchung, dass nur 2 bis 5 psychiatrische Patienten Hilfe bei der Selbsttötung erhielten, obwohl 320 dies ausdrücklich wollten. Von den Psychiatern, die bei mentalen Leiden eine Hilfe zur

Selbsttötung niemals gewähren würden (beinahe ein Drittel der Antwortenden), benannten 88% „professionelle Beurteilung“ als den wichtigsten Grund dafür. Nur 2% der Psychiater hatten jemals Selbsttötung unterstützt.<sup>23</sup>

Dieser relativ restriktive Zugang der Psychiater mag nicht wenig zu der Kontroverse beigetragen haben, die durch den obengenannten Fall von Chabot ausgelöst wurde.

### 5.6. Behinderte Babies

Andere Gerichtsurteile zeigen, dass die Gerichte eine Bezugnahme auf die „Notwendigkeit“ akzeptieren, wenn es sich bei den Euthanasiepatienten um schwerstkranke oder schwerstbehinderte Babies handelt. Zwei solcher Fälle wurden in Distriktgerichten abgehandelt, der eine in Alkmaar<sup>24</sup>, der andere in Groningen<sup>25</sup>. In beiden Fällen wandte sich der Staatsanwalt an das Appellationsgericht Amsterdam<sup>26</sup> bzw. Leeuwarden<sup>27</sup>. Beide Ärzte beriefen sich auf Höhere Gewalt. Alle vier Gerichte akzeptierten dies und die Ärzte blieben straffrei.

Wesentliche Entscheidungsbedingungen der Gerichte waren<sup>28</sup>:

- zu Diagnose und Prognose darf es keine Zweifel geben,
- der Arzt muss Kollegen konsultieren,
- der Tod muss in einer sorgfältigen und korrekten Weise herbeigeführt werden,
- der Arzt muss über den Fall Bericht erstatten,
- die Eltern müssen mit der Tötung des Babies einverstanden sein.

Der Forschungsbericht sagt aus, dass über 1.000 Neugeborene in den Niederlanden innerhalb ihres ersten Lebensjahres sterben und schätzt, dass das Leben von etwa 15 Neugeborenen aktiv und absichtlich durch Ärzte beendet worden ist. Diese Zahl 15 scheint eine signifikante Unterschätzung zu sein.

Die Untersuchung zeigt, dass in 10 Fällen (1%) Ärzte ein Medikament mit der ausdrücklichen Absicht der Lebensverkürzung verabreichten. In weiteren 80 Fällen haben die Ärzte

dies getan und zugleich eine lebensverlängernde Behandlung unterlassen oder abgebrochen.<sup>29</sup> In wahrscheinlich vielen Fällen wurde die Beatmung gestoppt und ein Medikament zur Schmerzlinderung verabreicht. Mögen diese Fälle aus ethischer Sicht auch unterschiedlich zu beurteilen sein, war es doch ausdrückliche Absicht der Ärzte, das Leben von 90 und nicht 15 Babies zu verkürzen.<sup>30</sup>

## 6. Einhaltung der Bedingungen

Folgende Kriterien soll ein Arzt bei ordnungsgemäßer Ausübung der Euthanasie beachten:

- das Verlangen danach sollte freiwillig und wohlüberlegt sein,
- es muss ein unerträgliches Leiden bestehen, das nicht mit medizinischen Mitteln zu lindern ist,
- Konsultation mit einem anderen Arzt und
- anschließende Berichterstattung.

Nur bei Einhaltung dieser Bedingungen könnte behauptet werden, dass es eine wohl geregelte Euthanasiepraxis gäbe (wenn man davon absieht, dass diese Kriterien für subjektive Interpretationen offen sind). Inwieweit werden die Kriterien aber erfüllt?

### 6.1. *Freiwilliges, wohlbedachtes und wiederholtes Verlangen*

In 93% der Fälle wurde Euthanasie und Suizidbeihilfe von den Patienten wiederholt verlangt, über welche Zeitspanne hindurch ist nicht bekannt. Immerhin ist klar, dass die Ärzte in einer wesentlichen Zahl von Fällen das Leben von Patienten absichtlich beendeten oder zumindest verkürzten ohne ausdrückliches Verlangen (Tabelle 1, Patientenkategorie 6a, 6b und 7a).

Daraus ist zu schließen, dass dieses Kriterium in einem beträchtlichen Anteil der Fälle von Lebensbeendigungshandlungen nicht erfüllt wurde.

### 6.2. *Unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung*

Die befragten Ärzte bezeichneten dies als den für Patienten offensichtlich wichtigsten Beweggrund für das Euthanasieverlangen. Allerdings ist es ein „offenes“ Kriterium, d.h. nicht klar definiert und bis heute in keiner Weise ausreichend objektiviert. Jedenfalls ist es der Arzt, der entscheidet, ob das Leiden ausreichend unerträglich geworden ist, um das Verlangen nach Euthanasie zu begründen. Die befragten Ärzte dachten in über 17% der Fälle, dass noch Alternativen bestanden, doch wollten die Patienten davon nichts mehr wissen und die Ärzte ließen das Euthanasieverlangen zu. Dies steht im Widerspruch zu diesem Kriterium.

Die hohe Häufigkeit bewusster Lebensverkürzung auf Grund unerträglichem Leidens unterstreicht die Kritik an der unzureichenden Erreichbarkeit einer guten Palliativpflege in den Niederlanden.<sup>31</sup>

### 6.3. *Konsultation*

Die Richtlinien für zulässige Euthanasie und Unterstützung von Selbstmord verlangen vom Arzt vor der Zustimmung eine formelle Konsultation mit einem Kollegen und nicht einfach nur eine gemeinsame Überlegung. In den in der Studie erfassten Fällen erfolgte bei 50 bis 79%<sup>32</sup> eine Konsultation. Allerdings wird auch deutlich, dass eine Konsultation in 99% der offiziell berichteten Fälle, jedoch nur in 18% der Fälle ohne Berichterstattung erfolgt ist.<sup>33</sup> Keine Konsultation erfolgte in 97% der Lebensbeendigungen ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten. Und selbst wenn konsultiert wurde, kann die Art und Weise kaum als wirksamer Beitrag zur Entscheidungsfindung gelten.<sup>34</sup>

### 6.4. *Berichterstattung*

1995 wurden 41% der Euthanasie- und Selbstmordunterstützungsfälle dem zuständi-

gen Amtsarzt gemeldet, wie es die 1994 in Kraft getretene, gesetzliche Regelung vorsieht. Obwohl dies ein Fortschritt gegenüber den 18% berichteten Fällen in 1990 darstellt, bedeutet es, dass eine klare Mehrheit der Fälle, nämlich beinahe 60%, ohne Berichterstattung verläuft.

Darüber hinaus unterstreicht die Untersuchung, dass die gesetzlichen Erfordernisse häufiger in den Fällen ohne Berichterstattung verletzt wurden.<sup>35</sup>

Die wichtigsten Gründe, die von den Ärzten für die Unterlassung der Berichterstattung angegeben wurden, waren 1995 (wie 1990), dass sie sich und/oder die Angehörigen des Patienten vor den Unannehmlichkeiten schützen und das Risiko einer Strafverfolgung vermeiden wollten (obwohl die durchgängig niedrige Zahl der Strafverfolgung zeigt, dass dieses Risiko minimal ist). 30% der Ärzte gaben an, dass sie die Berichterstattung unterlassen hätten, weil sie die gesetzliche Regelung für Euthanasie und Selbstmordunterstützung nicht eingehalten hatten, und 12%, weil sie Euthanasie für eine Privatangelegenheit zwischen Arzt und Patient hielten.<sup>36</sup>

## 7. Die Forderung nach Euthanasie und Hospizpflege

### 7.1. Allgemeine Entwicklungen

Während des letzten Jahrzehnts gab es ein starkes Anwachsen der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin. Diese medizinischen Möglichkeiten werden insbesondere während der letzten Lebensphase angewandt. Auf diese Weise – gefördert durch eine starke Überbetonung von Gesundheit und Lebensverlängerung in unserer Gesellschaft – sind das Lebensende und der Sterbeprozess in einem beträchtlichen Ausmaß „medikalisiert“ worden. Dieses starke Hervorheben der kurativen Medizin führt dazu, dass insbesondere in

den Allgemeinkrankenhäusern der sterbende Patient als Misserfolg empfunden wird. Ärzte tendieren dazu, ihn oder sie zu vernachlässigen. Außerdem hat sich auf Grund der Verbesserungen im Wohnen, bei der Hygiene, der Ernährung und durch den Fortschritt der Medizin die Lebenserwartung in den letzten drei bis vier Generationen beträchtlich erhöht. Die Menschen werden älter, aber das Alter bringt Schwächen mit sich. Außerdem sterben mehr Menschen infolge chronischer Erkrankungen, von denen einige in besonderer Weise Schmerz und Unbehagen verursachen (insbesondere Krebs). Zum einen ermöglichen die neuen medizinischen Entwicklungen eine noch nie dagewesene Gesundheitsvorsorge. Zum anderen ermöglichen sie die Behandlung aller Arten von Symptomen, ohne dass man in der Lage ist, den Patienten zu heilen. Dies verlängert manchmal den graduellen Verfallsprozess, ohne Hoffnung auf Besserung des Zustandes und Angst erzeugend vor dem, was noch kommen mag. Während der Endphase wird manchmal eine Überdosis medizinischer Technologie eingesetzt, die dazu tendiert, den Patienten noch mehr von seiner Umgebung zu isolieren und die es schwieriger macht, den eigenen Tod anzunehmen.

In diesem Zusammenhang muss aber noch ein anderer Faktor erwähnt werden: Während des vergangenen Jahrzehnts hat sich in der Gesellschaft eine Entwicklung zur Fragmentierung sozialer Beziehungen und zur Individualisierung vollzogen. Eine Konsequenz daraus ist, dass, jedenfalls in den Niederlanden, ältere Menschen im allgemeinen nicht mehr im gleichen Haus mit der jüngeren Generation zusammenleben. Umgekehrt hat dies die Institutionalisierung älterer und abhängiger Menschen zur Folge. Daraus resultiert deren gesellschaftliche Isolation.

Dies beschreiben – so glaube ich – in einer unvollständigen und allgemeinen Weise einige Entwicklungen, die der Forderung von Patienten nach Euthanasie zugrunde liegen.

Die genannten Begründungen zeigen, dass Euthanasie nicht nur eine Frage der medizinischen, sondern ebenso der Sozialethik ist. Es ist offensichtlich, dass in unserem Denken über das Hospiz als Alternative zur Euthanasie diese Daten und Betrachtungen in Rechnung gestellt werden müssen.

## 7.2. Keine Alternativen

Das Urteil des obersten Gerichts, dass der Arzt keine Suizidbeihilfe leisten darf, und wenn es irgend möglich ist, das Leiden mit medizinischen Mitteln lindern soll, ist sehr wichtig. Es wurde vom Justizminister und vom Minister für Volksgesundheit wie auch vom KNMG (Königliche Niederländische Gesellschaft für die Förderung der Medizin) übernommen. Es bedeutet, dass auch bei körperlichem Leiden der Arzt Euthanasie nur dann ausführen darf, wenn es keine Möglichkeiten mehr gibt, das Leiden auf andere Weise zu lindern.

Die palliative Medizin nimmt jetzt auch in den Niederlanden an Bedeutung zu. In den letzten Jahren haben etwa zwölf Organisationen angefangen zusammenzuarbeiten, um die Betreuung der Patienten in der letzten Lebensphase zu verbessern und zu fördern. Hoffentlich kann auf diese Weise die Zahl von Euthanasiefällen herabgesetzt werden. Andererseits muss auch festgestellt werden, dass in der Bevölkerung der Gedanke mehr und mehr aufkommt, dass Euthanasie ein Recht sei. Immer mehr Patienten scheinen um Euthanasie zu bitten, obwohl sie noch gar nicht in einer unbehandelbaren Notlage sind. Der Arzt wird unter Druck gesetzt, Euthanasie schon auszuführen, bevor die eigentliche Sterbephase eingetreten ist, in der es schwierig werden könnte, aber auch nicht unbedingt unerträglich werden muss. Es ist jetzt also schwierig zu sagen, wie die weitere Entwicklung verlaufen wird.

Leider hat sich in den Niederlanden die Euthanasiediskussion und -praxis entwickelt, bevor sich eine gute, ganzheitliche Betreuung bewähren

konnte. Nicht dass die Betreuung an sich so schlecht war oder ist, aber die Hospizphilosophie hat doch eine andere und mehr ganzheitliche Vorgehensweise bei der Betreuung von Sterbenden geschaffen, die in den meisten Fällen eine Bitte um Euthanasie vorbeugt. Das erfordert aber, dass der Patient auch darauf vertraut, dass er nicht unerträglich leiden muss. Ob die Hospizbewegung in den Niederlanden das noch erreichen wird, ist jetzt schwierig vorherzusagen. Es ist also viel besser, wenn sich eine Hospizbewegung entwickelt, ehe Euthanasie allgemein akzeptiert und praktiziert wird.

In den Niederlanden kommt die Hospizbewegung erst seit wenigen Jahren wirklich zum Tragen. Jetzt gibt es 35 Initiativen auf dem Gebiet der palliativen Pflege, 6 davon sind Hospize mit intramuraler Betreuung von terminalen Patienten. Andere Initiativen betreffen Palliativstationen in anderen Institutionen der Pflege. Zu jenen 35 kommen dann noch etwa 120 andere Aktivitäten, die wichtig sind für die (palliative) Betreuung von terminalen Patienten, wie zum Beispiel Organisationen für terminale Pflege zu Hause oder die Anwesenheit von Spezialisten in palliativer Betreuung in Institutionen der Gesundheitspflege.

Die Regierung stellt jetzt extra Geld zur Verfügung für Initiativen auf dem Gebiet von Forschung und Pflege in Bezug auf palliative Betreuung. Hoffentlich wird das die Zahl von Euthanasieforderungen erniedrigen.

## 8. Wichtige Beiträge zur Diskussion

### 8.1. Die Ärztevereinigung (KNMG)

Die größte Ärztevereinigung, die Königliche Niederländische Gesellschaft für die Förderung der Medizin, KNMG, hat schon seit 1984 offiziell Euthanasie toleriert und Ärzte verteidigt, die sie unter bestimmten Umständen anwendeten. 1995 hat dieser Verein wieder einen



offiziellen Bericht publiziert, worin Euthanasie akzeptiert wird.<sup>37</sup> Die Umstände, unter denen Euthanasie straffrei bleiben sollte, wurden schärfer umschrieben, jedoch nicht prinzipiell geändert.

Inzwischen hatte die KNMG auch die Diskussion über Lebensbeendigung inkompetenter Patienten gefördert. Beginnend 1988 veröffentlichte eine spezielle Kommission der JNMG, die *Kommissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patienten (CAL)*, eine Reihe von Diskussionspapieren über lebensbeendende Maßnahmen bei verschiedenen Gruppen entscheidungsunfähiger Patienten.

Diese Patienten waren schwerstkrank, oder es waren behinderte Neugeborene, Patienten in PVS und schwer demente Patienten sowie Psychatriepatienten.

Einige Einzelpersonen und Organisationen reagierten auf diese Diskussionspapiere. Die Kommission antwortete darauf in ihrem Abschlussbericht unter der Überschrift „Medizinisches Handeln bei der Lebensbeendigung entscheidungsunfähiger Patienten.“ Dieser Bericht wurde im Mai 1997 publiziert. Die Position der KNMG in diesem Abschlussbericht unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der in den Diskussionspapieren. Die Organisation toleriert zielgerichtete Lebensbeendigung bei drei Arten nichteinwilligungsfähiger Patienten sowie Selbstmordunterstützung bei Psychatriepatienten. Die Formulierung dieser Akzeptanz und ihrer Legitimation ist jedoch sorgfältiger und zurückhaltender als in den Diskussionspapieren. Würden diese Formulierungen in der Praxis beachtet, könnte die Zahl absichtlicher Lebensbeendigungen zumindest begrenzt werden. Man kann sich allerdings nur wundern, wie weit die Praxis bereits über diese Grenzen hinausgeht.

Zugleich sollte beachtet werden, dass dieser Bericht jede Form von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr als medizinische Maßnahme ansieht, die gestoppt werden kann, wenn der Zustand des Patienten sich voraussichtlich nicht

mehr bessert. Dies gilt nicht als absichtliche Lebensbeendigung, obwohl der Tod die unausweichliche Konsequenz ist.

So kann dem Bericht entsprechend der Entzug künstlicher Ernährung auch dann gerechtfertigt sein, wenn die Verabreichung als solche nicht besonders belastend ist. Die KNMG vertritt also die Auffassung, dass der Entzug künstlicher Ernährung bei PVS-Patienten nach einer gewissen Anzahl von Monaten im Koma gerechtfertigt sein kann und dass diese sterben dürfen sollten. Die KNMG macht sogar geltend, dass der Arzt die moralische Pflicht dazu habe, da es Teil der professionellen medizinischen Pflege sei. Der Arzt dürfe sich in einem solchen Fall nicht unter Verweis auf Gewissensgründe dagegen weigern. In diesem besonderen Punkt der PVS-Patienten ist die Position der KNMG strikter als die der Diskussionspapiere. Dies könnte einige Ärzte in moralische Konflikte stürzen.

## 8.2. Die Kirchen

Die christlichen Kirchen in den Niederlanden kann man in vier Gruppen einteilen. Zuerst die römisch-katholische Kirche, dann die zwei größeren protestantischen Kirchen und drittens die kleinere protestantische, reformierte Kirche und die kleineren evangelischen, öfters freien Gemeinden wie Darbisten, Baptisten, Pfingstgemeinden, usw.

Die Bischöfe der römisch-katholischen Kirche haben jede Art von Euthanasie, freiwillige oder nicht freiwillige, immer ganz klar abgelehnt. Gleichzeitig haben sie aber auch deutlich gemacht, dass die medizinisch-kurative Behandlung aufhören darf und muss, wenn sie nicht mehr sinnvoll angemessen ist. Weiter haben sie auch auf gute Betreuung am Lebensende Nachdruck gelegt, um Forderungen nach Euthanasie zuvorzukommen. Es ist aber auch klar, dass unter den Mitgliedern der römisch-katholischen Kirche viele Leute Euthanasie nicht ablehnen, und dass es auch katholische

Ärzte geben könnte, die sie unter Umständen einwenden würden.

Die zwei größten protestantischen Kirchen, die jetzt in einem Vereinigungsprozess sind, haben 1985 einen Bericht publiziert, worin über Euthanasie und Pastoralarbeit gesprochen wird.<sup>38</sup> Darin wird letztendlich Euthanasie nicht eindeutig abgelehnt, sondern man erkennt, dass sie unter Umständen moralisch akzeptiert und auch pastoral begleitet werden kann oder sogar muss. Die Argumentation verweist auf die Verantwortlichkeit und Mündigkeit des heutigen Menschen und auf die Aussage von Jesus, dass das Gesetz um der Menschen willen bestehe und nicht der Mensch um des Gesetzes willen. Hiermit wird also das Gebot: „Du sollst nicht töten“ durch christliche Liebe und Barmherzigkeit relativiert. Über diesen Bericht ist in den Synoden dieser Kirchen gesprochen worden. Doch es gab kein Einvernehmen darüber. Es gibt in jenen Kirchen wichtige Minderheiten, die Euthanasie, wie immer in der christlichen Tradition, ablehnen. Der Bericht wurde ergänzt mit Reaktionen aus den Kirchen, worauf die Autoren abermals reagierten. Das Ganze wurde den Gemeinden vorgelegt als Beitrag zur Besinnung. Inzwischen ist schon deutlich, dass von einzelnen Mitgliedern dieser Kirchen, sowohl Ärzten als auch Patienten, Euthanasie akzeptiert und praktiziert wird.

1995 publizierten diese Kirchen den Bericht „Keuzen op leven en dood“, über pastorale und ethische Überlegungen hinsichtlich der Behandlung von schwer behinderten neugeborenen Babies.<sup>39</sup>

In Kapitel 3: „Ethische Fragen aus christlicher Perspektive“ werden eine Reihe von Ausgangspunkten formuliert. Ich erwähne die wichtigsten.

Der erste ist, dass menschliches Leben „heilig“ ist (S.49). Jedes Menschenleben verdient deshalb Respekt.

Der zweite Punkt weist eine Reduktion menschlichen Lebens auf eine rein biologische

Betrachtungsweise zurück. Menschliches Leben, das Respekt verdient, ist nicht nur biologisches Leben.

Der dritte Punkt ist, dass Menschen sich als verantwortliche Wesen nicht verstecken können hinter „dem Willen Gottes“ oder „dem Lauf der Natur“ (S.51).

Der vierte Punkt unterstreicht die Bedeutung von Beziehungen in der Gemeinschaft der Pflegekräfte sowie mit dem Patienten.

Der fünfte macht die Bedeutung von Gefühlen für moralische Entscheidungen geltend (ohne Gefühle als solche normativ anzusehen).

Weiter wird ausgeführt, dass neue Potentiale neue Wahlmöglichkeiten und neue Verantwortlichkeiten schaffen, ohne dass hierdurch unbegrenzte Möglichkeiten bereitgestellt würden. Und dass Christen sich daran erinnern sollten, dass neue Potentiale Menschen nicht dazu befähigen, den Platz Gottes einzunehmen. Leiden ist nicht von Gott geschaffen, aber ein Übel, dem wir nach Gottes Willen widerstehen sollen. Gottes Fürsorge für die Leidenden ruft uns auf, sie zu stärken und gegen ihr Leiden anzukämpfen.

Schließlich lautet der neunte Punkt: „Nicht die Natur, sondern die Menschlichkeit ist Norm“ (S.53). Die Bedeutung von Menschlichkeit kann in Gottes Liebe und Sorge für Jesus erkannt werden.

Aus der Darstellung dieser Punkte entwickelt das Dokument eine Reihe von Schlussfolgerungen (S.55-60): ein Kind muss solange wie möglich am Leben erhalten werden. Fördert medizinische Behandlung nicht länger das Wohlbefinden des Kindes, kann sie beendet werden. Und wenn die Behandlung nur noch das Leiden verlängert, soll sie abgebrochen werden. Das Leben hat Vorrang, aber es gibt Ausnahmen beim Tötungsverbot. In der biblischen und reformatorischen Tradition besteht kein Grund für die Minderbewertung des Lebens eines behinderten Kindes gegenüber anderen Kindern. Es ist jedoch wesentlich, dass ein Kind in der Lage ist, Liebe zu geben und zu

empfangen. Ist ein Kind unfähig, irgendwelche Beziehungen aufzubauen, oder dominiert das Leiden sein Leben, kann der Tod willkommen und die richtige Entscheidung sein.

Die Arbeitsgruppe stellte zudem fest, dass prinzipiell kein Unterschied zwischen „aktiver“ und „passiver“ Lebensbeendigung bei Kindern mit schwersten Behinderungen besteht (obwohl sie einen emotionalen Unterschied einräumen). Sie betrachtet diese Unterscheidung als eine Verleugnung der persönlichen Verantwortlichkeit, indem man sich hinter Gott oder der Natur versteckt (S.58). Ist eine Entscheidung über den Behandlungsabbruch angezeigt, auch wenn dies den Sterbeprozess einleitet, und bedeutet diese Entscheidung zugleich die Verlängerung des Leidens oder die Verursachung zusätzlicher Belastungen, dann kann „Fürsorge“ für das Kind nicht nur einfach Behandlungsabbruch heißen, sondern aktive Lebensbeendigung.

Das Dokument gesteht zu, dass diese Schlussfolgerungen nicht von allen Kirchengliedern akzeptiert werden, und beschließt dieses Kapitel mit der Aufforderung zur Weiterführung der Diskussion in Respekt voreinander trotz unterschiedlicher Auffassungen (S.64).

Ich habe dies ziemlich ausführlich erwähnt, um die Art und Weise der Argumentation zu zeigen.

Die kleineren orthodoxen, reformierten Kirchen haben keine starke zentrale Organisation und geben als Organisation auch nicht solche Stellungnahmen zu ethischen Problemen ab. Im Allgemeinen kann man sagen, dass von leitenden Mitgliedern dieser Kirchen Euthanasie abgelehnt wird, sowohl aus theologischen als auch aus medizinisch-ethischen und rechtlichen Gründen. Es kommt mir vor, obwohl dies nicht bewiesen ist, dass Euthanasie unter den Mitgliedern dieser Kirchen weniger geschieht als im allgemeinen in der Bevölkerung.

Die Meinung dieser Kirchen in Bezug auf Euthanasie wird in der Öffentlichkeit auch von den kleinen christlichen Parteien im Parlament vertreten. Durch diese Parteien ist auch schon

seit den achtziger Jahren dafür plädiert worden, dass die Betreuung terminaler Patienten verbessert werden sollte als Vorbeugung gegen Euthanasieverlangen.

Die meist kleineren evangelischen Gemeinden sind meistens ziemlich orthodox in ihrer Lehre und Ethik und werden im allgemeinen Euthanasie ablehnen. Aber diese Gemeinden sind auch zunehmend heterogen, und die Ablehnung ist jetzt vermutlich nicht mehr so ganz allgemein. Daten darüber fehlen. In der öffentlichen Diskussion spielen diese Gemeinden jedoch nur eine kleine Rolle.

## 9. Diskussion

Wir fassen zusammen und diskutieren die Ergebnisse:

a) Es besteht eine deutlich erkennbare Euthanasiepraxis sowohl freiwillig als definitiv auch unfreiwillig bei 3,4 - 6% aller Todesfälle insgesamt und bei 4,9 - 8,6% aller Fälle mit ärztlicher Begleitung. Darin eingeschlossen ist auch die nichtfreiwillige Euthanasie, insbesondere die bei schwerstbehinderten Neugeborenen. Die Gerichte haben dies unter bestimmten Umständen für rechtens erklärt.

Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Verfahrensregelungen erfolgte in der Mehrheit der Fälle freiwilliger Euthanasie und Selbstmordunterstützung, sowie bei unfreiwilliger Euthanasie in beinahe allen Fällen keine Berichterstattung. Dies machte eine effektive Kontrolle der Behörden unmöglich. Die Euthanasiepraxis in den Niederlanden hat auf diese Weise eine schwer kontrollierbare Eigendynamik entwickelt. Die Untersuchung zeigt, dass die Ärzte sich an die Entscheidung über die Durchführung von zielgerichteten Maßnahmen zur Lebensverkürzung gewöhnt haben. Die Ärzte neigen dazu, die Unterscheidung zwischen persönlichen Gefühlen im Blick auf die Wünschbarkeit des baldigen Todes eines Patienten und ihrer eigenen Absicht zu vernachlässigen, das

Leben eines Patienten zu verkürzen, wie es im tatsächlichen ärztlichen Handeln zum Ausdruck kommt.

Nach meiner Überzeugung ist es nicht erforderlich, dass Ärzte mit professionellem Handeln absichtlich den Tod herbeiführen. Wenn unheilbar Kranke in ihrer letzten Phase von schwerem Leiden geplagt werden, kann die kurative Behandlung abgebrochen oder nicht aufgenommen werden zugunsten palliativer Behandlung, die Leiden mildert und den Sterbeprozess des Patienten soweit als möglich erleichtert. Wenn palliative Behandlung unvermeidbar das Sterben beschleunigt, kann dies akzeptiert werden, solange es die Situation erfordert. Es liegt in diesem Falle keine Absicht vor.

b) In der öffentlichen und politischen Diskussion nach Veröffentlichung der Untersuchung von 1995 gab es kaum noch eine Auseinandersetzung über die moralischen Fragen zur Euthanasie. Die Aufmerksamkeit richtete sich fast ausschließlich auf die Kontrollierbarkeit der Euthanasiepraxis, so, als ob dies eine moralische Rechtfertigung bewirken könnte. Die liberale Gesellschaft scheint auch in diesem Fall die moralische Dimension erfolgreich auf eine Verfahrensfrage zu reduzieren. Aber dieser „Erfolg“ sollte aus unserer Sicht als Zeugnis gesellschaftlicher Armut und Schwäche gesehen werden, mit moralischen Problemen konkret umzugehen.

c) Die rechtliche Akzeptanz und Regulierung der Euthanasie haben nicht zu einer Sicherung der Kontrollmöglichkeit von Maßnahmen der Lebensbeendigung geführt. Holländische Befürworter freiwilliger Euthanasie behaupteten, dass eine Regulierung im Sinne des Rechtsschutzes ermöglichen könnte, die Praxis offenzulegen und effektiv unter Kontrolle zu halten. Allerdings zeigen Untersuchungen von VAN DER MAAS und VAN DER WAL (ähnlich wie andere Forschungsergebnisse)<sup>40</sup>, dass seit Einführung der Regulierung eine Zunahme der Euthanasiefälle erfolgte und eine deutliche Mehrheit davon (sowohl mit als auch ohne er-

klärten Wunsch) ohne Berichterstattung blieb.<sup>41</sup> Die Zunahme ist nahezu gleich groß wie die Zunahme bei den Fällen mit Berichterstattung, was darauf hinweist, dass die Zahl unberichteter Fälle kaum gesunken sein kann.

In einem ausführlichen Essay zu den Möglichkeiten der Regulierung von Euthanasie schreibt der belgische Jurist Prof. VELAERS:

„Nur wenn die medizinische Ethik (deontology) und das Kontrollsystem des Strafrechts wie auch des Disziplinarrechts hinreichend garantieren können, dass die Euthanasiepraxis sich innerhalb akzeptabler Grenzen bewegt, kann der Gesetzgeber seiner Verantwortung gerecht werden. Sollte eine solche Garantie nicht erreichbar sein, darf der Gesetzgeber aus unserer Sicht keinerlei Spielraum gewähren, auch nicht unter sehr restriktiven Bedingungen.“<sup>42</sup> Diese von einem rein juristischen Standpunkt vernünftige Bedingung ist bis heute in den Niederlanden nicht erfüllt. Die gegenwärtige Regulierung hat dazu beigetragen, dass einige Verfahrenserfordernisse besser eingehalten werden als vor fünf Jahren.

Nichtsdestoweniger erweckte die Regulierung bei der Durchführung von Euthanasie eher den Anschein von Sorgfalt, während in Wirklichkeit der größte Teil der Fälle unsichtbar und unkontrollierbar blieb. Diese Situation greift die Grundlage unserer staatlichen Verfassung an. Daher ist Euthanasie nicht nur eine Frage der medizinischen Ethik, sondern ebenso der sozialen und politischen Ethik.

Die nachlässige Haltung der holländischen Regierung und die Entwicklung der Rechtsprechung scheinen eine Situation geschaffen zu haben, in der das Ziel einer kontrollierbaren Euthanasiepraxis nur um den Preis einer Erweiterung der Fallzahlen erreichbar ist.

d) Die Erfahrungen der palliativ Tätigen (Hospizarbeit) zeigen, dass nur wenige Anfragen nach Euthanasie übrigbleiben, wenn Palliativpflege erfolgt. Die Zugänglichkeit zu dieser Art der Pflege und die Kenntnis darüber sind in den Niederlanden unzureichend. Deshalb ist

die Schlussfolgerung aus der Untersuchung von VAN DER WAL und VAN DER MAAS (1996), dass die medizinische Versorgung am Lebensende sich verbessert hat, ein ungerechtfertigter Euphemismus (S.240). Aus unserer Sicht ist diese Schlussfolgerung nur zu rechtfertigen, wenn die Zahl der Euthanasiefälle substantiell zurückgeht, weil angemessene Palliativpflege zur Verfügung steht.

e) Zusätzlich zu einer Verbesserung der Palliativpflege ist eine restriktivere Politik des Generalstaatsanwalts und des obersten Gerichts notwendig, um die Zahl der Euthanasiefälle zu senken.

## 10. Zusammenfassung

1991 wurden von P.J. VAN DER MAAS et al. wichtige Forschungsergebnisse über die 1990 erfolgte Entscheidungsfindung niederländischer Ärzte bei Lebensbeendigung veröffentlicht. Diese Studie erschütterte die Behauptung holländischer Ärzte, ihre Richtlinien seien völlig ausreichend zur Kontrolle der Euthanasiepraxis und insbesondere zur Verhinderung eines gleitenden Überganges von der von Patienten gewünschten (freiwilligen) Euthanasie zur (unfreiwilligen) Euthanasie bei nichteinwilligungsfähigen Patienten. Die Untersuchung bestätigte ganz klar eine signifikante Praxis und Duldung nichtfreiwilliger Euthanasie sowie die übliche ärztliche Handhabung illegaler Bescheinigung der Todesursache aus „natürlichen Gründen“ anstelle des Berichtes über die tatsächlichen Gründe gegenüber den Behörden.

Am 1. Juni 1994 wurde eine Regelung zur Berichtspflicht bei Euthanasiefällen (mit und ohne ausdrücklichen Patientenwunsch), bei Selbstmordunterstützung sowie zu den vorausgehend zu beachtenden Verfahren in Kraft gesetzt. Der Hauptzweck der Berichterstattung ist es, die Ärzte zu genauer Prüfung ihrer Lebensbeendigungspraxis zu befähigen und ihre Sorgfalt in der Entscheidungsfindung zu stärken.

1996 veröffentlichte G. VAN DER WAL und VAN DER MAAS die Ergebnisse einer weiteren umfangreichen Studie zur Entscheidungsfindung niederländischer Ärzte in der Euthanasiepraxis von 1995. Die Studie versuchte insbesondere den Zusammenhang von absichtlicher Lebensverkürzung und der Wahrnehmung der Meldepflicht (auf der Grundlage der genannten Kriterien) aufzuzeigen, einschließlich der Qualität ihrer Berichterstattung.

Diese Daten zusammen mit den Daten von 1990 und dem Diskussionsverlauf führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

a) Es besteht eine substantielle Euthanasiepraxis auf freiwilliger Basis, ebenso definitiv aber auch nichtfreiwillig.

b) Selbst fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen erfolgte in der Mehrheit der Fälle freiwilliger Euthanasie und Selbstmordunterstützung und in beinahe allen Fällen bei unfreiwilliger Euthanasie, keine Berichterstattung. Dies machte eine effektive Kontrolle der Behörden unmöglich.

c) Die absichtliche Lebensbeendigung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, insbesondere schwerstbehinderten Neugeborenen, ist nicht nur gängige Praxis, sondern ist auch vor Gericht akzeptiert worden.

d) In den Niederlanden besteht noch immer eine Dienstleistungslücke bei der professionellen, integrativen Palliativpflege (Hospizarbeit). Glücklicherweise erfolgen an dieser Stelle zur Zeit Verbesserungen. Erfahrungswerte aus anderen Ländern zeigen, dass diese Form der Pflege in beinahe allen Fällen die Nachfrage nach Euthanasie verhindern konnte.

e) Das niederländische Experiment einer regulierten und kontrollierten Euthanasiepraxis ist gescheitert. Es zeigt vielmehr, dass einmal offiziell zugelassene und praktizierte Euthanasie eine Eigendynamik entwickelt, die Kontrollen widersteht und zur Ausweitung tendiert. Diese Situation greift die moralische Substanz der Medizin und die Verfassungsgrundlage unseres Staates an.

## Referenzen

1. Van der MAAS, P.J., VAN DELDEN J.J.M., PIJNENBORG, L., *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, Health Policy (1992); 22 (1/2): 1.262. Eine kurze Zusammenfassung dieses Berichts ist zu finden bei Van der MAAS, P.J. et al. Lancet (1991) 338: 669-674 bzw. eine ausgedehnte Diskussion über die Situation in den Niederlanden kann im The Hastings Center Report (1992) 22, nr.2 nachgelesen werden.
2. G. van der WAL, P.J., Van der MAAS et al., *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levens-einde. De praktijk en de meldingsprocedure*. Den Haag: SDU uitgeverij 1996.
3. CALLAHAN, D., *When self-determination runs amok*, The Hastings Center Report (1992) 22, nr.2: 52-55 und CALLAHAN, D., *Can we return death to disease?*, The Hastings Center Report (1989) 19, nr.1: 4-6
4. Standpunkt des Kabinetts zur Euthanasie und anderen medizinischen Entscheidungen betreffend das Lebensende, Den Haag: Justizministerium, 8. November 1991
5. Die neue gesetzliche Regelung (Gesetznr. 22 572) ergänzt das Gesetz betreffend der Bestattung der Toten (Artikel 10), welches die gesetzliche Grundlage für die Form bilden, in der die Ärzte einen natürlichen Tod zu bescheinigen haben. Das neue Gesetz bestimmt, dass die Form, in welcher der natürliche Tod zu bescheinigen sowie alle Fälle von Euthanasie, assistierter Selbsttötung und Handlungen zur nicht verlangten Lebensbeendigung zu melden sind, einer späteren Regelung vorbehalten bleibt („Algemene Maatregel van Bestuur“, AMvB). Diese AMvB wurde im Staatsblad (offizielle Veröffentlichung der Regierung) am 28. Dezember 1993 veröffentlicht; Blesuit van 17. Dezember 1993, Stb 688.
6. LEENEN, H.J.J., *Dying with dignity: developments in the field of euthanasia in the Netherlands*, Medicine and Law 8(1989): 520
7. Fußnote 2, Tabelle 5.5
8. Fußnote 2, Tabelle 5.4
9. Fußnote 1, Tabelle 5.8, Fußnote 2, Tabelle 5.6
10. Fußnote 1, Tabelle 5.12
11. Fußnote 2, Tabelle 6.5
12. Fußnote 2, Tabelle 6.4
13. Fußnote 2, Tabelle 6.3
14. Fußnote 2, Tabelle 6.6 (death certificates: 56%) und Tabelle 10.1 (Interviews; 40% und 3%)
15. Fußnote 1, Tabelle 6.7; Fußnote 2, Tabelle 6.7
16. Fußnote 1, Tabelle 7.2; S. 77; 92; 93
17. Fußnote 1, S. 93
18. Fußnote 1, Tabellen 8.1; 8.2
19. Fußnote 1, Tabelle 8.2
20. Fußnote 1, S. 93
21. SORGDRAGER, W., BORST-EILERS, E., *Euthanasie. De stand van zaken*, Medisch Contact 50; 12 (1995): 381-384
22. KASTELEIN, W.R., *Standpunt hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie*, Utrecht, August 1995
23. Fußnote 2, Tabelle 8.1
24. *Vonnis Arrondissementsrechtbank te Alkmaar d.d. 26. April 1995 im Fall gegen P.*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Nr. 5 (1995): 292-301
25. *Vonnis Rechtbank te Groningen d.d. 13. November 1995 im Fall gegen K.*, Pro Vita Humana 3, Nr. 1 (1996): 29-32
26. *Arrest Gerechtshof te Amsterdam d.d. 7. November 1995 im Fall gegen P.*, Pro Vita Humana 3, Nr. 1 (1996): 25-28
27. *Arrest Gerechtshof te Leeuwarden, d.d. 4. April 1996 im Fall gegen K.*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht Nr. 5 (1995): 284-291
28. Fußnote 27, Abschnitt 12.10
29. Fußnote 2, Tabelle 17.2
30. Die wissenschaftliche Bewertung von 15 Fällen könnte auf die Beobachtung zurückzuführen sein, dass in 17% der bewerteten Fälle Medikamente mit der ausdrücklichen Absicht zur Verkürzung des Lebens (insgesamt 15 Fälle) angewandt wurden, wobei eines der Medikamente die Muskeln lähmte, was zu einem nahezu sofortigen Tod führte, während in einem bedeutenden Anteil der Fälle die Medikamente in Verbindung mit Behandlungsabbruch verabreicht wurden. Der Behandlungsabbruch war die Einstellung der künstlichen Beatmung und die Medikamente dürften eingesetzt werden sein, um einen Erstickungstod zu vermeiden.
31. Vor einigen Jahren stellte der Vorsitzende der Vereinigung von Familienärzten fest, dass die palliative Terminalpflege in Holland nicht gut entwickelt sei. Vgl. *Pleidooi bijscholing artsen voor zorg aan stervenden*, Nederlands Dagblad, 28.11.1996
32. Fußnote 2, Tabelle 10.1
33. Fußnote 2, Tabelle 10.2
34. Fußnote 2, S. 102-107
35. Fußnote 2, Tabelle 11.6
36. Fußnote 2, Tabelle 11.8, S. 225
37. KASTELEIN, W.R., *Standpunt hoofdbestuur KNMG inzake euthanasie*, Utrecht, August 1995
38. *Euthanasie en Pastoraat. Pastorale handreiking, opgesteld door de Sectie Pastoraat van Deputaten Gemeenteopbouw*. Bijlage bij Kerkinformatie, nr. 159, März 1985.
39. *Keuzen op leven en dood*, Pastorale Handreiking nr. 39, Leusden. Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden.
40. Vgl. GOMEZ, C., *Regulating Death*, Free Press (1991); JOCHENSEN, H., *Euthanasia in Holland: An ethical critique of the new law*, Journal of Medical Ethics 20 (1994):212; KEOWN, J., *Euthanasia in the Netherlands: sliding down the slippery slope?* In: KEOWN, J. (Hrsg.), *Euthanasia Examined*, Cambridge University Press (1995), Kap. 16; HENDIN, H., *Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure*, New York: WW Norton (1997), Kap. 2
41. Dr. ANGELL anerkennt diese Tatsache und meint, dass Ärzte deshalb nicht berichten, weil sie die Meldeproze-

dur „mit den vielschichtigen Ebenen gesetzlich geforderten Klarstellung als belastend und abschreckend empfinden.“ Op cit n 37, 1677. Doch die Prozedur, das Erstellen eines Berichtes mit einem örtlichen medizinischen Überprüfer (ein anderer Arzt) verbunden mit der Gewissheit, dass durch die Befolgung der Richtlinien keine Verfolgung zu erwarten ist, dürfte kaum belastend oder abschreckend sein. Darüber hinaus geben viele Ärzte zu, dass sie es einfach deshalb unterlassen, weil sie die Unannehmlichkeit einer Untersuchung,

sei es für sich selbst oder für die Familie nicht wünschen. (siehe Text zu Nr. 33).

42. VELAERS, J., *Het leven, de dood en de grondrechten – juridische beschouwing over zelfdoding en euthanasie*. In: *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood..* Reeks: Het recht in de samenleving, van het Centrum Grondslagen van het Recht, Universiteit Antwerpen. Antwerpen: Maklu uitgevers 1996, S. 553. Translation from the Dutch by H. JOCHEMSEN.





## Zur Diskussion über „Sterbehilfe im säkularen Staat“

von Norbert HOERSTER

Michael WALDSTEIN

### ZUSAMMENFASSUNG

Norbert HOERSTER plädiert für die gesetzliche Freistellung der aktiven Tötung, wenn die zu tötende Person schwer leidet, selbst um den Tod bittet und ein Arzt die Tötung vornimmt. Die ethischen Grundlagen des Plädoyers sind nicht eindeutig. Einige Argumente weisen auf eine Verwurzelung HOERSTERS in der minimalistischen politischen Ethik von HOBBS und HUME, andere wiederum auf eine Verwurzelung im personalistischen Prinzip, demzufolge unsere Handlungen durch Solidarität mit unseren Mitmenschen und Ehrfurcht vor ihrer Freiheit geprägt sein müssen. Dieses Prinzip ist mit dem Gebot der Nächstenliebe in der jüdischen und christlichen Ethik (Lev 19,18; Matt 7,17; 22,39) eng verwandt, ist aber keine religiöse Sondermeinung, sondern allgemein verständlich, auch im säkularen Staat. Auf Grund dieses Prinzips lässt sich HOERSTERS Position schlagend widerlegen. Eine besonders bedenkliche wahrscheinliche Konsequenz der Freistellung der Euthanasie ist der Abbau der Solidarität mit alten Menschen, deren Erhaltung große finanzielle und persönliche Opfer verlangt. Vielen von ihnen würde Druck gemacht: Sei doch nicht so egoistisch! Bitte, da ist der Ausgang!

**Schlüsselwörter: Medizinische Ethik, Euthanasie, personalistisches Prinzip, christliche Ethik im säkularen Staat**

### ABSTRACT

Norbert HOERSTER pleads for legalizing the active killing of persons, if they suffer much, if they ask for death, and if a doctor does the killing. The ethical foundations of HOERSTER's plea are not clear. Some arguments point to HOERSTER's roots in the minimalist political ethics of HOBBS and HUME, others to his roots in the personalist principle, according to which our actions must be marked by solidarity with our fellow human beings and respect for their freedom. This principle, which is closely related to the commandment of the love of neighbor in Jewish and Christian ethics (Lev 19,18; Matt 7,17; 22,39), is not an exclusively religious opinion, but generally intelligible even in the secular state. On the basis of this principle, HOERSTER's plea can be clearly refuted. A particularly objectionable probable consequence of the legalization of euthanasia is the erosion of solidarity with old people whose care requires great financial and personal sacrifices. Many of them would be subjected to the pressure: Don't be so selfish! Please, the exit is right here!

**Keywords: Medical ethics, euthanasia, personalist principle, christian ethics in the secular state**

*Anschrift des Autors:* Prof. DDr. Michael WALDSTEIN, Internationales Theologisches Institut,  
A-3292 Gaming, e-mail: waldstein@iti.ac.at

Norbert HOERSTERS Buch „Sterbehilfe im säkularen Staat“ ist ein leidenschaftliches Plädoyer für die gesetzliche Freistellung des aktiven Tötens schwer Leidender, die um solche „Sterbehilfe“ bitten. Drei Bedingungen sollen nach HOERSTER diese legitime Tötungspraxis in rechten Bahnen verlaufen lassen: *„1. Der Betroffene befindet sich in einem Zustand schweren, unheilbaren Leidens. 2. Der Betroffene wünscht die Tötungshandlung aufgrund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat. 3. Die Tötungshandlung wird von einem Arzt vorgenommen.“*<sup>41</sup>

Die folgenden Überlegungen bieten eine kritische Durchleuchtung von HOERSTERS Plädoyer. Der erste Abschnitt analysiert HOERSTERS Ethik auf Grund seiner Argumente für das allgemeine Tötungsverbot. Der zweite behandelt HOERSTERS These, „indirekte“ und „direkte Sterbehilfe“ seien moralisch gleichwertig. Der dritte skizziert ein Argument dafür, dass „aktive Sterbehilfe“ aus Gründen der Achtung vor der Würde der Person und der Solidarität mit unseren Mitmenschen abzulehnen ist.

Ein Nebenziel dieser Überlegungen ist Kritik an HOERSTERS These, das Tötungsverbot sei eine christliche Sondermeinung, die im säkularen Staat nichts mehr zu suchen hat. *„Wie kommt es, dass das Schlagwort von der ‚Unantastbarkeit‘ menschlichen Lebens sich (...) solcher Verbreitung erfreut? Dies hängt ohne Zweifel damit zusammen, dass die christlichen Kirchen und ihre Theologen seit je zumindest gewisse Formen von Sterbehilfe vehement ablehnen und sich bei dieser Ablehnung besonders auf dieses Schlagwort berufen.“*<sup>2</sup> Wenn man sich aber die Diskussionen des Tötungsverbots in der jüdischen und christlichen Tradition genauer ansieht, stellt man fest, dass nach fast ausnahmsloser Übereinstimmung jüdischer und christlicher Denker das Tötungsverbot nicht auf spezifisch jüdischen und christlichen Glaubensgrundsätzen beruht, sondern auf ethischen Prinzipien der Menschlichkeit, die ganz allgemein verstehbar sind.

## 1. Die Grundlagen von HOERSTERS Ethik

Auf welchen Grundlagen verteidigt HOERSTER das allgemeine Tötungsverbot? Diese Frage ist von entscheidender Bedeutung, weil die Möglichkeit einer Begrenzung des allgemeinen Tötungsverbots im Fall der „Sterbehilfe“ vom Gewicht der Gründe für das allgemeine Tötungsverbot abhängt. *„Warum verdient menschliches Leben generell oder in der Regel strafrechtlichen Schutz? Es ist im Grunde nicht schwer, auf diese Frage eine von jeder Religion oder Weltanschauung freie, intersubjektiv überzeugende Antwort zu geben: Jeder Mensch hat unter normalen Bedingungen ein starkes Interesse am Überleben. Zwar richtet sich dieses naturwüchsig vorhandene Interesse nicht auf menschliches Überleben schlechthin, d.h. auf das Überleben jedes beliebigen Menschen – sonst wäre so etwas wie ein ausdrückliches Tötungsverbot ja überflüssig. Es richtet sich aber doch auf das eigene Überleben sowie auf das Überleben persönlich Nahestehender. Die Ingeltungsetzung eines strafrechtlich sanktionierten Tötungsverbots ist unter diesen Umständen nun deshalb für jedermann intersubjektiv begründet, weil jedermann von einer solchen Ingeltungsetzung alles in allem profitiert. Der Schutz des eigenen Lebens sowie des Lebens Nahestehender, den ein allgemeines Tötungsverbot jedem einzelnen gewährt, ist jedem einzelnen – jedenfalls langfristig gesehen mehr wert als die des rechtlich ungehinderten Tötens Dritter.“*<sup>43</sup>

Es ist nicht klar, wie die Grundlagen von HOERSTERS Ethik insgesamt im Licht dieses Arguments zu verstehen sind. Drei Leseversuche scheinen mir plausibel, die aber nicht alle unter einen Hut zu bringen sind.

Erster Leseversuch: HOERSTERS Argument für das allgemeine Tötungsverbot könnte als Erklärung im vollen Sinn gelesen werden. So verstanden, beantwortet es aber nicht wirklich die von ihm gestellte Frage: *„Warum verdient menschliches Leben generell oder in der Regel strafrechtlichen Schutz?“* Was es tatsächlich beweist, ist etwas anderes: Viele profitieren vom

Tötungsverbot und setzen deshalb ein Gesetz in Geltung, das den Einzelnen durch strafrechtliche Sanktionen dazu bewegt, es zu befolgen. Die „Ingeltungsetzung“ kann auf diesen Grundlagen nicht eine innere Bindung meines freien Gewissens hervorbringen, sondern nur eine von meinen Interessen und von rechtlichen Sanktionen diktierte äußere Handlungsweise. Hierzu ein Beispiel: Steuergesetze sind (wenigstens teilweise) in meinem Interesse. Die zeitgerechte Zahlung der Steuern wird auch durch strafrechtliche Sanktionen vom Finanzamt erzwungen. Innere Gewissensbindung ist hierbei oft minimal. Viele meiner Kollegen halten einige Male im Jahr öffentliche Vorträge und bekommen dafür in der Regel ein kleines Honorar. Ich kenne wenige Kollegen, denen es Gewissensbisse macht, diese Honorare „steuerschonend“ zu behandeln, sie also nicht offiziell zu ihrem Bruttolohn dazuzählen und versteuern zu lassen. „Das Finanzamt weiß ja nichts davon und der Betrag ist so gering.“ Wenn die einzige Legitimierung des Tötungsverbots in unserem eigenen Vorteil (Sicherheit vor Tötung) und in der Angst vor strafrechtlichen Sanktionen bestünde, müsste die Gewissenslage beim Mord ähnlich sein. In Einzelfällen, in denen wir klar sehen, dass wir weder um unsere langfristige Sicherheit bangen, noch strafrechtliche Sanktionen fürchten müssen, würden wir mit relativ geringen Gewissensbissen unsere Mitmenschen ermorden, wenn uns ein Mord großen Vorteil brächte.

So versteht aber praktisch niemand den Mord. Die Gewissensschwelle gegen das Töten ist bei fast allen Menschen sehr hoch. Es braucht viel systematisches Umerziehen und Verbiegen des Gewissens, um z.B. in terroristischen Banden die Tötung von Mitmenschen zu einer „normalen“ Handlung zu machen, die den Täter nicht durch schmerzhaftes Gewissensbisse verfolgt. Bei längerem Zusammensein von Terroristen und ihren Geiseln verschwindet der Einfluss der Umerziehung und die Gewissensschwelle gegen das Töten tritt wieder mit großer Kraft hervor.

Wenn man HOERSTERS Ethik allgemein als eine in diesem Sinn interessenorientierte Ethik versteht, ist sie nicht nur im Kontext des Tötungsverbots, sondern auch in anderen Lebensbereichen höchst problematisch. Wie würde unser Familienleben aussehen, wenn der einzige ethische Gesichtspunkt unser eigenes Interesse oder das strafrechtlich Erzwungene wäre? Der erste Leseversuch endet also in einer Position, die wohl schwerlich ernsthaft die Position HOERSTERS sein kann.

Zweiter Leseversuch: HOERSTERS Argument für das Tötungsverbot könnte als für eine liberale Gesellschaft pragmatisch bedingte Minimalerklärung verstanden werden. In einer liberalen Gesellschaft, in der viele verschiedene Weltanschauungen Platz haben müssen, kann man bei der Erstellung der Gesetze manchmal nur vom kleinsten gemeinsamen Nenner der unterschiedlichen Gruppen ausgehen. Der Titel von HOERSTERS Buch (Sterbehilfe im säkularen Staat) scheint eine solche Interpretation nahe zu legen, besonders wenn man HOERSTERS These im Auge behält, die Unantastbarkeit unschuldigen menschlichen Lebens sei eine christliche Sondermeinung. Der säkulare Staat kann eine solche Sondermeinung nicht gesetzlich festhalten, weil es eben auch Menschen gibt, denen die Tötung weniger problematisch erscheint.

Wenn aber HOERSTERS Erklärung des Tötungsverbots so verstanden wird, bricht die Logik seiner Argumentation für die „Sterbehilfe“ in sich zusammen. Die wirklichen moralischen Probleme der Tötung, die in der bei fast allen Menschen hohen Gewissensschwelle gegen die Tötung in Erscheinung treten, sind in einer Minimalerklärung nicht angesprochen, sondern gerade ausgeklammert. Für eine Ethik, inklusive der Ethik HOERSTERS, sind sie aber von grundlegender Bedeutung.

Hier zeigt sich übrigens eine fatale Logik im Begriff „säkularer Staat.“ Der kleinste gemeinsame Nenner kann leicht zu einer in sich verhärteten Ideologie werden, wie das bei HOER-

STER der Fall zu sein scheint. Wenn das geschieht, bedeutet „säkular“ nicht mehr das allen minimal Gemeinsame, sondern den Ausschluss des Lebens bestimmter Gruppen aus dem Bereich des öffentlichen Lebens. Vom Standpunkt des Ideals einer wirklich offenen Gesellschaft ist diese fatale Logik entschieden zurückzuweisen.

Dritter Leseversuch: Die beiden eben vorgeschlagenen Leseversuche sind unbefriedigend, wenn man auf zwei ethische Prinzipien achtet, die HOERSTER immer wieder mit großer Leidenschaft vorträgt. Das erste ist die Solidarität mit den Leidenden. HOERSTER beschreibt seine Ethik als „an den Interessen des Einzelnen orientierte Sichtweise.“<sup>4</sup> Man kann diese Definition auf zwei Weisen verstehen: (a) Mein Eigeninteresse ist das Prinzip der Ethik und der Rechtsordnung. (b) Das Interesse an anderen motiviert mich, soll mich motivieren und ist auf diese Weise ethisch bedeutsam. Während HOERSTERS Argument für das allgemeine Tötungsverbot ausdrücklich die erste dieser Interpretationen verlangt (Ich morde nicht, damit ich nicht selbst ermordet werde), finden sich viele Stellen, die ausdrücklich die zweite Interpretation verlangen. Man muss, insistiert HOERSTER, beim Abwägen von Pro und Kontra zur „Sterbehilfe“ immer im Auge behalten „(...)was in der anderen Schale der Waage liegt: das gewaltige physische und psychische Leiden zahlreicher Menschen, die aus unschwer nachvollziehbaren Gründen ihrem weiteren Leben keinen Sinn mehr abgewinnen können.“<sup>5</sup> „In solchen Fällen (...) wäre es sicher ganz inhuman, dem Betroffenen jede ‚Sterbehilfe‘ zu verweigern.“<sup>6</sup> „(...) Prinzipien einer humanen, den Betroffenen im eigenen Interesse gewährten ‚Sterbehilfe‘ (...)“<sup>7</sup>

Noch ein zweites Prinzip wird von HOERSTER immer wieder mit leidenschaftlichen Akzenten angesprochen: die Freiheit und Autonomie der Person. Gegen die Position, lebensverlängernde Maßnahmen sollten bei nicht entscheidungsfähigen Patienten von der moralischen Beurteilung des Arztes abhängen, nicht

vom mutmaßlichen Willen des Patienten, schreibt HOERSTER: „An die Stelle des individuellen Patientenwillens tritt die individuelle Eigenwertung des Arztes. Dem Arzt wird – unter dem Deckmantel einer scheinbar feststehenden Berufsethik – ermöglicht, bei dem Patienten eine Behandlung durchzuführen, die gar nicht von dessen Einwilligung getragen ist. Hierin liegt eine eklatante Verletzung der Autonomie des Individuums.“<sup>8</sup> So ist es nicht überraschend, dass HOERSTER immer wieder harte Worte gegen den „Paternalismus“ findet.<sup>9</sup>

Diese beiden ethischen Prinzipien, Solidarität mit Mitmenschen und Ehrfurcht vor ihrer Freiheit und Autonomie bilden zusammen ein einziges Prinzip, das in der Philosophie der Moderne oft das „personalistische Prinzip“ genannt wird. In seinem Buch „Liebe und Verantwortung“ formuliert Karol WOJTYLA dieses Prinzip in enger Anlehnung an KANT wie folgt: „Handle immer so, dass die andere Person nicht einfach das Instrument deiner Handlung ist.“ Er erläutert dieses Prinzip dann am Beispiel des Geschlechtsverkehrs, der nur dann ethisch im richtigen Lot ist, wenn ich den anderen nicht einfach als Instrument zu meiner eigenen Lust verwende, sondern als freie Person respektiere, die ihre eigenen Ziele hat und sich auch frei zu diesen Zielen hin bewegen kann. Ehrfurcht vor der Würde der Person und Solidarität mit ihren Zielen: das ist die gerechte Weise, mich dem Anderen gegenüber zu verhalten. WOJTYLA erklärt diese Haltung weiter als Befolgung des schon vor Jahrtausenden in der jüdischen Ethik formulierten Liebesgebotes: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst“ (Levitikus 19,18). Jesus fasst dieses Gebot in die sogenannte goldenen Regel: „Was ihr von anderen erwartet, das tut ebenso auch ihnen!“ (Lukas 6,31). „Alles, was ihr von anderen erwartet, das tut auch ihnen! Darin besteht das Gesetz und die Propheten“ (Matthäus 7,12).

Die Diagnose, dass das uralte Grundprinzip der jüdischen und christlichen Ethik bei HOERSTER mit Leidenschaft vorgetragen und vertei-

digt wird, beweist nicht, dass HOERSTER trotz seiner vehement antireligiösen Rhetorik nun doch ein verkappter Jude oder Christ sei. Nach fast ausnahmsloser Übereinstimmung jüdischer und christlicher Philosophen und Theologen beruht das in der goldenen Regel ausgedrückte Liebesgebot nicht auf spezifisch jüdischen und christlichen Glaubensgrundsätzen, sondern ist der menschlichen Vernunft ganz allgemein zugänglich.

In einem entscheidenden Punkt kann man allerdings eine Divergenz zwischen HOERSTERS Ethik und diesen tief verwurzelten Grundsätzen der Menschlichkeit erkennen: HOERSTER betont die individuelle Freiheit so einseitig, dass er den Pol der Solidarität in Frage stellt. Weiter unten wird diese Achillesferse in HOERSTERS Position ausführlicher zur Sprache kommen.

Diese drei Leseversuche sind, wie schon oben bemerkt, nicht unter einen Hut zu bringen. Stellt man sich nun die Frage: Wo sieht HOERSTER die wirklichen Gründe für das allgemeine Tötungsverbot? dann scheint es im höchsten Grade wahrscheinlich, dass der dritte Leseversuch auf das wirklich Wesentliche stößt. Der Grund, warum Mord moralisch abzulehnen ist, liegt in dem Doppelprinzip der Achtung vor der Freiheit und Würde der Person und Solidarität mit ihren Zielen. Warum aber formuliert HOERSTER sein Argument für das allgemeine Tötungsverbot nicht auf dieser Grundlage? Es scheint, dass er sich dazu aus weltanschaulichen Gründen nicht in der Lage sieht. *„Lässt sich aber – ganz unabhängig von unserem positiv geltenden Recht – eine die Sterbehilfe ausschließende Unantastbarkeit menschlichen Lebens vielleicht auf ethischer Basis begründen? Dies wäre sicher dann der Fall, wenn eine in einer überpositiven Werteordnung fundierte und erkennbare Unantastbarkeit menschlichen Lebens gäbe, die eine Sterbehilfe ausschließt. Schon die generelle Annahme einer überpositiven Werteordnung ist jedoch wegen ihrer metaphysischen Voraussetzungen mit einem modernen empirisch orientierten*

*Weltbild kaum vereinbar.“*<sup>10</sup> Man kann in diesem Text sehr klar die Verwurzelung von HOERSTERS eigener Weltanschauung in der politischen Philosophie der englischen Empiristen HOBBS und HUME beobachten. Die uralte jüdische, christliche und allgemein menschliche Überzeugung, wir müssten uns alle mit unseren Mitmenschen solidarisieren und die Würde ihrer Person anerkennen, legt gewiss eine „überpositive Werteordnung“ nahe, weil diese Überzeugung nicht auf Grund positiver rechtlicher Satzung, sondern auf Grund unseres gemeinsamen Menschseins vor dem Forum des Gewissens bindend ist. Was ist dabei als „metaphysische Voraussetzung“ zu fürchten? Und warum sollte man sich durch solche Furcht verleiten lassen, Grundsätze der Menschlichkeit an den Rand zu drängen?

## 2. Zum Unterschied zwischen „aktiver“ und „indirekter Sterbehilfe“

Eine für HOERSTER taktisch sehr wichtige These ist die ethische Gleichwertigkeit von „aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe.“<sup>11</sup> HOERSTER definiert wie folgt: *„Aktive Sterbehilfe = Gezielte Herbeiführung des Todes durch Handeln. Indirekte Sterbehilfe = In Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung gezielter Schmerzbekämpfung. Passive Sterbehilfe = Herbeiführung des Todes durch Behandlungsverzicht.“*<sup>12</sup> Die These von der Gleichwertigkeit von „aktiver“ und „indirekter Sterbehilfe“ ist für HOERSTER taktisch deshalb so wichtig, weil die „indirekte“ und die „passive Sterbehilfe“ rechtlich und ethisch weitgehend akzeptiert werden. Bei ethischer Gleichwertigkeit mit der „aktiven Sterbehilfe“ folgt, dass die „aktive Sterbehilfe“ eigentlich auch akzeptiert werden sollte.

HOERSTER argumentiert wie folgt für die Gleichwertigkeit von „aktiver“ und „indirekter Sterbehilfe“: *„Das direkte, intendierte Töten ist es, das für viele jede aktive Sterbehilfe so verwerf-*

lich macht. So wird nicht selten die Auffassung vertreten, es bestehe ein absolutes Verbot des Sit-  
tengesetzes, niemals einen unschuldigen Menschen  
gezielt zu töten. Eine solche Einstellung ist vom  
Standpunkt einer interessenorientierten ethi-  
schen Betrachtungsweise (...) nicht nachvollzieh-  
bar. Denn das Interesse des Betroffenen spricht,  
sofern die notwendigen Bedingungen für eine legi-  
timate Sterbehilfe erfüllt sind, wie wir sahen, ge-  
rade für und nicht gegen eine Zulassung seiner  
Tötung. Welches Interesse aber sollte der Betroffe-  
ne unter diesen Umständen nun speziell daran  
haben, dass er zwar indirekt, keinesfalls jedoch  
direkt getötet wird? Wird es ihm nicht primär um  
das Ergebnis der Handlung, nicht aber um die  
Intentionen des Handelnden gehen?<sup>13</sup>

Es mag sein, dass es Sterbenden, die durch  
den Tod von ihren Leiden erlöst sein wollen,  
gleichgültig sein kann, ob jemand die direkte  
oder indirekte Intention hat, sie zu töten. Es  
kann ihnen sogar gleichgültig sein, ob über-  
haupt ein Mitmensch oder irgend eine andere  
Ursache (z.B. ein Blitzschlag) ihr Leiden beend-  
et. Aus der Gleichgültigkeit der Intention des  
Arztes für den Patienten die Gleichgültigkeit  
dieser Intention für den Arzt selbst abzuleiten  
ist aber ein grob sophistischer Fehlschluss. Für  
den Arzt ist der Unterschied in der Intention  
der Unterschied zwischen Schmerzlinderung  
und Tötung.

Intention ist für ethische Überlegungen all-  
gemein von grundlegender Bedeutung. Bei  
ethischen Überlegungen frage ich mich nicht,  
was in der Welt in Abstraktion von mir als  
Handelndem geschehen sollte. Ich frage mich  
vielmehr, was ich selbst tun soll. Die Intention  
ist bei der Bestimmung dieses „was“ entschei-  
dend. Wenn ich zufällig stolpere und mit einem  
anderen Fußgänger zusammenstoße und er ver-  
ärgert fragt: „Warum stoßen Sie mich?“ dann  
entschuldige ich mich mit einem Hinweis auf  
meine Intention: „Entschuldigen Sie bitte! Das  
war nicht absichtlich!“ Ich meine damit, dass  
„was“ ich in diesem Fall tue, nicht „den ande-  
ren stoßen“ sondern „zufällig stolpern“ ist. Ge-

rade wenn ich mich an den Interessen meiner  
Mitmenschen orientieren will, ist es unbedingt  
nötig, dass ich mir über meine Intentionen  
Klarheit verschaffe.

Etwas komplizierter sind Handlungen, die  
mehrere Wirkungen haben, in denen das be-  
kannte ethische Prinzip der Doppelwirkung  
relevant ist. In der Medizin kommt dieses Prin-  
zip alltäglich zur Anwendung. Viele Antibioti-  
ka z.B. haben Nebenwirkungen, die oft gravie-  
rend sind. Der Arzt, der ein Antibiotikum ver-  
schreibt, intendiert normalerweise in erster  
Linie die Zerstörung des Krankheitserregers  
und nicht die Nebenwirkung. Er nimmt die  
Nebenwirkungen nur in Kauf, intendiert sie  
also nur indirekt. Würde er die Nebenwirkun-  
gen hingegen direkt intendieren, dann wäre sei-  
ne Handlung nicht mehr dieselbe, sondern hät-  
te moralisch einen anderen Charakter. Das Ver-  
schreiben von Antibiotika kann sogar Mord  
sein, wenn der Arzt bei einem bestimmten Pa-  
tienten weiß, dass die Komplikationen des An-  
tibiotikums wahrscheinlich tödlich verlaufen  
werden und er diesen Tod herbeiführen will,  
z.B. um einen persönlichen Feind aus dem Weg  
zu schaffen.

Ähnlich ist es bei der „indirekten Sterbehil-  
fe“. Wenn ein Arzt starke Schmerzmittel mit  
der Intention verschreibt, die Schmerzen zu  
lindern, und der Tod als Nebenwirkung dabei  
eventuell beschleunigt wird, ist das, „was“ der  
Arzt tut, nicht „Tötung“. Der Übergang von  
Schmerzlinderung zur aktiven Tötung mag in  
vielen Fällen nicht klar abzugrenzen sein. An  
der kontinuierlichen Skala von höher oder  
niedriger dosierten Morphiumspritzen ist an  
einem Ende der Skala eine extrem hoch dosier-  
te Spritze klar und eindeutig Tötung, am ande-  
ren Ende eine niedrig dosierte klar und eindeu-  
tig nicht Tötung, sondern Schmerzlinderung.  
Bei welcher Dosierung liegt der Punkt, wo  
Schmerzlinderung in Tötung übergeht? Diese  
Frage ist kaum definitiv zu beantworten. Trotz-  
dem bleibt die Unterscheidung zwischen  
Schmerzlinderung und Tötung doch prinzipi-

ell klar und für den Arzt von höchster Bedeutung.

HOERSTER versucht nun, diese klaren Sachverhalte dadurch zu verwischen, dass er das Prinzip der Doppelwirkung als spezifisch christliche Sondermeinung hinstellt, die im säkularen Staat nichts zu suchen hat. „Den Hintergrund bildet dabei neben der überkommenen ärztlichen Praxis eine spezifisch theologische Lehre – die Lehre von der sogenannten ‚Doppelwirkung‘ – wonach für die ethische Beurteilung einer Handlung die Intention des Handelnden von entscheidender Bedeutung ist. (...) Es erübrigt sich an dieser Stelle ebenfalls, die genannte, in der christlichen Theologie angesiedelte Lehre von der Doppelwirkung im einzelnen zu kritisieren.“<sup>14</sup> HOERSTER hat in einer Hinsicht recht: Das Prinzip der Doppelwirkung wurde ursprünglich von christlichen Theologen, besonders Thomas von AQUIN<sup>15</sup>, durchdacht und formuliert. Es beruht aber nicht auf spezifisch jüdischen und christlichen Glaubensgrundsätzen, sondern ist der menschlichen Vernunft ganz allgemein zugänglich. Es spielt auch tagtäglich in der Medizin eine große Rolle.

### 3. Allgemein nachvollziehbare Argumente?

HOERSTER findet wenig Vernunft in der Position der christlichen Kirchen: „Es ist beim besten Willen kaum möglich, in diesen kirchlichen Verlautbarungen zur Sterbehilfe auch nur den Ansatz einer allgemein nachvollziehbaren Begründung für die behauptete, eine Sterbehilfe ausschließende Unantastbarkeit des menschlichen Lebens zu erkennen. Was hier behauptet wird, ist offenbar kein jedermann nachvollziehbares ethisches Prinzip, sondern ein spezifisch religiös-christliches Postulat. Dabei bleibt selbst dann, wenn man die fundamentale christliche Lehre von einer Schöpfungsordnung voraussetzt, ein erhebliches Begründungsdefizit bestehen: Woher kann man wissen, dass Gott, der dem Menschen ja immerhin die Möglichkeit zur Tötung gegeben

hat, beispielsweise nicht die Todesstrafe, wohl aber die Euthanasie unter allen Umständen missbilligt. Dem unbefangenen Betrachter muss ein Satz wie der folgende auch insoweit als eine willkürlich aus der Luft gegriffene, rein dogmatische Setzung erscheinen: ‚Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet‘ (Katechismus der Katholischen Kirche, 2277).“<sup>16</sup>

Abschließend soll nun der Versuch gemacht werden, in vier Schritten die allgemein nachvollziehbare Begründung zu skizzieren, die dem von HOERSTER zitierten Text des Katechismus der Katholischen Kirche zu Grunde liegt.

#### (1) Todesstrafe und Euthanasie:

Da HOERSTER sich besonders an dem Unterschied stößt, den der Katechismus zwischen Todesstrafe und Euthanasie behauptet, soll hiermit begonnen werden. Grundlegend für die verschiedene ethische Bewertung von Todesstrafe und Euthanasie ist der Unterschied zwischen der Autorität des Staates und der Autorität einer Privatperson, der in vielen straf- und zivilrechtlichen Belangen wichtig ist.<sup>17</sup> So kann ich als Privatperson nicht meinem Nachbarn, der sein Auto in die klar mit Halteverbot beschilderte Einfahrt meines Hauses gestellt hat, eine Geldstrafe auferlegen. Das kann nur die staatliche Behörde.

Es ist bekannt, dass die lateinische editio typica des Katechismus viel weiter geht als die ursprüngliche französische Fassung und die Todesstrafe praktisch ausschließt.<sup>18</sup> Zu den dort gegebenen Argumenten kann man noch hinzufügen, dass der Ausschluss der Todesstrafe dem im Vergleich zu anderen Regierungsformen wesentlich niedriger angesetzten Begriff der Staatshoheit im liberal demokratischen Staat entspricht.

## (2) Grenzen der Verfügungsgewalt:

HOERSTER untermauert seine Position zur „Sterbehilfe“ mit folgendem Argument: „*Dass ein Individuum das Recht auf ein bestimmtes Gut hat, schließt nicht aus, dass dieses Individuum selber dieses Gut freiwillig zerstört oder preisgibt. So schließt beispielsweise das Recht auf Eigentum, das ich an meinem Klavier habe, in keiner Weise aus, dass ich das Klavier auf den Müll werfe oder zu Brennholz mache. Dabei ist es prinzipiell irrelevant, ob ich das Klavier selbst wegwerfe bzw. zerstöre oder ob ich es von einem Helfer wegwerfen bzw. zerstören lasse. Gleiches muss aber prinzipiell für jedes individuelle Recht, also auch für das Recht auf Leben gelten.*“<sup>19</sup>

Bei einem normalen Klavier mag HOERSTERS These stimmen. Anders ist es schon, wenn das Klavier z.B. MOZARTS eigener Konzertflügel ist, an dem die Gesellschaft, in der ich lebe, legitimes Interesse hat. So wird auch die Verfügungsgewalt von Besitzern in Fällen von unersetzlichen Kulturgütern rechtlich begrenzt.

Ein tiefer reichendes Beispiel: Eine Ärztin, die wichtige medizinische Entdeckungen gemacht hat, erwirbt sich damit einen guten wissenschaftlichen Ruf, der irgendwie ihr gehört. Doch darf sie diesen Ruf nicht willkürlich zerstören oder zerstören lassen, z.B. durch das Gerücht, sie habe ihre Experimente nicht durchgeführt, sondern nur am Papier fingiert. Der gute Ruf gehört zwar irgendwie der Ärztin, er ist aber in ein Gefüge von Beziehungen zu anderen Menschen so verzahnt und verspannt, dass er nicht der vollen Verfügungsgewalt der Ärztin unterliegt. Diese Beispiele zeigen, dass HOERSTERS ausschließliche Betonung der individuellen Verfügungsgewalt weit überzogen ist.

## (3) Die besondere Konzentrierung der Verfügungsgewalt in der Tötung:

Am weitesten überzogen ist HOERSTERS Betonung der Verfügungsgewalt beim Lebensrecht. Das Problem liegt nicht im Wunsch zu sterben,

der ganz legitim sein kann, nicht nur bei unheilbarem Leiden, sondern auch beim freiwilligen Opfer des eigenen Lebens für ein größeres Ganzes, dem der Mensch zugehört, z.B. der Familie. Das Problem liegt in der Tötung. Die Tötung impliziert eine in besonders vollständigem Sinn umfassende Verfügungsgewalt, da das Leben eines Menschen in allem anderen, was diesem Menschen zugehört, gegenwärtig und vorausgesetzt ist.

Der Philosoph WITTGENSTEIN bringt diese einmalige Stellung der Tötung im Fall der Selbsttötung auf den Punkt: „*Wenn der Selbstmord erlaubt ist, ist alles erlaubt.*“ Wenn mein eigenes Leben meiner Verfügungsgewalt unterworfen ist, dann ist ihr alles andere auch unterworfen, jede Bindung an ein Gefüge von Beziehungen, jede Teilnahme an einem größeren Ganzen. Das bedeutet nicht, dass die versuchte Selbsttötung in allen Rechtssystemen bestraft werden sollte<sup>20</sup>: in den meisten Fällen ist die psychische Verstörung der Täter so tiefgreifend, dass volle ethische Verantwortung nicht vorausgesetzt werden kann.

Für die Fremdtötung ist das personalistische Prinzip verstärkt von Bedeutung. Ich kann unmöglich die Freiheit und Würde einer Person dadurch bejahen, dass ich diese Person zerstöre, auch dann nicht, wenn diese Person frei wünscht, getötet zu werden. Hier stößt meine Verfügungsgewalt an eine definitive Grenze.<sup>21</sup>

## (4) Soziale Konsequenz, die Kündigung menschlicher Solidarität:

Die eigentliche Stärke von HOERSTERS Position scheint in der Solidarität mit unheilbar leidenden Menschen zu liegen. „*In solchen Fällen (...) wäre es sicher ganz inhuman, dem Betroffenen jede ‚Sterbehilfe‘ zu verweigern.*“<sup>22</sup> Dieser Schein der Menschlichkeit trägt. Die Billigung der Tötung führt zu einer tiefen Bedrohung der Solidarität gerade mit alten und leidenden Menschen. „*Wo das Gesetz es erlaubt und die Sitte es billigt, sich zu töten oder sich töten zu lassen,*



*da hat plötzlich der Alte, der Kranke, der Pflegebedürftige alle Mühen, Kosten und Entbehrungen zu verantworten, die seine Angehörigen, Pfleger und Mitbürger für ihn aufbringen müssen. Nicht Schicksal, Sitte und selbstverständliche Solidarität sind es mehr, die ihnen dieses Opfer abverlangen, sondern der Pflegebedürftige selbst ist es, der sie ihnen auferlegt, da er sie ja leicht davon befreien könnte. Er lässt andere dafür zahlen, dass er zu egoistisch und zu feige ist, den Platz zu räumen. – Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? (...) Wenn etwas geeignet ist, dem Leidenden sein Leben als lebensunwert erscheinen zu lassen, dann ist es die Entsolidarisierung der Gesellschaft durch moralische Rehabilitierung des Selbstmords und durch Legalisierung der Tötung auf Verlangen, also durch den stillen Hinweis: ‚Bitte, da ist der Ausgang‘.“<sup>23</sup>*

Hier liegt die Achillesferse von HOERSTERS Position. Es ist nur scheinbar eine humane Position der Solidarität mit leidenden Menschen. In Wirklichkeit birgt sie eine ungeheure Verletzung der Humanität in sich.

HOERSTER wehrt sich entschieden gegen eine Gleichstellung der von ihm vorgeschlagenen Sterbehilfe mit der Euthanasiepraxis des Nationalsozialismus.<sup>24</sup> Der Weg von Sterbehilfe auf Grund des Wunsches getötet zu werden zu einem Polizeistaat, in dem unwertes Leben ohne Einwilligung der Betroffenen vernichtet wird, scheint auch wirklich weit zu sein. In einem Punkt, und zwar dem wichtigsten, trifft sich aber HOERSTERS Position mit der Ideologie Hitlers, nämlich in der Verletzung des Doppelprinzips der Humanität: Achtung vor der Freiheit der Mitmenschen bei gleichzeitiger Solidarität mit ihren Interessen. Dieses Doppelprinzip muss auch im „säkularen Staat“ festgehalten

werden, damit die menschenverachtende Unmenschlichkeit der totalitären Staatsgebilde des vergangenen Jahrhunderts am Anfang des neuen Jahrhunderts nicht in anderer Tonart wiederkehrt.

#### Referenzen

1. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.37-38
2. ebd. S.17
3. ebd. S.24-25
4. ebd. S.124
5. ebd. S.40-41
6. ebd.S.70
7. ebd. S.128
8. ebd. S.86
9. ebd. S.84, 98, 134
10. ebd. S.15
11. ebd. S.47-48
12. ebd. S.11
13. ebd. S.46-47
14. ebd. S.48-49
15. vgl. von AQUIN, T., *Summa Theologiae I-II* q. 6, a. 3; II-II q. 64, a. 7
16. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.20
17. vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (KKK), Paragraph 2266
18. vgl. KKK Paragraph 2267 in der editio typica
19. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.13-14
20. vgl. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.51-57
21. vgl. SPAEMANN, R., T. FUCHS, *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*, 2. Auflage, 1998, S.18-20
22. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.70
23. SPAEMANN, R., T. FUCHS, *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*, 2. Auflage, 1998, S.19-20
24. vgl. HOERSTER, N., *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998, S.124-129

## Psychoonkologie: Zu Konzept und Erfahrungen

Gerda FELDER

Trotz großer medizinischer Fortschritte ist Krebs nach wie vor eine Krankheit, die Menschen wie keine andere erschüttert und in Frage stellt. Das Phänomen Krebs hat viele Gesichter und zeigt sich lange bevor körperliche Symptome augenfällig werden. Manche Patienten beschreiben es als Gefühl von Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, als das Gefühl, nicht das eigene Leben zu leben. Manche beschreiben es als Gefühl von Leere inmitten von Alltagsstress, als Gefühl von Einsamkeit unter vielen Menschen. Manche beschreiben es als Unachtsamkeit mit dem eigenen Körper, als Übergehen der Signale des Körpers, zuviel rauchen, schlechte Ernährung. Man kann das unendlich fortsetzen. Viele sehr unterschiedliche Faktoren werden mit der Krebsentstehung in Zusammenhang gebracht. Zusammenfassend kann man sicherlich sagen: Krebs ist nicht nur eine Krankheit des Körpers, sondern eine Krankheit des ganzen Menschen, also auch der Seele, der Lebensweise und des Umfelds des Patienten. Deshalb ist es unumgänglich, dass auch die Behandlung, an diesen unterschiedlichen Ebenen ansetzen muss. Die Psychoonkologie beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen diesen Ebenen und ist eine Ergänzung zur medizinischen Behandlung. Neben Chemotherapie, Operation oder Bestrahlung müssen auch die „Gesundungskräfte“ gefördert werden, wobei „Gesundung“ in diesem Sinn unabhängig von der Krebsheilung verstanden werden muss. Es geht um das Finden eines Weges, der für den Patienten gut und stimmig ist, auch wenn er schließlich zum Tod führt. Diese „Gesundungskräfte“ liegen in vielen verschiedenen Bereichen: In der Lebensweise, im sozialen Umfeld, in der Partnerschaft, in der psychi-

schen Befindlichkeit, in spirituellen Quellen. Übergeordnete Ziele der Psychoonkologie sind Vorsorge und Nachsorge, also einerseits das Erfassen und Regulieren von krankmachenden Faktoren, andererseits die Bewältigung der manifesten Krankheit und ihrer Folgen. Unabhängig vom Krankheitsstadium oder Prognose geht es um die Gestaltung eines lebenswerten Lebens bis zuletzt. Nun sollen einige praktische Ziele und Herausforderungen der Psychoonkologie kurz zusammengefasst werden:

### *1. Unterstützung in der akuten Krise*

Die Diagnose Krebs ist ein Schock und eine massive Bedrohung. In seinen Gefühlen der Angst und Ungewissheit braucht der Patient vor allem eine Vertrauensperson, die zuhören und verstehen kann. Einfach über seine Gefühle zu sprechen, kann eine große Entlastung sein. Auch wenn sich (noch) keine Worte finden lassen, tut es gut, jemand zu wissen, der einfach da ist und sich verfügbar hält und dem Patienten vermittelt, dass er nicht allein ist.

### *2. Das Gespräch fördern*

Deshalb ist es ein wichtiges Anliegen der Psychoonkologie, das Gespräch zu fördern. Krebs ist für viele Menschen ein Tabu. Man ist unsicher, wie die Themen, die alle Beteiligten am meisten beschäftigen, angesprochen werden können, ohne den anderen zu belasten: Wie spricht man über Angst, Ungewissheit, Verlust, Trauer, Tod und Sterben? Aus dem Wunsch heraus, den anderen zu schonen, entstehen Sprachlosigkeit und Isolation. Unserer Erfahrung nach ist diese Isolation, die wie ein

sozialer Tod erlebt wird, einer der tiefsten Gründe, weshalb Patienten auch biologisch nicht mehr leben wollen. Eine zentrale Aufgabe der Psychoonkologie ist es, in solchen Fällen die Kommunikation zu fördern und auch die Angehörigen zu unterstützen. Dieser Rückhalt ist notwendig, um sich in der neuen Situation zu orientieren.

### *3. Orientierung in der neuen Situation*

Die Diagnose Krebs wird wie ein Sturz aus der normalen Wirklichkeit erlebt, – der Patient durchläuft unterschiedlichste Phasen sehr intensiver Gefühle, bis er sich zurechtfinden kann. Die neue Wirklichkeit ist fremd, bedrohlich und birgt trotzdem eine Chance: Die Krankheit ist für viele Patienten auch ein Neubeginn. Die neue Situation wirft ein Bedürfnis nach Rückschau auf: Die Frage: „Warum gerade ich?“, „Was hat mich krank gemacht?“ ist Anstoß, das eigene Leben nach Belastungen zu durchforsten. Andererseits wirft sie auch die Frage auf: „Was macht mich gesund?“ und spielt dem Patienten den Ball zu, sich aktiv für das einzusetzen, was ihm guttut.

### *4. Anregung zur Aktivität*

Die Psychoonkologie versucht den Patienten anzuregen, aktiv zu werden. Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die ihr Leben und ihre Behandlung aktiv mitgestalten, „aufmüpfig“ und „unbequem“ sind, bessere Prognosen und bessere Lebensqualität haben, als solche, die sich passiv verhalten. Die Konfrontation mit dem Tod stellt die Frage nach den Wünschen ans Leben in den Raum. Längst vergessene Ziele und Lebensträume können wieder gegenwärtig werden. Es entsteht das Bedürfnis, an Dinge heranzugehen, die schon längst fällig gewesen wären. Unabhängig davon, wieviel Zeit noch bleibt und unabhängig davon, ob der Patient geheilt werden kann, ist es wichtig, sich zu fragen „Was möchte ich erlebt haben, bevor ich sterbe?“

bzw. „Wie kann mein Leben erfüllt – vollendet werden?“, „Was sind meine wirklichen, meine ganz individuellen Lebensziele?“

### *5. Entwicklung individueller Lebensziele*

Krebspatienten sind häufig Menschen, die viel Rücksicht auf andere nehmen, Erwartungen anderer erfüllen und ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen, ja sogar vergessen. LESHAN hat das so ausgedrückt, dass Menschen dann krank werden, wenn sie nicht mehr ihre eigene Lebensmelodie singen, sondern die Lieder anderer. Er sieht die Krankheit als eine Art von Kurskorrektur, einen unbewussten Lösungsversuch, der die Wertvorstellungen neu in Frage stellt. Die Krankheit bewirkt, dass sich der Patient wieder auf sich selbst besinnt, sich weniger fragt, was er sollte, sondern mehr, was er möchte. Manche Pläne und Ziele, die dem Patienten früher wichtig waren, erübrigen sich dadurch, andere müssen modifiziert werden. Ziele an die aktuelle Situation anzupassen und in kleine, konkrete, sofort erreichbare Schritte einzuteilen gibt Vertrauen, etwas bewirken und das Geschehen mitbeeinflussen zu können. Nicht selten erleben wir, dass Patienten sagen, dass ihr Leben durch die Krankheit reicher und erfüllter geworden ist.

### *6. Klärung von Gedanken und Gefühlen bezüglich Sterben und Tod*

Die Auseinandersetzung mit dem Tod ist besonders belastend, wenn der Patient das Gefühl hat, noch nicht wirklich gelebt zu haben. Sich der Trauer über Verlorenes oder – was oft noch schlimmer ist – nie Erlebtes zu stellen, braucht Rückhalt und einen Rahmen, in dem der Patient seine Gedanken und Gefühle zum Thema Tod und Sterben wirklich zulassen kann. Ein Rückblick über das bisherige Leben konfrontiert nicht selten mit Unerledigtem, das geklärt und geregelt werden sollte: Das Klären einer belastenden Beziehung, ein schon lange fälliges

Gespräch, das Regeln der Hinterlassenschaft, sich das eigene Begräbnis vorzustellen und dergleichen können als sehr befreiend empfunden werden, so dass der Patient, auch wenn er wieder gesund wird, dankbar für diesen Prozess ist.

### 7. *Betreuung der Angehörigen*

Die Angehörigen sind oft ebenso belastet wie der Patient selbst und brauchen Unterstützung. Wenn Angehörige Druck auf die Betreuer machen, Unmögliches verlangen, Schuldige suchen, kann das Ausdruck sein für ihre Verzweiflung über die eigene Ohnmacht, die eigene Ambivalenz, oder für etwas, das zwischen ihnen und dem Patienten noch offen ist und das es unmöglich macht, sich wirklich zu verabschieden. Die Angehörigen werden auch über den Tod des Patienten hinaus unterstützt. Dieser Rückhalt soll helfen, die Trauerphase gut zu überstehen, die Trauer zu durchleben, um sie schließlich hinter sich lassen zu können.

### 8. *Arbeit mit BetreuerInnen und Vernetzung aller, die an der Betreuung beteiligt sind*

Auch für die Betreuer ist Krebs eine Herausforderung und konfrontiert mit eigenen Ängsten, mit Verlust und Trauer. Betreuer müssen daher sehr achtsam mit ihren Grenzen umgehen und auch für sich Unterstützung, beispielsweise Supervision, in Anspruch nehmen. Nur wenn der Betreuer auch auf sich selbst und sein Wohlbefinden achtet, kann er wirklich präsent und verfügbar sein. Ein wichtiges Ziel der Psychoonkologie ist auch die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen, die an der Behandlung beteiligt sind. Die Zusammenarbeit soll gefördert werden, so dass der Patient das Netz, in dem er seine Behandlung erfährt, als sinnvolles Ganzes erlebt und sich geborgen fühlt.

Wie ist nun der praktische Rahmen, in dem Psychoonkologie stattfindet? Die Psychoonkologie ist eine Haltung, die sich durch alle Be-

rufgruppen zieht, die mit Krebspatienten arbeiten. Als Beispiel für ein ambulantes Modell soll das Konzept des netzwerk „krebs – vorsorge – nachsorge“ vorgestellt werden: Das netzwerk ist ein gemeinnütziger Verein, der seit dem Jahr 1988 besteht. Hauptziel ist es, den Patienten in möglichst vielen seiner Bedürfnisse aufzufangen und ihm ein lebenswertes Leben in seinem von ihm gewählten Umfeld zu ermöglichen. Ein weiteres Ziel ist die Förderung einer erweiterten Sichtweise von Gesundheit und Krankheit im Sinne von Vorsorge. Das Team des netzwerks „krebs – vorsorge – nachsorge“ ist interdisziplinär: Diplomkrankenschwestern, PsychotherapeutInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, Theologen), HeilmasseurInnen, LymphtherapeutInnen, Seelsorger, Sozialarbeiterin und Laienhelferinnen für die Heimhilfe. Alle netzwerk-MitarbeiterInnen haben, unabhängig von ihrem Grundberuf, eine psychoonkologische Zusatzausbildung. Die Angebote des netzwerks sind: Telefonische und persönliche Beratung, Psychotherapie, Hauskrankenpflege, Pflegeschulung für Angehörige, Lymphtherapie und Heilmassage, Heimhilfe, Sozialberatung, Seminare für Patienten, Angehörige und Interessierte und Fortbildung für BetreuerInnen. Von großer Bedeutung ist eine gut koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten, auch mit anderen Institutionen und niedergelassenen Ärzten sowie ein intensiver interdisziplinärer Austausch in Form von Interventionen und Fallbesprechungen.

Im Folder der Hospizgemeinschaft steht ein Spruch von Ernst GINSBERG, der das ausdrückt, was die Arbeit mit Krebspatienten und Sterbenden so wertvoll macht:

Zur Nacht hat ein Sturm alle Bäume entlaubt,  
sieh sie an,  
die knöchernen Besen.  
Ein Narr, wer bei diesem Anblick glaubt,  
es wäre je Sommer gewesen.  
Und ein größerer Narr,  
wer träumt und sinnt,  
es könnte je wieder Sommer werden.

Und grad diese gläubige Narrheit, Kind,  
ist die sicherste Wahrheit auf Erden.  
Patienten haben mir Varianten vom Sommer gezeigt, die  
sie selbst, – und  
ich schon gar nicht –, für möglich gehalten hätten. Des-  
halb bin ich der  
Überzeugung, dass wir nichts anderes tun sollten, als  
den Patienten bis  
zuletzt auf seinem ihm eigenen Weg zu begleiten, so dass  
er sein Leben auf  
seine Art vollenden kann.

Eine Patientin, die trotz einer langen und

belastenden Krankengeschichte zu der Ansicht  
kam, dass ihr Leben mit der Krankheit erst  
richtig angefangen habe, hat ihren Wahlspruch  
dem Talmud entlehnt: „Man wird des Weges  
geführt, den man wählt.“

*Dr. Gerda FELDER  
Psychotherapeutin und Supervisorin  
Claudiastraße 14/2  
A - 6020 Innsbruck*

## Bewertung der Pilotstudie: Chemotherapy with gemcitabine in patients with advanced gallbladder carcinoma.

(A. TEUFEL, T. LEHNERT, W. STREMMEL, J. RUDI; *Z Gastroenterol* 2000; 38: 909-912)

### Fragestellung:

Das Gallenblasenkarzinom wird im fortgeschrittenen Stadium (Stadium IV) als nur gering chemotherapiesensitiv angesehen. Standard-Chemotherapieprotokolle sind bisher nicht etabliert.

Es wurde die Wirkung von Gemcitabine auf die Tumorremission und die Tumormarker sowie auf ev. Nebenwirkungen untersucht.

### Methodik:

Es handelt sich um eine Pilotstudie an 5 Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem Gallenblasenkarzinom (Stadium IV), das im Rahmen einer Cholezystektomie entdeckt und nur mehr teilreseziert werden konnte. Die Patienten erhielten postoperativ 7 mal wöchentlich, dann 3 mal pro Monat 1mg/m<sup>2</sup> Gemcitabine iv. Nach 4 Chemotherapiezyklen wurde ein Staging vorgenommen, bei dem eine eventuelle Tumorremission sowie die Tumormarker CEA und CA 19-9 bestimmt wurden.

### Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Studie sind in Tabelle I dargestellt. Bei 3 von 5 Patienten konnte eine partielle Remission erreicht werden. Bei einem Patienten blieb das Tumorwachstum stationär. Bei 4 von 5 Patienten wurden die Tumormarker um mehr als 50% des Ausgangswertes gesenkt. Die mediane Überlebenszeit der Patienten betrug 10 (5-14) Monate gerechnet vom Beginn der Che-

motherapie und 15 (5-31) Monate gerechnet vom Zeitpunkt der Cholezystektomie bzw. erweiterter Tumorresektion. Als Nebenwirkungen traten bei allen Patienten Übelkeit und Erbrechen auf, die jedoch von den Untersuchern als mild eingestuft wurden und durch Gabe von Metoclopramide oder Ondansedron ausreichend behandelt werden konnten. Über die Lebensqualität der Patienten gibt es sonst keine Aussage.

### Diskussion:

Die Autoren bezeichnen die Wirkung von Gemcitabine auf Grund der vorgelegten Ergebnisse als vorteilhaft und ermutigend für den Patienten. Sie meinen, dass die Ergebnisse darauf hinweisen, dass Gemcitabine eine gefahrlose und effektive Substanz zur Behandlung des fortgeschrittenen Gallenblasenkarzinoms sein kann und auch das Überleben verbessern könnte. Sie meinen weiter, dass die Ergebnisse weitere Studien rechtfertigen würden, die den großen Wert dieser Therapie bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, bei der bis heute keine effektive Chemotherapie bekannt ist, nachweisen könnten.

### S.O.M. Analyse

#### Stufe 1: Der qualitative Nutzen

##### 1.1. Wirkungsnachweis:

Es handelt sich um eine Pilotstudie an 5 Fällen. Die Ergebnisse haben daher nach den Kri-

\* In dieser Rubrik werden Studienergebnisse, die im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des IMABE - Instituts und der Gesellschaft für sinnorientierte Medizin unter der Leitung von Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI erarbeitet werden, publiziert. Dieses Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich mitfinanziert.

P.	Alter, Geschlecht	Ablauf der Chemotherapie	Staging nach der Chemotherapie	Überlebenszeit <sup>1</sup>
1	60, weiblich	Gemcitabine, 5-FU, Folsäure 6 Zyklen Gemcitabine 3 Zyklen	partiale Remission CEA ↓↓ Ca 19-9 ↓↓	14/31 Monate
2	53, weiblich	Gemcitabine 4 Zyklen	partiale Remission Ca 19-9 ↓↓↓	5/6 Monate
3	71, weiblich	Gemcitabine 4 Zyklen	Progressives Stadium CEA ↑ Ca 19-9 ↑	8/14 Monate (Tod durch Herzversagen)
4	69, männlich	Gemcitabine 4 Zyklen	Keine Änderung CEA ↓↓↓	10/15 Monate
5	64, weiblich	Gemcitabine 4 Zyklen	partiale Remission CEA ↓ Ca 19-9 ↓↓↓	12/16 Monate

<sup>1</sup> Der erste Wert gibt die Lebensverlängerung nach Beginn der Chemotherapie an, der zweite Wert zeigt die Lebensverlängerung nach dem ersten operativen Eingriff

Tabelle 1: Das Profil von 5 Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasierendem Gallenblasenkarzinom (Stadium IV), die Gemcitabine erhalten haben.

terien der Evidence Based Medicine (EBM) einen nur sehr geringen Evidenzgrad. Insbesondere fehlt auch eine Kontrollgruppe, sodass die Ergebnisse nur mit Literaturangaben verglichen werden können.

### 1.2. Wirksamkeit (Zweckdienlichkeit):

Die Wirksamkeit von Gemcitabine konnte in der vorliegenden Studie nur auf die Surrogatparameter Tumorremission und Tumormarker aufgezeigt werden. Die Wirkung auf eine eventuelle Lebensverlängerung wurde nicht untersucht. Die Lebensqualität dürfte nach den vorliegenden Angaben bei den Patienten nicht verbessert worden sein, allerdings traten Nebenwirkungen im Sinne von Übelkeit und Erbrechen auf, die jedoch medikamentös beherrscht werden konnten. Aus den vorliegenden Daten kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass eine Gemcitabine-Therapie bei fortgeschrittenem Gallenblasenkarzinom eine positive Wirkung auf die relevanten Zielparame-

terien medizinischen Behandlung, nämlich auf Lebensqualität oder Lebensverlängerung haben.

### Stufe 2: Der quantitative Nutzen (Relevanz)

Die Autoren behaupten zwar, dass die Ergebnisse der Studie Hinweise für eine lebensverlängernde Wirkung geben. Diese Behauptung wird jedoch lediglich mit der medianen Überlebenszeit von 10 (Beginn der Chemotherapie) bzw. 15 (vom Zeitpunkt der Operation) begründet. Vergleicht man diese Ergebnisse mit einer Studie von OGURA et al.<sup>1</sup> an 702 Patienten mit fortgeschrittenem Gallenblasenkarzinom im gleichen Stadium (Stadium IV), so ergibt sich eine ähnliche mediane Überlebenszeit von ca. 13-14 Monaten postoperativ ohne Chemotherapie. Es könnten also durch die Chemotherapie voraussichtlich bestenfalls 1 bis maximal 2 Monate an Lebensverlängerung gewonnen werden.

Die Nebenwirkungen von Gemcitabine sind bekanntermaßen im Vergleich zu anderen Che-

motherapeutika aus der Literatur gering. Dies kann sicher als Vorteil im Bezug auf die Lebensqualität bei schwerkranken Patienten angesehen werden.

### Stufe 3: Verhältnismäßigkeit

Nimmt man die vorliegenden Daten aus der Studie so wie sie sind, muss festgestellt werden, dass lediglich Surrogatparameter untersucht und beeinflusst wurden, was sicher noch kein Grund ist, diese Therapie allgemein zu empfehlen. Unter der fiktiven Annahme, dass eine Lebensverlängerung von einem Monat erreicht wird, ergeben sich folgende weitere Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit. Zunächst ist zu bedenken, dass diese schwerkranken Patienten praktisch wöchentlich zur Verabreichung der Chemotherapie bzw. zur Kontrolle der entsprechenden Labor- und Ultraschallbefunde ein Krankenhaus aufsuchen müssen. Das ist sicher eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität, zumal praktisch alle Patienten über Übelkeit und Erbrechen im Rahmen der Gemcitabine-Therapie geklagt haben. Patienten mit fortgeschrittenem Gallenblasenkarzinom sind schwer leidende Menschen, deren Tod in unmittelbarer Zukunft bevorsteht. Es fragt sich, ob die Belastungen, die mit der Chemotherapie verbunden sind, im Verhältnis zum mageren Ergebnis einer möglichen Lebensverlängerung um max. 1 (bis 2) Monate für den Patienten wirklich von Vorteil sind, oder ob hier eher von Leidensverlängerung gesprochen werden muss. Auf jeden Fall sollte der Patient über die wahren (quantitativen) Vorteile einer Behandlung (Lebensverlängerung um 1 Monat) aufgeklärt werden.

Dazu kommt noch der ökonomische Aspekt. Im Durchschnitt wurden die Patienten 10 Monate lang behandelt, dadurch wurde, wie gesagt, spekulativ ev. 1 Monat hinzugewonnen. Die Kosten für dieses hinzugewonnene Monat belaufen sich auf ATS 100.000,-. Hier scheint eine Grenze der ökonomischen Verhältnismäßigkeit erreicht zu sein.

### Schlussfolgerung:

Zusammenfassend kann vielleicht gesagt werden, dass die Therapie des fortgeschrittenen Gallenblasenkarzinoms mit Gemcitabine nach den Kriterien der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) auf Grund der vorliegenden Daten wenig sinnvoll sein dürfte. Der Nutzen ist im Vergleich zum Aufwand jedenfalls verhältnismäßig gering. Die optimistische Einschätzung der Autoren dieser Studie kann jedenfalls nicht geteilt werden. Die Frage ist, ob die Forderung nach weiteren größeren kontrollierten Studien für diese Indikation gerechtfertigt ist.

Unserer Meinung nach sollten solche Studien nur dann durchgeführt werden, wenn relevante Ergebnisse zu erwarten sind. Wenn überhaupt, so wäre eine groß angelegte Studie bei Patienten mit fortgeschrittenem Gallenblasenkarzinom nur dann sinnvoll, wenn die Frage der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich mit einer konventionellen (wesentlich billigeren und weniger aufwendigen) Palliation in den Vordergrund gerückt wird. Alleine zur Befundkosmetik und zu einer marginalen Lebensverlängerung sollten teure Zytostatiker nicht verwendet werden.

Auf jeden Fall sind Pilotstudien, wie sie im konkreten Fall durchgeführt wurden, hilfreich, um einschätzen zu können, ob weitere groß angelegte Studien überhaupt sinnvoll sind und, wenn ja, wie sie geplant werden sollen, um relevante Ergebnisse zu erzielen. Im konkreten Fall ist, wie gesagt, aus der Perspektive einer Sinnorientierten Medizin von einer groß angelegten Studie wenig zusätzliche Information zu erwarten. Insofern erscheint die Einschätzung der Autoren über die Ergebnisse zu optimistisch.

### Referenzen

1. OGURA, Y., MIZUMOLO, R., ISAJI S. et al., *Radical operations for carcinoms of the gallbladder*, World J. Surg 1991; 15: 337



## Pro und Contra der Pränatalen Diagnostik: Diskussion anhand eines Fallbeispiels

Eine 27-jährige Frau, Mutter eines einjährigen gesunden Sohnes, erwartet ihr zweites Kind. Anlässlich des heute von den meisten Gynäkologen bereits routinemäßig empfohlenen „Missbildungs-Screenings“ – einer eingehenden und besonders gründlichen Ultraschalluntersuchung des Ungeborenen an einer Abteilung für Pränatale Diagnostik und Therapie – wird in der 21. Schwangerschaftswoche bei sonst unauffälligem Befund eine mäßiggradige beidseitige Hydronephrose (Erweiterung der Nierenbecken) des Kindes festgestellt.

In einem kurzen Aufklärungsgespräch wird dem werdenden Elternpaar – der Vater ist bei der Untersuchung ebenfalls anwesend – mitgeteilt, dass bei Vorliegen dieser Befundkonstellation bei dem Kind in etwa 3-4% der Fälle mit dem Auftreten einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) zu rechnen sei. Eine genauere Anamnese hinsichtlich familiärer Belastung beziehungsweise sonstiger eventueller Risikofaktoren wurde nicht durchgeführt. Es wird empfohlen, eine Chorionzottenbiopsie (Gewinnung von Gewebe aus dem kindlichen Anteil der Plazenta mittels Punktion durch die Bauchdecke der Mutter) möglichst am nächsten Tag durchführen zu lassen, um bei positivem Befund noch eine Konsequenz (Abbruch der Schwangerschaft) innerhalb der gesetzlichen Frist ziehen zu können. Das statistische Risiko, durch diese Untersuchung einen Abort herbeizuführen, liegt innerhalb einer Bandbreite von 1-4%.

Das Ehepaar entschließt sich aus mehreren Gründen, die vorgeschlagene Untersuchung nicht durchführen zu lassen. Nach vier zum Teil doch sehr belastenden Monaten kommt ein gesundes Mädchen zur Welt. Bezüglich des bereits bekannten Befundes steht das Kind seit der Geburt unter laufender Ultraschall-Kon-

trolle. Nach heutigem Wissensstand dürfte es sich um ein beidseits bestehendes geringgradiges ampulläres Nierenbecken handeln (links mehr als rechts), welches die Funktion der Niere nicht wesentlich beeinträchtigt und sich in den nächsten Monaten „auswachsen“ sollte.

### *Problemfelder und Diskussionsansätze*

- Welche Arten der Pränataldiagnostik gibt es? Wann sind sie jeweils indiziert?
- Wie hoch sind die Risiken der einzelnen Untersuchungsmethoden (auch in Relation zu jenen einer möglichen Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes)?
- Die Zahl der diagnostizierbaren Erkrankungen wächst kontinuierlich, die pränatale Therapie hingegen kann mit dieser dynamischen Entwicklung bei weitem nicht Schritt halten, so dass eine deutliche Divergenz zwischen diagnostizierbaren und therapierbaren Krankheiten zu beobachten ist. Vor dem Hintergrund einer derart skizzierten „therapeutischen Lücke“ wird daher immer öfter auf die Abtreibung als einzige sich anbietende Konsequenz der Pränataldiagnostik zurückgegriffen.
- Wie gestalten sich die rechtlichen Rahmenbedingungen der Pränataldiagnostik?
- In welchen Fällen hat die weiterführende vorgeburtliche Diagnostik ihre Berechtigung (z.B. durch Früherkennung behandelbarer Erkrankungen, ausführliche Planung der Geburt bei zu erwartenden Komplikationen)?
- Wie gehen werdende Eltern respektive deren Umfeld mit einem möglichen auffälligen Befund um? Wird eine ausreichende Aufklärung oder eine eventuell notwendige psychologische Betreuung angeboten?

---

---

**Kommentar zum Fall:**  
**Pränatale Diagnostik:**  
**Aufforderung zur Chorionzottenbiopsie**

*Enrique H. PRAT, Karl RADNER*

Der geschilderte Fall zeigt deutlich das Dilemma, in dem sich die moderne Pränataldiagnostik befindet. Einerseits werden durch bildgebende Verfahren, wie der Sonographie frühzeitig Abweichungen der biometrischen Parameter von der Norm ermöglicht, andererseits ist natürlich der Schluss auf eine genetische Anomalie nicht zwingend abzulesen. Es folgert daraus ein sprunghaftes Ansteigen der invasiven Verfahren zur Zellgewinnung zum Zwecke einer zytogenetischen Analyse.

In dem Fall wird angeführt, dass der sonographische Befund einer Erweiterung des Nierenbeckens mit einer Trisomie 21 in etwa 3-4% der Fälle korreliert, das Risiko bei der Punktion einen Abortus zu erleiden, beträgt zwischen 1-4%. Über die Ausprägung des Down Syndroms kann natürlich keine Aussage gemacht werden – es wird allerdings bei Durchführung der Untersuchung der werdenden Mutter im positiven Fall automatisch die Interruptio als logische Konsequenz suggeriert. Auf die Möglichkeit eines Abortus als Folge der Punktion wird zumeist zuwenig eingegangen.

Die „technokratisch“ orientierte Medizin fordert zusehends mehr, alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuschöpfen und der Patientin (besser: der schwangeren Frau) anzubieten. Vor diesem Hintergrund wird die zytogenetische Pränataldiagnostik als Normalität angesehen, die bei allen möglichen sonographischen, auch geringfügigen Abweichungen gefordert wird. Ursächlich sind einerseits die rechtliche Absicherung des Arztes, andererseits der Wunsch der werdenden Mutter nach einem gesunden Kind. Letztere wissen allerdings in vielen Fällen über mögliche Konsequenzen gar nicht Bescheid und unternehmen diese Unter-

suchungen im Vertrauen auf das richtige Handeln ihres Arztes und in der Hoffnung auf eine Therapiemöglichkeit. Viele erfahren erst nach der Punktion, dass eine solche nicht existiert und werden mit der schrecklichen Konsequenz einer Abtreibung als „therapeutische Konsequenz“ konfrontiert.

Bei der ethischen Beurteilung der Pränataldiagnostik in der Praxis muss berücksichtigt werden, dass der Arzt sich unter einem dreifachen gesellschaftlichen Druck befindet:

1. Erwartungsdruck: Die werdenden Eltern sind von der Machbarkeit der modernen Medizin überzeugt und wollen, dass die Entscheidung vom Arzt getroffen wird. Die Aufklärung kommt meistens zu kurz. Dazu haben die Medien, die auf sehr undifferenzierte Weise über die sogenannten Errungenschaften der Medizin berichten, beigetragen.

2. Legaler Druck: Ärzte sind leider verpflichtet, ihren Patientinnen auch diese Option anzubieten, anderenfalls machen sie sich rechtlich einer fahrlässigen Unterlassung schuldig oder könnten zumindest von den Patienten als „schlechte“ Ärzte angesehen werden.

3. Wirtschaftlicher Druck: Es wurden Abteilungen, Ambulanzen, Stationen eingerichtet, die sich ausschließlich mit diesem Zweig der „Geburtshilfe“ beschäftigen – diese Einheiten suchen nach einer „Überlebensberechtigung“ und forcieren die invasive Diagnostik, unterstützt durch Zuweiser aus dem niedergelassenen Bereich.

Eine Handlung ist aber nicht schon deshalb sittlich richtig, weil sie gesetzeskonform ist und mehrheitlich erwartet wird, bzw. weil viele sie tun und viel Geld auf dem Spiel steht. In der heutigen pluralistischen Gesellschaft ist die

Unterscheidung zwischen Recht und Moral ganz wichtig geworden. Im österreichischen Strafgesetz wird die Abtreibung als verbotene Tötung behandelt, die unter gewissen Bedingungen straffrei bleibt. Ethisch ist aber eine Abtreibung niemals zu rechtfertigen.

Was zur Routine geworden ist und alle tun, ist nicht schon deshalb sittlich in Ordnung. Dass die Mehrheit der Kollegen in einem solchen Fall eine Chorionzottenbiopsie anbieten würde, reicht nicht aus, um diese Praxis als das ethisch Richtige zu benennen. Was für einen Sinn hat diese Biopsie, wenn sie die Frau und eventuell ihren Mann nur vor die einzige Alternative stellt: Schwangerschaftsabbruch ja oder nein?

Natürlich wird der Arzt der Patientin bei der Aufklärung erzählen, dass diese und jene Risiken vorhanden sind und wird ihr mitteilen, dass man sie bei einer Chorionzottenbiopsie etwas genauer abschätzen könnte. In einem Land, in dem die Abtreibung bis zur 12. Woche straffrei ist (aus „genetischer“ Indikation sogar bis zur Geburt), würde er sich strafbar machen, wenn er der Patientin die Abtreibungsoption unterschlägt. Ethisch kommt es stark darauf an, wie er mit der Patientin darüber spricht. Im besprochenen Fall, leider gar nicht so unüblich, wie es aus Berichten mancher Eltern zu entnehmen ist, scheint der Arzt diese Option direkt zu suggerieren und eher darauf zu drängen, dass alles getan wird, damit die Geburt eines defekten Kindes zeitgerecht verhindert werden kann. Ist dieses Verhalten in Ordnung?

Die Schuldfrage ist sicherlich noch nicht richtig gelöst, aber durch sie wird die Abtreibungsdiskussion manchmal soweit emotionalisiert, dass sie kaum lösbar erscheint. Hier soll diese Frage ausgeklammert werden.

Wenn man dabei bleibt, dass das Leben eines unschuldigen Menschen unantastbar ist und der Mensch ab der Befruchtung Mensch ist und daher das Recht auf Lebensschutz besitzt, stellt sich die Frage, ob es, wenn der Arzt eine Abtreibung mit Wort und Tat suggeriert oder na-

helegt, ethisch gesehen bereits eine Verletzung gegen das Lebensrecht eines bereits lebenden Menschen ist. Je nachdem, wie es gesagt wird, kann es als Versuch aufgefasst werden, eine mögliche Abtreibung auszureden, oder es kann als eine bedingte Anstiftung zur Tötung, ja sogar als Mord bewertet werden.

Ob eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt wird oder nicht und ob danach eine Abtreibung veranlasst wird oder nicht, ist prinzipiell eine Entscheidung der Patientin und ihres privaten Umfeldes. Aber abgesehen davon, dass bei vielen Abtreibungen die abtreibende Frau ethisch gesehen am wenigsten die moralische Verantwortung trägt, würde man es sich zu einfach machen, wenn man den Arzt aus jeder Verantwortung herausnimmt. Es ist nicht nur eine Entscheidung der Patientin. Es ist auch eine Entscheidung des Arztes. Die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung gibt dem Arzt eine Autorität, die über das Medizinische hinausreicht. Mit seinem Verhalten und seinen Worten beeinflusst er bewusst oder unbewusst die Entscheidungen der Patienten. Dieser Verantwortung war sich der Arzt immer bewusst. Die Entscheidung des Arztes besteht darin, wie er die Aufklärung und die Betreuung der Patientin gestaltet. Die ethische Bewertung dieses Falles und überhaupt des Verhaltens des Gynäkologen in ähnlichen Situationen muss im Lichte der ethischen Argumentation zum „Scandalum“ (Ärgernis) bzw. zur „Cooperatio ad malum“ (Mitwirkung zum Bösen) beleuchtet werden.

Unter Ärgernis wird in der Ethik eine Handlung (Worte oder Taten) verstanden, die an sich oder ihren Umständen nach geeignet ist, den Nächsten zur Sünde zu verführen. Das Ärgernis ist direkt, wenn man die unsittliche Tat des Nächsten wünscht, dazu anrät oder sie befiehlt und indirekt, wenn man sie nicht beabsichtigt, sondern nur zulässt, obwohl man sie als Folge des eigenen Tuns voraussieht.<sup>1</sup> Das Ärgernis ist auf jeden Fall unsittlich, aber die Unsittlichkeit des direkten ist bedeutend größer als die des in-

direkten. Im gegebenen Fall sind die Voraussetzungen für das direkte Ärgernis gegeben, wenn die Worte des Arztes als eine bedingte Aufforderung zur Abtreibung aufgefasst werden können. Sollten sie nur als eine neutrale, an sich unbeteiligte Information betrachtet werden können, ohne jegliche bedingte Aufforderung zur Abtreibung – dies geht aus dem Text nicht hervor –, könnte man meinen, es handle sich dann um ein indirektes Ärgernis. Dies ist aber hier nicht der Fall, weil der Arzt, mindestens wie jeder andere Mensch, moralisch verpflichtet ist, dort, wo es ihm möglich ist, das Leben des Nächsten zu schützen; und in diesem Fall darf er die Möglichkeit einer Tötung, sollte sich die Behinderung bestätigen, nicht als eine rein fremde Angelegenheit betrachten. Er würde damit das Leben des Embryos nicht genügend schützen und daher seiner Pflicht (Unantastbarkeit des Lebens) nicht nachkommen.

Und nun betrachten wir den Fall im Lichte der „*cooperatio ad malum*“: In der Ethik unterscheidet man zwischen formeller und materieller Mitwirkung. Die erste liegt vor, wenn die Handlung des anderen als solche gewollt wird; von materieller Mitwirkung wird gesprochen, wenn eine tatsächliche Hilfe gewährt wird, obwohl die Handlung des anderen selbst nicht gewollt wird. Die materielle Mitwirkung kann unmittelbar sein, wenn man direkt an der Handlung teilnimmt, oder mittelbar, wenn man dem Täter irgendwelche Mittel liefert. Eine formelle Mitwirkung bei einer unsittlichen Handlung ist immer auf jeden Fall unsittlich. Das heißt, wer bei der Entscheidungsbildung um Abtreibung die Entscheidung für die Abtreibung suggeriert oder aufdrängt, wirkt bei der Entscheidung formell mit, er bejaht sie. Materiell kann die Mitwirkung nur dann bezeichnet werden, wenn der Mitwirkende unter einem gewissen Zwang handelt, d.h. genötigt ist, sonst kann er nicht behaupten, dass er die Handlung an sich ablehnt. Die materielle Mitwirkung bei einer unsittlichen Handlung kann ethisch legitimiert werden, wenn sie nach den

Regeln der Handlung mit Doppelwirkung (einer guten und einer schlechten Wirkung) zugelassen werden kann. Diese Regeln wären: 1. Die negative Folge der Handlung darf nicht angestrebt werden. Sie muss, soweit es geht, sogar vermieden werden. 2. Die negative Folge muss objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung einer solchen Handlung sein. 3. Die negative Folge darf nicht Mittel zur Erreichung der Hauptfolge sein. 4. Die negative Folge muss in einem angemessenen Verhältnis zum Zweck der Handlung stehen. Wichtig sind auch zwei weitere Unterscheidungen: einmal zwischen nächster (*proxima*) und entfernter (*remota*) Mitwirkung, je nachdem, ob die Mitwirkung eine von der bösen Handlung nahe oder entfernte Tätigkeit ist; und dann kommt es noch auf die Unterscheidung zwischen notwendiger und nicht notwendiger Mitwirkung an.

Die Empfehlung einer diagnostischen Maßnahme zur Feststellung von Malformationen, mit einer Befürwortung der Abtreibung im Falle der Malformationen, wäre keine materielle, sondern formelle Mitwirkung bei der Entscheidung. Diese wäre auf jeden Fall unsittlich, weil der Arzt von sich aus die bedingte Entscheidung zur Abtreibung empfiehlt.

Materielle Mitwirkung ist dann gegeben, wenn der Arzt gegen eine Abtreibung ist, aber jene Informationen gibt, die zur Abtreibungsentscheidung führen können. Wenn er es nicht tut, macht er sich rechtlich gesehen strafbar. Darf er überhaupt diese Informationen zurückhalten? Es wäre, wie schon gesagt, rechtswidrig. Auch ethisch muss er prinzipiell dem Patienten, der letztlich immer die Einwilligung zur Behandlung geben soll, alle Informationen, die zur Behandlung gehören, geben. Hier aber befindet sich der Arzt in einer ganz besonderen Situation, in der er zwei Patienten vor sich hat, wobei der eine Patient die Mutter, der andere den Embryo darstellt.

Aber auch diese Vertretung hat seine ethischen Grenzen, denn der erwachsene Patient

muss sich nach den besten Interessen des Embryos entscheiden, und sein Leben steht ihm niemals zur Disposition. Es handelt sich in unserem Fall auch nicht um eine Behandlung. Im hypothetischen Fall, dass der Arzt zur moralischen Gewissheit kommen würde, dass er durch Unterlassung einer Aufklärungsmaßnahme, ohne zu lügen, eine Abtreibung verhindern kann, wäre eine Verschwiegenheit prinzipiell, d.h. ohne Berücksichtigung anderer möglicher Umstände, ethisch gerechtfertigt. Das Lebensrecht eines Menschen steht vor der Aufklärungspflicht. Dies ist aber in der Wirklichkeit kaum möglich, erstens, weil niemand wissen kann, was für eine Entscheidung die Patientin treffen wird, und zweitens, weil die Aufklärung noch keine Abtreibungsentscheidung unmittelbar bewirkt. Es ist klar, dass mit diesem an sich ethisch richtigen Verhalten der Arzt ein gewaltiges Risiko eingehen würde, denn hier klaffen positives Recht und Ethik auseinander.

Nun stellen wir uns die Frage: Wie sollte sich ein gegen jegliche Abtreibung eingestellter Arzt verhalten, damit bei eventueller Mitwirkung der Regel der zulässigen Handlung mit Doppeleffekt Genüge getan wird? Wenn er richtig aufklärt, sind die guten Folgen, dass er seine Aufklärungspflicht gegenüber der Patientin erfüllt, seine Berufsbefugnis behält, seine Familie erhalten kann, die Chance hat, Abtreibungswillige zu überreden, usw. Die eventuelle schlechte Folge ist, dass sich die Patientin möglicherweise für die Abtreibung entscheidet und es ihm nicht gelingt, sie davon abzubringen, d.h. er kann nicht verhindern, was er verhindert hätte, wenn er nicht aufgeklärt hätte. Nur der Arzt, der bei der Aufklärung an sich etwas Gutes tut, muss mit allen legitimen Mitteln versuchen, die negative Folge, die nicht aus seiner Handlung unmittelbar hervorgeht, zu vermeiden (1. Regel), d.h. er muss versuchen, die Patientin vom Gedanken an die Abtreibung abzubringen. Die negative Folge hat für ihn den Charakter der Nebenwirkung, und zwar einer

fernen Nebenwirkung, weil auch, wenn er sich massiv gegen die Entscheidung stellt, die Entscheidung mit Hilfe eines anderen Kollegen getroffen wird (2. Regel). Die negative Folge ist sicher keine unmittelbare Wirkung der positiven (3. Regel). Und nun zur vierten Regel: Es muss ein Verhältnis zwischen der guten und der schlechten Folge geben. Man muss hier genau definieren, was man abwägt: eine sichere gute Folge gegen eine mögliche Handlung der Patientin, die der Arzt an sich nicht bewirkt, aber vermeiden hätte können. Hier stehen Aufklärungspflicht und Lebensschutz im Konflikt. Vom ethischen Standpunkt aus genügt die einfache Vermutung des Arztes nicht, dass die Patientin die Tötung der Leibesfrucht vor hat, damit seine prinzipielle Verpflichtung zur Aufklärung in das Gegenteil umschlägt, d.h. in die Verpflichtung nicht aufzuklären. Dazu wäre die moralische Gewissheit (begründete Überzeugung trotz nicht ausreichender zwingender Beweise) notwendig. Die Verhältnismäßigkeit wäre also gegeben, wenn der Arzt die schlechte Folge als sehr ungewiss betrachten kann, vor allem dann, wenn er meint, sie mit gutem Grund, möglicherweise durch sein Überredung, verhindern zu können.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

1. Pränataldiagnostische Verfahren wie Ultraschall, Doppler, Echokardiographie etc., die zu Absprache mit Neonatologen, Kinderchirurgen, etc. und somit zu einem besseren outcome des Neugeborenen führen können und auch zahlreiche Fälle mit einer tatsächlichen Therapiemöglichkeit aufzudecken imstande sind, sollen und müssen der werdenden Mutter verstärkt angeboten werden.

2. Aus der Untersuchung abgeleitete Risikoparameter und sogenannte „soft marker“ hinsichtlich einer chromosomalen Aberration müssen mit äußerster Zurückhaltung und Kritik vorgetragen werden. Insbesondere müssen die werdenden Eltern über die Risiken eines diagnostischen Eingriffs aufgeklärt werden. Eine intensive und nachhaltige Aufklärung

und Beratung hat über die Konsequenzen der Punktion zu erfolgen. Hier muss aber mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass eine Abtreibung für einen Christen auf gar keinen Fall zu rechtfertigen ist.

3. Ganz konkret sollte also der ethisch richtig handelnde Arzt über die Risiken ohne Übertreibung aufklären und dabei die Chorionzottenbiopsie für den Fall anbieten, dass, aus welchem Grund auch immer, die Patientin und ihre Familie Genaueres wissen wollen. Um dem Gesetz Genüge zu tun, müsste er auch die Frage der Fristen zur Abtreibung ansprechen, aber es würde genügen, dies in negativem Sinn zu tun, indem er etwa sagt: „So dringend ist es nicht, denn abtreiben wollen wir auf keinen

Fall, zumindest möchte ich nichts damit zu tun haben, es wäre etwas Furchtbares...“

*Referenzen*

1. MAUSBACH J., ERMECKE G., *Katholische Moraltheologie*, Aschendorfsche Verlagsbuchhandlung, Münster 1959, 2. Band § 26

*Prof. Dr. Enrique H. PRAT*  
*Landstraßer Hauptstraße 4/13*  
*A - 1030 Wien*

*Dr. Karl RADNER, Facharzt für Gynäkologie*  
*Meidlinger Hauptstraße 7/1/1/2*  
*A - 1120 Wien*

## NACHRICHTEN

**Stammzellenforschung: Nein für embryonale Zellen**

Der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der international anerkannte Biochemiker Ernst Ludwig WINNACKER nahm im Gespräch mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung am 3. Februar 2001 Stellung zur Vermehrung von embryonalen Zellen in der Stammzellenforschung: „Embryonale Stammzellen sind kein Weg für Zellersatz, denn damit ist noch nicht das Problem der Immunabstoßung vom Tisch. Ich sehe noch immer den Weg darin, gesunde Zellen kranker erwachsener Menschen zu nehmen, diese zurückzudifferenzieren bis zu dem Punkt, an dem man sie in Nervenzellen oder Herzmuskelzellen umwandeln und mit ihnen kranke Zellen ersetzen kann. Es ist überhaupt nicht einzusehen, weshalb man dafür unbedingt zur Potenz des Embryos zurückkehren muss. Ich sehe in den Stammzellen Erwachsener überhaupt keinen billigen Ausweg.“

FAZ, 3. Februar 2001

**Bionik: Natur als Patentamt für Erfindungen**

Die technische Biologie schaut Konstruktionen der Natur aus dem Blickfeld der Ingenieurwissenschaften ab, die Bionik baut darauf auf und bietet die Erkenntnisse dieser Grundlagenforschung wiederum dem Ingenieur für technische Weiterentwicklung an. In der modernen Technik sind so einige Erfindungen der Natur erfolgreich in Anwendung. So werden die biophysikalischen Grundelemente der Fortbewegungsweisen beim Laufen, Schwimmen, Fliegen untersucht, und die erworbenen Er-

kenntnisse werden dann in Bereichen der Technik genutzt. So hat beispielsweise bei der Nachbildung einer Laufmaschine der Wissenschaftler Pfeiffer auf das Gehmuster von Laufkäfern zurückgegriffen. Auch fanden Forscher heraus, dass Tiere die gewonnene Energie auch speichern können. Diese Erkenntnis wollen sie zur Entwicklung von lebenden Solarzellen verwenden.

Presstext, 27. Dezember 2000

**Gesundheit: Ärzte als Vorsorge-Muffel**

Mehr als ein Drittel in einer Umfrage unter Ärzten gab an, keinen Arzt für einen regelmäßigen Gesundheitscheck zu haben. Wissenschaftler der Yale University und der John Hopkins University interviewten 915 Ärzte und fragten sie, ob sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen oder ob sie einen Hausarzt für Gesundheitschecks hätten. 35% der Befragten gaben an, nicht an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Die Fragebogen-Ergebnisse zeigten, dass die Einstellung gegenüber Gesundheit im allgemeinen die Entscheidung, sich von einem Kollegen durchchecken zu lassen, maßgeblich beeinflusst: von denen, die keine Vorsorge in Anspruch nahmen, glaubten 43%, dass Gesundheit ohnehin Glückssache sei und 40% waren der Meinung, sie könnten ihren Gesundheitszustand selbst prüfen.

Presstext, 18. Dezember 2000

**Pharmaindustrie: Neuentdeckung der Mikroalgen**

Das Biotech-Unternehmen Aquasearch auf Hawaii will verstärkt die

Wirkung von Mikroalgen für pharmazeutische Zwecke untersuchen. Aus den 2.000 Mikroalgen-Arten will Aquasearch neue Pharmazeutika entwickeln. Es wurden rund 170 bioaktive Inhaltsstoffe charakterisiert. Bisher hat die Pharmaindustrie aus Gründen der schwierigen Kultivierung Mikroalgen ignoriert. Mit der Entwicklung eines computerkontrollierten Photobioreaktors sei es nun möglich, große Algenmengen zu produzieren.

Neben der medizinischen Versorgung verstärken auch umwelttechnologische Unternehmen ihre Forschung mit Mikroalgen. Die Organismen könnten sich als gute Quelle für alternative Brennstoffe erweisen, da diese natürliche Lipide produzieren, die dem Fett ähneln.

Presstext, 9. Jänner 2001

**Stammzellenforschung: Neue Möglichkeiten für Haut und Haar**

Ein Forscherteam der staatlichen Medizinforschungsorganisation INSERM hat in Harrffollikeln ein „Reservoir“ für Stammzellen identifiziert, die sich zu Haarbälgen, Talgdrüsen oder Hautzellen ausbilden können. Die Forscher versprechen sich von ihren Ergebnissen neue Perspektiven für verschiedene Bereiche. In der Dermatologie kann ein besseres Verständnis der Zellentwicklung die Heilung von Hautwunden beschleunigen und die Ergebnisse von Hautverpflanzungen bei Brandopfern verbessern. In der Kosmetik und plastischen Chirurgie ließen sich Haarverlust von Geheimratsecken bis zur Glatze behandeln, wenn sich diese Stammzellen gezielt stimulieren ließen. Und in der Krebsforschung hoffen die Wissenschaftler, die Ursprünge mancher Arten von

Hautkrebs besser zu verstehen und zu verhindern. Man könnte übrigens auch dem Haarverlust durch Chemotherapie und Bestrahlung entgegensteuern.

*Presstext, 29. Jänner 2001*

### **Lifestyle: Antirauchkampagne gescheitert**

Der bislang ambitionierteste Versuch einer Rauchpräventionsstudie auf Schulebene zeigte, dass die bisherige Grundannahme in der Erziehung sowie der Forschung im Rahmen der Rauchprävention – nämlich dass soziale Einflüsse die wichtigsten Faktoren in der Suchtgenese darstellen – schlicht und einfach unhaltbar ist.

Zu diesem Ergebnis kommt eine über 15 Jahre hindurch fortgesetzte Studie, genannt das Hutchinson Smoking Prevention Projekt oder HSPP, die vom Fred Hutchinson Cancer Research Center (in Seattle) durchgeführt wurde. Mit 8400 Schülern und Studenten und 600 Lehrkräften. In 40 Schulbezirken des Staates Washington war sie die größte Studie dieser Art, die je durchgeführt wurde. Das National Cancer Institute ließ die 15 Millionen Dollar Studie aufgrund der wachsenden Prävalenz bezüglich täglichen Rauchens bei Jugendlichen durchführen. Die Center for Disease Control and Prevention zeigen sich besorgt: man schätzt, dass 5 Millionen der zur Zeit lebenden Jugendlichen frühzeitig an den Folgen von Krankheiten, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen, sterben werden.

Trotz einer sehr exakten Forschungsplanung und sorgfältig durchdachter Strategien für die Unterrichtsphase konnte das HSPP bei der Versuchsgruppe keinen Unterschied im Rauchverhalten gegenüber der Kontrollgruppe feststellen. Die Studie wurde von konkret dafür eingeschulten Lehrkräften im normalen Unterricht durchgeführt. Das Pro-

gramm umfasste Rollenspiele, das Einlernen von aktivem Abwehrverhalten gegen Nikotin oder die Analyse jener Strategien der Tabakindustrie, die die Schädlichkeit ihres Produktes verschleiern sollen. Arthur V. PETERSEN Jr. musste eingestehen, dass Antirauchprogramme, die lediglich via Schule den Jugendlichen nähergebracht werden, offenbar nicht in der Lage sind, vom Rauchen abzuhalten.

Daran gibt es nach einer Studie diesen Umfangs nichts mehr zu rütteln. Es gilt nun, sich noch einmal mit den initialen Faktoren, die den Einstieg in den Zigarettenkonsum begünstigen, zuzuwenden. PETERSEN und seine Kollegen denken bereits an eine völlige Überarbeitung der bisherigen Zugänge zur Rauchprävention, wengleich sie sich auch beeindruckt von der Kooperation der an der Studie Beteiligten zeigen.

*Eurekalert, 19. Dezember 2000*

### **Euthanasie: Belgien setzt neuen Schritt**

Justiz- und Sozialausschuss des belgischen Senats haben einen Gesetzesentwurf über ein sogenanntes Patiententestament gebilligt. Damit sollen Erwachsene und Minderjährige eine Verfügung über lebensbeendende Maßnahmen, also aktive Sterbehilfe, schriftlich festlegen können. Für den Fall einer unheilbaren Krankheit und der Bewusstlosigkeit soll Ärzten damit eine Handreichung für das weitere Vorgehen gegeben werden.

Das Patiententestament sei für die Mediziner nicht verpflichtend. Es müsse in Anwesenheit von zwei erwachsenen Zeugen unterzeichnet werden, von denen mindestens einer keinen Nutzen aus dem Tod des Patienten hatte. Die behandelnden Ärzte seien zur Einhaltung aller weiteren Bestimmungen des geplanten Euthanasiegesetzes verpflichtet. Das Patiententestament soll Bestandteil dieses Euthanasie-

gesetztes werden. Andere Bestimmungen des Gesetzes, darunter die Straffreiheit unter bestimmten Bedingungen für Ärzte, die lebensbeendende Maßnahmen vornehmen, waren bereits zuvor von den Senatsausschüssen gebilligt worden.

*Kathpress, 9. Februar 2001*

### **Bevölkerung: Durchschnittsalter bleibt bei 85 Jahren**

Es ist nicht wahrscheinlich, dass die menschliche Lebenserwartung in nächster Zeit 100 oder mehr Jahre erreicht. Eine derartige Lebenserwartung sei in Frankreich frühestens im 22. Jahrhundert und in Amerika erst im 26. Jahrhundert realistisch. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt zur Zeit bei rund 85 Jahren. Danach sei der Körper einfach verbraucht, denn er wurde nicht für einen Langzeiteinsatz geschaffen. Zu diesen Ergebnissen ist eine Studie des Wissenschaftlers Jay OLSHANSKY von der Universität of Illinois gekommen.

*Presstext, 19. Februar 2001*

### **Ernährung: Schoko fürs Herz**

Zwei kürzlich von der Mayo Clinic durchgeführte Studien kamen zu erstaunlichen Ergebnissen: manche Schokolade-Produkte beinhalten einen hohen Anteil von antioxidierenden Flavonoiden. Dieses pflanzliche Mittel verringert die Effekte des Lipoproteins (LDL = schlechtes Cholesterin) und schützt so vor Herzerkrankungen. Trotzdem sollte man Schokolade in mäßigen Mengen genießen, da sie weiterhin viele Kalorien, Fett und Zucker enthält. Doch ein kleines Stück Schokolade (am besten schwarze) am Tag versüßt das Leben und stärkt die Arterien.

*Eurekalert, 26. Jänner 2001*



## ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

## RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

7. Jahrgang, Heft 4, 2000

Editorial

Beiträge:

Christian BAUMGARTNER, Susanna

EBERHARTINGER, Astrid MERL, Wal-

traud PETEK: Das neue UVP-G 2000;

Christian BAUMGARTNER, Martin

NIEDERHUBER: Die Judikatur des

Umweltsenates.

8. Jahrgang, Heft 1, 2001

Editorial

Beiträge:

Gerhard SCHNEDL: Rechtliche Rah-

menbedingungen der kommerziellen

Nutzung österreichischer

Quellwasserressourcen;

Martin DOLP, Barbara SODER, An-

ton HÜTTER: Mediation im österrei-

chischen Umweltschutzrecht;

Christian ONZ: Verwertung oder

Beseitigung – endlich Klärung durch

den EuGH?

## RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

7. Jahrgang, Heft 6, 2000

Editorial

Beiträge:

Klaus HELLWAGNER, Gerhard HELL-

WAGNER: Turnusärzte im Rettungs-

dienst, eine rechtliche Zwickmühle?;

Günter FLEMMICH: Kostenentwick-

lung und Finanzierung – welche

Aufgaben muss die Physiotherapie

in Zukunft erfüllen?;

Wolfgang MAURER: „Quarantäne-

plasma“ – eine zulassungspflichtige

Arzneispezialität?

8. Jahrgang Heft 7, 2001

Editorial

Beiträge:

Helmut SCHWAMBERGER: Praxisfälle

im Zusammenhang mit dem UbG;

Lukas STÄRKER: Zum Arbeitsbegriff

der einschlägigen EU-Richtlinie;

Lukas STÄRKER: Mehr Flexibilität

bei der Dienstplangestaltung durch

andere Wochenzeiträume.

## THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht / Boston/ London. Bi-

mestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 25 No.5, October 2000

Mark J. CHERRY: Polymorphic Me-

dical Ontologies: Fashioning Con-

cepts of Disease;

Scott DE VITO: On the Value-Neu-

trality of the Concepts of Health

and Disease: Unto the Breach Again;

Abraham RUDNICK: The Ends of

Medical Intervention and the De-

marcation of the Normal from the

Pathological;

Edmund L. ERDE: On Values, Pro-

fessionalöism and Nosology: An

Essay with Late Commentary on

Essays by De Vito and Rudnick;

Kazem SADEGH-ZADEH: Fuzzy He-

alth, Illness, and Disease?;

Lennart NORDEN FELT: On the Place

of Fuzzy Health in Medical Theory?

## ACTA PHILOSOPHICA. Rom,

Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 9 (2000), fasc. 2 Luglio/Dicem.

Filosofie del XX secolo

Daniel GAMARRA: Un caso di plato-

nismo ed agostinismo medievale.

Matteo d' Acquasparta: conoscenza

ed esistenza;

Fernando INCIARTE: Heidegger, He-

gel, and Aristotle: A Straight Line?;

Paulin SABUY: La question du dua-

lisme anthropologique. Une analy-

se d'après Robert Spaemann;

Note e commenti:

Javier Aranguren ECHEVARRÍA: Eu-

daimonía e historicidad;

Gabriel CHALMETA: Aristotle e

Solov'ev sul significato dell'amore;

Mariano FAZIO: Tre proposte di so-

cietà cristiana (Berdiaeff, Maritain,

Eliot);

Juan Andrés MERCADO: Brief com-

ments on Capaldi's „We Do“ inter-

pretation of humean ethics;

José Ignacio MURILLO: Una aproxi-

mación al Curso de Teoría del Co-

nocimiento de Leonardo Polo.

## HASTINGS CENTER REPORT.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 30 No. 6, 2000

Capital Report: Kathi E. HANNA:

Research Ethics: Reports, Scandals,

Calls for Change;

David B. MORRIS: How to Speak

Postmodern: Medicine, Illness, and

Cultural Change;

Martin GUNDERSON, David J.

MAYO: Restricting Physician-Assi-

sted Death to the Terminally Ill;

Case Study: Miriam COHLER, Linda

GANZINI, Lewis M. COHEN: Resolu-

tion and Ambivalence;

At law: Rebecca DRESSER: Regula-

ting Assisted Reproduction;

Farhat MOAZAM: Families, Patients,

and Physicians in Medical Deci-

sionmaking: A Pakistani Perspective.

## MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2000/5

Editoriale: Galileo Galilei, l'embri-

one e la bioetica

V. BELLVER CAPELLA: Luci e ombre

nella ricerca con cellule staminali;

I. CARRASCO DE PAULA: Etica della

ricerca biomedica: la virtù oltre

l'utile. Riflessioni intorno alla clo-

nazione terapeutica?;

M. GENSABELLA FURNARI: Dall'au-

tonomia alla responsabilità: il desiderio di maternità e la possibilità della Fivet;

J. SUAUDEAU: Il dibattito in bioetica. Profilattici e valori familiari, a proposito dell'espansione dell'HIV/AIDS;

2000/6

Editoriale: Verità e coerenza

M.L. DI PIETRO, M. CICERONE: La circoncisione maschile sui neonati; G. DEL MISSIER: Le mutilazioni genitali femminili;

L. ROMANO: Educazione della sessualità e adolescenti. Indagine conoscitiva ed antropologie di riferimento;

D. ATIGHETCHI: Islam e AIDS.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

8. Jahrgang Heft 4, 2000

Leitartikel:

Hartmut KREß: Gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften in Rechts- und sozialetischer Perspektive;

Christine HAUSKELLER: Die Stammzellenforschung und das ärztliche Selbstverständnis zwischen wissenschaftlicher und ethischer Perspektive;

Giovanni MAIO: Zur Philosophie der Nutzen-Risiko-Analyse in der ethischen Diskussion um die medizinische Forschung;

Monika BOBBERT: Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth.

REVISTA CUADERNOS DE la práctica clínica. BIOÉTICA.

Santiago de Compostela, Spanien

Quartalsschrift in Spanisch

Vol. XI, Nº. 43, 3ª - 4ª 2000

Presentación:

José Mª Barrio MAESTRE: La Bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda.

Tema de estudio: Genética, Clonación y Ética:

Manuel de SANTIAGO: La clonación humana desde la perspectiva de la bioética personalista;

Zdzislaw Jan RYN: Aspectos antropológicos y psicológicos de la clonación humana;

Mónica López BARAHONA: Clonación humana reproductiva y terapéutica;

Vicente Bellver CAPELLA: El Derecho ante la clonación humana;

Tatiana Zaldívar VAILLANT: Bioética y neurogenética;

Iris Rojas BETANCOURT, Eva T.

PÉREZ RAMOS, Isidro CENDÁN

MUÑIZ: Ética y Genética: resultados de la participación de Cuba en un estudio internacional;

Enrique VARSÍ: Efectivizando la protección del Genoma Humano, los Derechos Humanos y los Derechos del Niño;

Colaboraciones: A. OCAMPO, B. SOPEÑA, C. MIRALLES, J. DE LA FUENTE, M. VILELA, S. OCAMPO, C. MARTÍNEZ: Influencia de la terapia antirretroviral en el embarazo;

A. SANZ, MªL. DEL VALLE, C. GARCÍA, Mª I. GARAVÍS, P. REY, A. VECINO, S. HERNANDEZ, F. LÓPEZ-LARA: La información a la familia del enfermo oncológico;

J.C. RODRÍGUEZ, E. GÓMEZ GRACIA, J. FERNÁNDEZ-CREHUET: El consentimiento informado. Aplicación en

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien. Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch, Anno XVI, n.1 - 2000

Articoli:

Marc OUELLET, Mariane chretien, péché et conversion;

Giancarlo PETRINI, Conflitto sociale e riconciliazione. Società e conflitto sociale;

Jean LAFFITTE, Pardon des offenses et amour des ennemis dans les „Sermones“ de saint Augustin;

Giovanni SALMERI, Il perdono inevitabile. Un tentativo tra antropologia e politica;

Francis MARTIN, Israel as the Spouse of Yhwh. A Story of Sin and Renewed Love;

Francesco D'AGOSTINO, Verità, moralità, diritto: profili giuridici su matrimonio e famiglia;

Juan José PÉREZ-SOBA, La redención de Cristo y la comunión de los hombres;

Armando MARSAL, El pecado como ofensa a Dios. La pasión de Dios: su compasión;

In rilievo: Livio MELINA-PABLO ZANOR, La dimora ecclesiale dell' agire cristiano. Cronaca teologica del II Colloquio di Teologia Morale;

Alejandro HOLGADO, Cristocentrismo de las virtudes cardinales: de la imitación a la participación, según S. Buenaventura (segunda parte);

Marie HENDRICKX, La grâce d'être parent;

Nota critica: Denis BIJU-DUVAL, Menschenwürde: Metaphysik und Ethik.

**RECHTSFRAGEN DER GENOMANALYSE.**

Constantin HOFMANN

*Europ. Hochschulschriften, Reihe II*

*Verlag Peter Lang 1999*

*281 Seiten*

*ISBN 3-631-35352-965*

Die vorliegende veröffentlichte Fassung der Dissertation des Autors behandelt eine Fülle verschiedener Rechtsfragen der Genomanalyse auf der Basis des deutschen Rechts. Den juristischen Erörterungen vorangestellt ist (als erster Teil) zweckmäßigerweise eine Einführung in die biologischen Grundlagen, welche insbesondere für den biologisch nicht auf dem Stand der Wissenschaft Befindlichen eine wertvolle Hilfe darstellt (1 ff).

Im zweiten Teil werden die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen behandelt (15 ff). Der Autor vertritt die Auffassung, dass der Staat die Anfertigung von Genomanalysen nicht völlig verbieten dürfe. Sie seien jedoch wegen der grundrechtlichen Brisanz auch und vor allem für den Analysierten nur aufgrund dessen freiwilliger Einwilligung oder aufgrund eines Gesetzes, welches dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen müsse, zulässig. Überzeugend belegt HOFMANN auch das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht erwachsende „Recht auf Nichtwissen“ des Betroffenen; d.h. der Betroffene habe grundsätzlich das Recht, nicht mehr Informationen über seine genetische Veranlagung ausgesetzt zu sein, als er tatsächlich auch erfahren wolle.

Staatlich angeordnete genetische Reihenuntersuchungen werden vom Autor mit Hinweis auf das verfassungsrechtliche Übermaßverbot für den Regelfall abgelehnt. Sollten wichtige Güter von Verfassungsrang diese doch ausnahmsweise gebieten, so sei zumindest die Anonymität der Daten nach Möglichkeit sicherzustellen.

Der dritte Teil der vorliegenden Arbeit handelt von ärztlichen Pflichten und zivilrechtli-

cher Haftung im Zusammenhang mit der Genomanalyse (69 ff). Die verschiedenen Ansprüche bzw. Anspruchsgrundlagen nach unerlaubter oder fehlerhafter Analyse (Schadenersatz, Unterlassung, Beseitigung) werden übersichtlich dargestellt. HOFMANN behandelt auch die komplexe Problematik des Verhältnisses zwischen Arzt, Labor und Patient. Ein weiterer Abschnitt ist der Beweislastverteilung im Prozess sowie der Frage gewidmet, unter welchen Umständen der Arzt seine Schweigepflicht brechen darf oder sogar muss.

Äußerst brisante Fragen werden auch im vierten Teil erörtert (153 ff), wo es um die Genomanalyse im Arbeitsrecht und öffentlichen Dienstrecht geht. Überzeugend legt der Autor dar, dass die Durchführung nur mit Zustimmung des Bewerbers bzw. Arbeitnehmers zulässig sei. Eine Pflicht des Arbeitnehmers, dem Arbeitgeber von sich aus eine bestimmte genetische Konstitution mitzuteilen, bestehe nur in engen Grenzen, eine Pflicht, sich über seine eigene genetische Veranlagung Kenntnis zu verschaffen, bestehe überhaupt nicht. Unzulässige Fragen nach seiner genetischen Konstitution dürfe der Arbeitnehmer wahrheitswidrig beantworten.

HOFMANN weist freilich in diesem Zusammenhang zutreffend auch auf ein wesentliches praktisches Problem hin: Im Rahmen der Privatautonomie stehe es dem (potentiellen) Arbeitgeber prinzipiell offen, mit wem er einen Vertrag schließen möchte. Verweigere nun etwa ein Bewerber eine genetische Untersuchung, werde dies wohl meist einen Vertragsabschluss verhindern, und es erscheine in der Praxis problematisch, dagegen rechtlich vorzugehen, zumal der Nachweis der Kausalität zwischen der Verweigerung der Genomanalyse und der Nichteinstellung meist schwierig bis unmöglich sein werde.

Mit diesen Fragen verwandt ist die Problematik der Genomanalyse vor Abschluss einer privaten Krankenversicherung, welcher der fol-

gende (fünfte) Teil gewidmet ist (191 ff). Den Abschluss der Arbeit bildet dann die Erörterung der Genomanalyse als Beweismittel im Zivil- und Strafprozess (sechster Teil, 207 ff). Auch der Anhang des Buches ist aufgrund seiner Ausführlichkeit bemerkenswert, enthält er doch neben einem Glossar Muster von Praxisformularen und genetischen Gutachten, ein Verzeichnis der amtlichen Veröffentlichungen, eine Rechtsprechungsübersicht, eine Erbkrankheitentabelle und schließlich ein Literaturverzeichnis.

Wie sich im Zuge der eben erfolgten Inhaltsübersicht gezeigt hat, enthält die vorliegende Arbeit eine Fülle von Einzelproblemen, welche in übersichtlicher und logischer Abfolge dem Leser nahegebracht werden. Als Zielperson ist freilich der deutsche juristische Praktiker anzusehen, der Hilfe bei einer konkreten Entscheidung sucht. Das Buch enthält nämlich über weite Bereiche Ausführungen, deren Verständnis eine einigermaßen fundierte Bildung zumindest im deutschen Zivil- und Verfassungsrecht voraussetzt. Schon der im nachbarlichen Rechtssystem wenig versierte österreichische Jurist hat nicht selten Schwierigkeiten, dem Text zu folgen.

Die Praxisorientierung des Autors wirkt sich auch auf die inhaltliche Reflexionstiefe der Arbeit aus, und dies nicht immer positiv. So hätte man sich angesichts der äußerst kontroversen Frage, ob ein „Kind als Schaden“ angesehen werden kann, als grundsatzorientierter Leser ein weiteres Eindringen in die rechtliche Problematik gewünscht als das nur wenig mit eigenen Gedanken bereicherte (im übrigen leider zustimmende) Referat der in der Rechtsprechung des deutschen Bundesgerichtshofes vertretenen Auffassung. Angesichts der betonten Praxisorientierung des Buches erscheint dieser Mangel freilich nicht gravierend. Somit ist abschließend der Charakter der vorliegenden Arbeit als gehaltvoller Ratgeber in praktischen Fällen (auf Grundlage des deutschen Rechts) nochmals positiv hervorzuheben.

T. PISKERNIGG

## VON DER WÜRDE DES MENSCHEN

Hans-Joachim SIMM (Hrsg.)

Insel Verlag, Frankfurt 1999

146 Seiten

ISBN 3-458-34245-1

Angesichts der gegenwärtigen Flut von Publikationen von entweder frivolen oder intellektuell seichten, pseudowissenschaftlichen oder esoterischen Themen ist jeder Verlag zu beglückwünschen, weil er einem Autor die Gelegenheit gibt, die Leser zum Nachdenken über Essentielles anzuregen. Was macht die Würde eines Menschen aus? Worin besteht sie? Ist Würde noch modern?

Die reiche Auswahl der aus verschiedenen Kulturen und Epochen stammenden Texte zur menschlichen Würde ist durchaus angenehm zu lesen; sie könnte natürlich vervollständigt und vertieft werden. Interessant ist festzustellen, wie eng der Begriff Würde in diesen Schriftstücken aus verschiedenen Zeiten mit den Begriffen Tugend, Gewissen, Freiheit, Leben und Menschlichkeit verstrickt ist.

Gekrönt wurde in dem hier kommentierten Band die Auswahl durch eine meisterhafte „Nachbemerkung“ des Autors mit einem exzellenten geschichtlichen Umriss des Würdebegriffes.

Autor und Verlag wären zu einem weiteren Band mit Texten zum Nachdenken aus noch tieferen Quellen durchaus anzuregen. Denn die im Laufe der Jahrhunderte unter so verschiedenartigen Wertvorstellungen beleuchtete Definition des Begriffs Würde – heute vielfach zu einer „Leerformel“ erstarrt, wie der Autor selbst bestätigt – erfordert es, dem menschlichen Sein bis auf den philosophischen und theologischen Grund zu gehen. Worin besteht die Würde des Menschen? Wodurch erwirbt er sie? Besitzt er diese auch, wenn ästhetische, rechtliche, gesellschaftliche, politisch-moralische Ableitungen versagen? Hat er sie als Mann, als Frau, als Kind, als Greis in jeder Lebenslage?

E.M. TRUJILLO-RESCHREITER

**BIOETHIK ALS TABU?  
TOLERANZ UND IHRE GRENZEN**

Dieter BIRNBACHER (Hrsg.)

Lit Verlag, Münster 2000

80 Seiten

ISBN 3-8258-4985-6

Heute gibt es eine weltweite Debatte, die sich um den Begriff der Toleranz dreht. Alle fordern Toleranz für sich und ihre Gedanken und sehen die Grenzen der Toleranz nur in der Intoleranz, d.h. ich werde alles tolerieren, bis auf jenes, das mich und meine Gedanken nicht toleriert. Dies scheint zum Beispiel Carmen KAMINSKY in ihrem Beitrag zu vertreten, wenn sie für Intoleranz gegenüber Protesten, die spezifisch „auf Verhinderung bioethischer öffentliche Diskurse angelegt sind“, plädiert. Natürlich legt sie sich einen passenden Begriff von Toleranz zu-recht: „Toleranz ist das freiwillige Dulden eines missbilligten Sachverhalts, Umstands oder Zustands“. Der Gegenbegriff Intoleranz bezeichnet dementsprechend, das Nicht-Dulden eines missbilligten Sachverhalts, Zustands, Umstands etc. Anselm W. MÜLLER stellt aus einer tugendethischen Perspektive in seinem Aufsatz „Toleranz als Tugend“ entgegen, dass Duldung und Toleranz zweierlei sind. Man kann tolerant sein und trotzdem etwas nicht dulden, und sogar verpflichtet sein, etwas nicht zu dulden. Duldung ist die Handlung, Toleranz die Tugend. Duldung kann selbstverständlich eine Tugend, nämlich Toleranz, manifestieren und insofern praktische Rationalität realisieren, muss aber nicht immer eine Tugend meinen, dann nämlich nicht, wann das Geduldete dem Urteil der rechten Vernunft widerspricht. Wer nicht duldet, was nicht zu dulden ist, ist nicht intolerant, sondern klug. Hier war Toleranz nicht gefragt. Wer duldet, was nicht zu dulden ist, ist nicht tolerant, sondern permissiv, was etwas ganz anderes ist. Diese Nuancen entgehen der undifferenzierten Begrifflichkeit von KAMINSKY.

Das von BIRNBACHER herausgegebene Büchlein enthält vier Aufsätze einer Diskussion, die

im April 2000 stattfand. Seit Ende der 80er Jahren wurden immer wieder Veranstaltungen zu bioethischen Themen abgesagt bzw. verhindert. Die Australier Peter SINGER, Helga KUHSE waren mehrfach die Opfer dieser Programmstreichungen. Aber auch Norbert HOERSTER und neulich der Herausgeber des Buches, Dieter BIRNBACHER wurden da und dort aus-geladen. Sehr aktiv gegen solche Veranstaltungen sind Behinderten-Organisationen, die sich da-gegen wehren, dass ihr Recht auf Leben in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Dies scheint Helga KUHSE nicht zu verstehen, obwohl sie in einem der meist von Menschen mit Behin-derung kritisierten Bücher ohne Hemmungen schreibt: „wäre man den Empfehlungen dieses Buches, sagen wir, vor zwanzig Jahren gefolgt, würden manche behinderten Menschen heute nicht leben.“ [KUHSE, Helga; SINGER, Peter: *Muss dieses Kind am Leben bleiben?* Harald Fischer Verlag, Erlangen 1993, S.21).

PATZIG und KAMINSKY scheinen der Meinung zu sein, dass es keinen Grund gibt, einen öf-fentlichen Diskurs über das Lebensrecht von Menschen mit Behinderung zu unterbinden. Die Meinungsäußerungsfreiheit stehe über dem Anspruchsrecht jener Mitglieder der Ge-sellschaft in deren Würde geachtet und respek-tiert zu werden. Michael WUNDER wendet ganz praktisch ein: „Ich glaube, dass in einer Diskus-sion nicht immer alles gesagt werden kann und darf. Genauso wie die Behauptung, es habe die Gaskammern von Auschwitz nicht gegeben, heute mit Recht unter Strafandrohung steht, muss meiner Meinung nach juristisch über-prüft werden, ob SINGERS Überlegungen zur ethischen Vertretbarkeit der Tötung neugebo-rener behinderteter Kinder nicht einen strafba-ren Aufruf zum Mord enthalten“. MÜLLER geht dieser Frage argumentativ auf den Grund: Die moralische Qualität einer Handlungsweise kann auf die moralische Qualität einer Urteils-äußerung zugunsten dieser Handlung „abfär-ben“ und eine Unterbindung der Äußerung leg-itimieren. Eine Veranstaltung, in welcher man

z.B. die These „Folter könne gelegentlich gerechtfertigt sein“ verteidigt, könnte erstens möglicherweise Einfluss auf die Einstellung mancher Hörer zum Thema Folter haben. Da dieser Einfluss zum einen die betroffenen Hörer moralisch schädigen und zum anderen indirekt und langfristig die moralische Verfassung der Gesellschaft und ihre Praxis verschlechtern würde, dürfe so ein Vortrag nicht stattfinden. Zweitens, würde der Vortragende vielleicht sogar anwesende Personen, die zur Grausamkeit neigen oder etwa aus politischen Gründen zur Anwendung der Folter motiviert sind, dazu ermuntern, letzte moralische Hemmschwellen zu überwinden. Durch Veranstaltung des Vortrags würde der Veranstalter in diesem Fall zweierlei Unrecht (seitens des Vortragenden) dulden und vielleicht mitverursachen: erstens die Anstiftung zum Bösen, nämlich zur schweren Verletzung fundamentaler Rechte der Gequälten und zweitens die indirekte Verletzung dieser Rechte selbst – denn einem Gefolterten geschieht auch durch jene Unrecht, die seine Folterung in irgendeiner Weise mitveranlasst haben. Drittens ist die Ablehnung des angebotenen Vortrags eine Forderung der Solidarität: der Solidarität mit (unschuldigen) Menschen, die tatsächlich gequält werden. Viertens würde der Initiator durch die Veranstaltung dieses Vortrags das Beispiel eines Menschen geben, der eine tragende Säule menschlichen Zusammenlebens und Vertrauens zur Disposition stellt; der ein Verbrechen wie die Folter sowie Leid und Schicksal der Betroffenen zu einer diskutablen Angelegenheit und einer Sache des Abwägens macht.

Es ist nicht nachvollziehbar, wieso so viele Philosophen nicht einsehen können, dass ein Diskurs, der viele Menschen objektiv tief verletzt, nicht in der Öffentlichkeit abgewickelt werden darf. Diese Diskussion verstößt eindeutig gegen die Gerechtigkeit. Behinderte Menschen haben das Recht auf Achtung und Respekt. Das ist noch lange kein Angriff auf die Freiheit der Wissenschaft und Forschung, wie

KAMINSKY und PATZIG es fälschlicherweise behaupten. Es gehört nicht zum Wesen der Freiheit der Wissenschaft, dass jeder Diskurs öffentlich geführt werden muss. Ein Großteil der wissenschaftlichen Diskussionen und der meisten Forschungsprojekte wird unter Ausschluss der Öffentlichkeit entwickelt. Ja, man schützt ihn sogar vor der Öffentlichkeit. Man kann vieles im Kreise der Experten besprechen, doch man darf erst in die Öffentlichkeit gehen, wenn man eine Lösung gefunden hat, die die erwähnten Gebote der Gerechtigkeit respektiert. Es liegt der Verdacht nahe, dass SINGER & Co mehr an der Öffentlichkeit als am wissenschaftlichen Diskurs interessiert sind.

Natürlich erschöpft dieses Büchlein das Thema in keiner Weise. Es ist aber wegen der Aktualität des Themas und der Ausführungen und Argumentationen von MÜLLER und WUNDER sehr empfehlenswert.

E. PRAT

***MEDIZINETHIK UND KULTUR:  
GRENZEN MEDIZINISCHEN HANDELNS  
IN DEUTSCHLAND UND DEN  
NIEDERLANDEN.***

Bert GORDIJN / Henk TEN HAVE (Hrsg.)

*frommann-holzboog, Stuttgart 2000*

*507 Seiten*

*ISBN 3-7728-2028-X*

Diese Aufsatzsammlung umfasst die Beiträge von zwei wissenschaftlichen Konferenzen, die im Rahmen eines Forschungsprogramms zum Kulturvergleich (der Katholischen Universität Nijmegen und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster) abgehalten wurden. Am konkreten Thema „Grenzen des medizinischen Handelns“ sollte einerseits der Stand der Diskussion wie die Praxis in Deutschland und in den Niederlanden zugänglich gemacht werden; andererseits sollten im Vergleich Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufgezeigt und mögliche Erklärungen dafür gesucht werden.

Das Buch verfolgt keinen einheitlichen ethischen oder weltanschaulichen Ansatz; die Anzahl der Autoren und der Beiträge ist groß; der Band wird dadurch zwar umfangreich, aber inhaltlich vielfältig und facettenreich. Der Aufbau ist klar, die Übersichtlichkeit ist dank einer guten Einleitung erleichtert, manche Überschneidungen sind wohl unvermeidlich.

Inhaltlich gliedert sich das Buch in drei Teile: Im ersten Teil stellen deutsche und niederländische Autoren die Diskussion und Praxis ihres Landes bezüglich Tötung auf Verlangen/Beihilfe zum Suizid, Reanimierung und Schmerzbekämpfung sowie die jeweilige Rechtslage dar; der zweite Teil versucht in fünf Beiträgen Erklärungen und Deutungen der festgestellten Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Den letzten Teil bilden vier Beiträge zur ethischen Bewertung.

Im ersten Teil ist zwar der Überblick zur deutschen Situation nützlich, aber wohl der – sonst sprachlich erschwerte – Einblick in die Spezifika der ethischen Diskussion und rechtlichen Entwicklung der Niederlande (J. HUBBENS) von besonderem Interesse. Erfreulich ist auch die eigenständige Behandlung von Schmerzbekämpfung und Reanimation neben dem Problem der direkten Lebensbeendigung. Die Darstellung zum Schmerzproblem (R. JANSSENS und H. TEN HAVE) erwähnt auch jene Fachleute, die Medizinethik in den Niederlanden wesentlich geprägt haben; es fällt mit Blick auf die Zustimmung zu Euthanasie auf, dass Palliativmedizin und Hospizwesen wenig bekannt und etabliert sind.

Lesenswert sind die ethischen Überlegungen zur deutschen Diskussion über Therapieverzicht (G. MATO): dank einer lebendigen Tradition des ärztlichen Auftrags und seines Bezugs zum Würdegedanken erhält der Begriff medizinischer Vergeblichkeit eine Basis, die imstande ist, auch Patientenautonomie zu integrieren. Diese Ausgewogenheit fehlt offensichtlich in Holland: in den Niederlanden wurde z.B. noch in den 90-er Jahren eine Reanimationsentscheidung

und das zugehörige Urteil als ein rein „medizinisches“ Thema betrachtet; es gibt sogar jetzt noch unter Ärzten Widerstand gegenüber einer Information des Patienten über eine solche Entscheidung; außerdem hat eine grundsätzliche Debatte zur Berechtigung und Grundlage gar nie stattgefunden (M. VERWEIJ). Statt dessen hat offensichtlich diese Einseitigkeit den Befürwortern der Euthanasie genützt und die Fragestellung von der grundsätzlichen Berechtigung auf die bloße Frage nach Fremd- oder Selbstbestimmung verkürzt; eine volle Verfügungsgewalt des einen wie anderen wurde als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Das Fehlen eines ethisch begründeten, klar definierten und so auch begrenzten ärztlichen Auftrages (wie er sich z.B. in den Richtlinien der Bundesärztekammer findet) scheint die Akzeptanz von Tötung auf Verlangen ebenfalls erleichtert zu haben: denn erst ein – utilitaristisch – umgedeutetes Verständnis ärztlicher Verantwortung macht sie umfassend und unbegrenzt. Der Arzt wird so in gleicher Weise verantwortlich für sein Tun wie auch für alles, was geschieht; so fordert man sein unbegrenztes Eingreifen.

Die Beiträge des zweiten Teils (Erklärungen und Deutungen festgestellter Gemeinsamkeiten und Unterschiede) sind vielfältiger Art: U. WIESSINGS Bestandsaufnahme und Analyse der unterschiedlichen Praxis bezüglich Reanimation (unterschiedliche Gewichtung derselben Prinzipien bzw. der Regeln für diagnostische wie therapeutische Gewissheiten) als Basis einer ethischen Bewertung – sie erfolgt aber leider im dritten Teil nicht – entspricht am ehesten der Aufgabe dieses Teils. Die Artikel von J.-P. WILS und D. von ENGELHARDT (Überlegungen zur Bedeutung und Interpretation von Schmerz) sind zweifellos interessant; sie haben allerdings kaum Bezug zum Ländervergleich.

B. GORDIJNS widmet sich der historischen Perspektive der Merkmale der beiden Länder und stellt die staatlich kontrollierte Duldung von Euthanasie in eine Tradition von „Duldungslösungen“ der Niederlande (seit dem 17.

Jahrhundert), ohne allerdings auf den möglichen Stellenwert von Traditionen in moralischen Fragen und die grundsätzliche ethische Fragwürdigkeit solcher Praxis einzugehen. Für Deutschland dokumentiert er den theoretischen Hintergrund, auf den sich das Euthanasieprogramm der NS-Zeit stützen konnte, und begründet v.a. durch den Verweis auf das totalitäre Regime sowohl die Unvergleichbarkeit mit heutigen Forderungen als auch die Unhaltbarkeit des „Dammbrucharguments“.

Eine bedeutende Kontroverse zweier Theologen, die um die Vergleichbarkeit von Euthanasielegalisierung mit der NS-Ideologie in den Niederlanden geführt wurde, ist das Thema bei W. DEKKERS; auch er meint – wie es von KUIJTER, dem vehementen Euthanasiebefürworter dieser Diskussion, vertreten wurde – keine Ähnlichkeit oder Übereinstimmung mit Aussagen der NS-Ideologie zu sehen. Interessant ist jedenfalls, dass bei GORDIJN und DEKKERS jene grundsätzliche Dimension zwischen damals und heute nicht diskutiert wird, die in der Parallelität der Relativierung des fundamentalen Lebensrechtes bzw. des unbedingten moralischen Verbotes der Tötung Unschuldiger besteht; warum der katholische Moraltheologe KLIJN darauf als Kern seiner Argumente der möglichen Vergleichbarkeit – abgesehen von anderen bloß äußerlichen Übereinstimmungen – nicht verwiesen hat, bleibt wohl unerfindlich.

Vom dritten Teil sind zwei Artikel zur „ethischen Bewertung“ erwähnenswert: E. SCHOKKENHOFF prüft die beiden Zielsetzungen des holländischen Modells: das rechtspolitische erscheint (angesichts der geringen Meldequote) schlicht als verfehlt; das ethische Ziel (Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Sterbenden) stellt er – aus der Sicht der katholischen Moraltheologie – ausführlich mit grundsätzlichen Bedenken in Frage (wie etwa die mangelnde Berücksichtigung der tatsächlichen Situation des Sterbenden wie auch des Arztes); dabei erweist sich dann Selbstbestimmung als wirklichkeitsfremde Fiktion, die der Wahrnehmung der

Aufgabe des Sterbebeistandes im Wege steht. Für D. BIRNBACHER dagegen gilt es, die Selbstbestimmung des Patienten zuallererst zu wahren: deshalb hält er im Vergleich die niederländische Praxis für „vorzugswürdig“, wenngleich er die Fälle von Tötung ohne Verlangen unakzeptabel nennt und eine Ablösung der Tötung auf Verlangen durch ärztliche Unterstützung des Suizids fordert. Bemerkenswert ist, dass eine Auseinandersetzung mit den genannten grundsätzlichen Bedenken nicht stattfindet und auch keine plausiblen Hinweise für den Vorrang eines solchen Selbstbestimmungsrechtes geliefert werden.

Insgesamt ist es bedauernd, dass die Ergebnisse von Teil 1 und 2 nicht aufgearbeitet werden, keine Diskussion der Autoren untereinander stattfindet und kein Bezug auf die Grundlagen ethischer Konzepte vorhanden ist; ebenso fehlt eine grundsätzliche Analyse des holländischen Modells selbst sowie seiner Grundlagen und seiner widersprüchlichen Dimensionen. Trotzdem ist der Band interessant und hilfreich für ein besseres Verständnis der Diskussion.

L. JUZA

### **KRITIK DER MORALISCHEN VER- NUNFT**

Sabine HUBER

*Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main 1999*

*218 Seiten*

*ISBN 3-631-34802-9*

Sabine HUBER hat sich mit diesem Buch einem äußerst aktuellen Problem gestellt: der Euthanasie. Mit wissenschaftlicher Genauigkeit geht sie zunächst dem Begriff der Euthanasie in Philosophie, Geschichte und gegenwärtiger Praxis nach, um aufzuzeigen, dass es dieses Problem schon immer gegeben hat, dass aber die zugrunde liegende Wertigkeit des Lebens enormen Schwankungen unterliegt, die durch die jeweilige philosophische und theologische



Grundeinstellung bedingt ist. Dass in diesem Zusammenhang auch Selbstmord, aktive und passive, freiwillige und unfreiwillige „Sterbehilfe“, das Problem der Behinderten und deren Betreuungproblematik beleuchtet werden, versteht sich von selbst. Da es dabei immer um Ethik und Werte geht, gibt die Autorin ganz genaue Begriffsdefinitionen und liefert Kapitel für Kapitel eine genaue Unterscheidung (Kritik), der verschiedenen betroffenen Disziplinen.

Besonderes Augenmerk lenkt sie auf jenen Umsturz in der europäischen Geschichte, bei dem sich der Schwerpunkt menschlichen Denkens und Handelns der Verpflichtung auf vorgegebene fixe Normen auf humane subjektive Setzungen verlagerte.

Damit tritt sie in die unmittelbare Diskussion über den „Fall“ des australischen Philosophen Peter SINGER, der mittels seiner präferenz-utilitaristischen Ethik, die er als „Produkt des sozialen Lebens“ darstellt und das die Funktion hat, Werke zu fördern, die den „Mitgliedern der Gesellschaft gemeinsam sind“, und der eine neue Definition des „Lebensrechtes“ aufstellt. Nach der Devise: „Tu, was Glück vermehrt und Leiden vermindert“, spricht er nicht nur einem uneingeschränkten Hedonismus das Wort, sondern will ihn gleichzeitig zur allgemeinen Norm erheben. Gestützt auf BENTHAMs „To be happy or not to be at all“, entwickelt er seine Doktrin, die den Personenbegriff auf Rationalität und Selbstbewusstsein verkürzt und die Gleichwertigkeit menschlichen Lebens in das Reich des „Mythos“ verbannt. Dass er die Menschenwürde vernachlässigt, ist eine Folge seiner eingestandenem atheistischen Religionsabwertung. Interessant ist auch die Stellung vom Tier, das er nicht nur in eine Linie mit dem Menschen stellt, sondern dem er als gesundem (nützlichen) Individuum den Vorrang vor Schwerstbehinderten (Unnützen) zuspricht.

Dass SINGER und seine Anhänger der Euthanasie kräftig das Wort reden, ist klar. Auf welchem fruchtbaren Boden SINGER und Cos Theorien

fallen, zeigt die rasante Ausbreitung ihrer absolut rationalistischen Scheinbegründungen, die in einer oberflächlichen Welt begeisterte Aufnahme finden, einer Welt, in der „wellfeeling“ oberstes Ziel ist.

Wie bei so vielem heutzutage, kommt es ganz deutlich ans Licht, dass der kleine Gernegroß, der so gerne Gott spielen möchte, nach anscheinenden Erfolgen nur Verwirrung und Ratlosigkeit stiftet. Es wird immer deutlicher, dass der Mensch auf das Maschinenniveau gedrückt werden soll und bei Untauglichkeit oder auch Unrentabilität auf einer Deponie zu entsorgen ist.

Es wird nun immer klarer, wohin wir kommen müssen, wenn wir den Schöpfer ausklammern, indem wir ihm einen Platz hinter den Wolken zuweisen und uns vorgaukeln, dass er sich ohnehin um uns nicht kümmert und dass das Leben nach dem Tod eine Chimäre ist, um die man sich nicht zu sorgen braucht. Von Würde, Ziel und ewigem Leben – verbunden mit Verantwortung – zu reden, ist einfach rückständig.

Sabine HUBER bringt am Ende ihres ausgezeichneten Buches eine Fallstudie, mit der sie beweist, dass all die ausgeklügelten Pragmatismen an der Praxis scheitern, in der es immer wieder Menschen gibt, die im Leid, das SINGER und Genossen so sinnlos finden, weil sie es in ihrem immanenten Rahmen nicht unterbringen, einen – freilich übernatürlichen – Wert sehen, dessen Akzeptanz erst die Krönung der humanen Möglichkeiten darstellt. Es sind dies Menschen, die sich mit dem hedonistischen Tiermenschen oder Menschentier nicht zufrieden geben, weil sie zuerst geglaubt und später erfahren haben, dass bewältigtes Leid einen Adel verleiht, der schon ein Angeld auf die verheißene Ewigkeitshoffnung ist, zu der sich eben der in die Erde verkralte nur Genussmensch, letztlich überhaupt kein Mensch, ohne göttliche Hilfe erheben kann, was das Christentum seit 2000 Jahren predigt.

E. LIND

---

---

## HINWEISE

---

### PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

#### BÜCHER

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

AUS DER REIHE MEDIZIN UND ETHIK:

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

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

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

*Leben-Sterben-Euthanasie?* (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

#### STUDIENREIHE

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

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

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

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

#### IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

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

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

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

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

---

#### VORSCHAU

---

Imago Hominis BAND VIII/NR. 2/2001

Schwerpunkt  
REPARATURMEDIZIN

## IMPRESSUM

---

Herausgeber:  
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes  
BONELLI,  
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:  
IMABE - Institut für medizinische  
Anthropologie und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13,  
A-1030 Wien  
Telephon: +43 1 715 35 92  
Telefax: +43 1 715 35 92-4  
E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)  
<http://www.imabe.org>  
DVR-Nr.: 0029874(017)  
ISSN: 1021-9803

Schriftleitung:  
Dr. Notburga AUNER  
Redaktion/Nachrichten:  
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC  
Bernhard KUMMER  
Claudia LAPKA

Anschrift der Redaktion:  
zugleich Anschrift des  
Herausgebers.

Grundlegende Richtung:  
*Imago Hominis* ist eine ethisch-  
medizinische, wissenschaftliche  
Zeitschrift, in der die aktuellen  
ethisch-relevanten Themen der  
medizinischen Forschung und  
Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und  
Produktion: Claudia LAPKA  
Herstellung:  
Druckerei ATLAS,  
Wienerstraße 35,  
A-2203 Großeseersdorf

Anzeigenkontakt:  
Claudia LAPKA  
Einzelpreis:  
Inland ATS 120.-  
Ausland ATS 150.-  
Jahresabonnement:  
Inland ATS 400.-  
Ausland ATS 500.-  
Studentenabo ATS 250.-  
Fördererabo ATS 1.000.-  
Abo-Service:  
Claudia LAPKA

Bankverbindung:  
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00  
Erscheinungsweise: vierteljährlich  
Erscheinungsort: Wien  
Verlagspostamt: 1033 Wien  
Postgebühr bar bezahlt.  
Leserbriefe senden Sie bitte an den  
Herausgeber.  
Einladung und Hinweise für  
Autoren:  
Das IMABE lädt zur Einsendung von  
Artikeln, die Themen der medizin-  
ischen Anthropologie und Bioethik  
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre  
Manuskripte an den Herausgeber. Die  
einlangenden Beiträge werden dann  
von den Mitgliedern des wissenschaft-  
lichen Beirates referiert. Kürzungen  
der Leserbriefe und Manuskripte  
behalten wir uns vor.  
Das IMABE-Institut gehört dem  
begünstigten Empfängerkreis gemäß  
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der  
Fassung des Steuerreformgesetzes  
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.  
Zuwendungen sind daher steuerlich  
absetzbar.

---

## OFFENLEGUNG

### **Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)**

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere  
Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

#### **Sitz des Instituts:**

Landstraßer Hauptstraße 4/13  
A-1030 Wien  
Tel. +43 1 715 35 92, Fax +43 1 715 35 92-4  
e-mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)

#### **Kuratorium (Vorstand):**

Vorsitzender: DDr. Klaus KÜNG, Feldkirch  
Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK  
Ehrwürdige Mutter Visitatorin Sr. Donata HAMPEL, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom  
hl. Vinzenz von Paul  
Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen  
Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern  
Pater Paulus KOHLER OH, Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

#### **Direktor:**

Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Wien

#### **Geschäftsführer:**

Prof. Dr. Enrique H. PRAT de la RIBA, Wien

#### **Institutszweck:**

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und  
der medizinischen Anthropologie.

*IMABE*