

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 60 (1989)
Heft: 1

Artikel: Fortbildungstagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal vom 8./9. November in Zug : Sterbehilfe : noch nie eine so breite Diskussion geführt
Autor: Holderegger, Adrian
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-811056>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sterbehilfe: Noch nie eine so breite Diskussion geführt

Auf dem Gebiet der Sterbehilfe lassen sich nicht einfach so juristische, medizinische, theologische und ethische Grenzen ziehen und es lässt sich auch nicht dem Betreuerpersonal in den Heimen ein Rezept für den Alltag in die Hand drücken. Dies mussten die AltersheimleiterInnen und das Kaderpersonal in Zug erfahren. Die Zuger Tagung stand unter dem Titel «Ist der Tod noch zu retten?» und befasste sich mit der Problematik der aktiven und passiven Sterbehilfe. Im Rahmen der fundierten Auseinandersetzungen kamen sowohl die Sterbebegleitung in der Klinik wie auch die Frage nach der Liberalisierung der Sterbehilfe zur Sprache. Professor Adrian Holderegger stellte ethische Überlegungen zur Liberalisierung der Sterbehilfe an.

Professor Dr. Adrian Holderegger ist Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät der Universität Freiburg/Schweiz. Er gehört dem Kapuzinerorden an. Holderegger studierte Theologie und klinische Psychologie in Freiburg, Basel und Tübingen. Sein hauptsächlichstes Arbeitsfeld ist das Grenzgebiet zwischen Theologie – Ethik – Psychologie. Insbesondere hat er sich in drei Büchern zur Suizidproblematik geäußert. Das wichtigste ist: *Suizid und Suizidversuch (Humanwissenschaftliche Ergebnisse und anthropologische Grundlagen, Fribourg 1979)*. Des weitern hat er in Zeitschriften rund 50 Fachartikel zu Problemen aus dem Bereich der Moraltheologie veröffentlicht. Im nachstehenden Referat aus Zug wurden die Zwischen-titel von der Redaktion gesetzt.

Meine Damen und Herren

Noch zu keiner Zeit dürfte das *Thema Sterbehilfe Gegenstand einer so breiten Diskussion gewesen sein wie in der Gegenwart*. Die Gründe für dieses ausserordentlich gesteigerte Interesse, das der Sterbehilfe gilt, sind vielfältig. Zu einem grossen Teil liegen sie in *ungewöhnlichen technischen Fortschritt der Medizin*, insbesondere der sogenannten *Apparatedizin*. Auf der einen Seite ist vieles möglich geworden, das die Frage nach einem menschenwürdigen Mass aufwirft. Auf der andern Seite erzeugen diese Möglichkeiten bei manchen Angst, sie könnten in ihren letzten Tagen medizinischen Apparaten ausgeliefert sein, welche ihr Leben unnötig verlängern. Sie möchten nicht, wenn es einmal so weit sein wird, *bedingungslos Apparaten ausgeliefert sein*, gleichsam durch technische Systeme entwürdigt werden. Denn diese könnten während Wochen und Monaten unter Umständen lebenswichtige *Körperfunktionen aufrecht erhalten* und den *Vorgang des Sterbens unverhältnismässig lang hinauszögern*. Die Angst und das Misstrauen gegenüber der medizinischen Spitzentechnologie bestimmen damit bei Nicht-Medizinern ein intensiveres Nachdenken über das eigene Sterben. Ob diese Angstbilder tatsächlich den objektiven Gegebenheiten entspricht wäre genau abzuklären, wichtig ist aber, dass solche Skepsis und Ängste vorhanden sind. Sie sind Grund genug, dass man diese Thematik aus dem Bereich des Tabus herausholt und *darüber nachdenkt, was würdiges Sterben heisst und ob es allenfalls ein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Todeszeitpunkt geben kann*.

Das gesteigerte Interesse, das der Sterbehilfe gilt, erwächst – wie mir scheint – auch aus einem *veränderten moralischen Bewusstsein*. Zwar ist in den demokratischen Rechtsstaaten die aktive Sterbehilfe ein *Strafrechts-Tatbestand*, aber die *moralische Einschätzung scheint damit nur noch bedingt übereinzustimmen*.

Eine im August 1984 abgeschlossene Untersuchung des Institutes für Demoskopie Allensbach in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, dass 67 Prozent der Bevölkerung der Meinung sind, dass ein Arzt nicht bestraft werden sollte, wenn er einem Patienten auf dessen Wunsch hin ein tödliches Medikament verabreicht. Erinnerunglicherweise hat am 25. September 1977 die Zürcher Bevölkerung eine Standesinitiative «Sterbehilfe auf Wunsch für Unheilbare» angenommen, die für bestimmte Fälle eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen vorsah.

Diese beiden Beispiele zeigen deutlich, *dass das moralische Empfinden weiter Bevölkerungskreise nicht mehr der geltenden Rechtsnorm zu entsprechen scheint*. Hier muss natürlich die Frage aufgeworfen werden, ob Umfragen und Abstimmungen, die die Fragestellung immer vereinfachen, geeignete Instrumente sind, um die sehr oft komplexen moralischen Einschätzungen einzufangen. Sieht man davon einmal ab, so wird dennoch ein bestimmtes Selbst- und Freiheitsverständnis sichtbar, das möglicherweise andere Akzente aufweist als früher.

Offensichtlich wächst die Überzeugung immer mehr heran, dass es zur Selbstbestimmung, zur Freiheit und Autonomie des Menschen gehört, auch noch über den Tod selbst verfügen zu können. Damit verbindet sich die Meinung, Staat und Gesellschaft hätten bei dieser allerpersönlichsten und intimsten Entscheidung nichts dreinzureden. Wenn man schon in seiner *aktiven Lebenszeit von Abhängigkeiten, Fremdbestimmungen vielfältig eingeschränkt ist, so möchte man wenigstens das Lebensende in freier Verfügung selbst bestimmen können*.

Die Formulierungen sind bewusst etwas plakativ gewählt. Damit möchte ich aber gleichzeitig deutlich machen, dass mit solchen Schlagworten in ihrer Undifferenziertheit ethisch nicht über die Sterbehilfe entschieden werden kann. Im Endeffekt erzeugen sie, wenn man sie in all ihren Konsequenzen überprüft, mit aller Wahrscheinlichkeit doch mehr Unfreiheit und Inhumanität. Da die Problemkonstellationen am Ende des Lebens so vielfältig sind, drängt sich auch aus *ethischer Sicht eine Differenzierung* auf. Ethisch wird man der komplexen Situation immer noch dadurch am besten gerecht, wenn man – bei aller Problematik – in *passive und aktive Sterbehilfe unterscheidet*. Der Begriff *Euthanasie* meint zwar dem ursprünglichen Wortsinn nach Medizin mitmenschliche Hilfe zu einem menschlichen, guten Sterben, aber gerade weil er beschönigend für die Beseitigung lebensunwerten Lebens gebraucht wurde, erscheint er ungeeignet, angemessen über unser Problem reden zu können.

1. Eine ethisch undiskutable Frage

Wenn wir hier von Sterbehilfe reden, meinen wir grundsätzlich einen *Dienst am Sterbenden*, der das, was mit ihm geschieht, ausdrücklich oder stillschweigend wünscht, oder der, wenn er noch



Prof. Adrian Holderegger: «Die leidlose Gesellschaft ist es gerade, die Leiden hervorbringt.»

entscheidungsfähig wäre, es vermutlich bejahte. Die zentrale Frage ist die: Wie weit können und dürfen die Belange des Betroffenen wahrgenommen werden? Wie weit steht es ihm zu, über das terminale Stadium selbst verfügen und bestimmen zu können? Und dennoch kann man sich zum Thema Sterbehilfe nicht äussern, ohne vorher klar gesagt zu haben, dass die sogenannte *unfreiwillige Euthanasie absolut verwerflich* ist, die dann vorliegt, wenn Sterbende oder Menschen, die an sich lebensfähig sind, aber an einem Gebrechen oder an einer unheilbaren Krankheit leiden, aus *irgendwelchen Nützlichkeitsüberlegungen von Dritten zu Tode gebracht werden*. Über sie wird ein Urteil von irgend einer Instanz gefällt, dass sie gleichsam ihr Lebensrecht verwirkt haben und in einer Gesellschaft von Gesunden und Leistungsfähigen keine Existenzberechtigung mehr haben. Wir haben einen geschichtlichen Präzedenzfall im Dritten Reich, der ein für allemal *den Abgrund aufgezeigt* hat, an dem wir stehen, *wenn wir einzelne, Gremien oder die Gesamtheit über Leben und Tod entscheiden lassen*.

Zwar lässt sich theoretisch die Vernichtung sogenannten «lebensunwerten Lebens» von der eigentlichen Sterbehilfe in jeder Form abgrenzen. Das eine ist *Fremdverfügung über ein Opfer*; das andere ist *Dienst am Sterbenden*, dessen *Interessen im Vordergrund stehen*. Mit der Fremdverfügung als einer absolut unmoralischen Handlung dürfen passive und aktive Sterbehilfe nicht gleichgesetzt werden. Man muss verstehen, dass viele Mediziner und Richter auch nicht den geringsten Schritt in eine Richtung gehen wollen, welche den Rechtsgrundsatz, eine Rechts- und Staatsordnung dürfe nicht über den Wert menschlichen Lebens beziehungsweise über seinen Unwert befinden, unterlaufen könnten. Der Strafrechtler G. Stratenwerth hält die Erinnerung an den geschichtlichen Präzedenzfall nicht bloss für eine Pflichtübung, sondern für eine heilsame Erinnerung bei der Folgenabschätzung, weil in bestimmten Fällen – denken wir an Patienten, die ihre Kommunikationsfähigkeit verloren haben – unweigerlich das Interesse und der Wille Dritter ins Spiel kommt.

Doch mit dem eindeutigen Nein zur unfreiwilligen Euthanasie sind die ethischen Probleme im Bereich der Sterbehilfe nicht gelöst. Um daraufhin in ethischer Hinsicht, etwas Präziseres aussagen zu können, unterscheidet ich einzelne Fallgruppen.

2. Die passive Sterbehilfe

Eine in der Praxis häufig vorkommende Fallkonstellation ist jene, bei welcher der *Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen* zur Diskussion steht. Man spricht hier von passiver Sterbehilfe und meint damit den Verzicht auf Massnahmen, welche das Leben eines Menschen verlängern könnten. Der Begriff passive Sterbehilfe ist zwar – wie wir noch sehen werden – problematisch, weil die Übergänge zur sogenannten aktiven Sterbehilfe fließend sind. Er ist aber erst dann hilfreich, wenn man einzelne Fallgruppen unterscheidet:

a) Der freiwillige Verzicht des Kranken auf medizinische Behandlung

Dass Schwerkranke auf medizinische Behandlung, Spitaleinweisung oder auf lebensrettende Operationen verzichten, treffen wir häufig an. Insbesondere P. Noll mit seinem posthum veröffentlichten Werk: *«Diktate über Sterben und Tod»* dürfte wohl bewirkt haben, dass sich viele mit dieser Möglichkeit im Hinblick auf ihren Lebensrest überlegen. P. Noll war mit 56 Jahren mit der Diagnose «Blasenkrebs» konfrontiert. Er lehnte eine für das Weiterleben unerlässliche Operation ab, weil seiner Meinung nach die Belastungen darnach einem würdigen Leben nicht mehr entsprochen hätten. Er wollte seine ihm verbleibende Zeit im bewussten Warten auf den Tod verbringen, indem er nur jene *ärztliche Hilfe* in Anspruch nahm, *die ihm Linderung brachte*. Sein Entschluss fiel bei einigen Ärzten sicherlich nicht bloss wegen Prestigegründen, sondern vor allem wegen ethischen Bedenken auf Unverständnis. Denn – so kann man sich fragen – gehört die Sorge für Leib und Leben, für die Gesundheit beziehungsweise ihre weitgehende Wiederherstellung nicht zu den moralischen Grundregeln? Entzieht sich ein Patient, der auf therapeutische Massnahmen verzichtet, die wenigstens für eine gewisse Zeit einen passablen Gesundheitszustand wiederherstellen, dieser an und für sich selbstverständlichen Grundpflicht?

Die veränderten technischen und medizinischen Möglichkeiten modifizieren diese moralische Grundpflicht. Denn *nicht alles, was technisch möglich ist, verpflichtet, dies auch in Anspruch zu nehmen*. Viele Menschen werden medizinische Hilfen dankbar entgegennehmen. Andere halten das, was Ärzte in ihrem Berufsethos für den Patienten für dringlich und heilsam erachten, aus der Sicht ihrer eigenen Verantwortung nicht für sinnvoll.

Es ist traditionelle katholische Lehre, dass es keine Pflicht zur Lebenserhaltung oder Lebensverlängerung um jeden Preis gibt. im *Mittelpunkt* steht immer die *sinnvolle Erhaltung und Verlängerung des Lebens*.

Was man indes unter sinnvoll versteht, das lässt sich nur in einer Güterabwägung feststellen. Wenn in diesem Zusammenhang die Rede davon ist, *dass niemand zum Gebrauch unverhältnismässiger Mittel verpflichtet sei*, dann eröffnet sich hier ein Freiraum für persönliche Verantwortung, für Ermessensurteile und für normative Interpretation. Zur Bestimmung dessen, welche Mittel angemessen seien und welche Lebensverlängerung sinnvoll sei, sind objektive wie subjektive Faktoren massgeblich. Besteht eine begründete Hoffnung auf Heilung oder zumindest Weiterleben, bei dem die Wohltaten die Nachteile aller Art übertreffen? *Ausschlaggebend* bei dieser Beurteilung *ist die persönliche Zumutbarkeit*, die physische und psychische Widerstandskraft und die seelische Verarbeitungsfähigkeit. Alle diese Gesichtspunkte greifen ineinander über und bestimmen die Richtigkeit des Ermessensurteils. Erachtet demnach ein Schwerkranker in einem frühen Stadium einer tödlichen Krankheit einen medizinischen Eingriff nach gründlicher Abwägung der Vor- und Nachteile für sich als nicht sinnvoll, so meine ich, ist *ein solcher Gewissensent-*

scheid zu respektieren. Freilich darf dies niemals zu einer verpflichtenden Regel werden. Denn die Mehrzahl der Menschen möchte wohl selbst bei einer ungünstigen Diagnose wenigstens für eine gewisse Zeit lindernde Eingriffe vornehmen lassen. *Denn der Lebenswille wird nach allem, was wir wissen, im allgemeinen durch ungünstige Diagnosen aktiviert.* Deshalb muss auf der andern Seite der Zugang zu therapeutischen Mitteln und operativen Eingriffen allen offen stehen, so weit sie verhältnismässig sind. Die eigentliche ethische Problematik scheint mir viel weniger im wohlüberlegten Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen zu bestehen, sondern viel mehr in der Frage, *ob in Zukunft alle die gleichen finanziellen Möglichkeiten für den Zugang geeigneter medizinischer Massnahmen haben werden.* Die Sterbehilfe, die zumeist unter dem Blickwinkel der Patientenrechte gesehen wird, könnte im Blickwinkel der Patientenversorgung eine eigene menschliche und ethische Brisanz gewinnen.

b) Sterbehilfe unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung

Es lässt sich noch eine weitere Präzisierung anbringen, welche den Umgang mit dem Wort «passiv» betrifft. Zu denken ist an jene Gruppe von Patienten, denen *schmerzstillende Mittel verabreicht werden und bei denen eine zumindest geringfügige Verkürzung der Lebenszeit in Kauf genommen wird.* Man spricht hier von passiver indirekter Sterbehilfe. Denn mit der direkt gewollten Schmerzlinderung tritt unter Umständen indirekt eine Lebensverkürzung ein. Hier treten also *Schmerzlinderung und Lebensdauer in Konflikt miteinander.* Ziel einer solchen schmerzstillenden Medikation ist es, einen *verbleibenden Lebensrest erträglicher zu machen,* selbst auf die Gefahr hin, dass es zu einer Verkürzung dieses Lebensrestes kommt.

Aus ethischer Sicht ist gegen diesen Fall der passiv-indirekten Sterbehilfe solange nichts einzuwenden, als es sich dabei nicht um eine verkappte aktive Lebensbeendigung handelt, solange also wirklich die Schmerzlinderung und nicht die Lebensverkürzung Ziel der Therapie ist. Nach dem gegenwärtigen Stand der Schmerztherapie lassen sich die Nebenfolgen in einem hohen Masse kontrollieren. Es wird oftmals der Einwand erhoben, dass die Verabreichung von Schmerzmitteln, vor allem in einem Stadium, wo hohe Dosen erforderlich sind, letztlich über den Tod dennoch verfügt werde. Äusserlich mögen sich ärztliche Eingriffe, die in erster Linie Schmerzlinderung beabsichtigen, mit den Handlungen angleichen, in denen der Tod direkt herbeigeführt wird. Dazu ist zu vermerken, dass Handlungen niemals nur von ihrem äusseren Erscheinungsbild her beurteilt werden können. Mitentscheidend ist immer auch die *Intention,* die man dabei verfolgt. *Sie gibt der Handlung ihre letzte Deutung.* Grenzfälle, die äusserlich gesehen weder der passiven noch der aktiven Seite zugeschrieben werden können, erhalten letztlich ihre moralische Qualität von der Einstellung und Grundhaltung des Handelnden.

Weiterleben als Schwerbehinderter?

Anders liegt der Fall im folgenden Beispiel: Jemand wird nach einem Unfall mit äusserst schweren Hirnverletzungen ins Spital eingeliefert. Durch lebenserhaltende Massnahmen könnte er aus der Lebensgefahr gerettet werden. Allerdings sind bei seiner Rettung schwerste Behinderungen zu befürchten. Ein Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen wären dadurch motiviert, dass dem Patienten das *Weiterleben als Schwerbehinderter* erspart werden soll. Motiv ist nicht die Erleichterung des Sterbephase. Hier ist jedenfalls zu bedenken: Dem Arzt obliegt, wie ausser Zweifel steht, nicht nur *die Pflicht, Leben zu erhalten,* sondern ebenso die andere, *Leiden zu verhüten* oder doch *zu mildern.* Diese beiden Pflichten schliessen sich nicht aus. Sie ergänzen sich. *Heilung bedeutet Lebenserhaltung ebenso wie Verhütung subjektiven Leidens.*

In der besonderen Situation, die uns beschäftigt, können die beiden Pflichten miteinander in Konflikt geraten. Die Abwägung ist dann ungemein schwierig. Sie ist es vor allem deshalb, weil es um nicht quantitativ erfassbare Grössen geht. Geht es um ein sehr problematisches, künftiges Leben, ist keineswegs klar, mit welchem Mass an körperlichen und seelischen Leiden Lebenserhaltung erkauft werden soll. Zum einen sind Prognosen schwierig, wenn es um die Frage geht, ob Schädigungen irreversibel sind. Insbesondere bei Hirnverletzungen scheint es nicht leicht zu sein, in den ersten Stunden – und dann steht ja der Einsatz lebenserhaltender Massnahmen zur Diskussion – die Heilungschancen abzuschätzen. Auf der andern Seite ist es – sofern keine frühere Willenskundgebung des Patienten vorliegt – praktisch unmöglich zu ermitteln, welchen Sinn der Betroffene dem Rest seines Lebens zumessen wird. Es ist nicht auszumachen, ob er im Falle einer Krankheit oder einer irreversiblen Schädigung den Tod einem behinderten Leben vorziehen würde. So wird man in *diesen Fällen äusserst zurückhaltend sein müssen beim Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen.* Dies um so mehr, als eine liberale Handhabung leicht eine Rückwirkung auf jene haben könnte, die behindert sind, aber dennoch am Leben bleiben möchten. Es ist zu vermuten, dass ihnen eine soziale Integration erschwert würde. Könnte bei ihnen dadurch nicht eine sublimale Infragestellung ihrer Existenzberechtigung entstehen?

Als medizinischen Sonderfall behandelt der Kommentar zu den Richtlinien zur Sterbehilfe der «Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften» das apallische Syndrom, die dauernde schwere Bewusstseinsstörung, ohne dass der Patient irgendwelche Kommunikation mit seiner Umwelt hätte. Die Richtlinien gestehen einen Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen zu, sofern der Prozess irreversibel ist, auch wenn Atmen und Schlucken erhalten sind. Diese Position scheint mir ethisch vertretbar zu sein. Da die Richtlinien ausdrücklich zu einer längeren Beobachtung für die Beurteilung des Zustandes auffordern, dürfte die Gefahr einer falschen Prognose gering sein. Auch die Problematik, dass ein fragwürdiger Begriff lebenswerten Lebens auf solche Fälle angewandt wird, dürfte hier von geringer Bedeutung sein. Freilich ist in diesem Fall eine aktive Herbeiführung des Todes abzulehnen.

Einen Ermessensspielraum zubilligen

Bezüglich der passiven Sterbehilfe muss man nach all dem Gesagten dem Arzt, dem Betroffenen und den Angehörigen einen Ermessensspielraum zubilligen. Selbst in jenen Situationen dürften sie davon nicht ausgenommen werden, wo Apparate (Herz-Lungen-Maschine) abgeschaltet werden, um in den Sterbeprozess einzuwilligen. Wiewohl hier zwar aktiv handelnd eingegriffen wird, würden wir in ethischer Hinsicht nicht von aktiver Sterbehilfe reden, sondern von passiv-direkter. Dies ist ethisch dann zu rechtfertigen, wenn lebenserhaltende künstliche Systeme nur noch dazu dienen, eine vegetative und nicht mehr kommunikationsfähige Existenz im Dasein zu erhalten. Hier scheint die Grenze sinnvoller Lebensverlängerung erreicht.

Wie gesagt: im Bereich der passiven Sterbehilfe gibt es einen *ethischen Ermessensspielraum.* Und dennoch ist dieser Spielraum nicht ganz der subjektiven Einschätzung überlassen. Im Entschluss über den Einsatz beziehungsweise die Absetzung lebenserhaltender Massnahmen kennt das ärztliche Handeln *drei Grundziele: Heilung- beziehungsweise Lebenserhaltung, Schmerzlinderung und die Sorge für ein Höchstmass an Kommunikationsfähigkeit und Bewusstsein.* Zweifellos gehört die Pflicht des Arztes, Garant des Lebens zu sein, zu seinen vornehmsten und unaufgebaren Pflichten. Dieses Ethos ist gleichsam der Grundpfeiler des objektiv Lebensschutzes wie auch Fundament des Vertrauens der Öffentlichkeit in das Gesundheitswesen. Leben zu erhalten

heisst zunächst einmal nichts anderes als Leben verlängern. Das darf – auch wenn es manchmal so missverstanden worden ist – nicht in einem biologistischen Sinne interpretiert werden. Denn *das Leben ist zwar das fundamentalste Gut, das wir besitzen, aber dennoch nur Voraussetzung für andere menschliche Güter* (wie Freiheit, Kommunikation). Darum geht daraus gleichzeitig die Pflicht hervor, Leiden zu mindern, das heisst: *die Voraussetzungen für ein sinnvolles Bestehen der Leidenssituationen zu schaffen*.

Das Leiden selbst kann der Arzt nicht sinnvoll machen. Die Schmerzlinderung hat schliesslich zum Ziele, dass dem Sterbenden ein grösstmöglichstes Mass an Kommunikationsfähigkeit erhalten bleibt. Es gehört zur Auszeichnung des Menschen, den Tod bewusst annehmen zu können. Das bewahrt vor Nivellierung und Banalisierung des Lebens. *Bewusste Annahme des Todes bedeutet auch Einbindung in die Erfahrung menschlicher Nähe*. Diese gehört wesentlich zum würdigen Bestehen des Todes. Denn offensichtlich fürchten wir Menschen viel weniger den Tod als im Sterben allein gelassen zu sein. Diese drei erwähnten Grundziele sind miteinander in Einklang zu bringen. Schmerzlinderung ist demnach in bestimmten Fällen nur möglich unter Inkaufnahme einer zumindest geringfügigen Lebensverkürzung. Sofern sie einer humanen und sinnvollen Lebensbewältigung im Dienste steht, erscheint sie ethisch gerechtfertigt.

Für eine medizinisch und ethisch verantwortbare Nutzung dieses Ermessensspielraumes ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Angehörigen (und, sofern noch möglich, Patient) von höchster Bedeutung. Dazu gehört, dass die Angehörigen so über den Zustand des Patienten informiert werden, dass sie eine kompetente Meinungsäusserung bezüglich einer weiteren Therapie abgeben können. Andererseits muss sich auch der Arzt über den Patienten und seine Lebensverhältnisse ins Bild setzen, dass er möglichst genau dessen mutmasslichen Willen eruieren kann. Arzt und Angehörige müssen bestrebt sein, das Wohl des Patienten ins Zentrum ihrer Erwägungen zu stellen. Bei ihren Entscheidungen dürfen Eigeninteressen (Personal- und Platzknappheit im Spital, finanzielle Erwägungen, Schwierigkeiten mit der Vorstellung, künftig mit einem behinderten Menschen zusammenleben zu müssen usw.) nicht den Ausschlag geben.

3. Die Patientenverfügung

Die Richtlinien der «Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften» erwähnen ausdrücklich, der Arzt habe vor schweren Entscheidungen, die einen Sterbenden betreffen, «die Persönlichkeit oder den ausgesprochenen oder mutmasslichen Willen des Patienten» zu berücksichtigen. Damit der Wille des Patienten und seine Vorstellung von Leben und Sterben auch dann mit in die Abwägung einbezogen werden kann, wenn die Äusserungsfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, werden mehr und mehr *schriftlich fixierte Patientenverfügungen* verfasst. Der Unterzeichnete erklärt darin seinen Wunsch, dass man zum Beispiel von lebenserhaltenden Massnahmen absieht, wenn sie nur dem Zweck dienen, Körperfunktionen aufrecht zu erhalten. Zweifellos ist die Patientenverfügung *für den Arzt zur Ermittlung des Patientenwillens ein verbindliches Indiz*. Wie weit sie rechtlich verbindlich ist, ist vorläufig unter den Juristen kontrovers. Eine Entscheidung in rechtlicher Hinsicht werden erst Gerichtsurteile bringen.

Eine uneingeschränkt rechtliche Verbindlichsetzung scheint mir aus folgenden Gründen problematisch. Oft wird ein Patient als Notfall eingeliefert. Der Arzt muss handeln, bevor er von einer allfälligen Verfügung Kenntnis nehmen kann. Handelt es sich zum Beispiel um einen alten Menschen, der auf der Strasse wegen eines plötzlichen Kreislaufkollapses zusammenbricht, werden



Schirmende Dächer: «... dort anwesend sein, wo es den Schwachen zu schützen gilt.»

(Prof. Adrian Holderegger)

schon auf dem Weg ins Spital Wiederbelebungsmaßnahmen eingesetzt. Auf der Intensivstation funktioniert die künstliche Beatmung, bevor jemand Zeit hatte, die Papiere durchzusehen. Es wäre wohl eine Zumutung an den Arzt, sollte er einen bereits funktionierenden Apparat abstellen. Jedenfalls liegen die Voraussetzungen anders, wenn der Arzt auf Wunsch eines Patienten mit Massnahmen künstlicher Lebensverlängerung nicht erst beginnt. Ein Internist sagt zum vorherigen Fall (Ritz): «Es ist schwierig, am Ende einer abgelaufenen Kettenreaktion von im Augenblick jeweils adäquaten Hilfeleistungen nun plötzlich auf technische Hilfeleistungen zu verzichten und ein sogenannt würdiges Sterben einzuleiten.» Die Konstellation ist hier insofern problematisch, als der Heil Auftrag des Arztes, der keineswegs fragliche, sondern angemessene Massnahmen eingeleitet hat, kollidiert mit dem früher geäusserten Willen des Patienten. Es soll hier eine *fundamentale Pflicht des Arztes*, deren Ausübung hier an und für sich keineswegs diskutabel ist, *eingeschränkt werden*. Mir scheint, wenn wir als Rechtsgemeinschaft den Heil Auftrag an den Arzt als eine fundamentale ethische Pflicht erachten, müssen wir auf der andern Seite die Ärzte auch vor Nötigungen bewahren, die sie gegen ihr eigenes Ethos und ihr eigenes Gewissen verpflichten würden. Denn es gilt der Grundsatz: je fundamentaler eine Pflicht ist, um so mehr muss die damit zusammenhängende Gewissensüberzeugung geschützt werden. Das bedeutet: wo immer sich der Arzt aufgrund seiner medizinischen Kenntnisse und aufgrund seines Auftrages – wie ich ihn kurz umschrieben habe – eine sichere Überzeugung gewonnen hat, steht die Präsumption für sein Berufsethos. Um es nochmals zu verdeutlichen: eine frühere schriftliche Erklärung, worin der Patient auf jede künstliche Lebensverlängerung verzichtet, ist für die *Ermittlung des Willens ein verbindliches Indiz*. Eine *rechtliche Verbindlichkeit in allen Fällen scheint darin problematisch* zu sein, weil sie unter Umständen den Arzt der Nötigung aussetzt. Auf Seiten des Patienten kommt folgender Umstand hinzu: man weiss niemals mit Sicherheit, wie man sich in einer Situation entscheiden wird. In gesunden Tagen entscheidet man vielleicht anders als in schlechten. Aus der Suizidliteratur ist beispielsweise bekannt, dass ein und dieselben Personen die Möglichkeit eines Freitodes in unproblematischen Zeiten anders einschätzen als in Zeiten einer unmittelbaren Suizidbedrohung. Das heisst: in relativ unbelasteten Zeiten wird die Möglichkeit eines Freitodes eher offen gehalten; suizidal gewordene Personen schlagen bei einer suizidalen Bedrohung eher adaptive Lösungen vor und versuchen aus Bedrängnis und Konflikt so lange es geht herauszukommen. Solche Befunde mahnen zur Vorsicht. Wer kann ausschliessen, dass man nicht einmal froh ist, dass die Erklärung, die man früher unterschrieben hat, nicht befolgt wird. Niemand wird präzise voraussagen können, wie stark sich der Lebenswille nochmals aufbäumen wird und welche Hilfe er von den Ärzten erwarten wird,

wenn es dem Ende zugeht. Diese beiden Gründe lassen es meines Erachtens geraten erscheinen, den *Patientenverfügungen ein hohes Gewicht*, aber nicht *eine letzte Verbindlichkeit* zuzuschreiben. Aus ethischer Sicht gibt es Bedenken. Ein vernünftiger Rechtsweg, der allen Beteiligten Rechnung trägt, muss erst gefunden werden, wie die Kontroverse zeigt.

4. Die aktive Sterbehilfe

Wenn bezüglich der passiven Sterbehilfe in gesellschaftlicher und ethischer Hinsicht ein verantworteter Konsens gefunden werden kann, so bleibt die aktive Sterbehilfe, also *die gewollte direkte Beendigung des eigenen Lebens weitaus strittiger*. Die Freigabe der aktiven Sterbehilfe wird heute von verschiedener Seite gefordert. In diesem Kontext gibt es Organisationen, die sich zum Ziel gesetzt haben, «für den Menschen das Recht einzufordern, in Würde sterben zu dürfen». Es geht ihnen um eine rechtlich verankerte Möglichkeit, unter bestimmten Umständen das eigene Leben selbst beenden zu können, beziehungsweise durch andere beenden zu lassen. Julius Hackethal, einer der bekanntesten Vorreiter der «Recht-auf-Sterben-Bewegung» spricht sogar von einem *selbstverständlichen Menschenrecht*, wonach jeder für sich bestimmen könne, wann und wie er sterben wolle. Wenn ich recht sehe – und das tritt nicht immer deutlich hervor –, verlangen die Exit-Bewegungen eine Rechtsentwicklung in zweierlei Richtungen. Zum einen soll der sogenannten *Patientenverfügung rechtliche Verbindlichkeit* zugemessen werden, zum andern soll ein Mensch *Freitodhilfe durch den Arzt beanspruchen können*. Sie sehen in Gesetzesvorschriften, die den Arzt mit Strafverfolgung bedrohen, falls er dem nachkommt, was der Patient zu einem früheren Zeitpunkt schriftlich verfügt hat, eine Einschränkung der persönlichen Freiheit; desgleichen wenn ein Patient Suizid begehen möchte und der Arzt, welcher Beihilfe dazu leistet, deswegen gerichtlich belangt wird.

Wie ist Tötung auf Verlangen ethisch zu beurteilen?

Auf die strafrechtliche Regelung dieses Problems gehe ich hier nicht ein. Die Ärzte lehnen im allgemeinen die aktive Sterbehilfe beziehungsweise die Freitodhilfe ab, nicht nur weil hier der Schatten der Euthanasie sichtbar wird. Ihre grundsätzliche Aufgabe des Lebensschutzes und ihre tatsächliche Macht über Leben und Tod des Patienten legen eine solche Scheu vor dem aktiven Eingreifen nahe, auch wenn der Patient sie darum bittet. Dies ist ein schwerwiegendes medizin-ethisches Problem. Würden *diese Forderungen durchgesetzt*, würde ein *langes kulturelles Erbe unterlaufen und umdefiniert*, wonach der Arzt Garant des Lebens und nicht auch Vollstrecker des Todeswillens eines Patienten ist. *Das ärztliche Ethos würde hier einen erheblichen Einbruch erfahren*. Selbstverständlich reichen solche Argumente nicht, auch wenn sie von erheblichem Gewicht sind, die Frage zu beantworten, ob Selbsttötung moralisch vertretbar ist oder nicht.

Ich möchte diese Frage vom Standpunkt einer christlichen Ethik aus angehen. Es ist bekannt, dass die herkömmliche christliche Ethik die direkte Selbsttötung in jeder Form als nicht verantwortbar bezeichnet. Die theologische Tradition hat vor allem das Argument ins Feld geführt, dass Gott der Herr über Leben und Tod sei und deswegen dem Menschen kein Verfügungsrecht über sein eigenes Leben zukomme. Im Anschluss an die moraltheologische Lehrtradition des Thomas von Aquin hat die katholische Theologie immer argumentiert, dass *der Mensch sein Leben von Gott nur als Leihgabe* habe und dass ihm *damit kein absolutes Verfügungsrecht zukomme*. Diese Argumentation ist nach einigen Theologen nicht ganz stichhaltig, denn es lässt sich fragen: Hat

der Mensch mit seiner Freiheit nicht auch die Freiheit zu seiner vollen Selbstverfügung erhalten? Denn schliesslich hat die Kirche staatlichen Autoritäten das Recht zugebilligt, bei *schwerwiegenden Vergehen die Todesstrafe* zu verhängen. Warum, so lässt sich fragen, haben die Christen die Fremdverfügung gestattet, aber nicht die Selbsttötung? Die Verfügung über einen andern Menschen ist doch ebenso Eingriff in ein allfälliges Herrschaftsrecht Gottes wie die Selbsttötung?

Auch wenn man die theologische, herkömmliche Argumentation und die frühere Praxis der Kirche nicht für ganz stichhaltig erachtet, gibt es dennoch theologische und ethische Gründe, die gegen eine generelle Rechtfertigung der Selbsttötung sprechen. Die Aussage: *«Gott ist der Herr über Leben und Tod» ist nicht als Rechtssatz zu lesen, sondern als göttlichen Vorbehalt*. Es ist ein Hinweis darauf, dass das Leben verdankt ist und einer letzten Machbarkeit entzogen ist. Der theologische Vorbehalt gegenüber einer radikalen Verfügung der menschlichen Existenz will gerade deutlich machen, dass Leben und Tod vorgegeben sind und einer letzten Machbarkeit entzogen sind. Es ist in der Tat nicht bloss eine theologische, sondern auch eine menschliche Frage, ob wir den Tod, wenn wir ihn in die Hand nehmen, nicht doch verfremden. Die letzte Ehrfurcht wird gebrochen und wir verfügen darüber irreversibel, indem wir Sinn und Sinnlosigkeit aufrechnen. Der theologische Vorbehalt erinnert uns daran, dass wir angesichts der Todeswahl radikal überfordert sind, wenn man für alle Zukunft darüber entscheiden will, dass auch im verbleibenden Lebensrest kein Sinn mehr sein soll, dass auch in Zukunft keine erfüllteren Zeiten mehr sein sollen. Jene, die sich auf *das Recht auf den eigenen Tod berufen, verweisen auf die Qualität des Lebens*. Demgegenüber muss mit Nachdruck betont werden, dass lebensgeschichtliche Zumutungen zur Qualität des Lebens gehören. Im Zeitalter menschlicher Selbstmanipulation müssen wir uns daran erinnern, *dass Beeinträchtigungen zu den nicht ersetzbaren Grunderfahrungen gehören*. Wenn wir Beeinträchtigungen mit der technischen Automatik der Chemie uns angewöhnen auszuscalen, verändert sich unser Verhältnis zur Wirklichkeit: es wird trivial.

Auch wenn man aus theologischen Gründen an der letztlichen Unverfügbarkeit des Todes festhält, darf dennoch *nicht vereinfacht werden, wo alles sehr schwierig wird*. Wenn leibliches oder seelisches Leiden Formen annimmt, die es dem Menschen nach unserer Einsicht nicht mehr möglich machen, sich selbst in einer *würdigen Weise selbst zu verwirklichen*, dann befinden wir uns in einer *ethischen «Grauzone»*. Wir wissen, dass die Achtung vor dem Menschenleben unmittelbar ist und dass eine weiche Stelle in dieser Grundhaltung genügt, um an sich vernünftige Übereinkünfte zu verunsichern. Aber auch dieses Wissen kann uns nicht dazu bewegen, über jede direkte Beendigung menschlichen Lebens ein Verdikt zu sprechen. Der ethischen Reflexion steht es nicht zu, persönliche moralische Entscheidungen zu bewerten. Es geht hier nicht um solche Einzelfälle, sondern um eine gesellschaftliche Norm.

Neben den theologischen gibt es rein ethische Gründe, die für die Beibehaltung des Verbotes aktiver Sterbehilfe sprechen. Eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe, selbst wenn sie an strenge Bedingungen geknüpft würde, brächte die *Gefahr einer Mentalitätsänderung in der Gesellschaft*. Die Bereitschaft der Bevölkerung, Schwerbehinderte und pflegebedürftige alte Menschen, besonders wenn ihre geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt sind, zu akzeptieren, würde wohl abnehmen. *Dadurch könnten schwerkranke Menschen unter Druck geraten, gegen ihren eigentlichen Willen eine aktive Sterbehilfe zu wünschen, auch wenn es rein rechtlich unmöglich wäre, sie zu einem solchen Schritt zu zwingen*. Die Freiheit, in deren Zeichen die aktive Sterbehilfe gefordert wird, könnte andernorts wieder gefährdet werden. Eine liberale Hand-

habung der aktiven Sterbehilfe kann ebenso unmenschlich ausfallen wie eine Spitzenmedizin, die den Menschen hinter Apparaten verschwinden lässt. Sie leistet der gesellschaftlichen Trennungsarbeit zwischen Glück und Leid Vorschub. Diese schaffte *gesellschaftliche Haltungsbilder, die nicht mehr einsichtig vermitteln können, warum beschädigtes Leben mitten unter uns Annahme finden muss, warum Leiden nicht isoliert, sondern in menschliche Kommunikation überführt werden soll.*

Man spricht nicht ohne Grund von einem «*Dammbrucheffekt*». Die Lebensqualität von pflegebedürftigen und behinderten Menschen, die am Leben bleiben wollen und dem Gemeinwesen wie den Angehörigen Lasten auferlegen, dürfte geschmälert werden, denn man würde, selbst bei einer streng gesetzlichen Regelung, einen *sublimen Druck auf Behinderte und Schwerkranke kaum abwehren können.*

Wir leben in der paradoxen Situation, dass einerseits gesellschaftlich die *Freiheitlichkeit des Einzelnen in einer nie dagewesenen Weise progagiert* wird und dass andererseits die *Einlösung für den Einzelnen zum Problemdruck* wird. Glück und gelungene Identität stehen für gegläckte Freiheit. Indem aber gleichzeitig Glück synonym mit gelungener Identität wird, kann der Mensch seine Mängel, die Erfahrungen mit Beeinträchtigungen und Leid, kurz: Kontingenzerfahrungen immer weniger aushalten. Je mehr er sie als Mängel seiner eigenen beschädigten Identität empfindet, um so mehr wird er darunter leiden. *Die leidlose Gesellschaft ist es gerade, die Leiden hervorbringt.* Das Vermögen des Menschen nimmt unter solchen Voraussetzungen ab, mit Grenzen und Übeln umgehen zu können. Dies wird noch dadurch verstärkt, dass die persönliche und die allgemeine Zukunft zu einer Sache der Prognose geworden ist. Der Mensch hat gerade so viel Hoffnung, wie es die Zukunftsprognose zulässt. Hoffnung als Vertrauen in eine Zukunft, die noch nicht abgedeckt ist, wird immer schwieriger.

Die Einforderung eines Rechtes auf den eigenen Tod verstärkt paradoxerweise dieses Haltungsbild. Auf der einen Seite soll dadurch ein letzter Rest an Freiheit gerettet werden, aber auf der andern Seite schafft man ein gesellschaftliches Haltungsbild, das den Umgang mit Leid, Verdunkelungen der eigenen Existenz immer schwieriger macht. Unter soziaethischen Perspektiven hat man sehr wohl zu überlegen, ob dies allem in allem nicht doch nur einen Scheingewinn an Freiheit brächte.

Wenn eine *Rechtsordnung menschliche Extremsituationen* zu regeln hat, dann kann es der *Gesetzgeber nicht damit bewenden lassen, sich zurückzuziehen* und einen *gesetzlichen Freiraum zuzugestehen. Er muss sich auf ethische Grundüberzeugungen besinnen.* Hier sind wir konfrontiert mit der Grundfrage: In welchem Mass versteht sich eine Rechtsgemeinschaft als Interessengemeinschaft oder als Solidaritätsgemeinschaft? Man kann sich fragen: Schwächt die Konzession von gesetzlichen Freiräumen nicht die Verantwortung, den Gedanken der Solidaritätsgemeinschaft? Es gilt *der Rechtsgrundsatz, dass Recht vor allem dort anwesend sein soll, wo es den Schwachen zu schützen gilt.* Dies ist aber nur dann möglich, *wenn das Ethos der Lebensförderung gestärkt und die Solidarität in sozialer Trägerschaft gelebt wird.* Eine liberal-permissive Lösung würde hier gesellschaftlich nichts erbringen, vor allem nichts an den Zuständen ändern, welche die Not, überhaupt einen Euthanasiewunsch äussern zu müssen, mitverursachen. *Wir müssen in erster Linie Haltungsbilder schaffen, die den Menschen dienen, Glück, Freiheit, Liebe in ihren Beziehungen so zu erfahren, dass sie es nicht nötig haben, sich isoliert und in ihrer Existenz sinnlos zu fühlen. Hier liegt ein entscheidender Beitrag einer christlich motivierten Moral.*

(Literatur beim Verfasser)

In der Reihe der Schriften zur Anthropologie des Behinderten ist im VSA Band VI erschienen unter dem Titel

Menschliche Leiblichkeit

Die Schrift enthält Beiträge von Dr. Imelda Abbt, Dr. med. Karl Heinz Bauersfeld, Prof. Dr. Hans Halter und Dr. Ludwig Hasler. Die Texte laden ein zum Nachdenken über die Leiblichkeit, «weil wir dabei auf mancherlei und oft unerwartete Zusammenhänge stossen, die wir wohl erwägen sollten», wie Dr. Fritz Schneeberger im Vorwort festhält.

«Wir können nicht ausweichen: Leiblichkeit dominiert. Wo immer wir Zeitungen und Prospekte öffnen, Fernsehwerbung oder Nachrichten konsumieren, stossen wir auf Leiblichkeit.» Anderes scheint aus einer Gegenwelt zur Leiblichkeit zu stammen, denn auf dem bedruckten Papier melden sich auch die Verkünder geistiger Selbstfindungs- und Erlösungswege. Wir begegnen täglich der «Körperkultur» und sprechen andererseits vom «Leib» als vom beseelten Körper. Die Ent-Leibung ist der Tod, die Trennung von Leib und Seele. Überschätzen wir den Körper als höchstes Gut? Wie ist es, wenn der Leib zunehmend zur Last wird? Wie, wenn der innere Mensch abgebaut ist und er trotzdem in seinem Leib weiter vor sich hin lebt?

Auf solche und ähnliche Fragen will die nun vorliegende Schrift eine Antwort geben. Band VI ist zum Preis von Fr. 15.50 beim Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, zu bestellen, wo auch alle übrigen Bände dieser Schriftenreihe erhältlich sind.

Bestellung

Wir bestellen hiermit

..... Expl. Band I
«Geistigbehinderte-Eltern-Betreuer»
4 Texte von Dr. H. Siegenthaler Fr. 10.60

..... Expl. Band II
«Erziehung aus der Kraft des Glaubens?» –
Texte von Imelda Abbt, Norbert A. Luyten, Peter Schmid u. a. Fr. 14.70

..... Expl. Band III
«Begrenzt Menschsein» – Texte von O. F. Bollnow,
Hermann Siegenthaler, Urs Haeberlin u. a. Fr. 18.60

..... Expl. Band IV
«Staunen und Danken» – Fünf Jahre Einsiedler-Forum des
VSA Fr. 19.–

..... Expl. Band V
«Selber treu sein» – Texte von Imelda Abbt, Kaspar
Hürlimann, Rudolf Zihlmann Fr. 13.50

..... Expl. Band VI
«Menschliche Leiblichkeit» –
Texte von Imelda Abbt, Karl Heinz Bauersfeld,
Hans Halter und Ludwig Hasler Fr. 15.50

Name und Vorname _____

Genauere Adresse _____

PLZ/Ort _____

Unterschrift, Datum _____

Bitte senden Sie diesen Talon an das Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.