

Sterbehilfe in Altersheimen Ethische Perspektiven

Beiträge zur Informations- und
Koordinationstagung für Seelsorgende und
andere kirchliche Verantwortliche

Donnerstag, 7. Juni 2001 in Bern

ISSN 1420-0097X

TEXTE 2/01

INHALTSVERZEICHNIS

Begrüssung und Grundlegendes	
H.-B. Peter	3
Einleitung	
N. Narbel	7
Stellungnahme und Nicht-Stellungnahme der Zürcher Landeskirche	
I. Gysel	10
Zur rechtlichen Regulierung der Sterbehilfe aus ethischer Sicht	
A. Bondolfi	15
Das Skandalon des Todes als ethische Herausforderung	
R. Baumann-Hölzle	31
Tatort: Pflegeheim im Kanton Luzern	
R. Baumann-Hölzle	36
Haus für Betagte	
M. Haueter	38
Geriatrische Rehabilitationsklinik	
M. Keller	40
Spitalseelsorge	
C. Odier	45
Zum Abschluss	
N. Narbel	49
Bezugsquellen	54

BEGRÜSSUNG UND GRUNDLEGENDES

Prof. Dr. Hans-Balz Peter, Leiter des Instituts für Sozialethik des SEK

Begrüssung

Ich begrüsse Sie zu einer ganz besonderen Tagung des Instituts für Sozialethik im Kirchenbund: Diese Tagung ist nicht einfach einem ethischen Thema für Fachleute und Interessierte gewidmet, sondern sie ist als eine kirchliche Koordinationstagung konzipiert, speziell für Personen aus Leitungsgremien und aus Spezialämtern der SEK-Mitgliedkirchen, als Angebot zur gleichsam kirchenpolitischen Koordination der Haltungen und Beurteilungen der Kirchen in Bezug auf die Frage der Sterbehilfe in Alterspflegeheimen.

In einer ersten Umfrage im Januar dieses Jahres haben sich die Landeskirchen und die Evang.-methodistische Kirche, die alle Mitglieder des SEK sind, mehrheitlich an einer solchen Koordination interessiert gezeigt. In den meisten Kirchen wurde indessen unsere Einladung von den Leitungsgremien an die Spitalpfarrämter oder ähnliche Stellen der Kantonalkirchen weitergeleitet. Ich begrüsse diese Vertreterinnen und Vertreter herzlich. Ich freue mich, dass auch einzelne Verantwortliche aus kirchlichen Exekutiven – Kirchenräte, Synodalräte unter uns sind, und begrüsse sie hier besonders.

Obwohl es sich also gewissermassen um eine kirchen-interne Tagung handelt, haben wir uns getraut, auf besondere Anfrage hin einzelne Personen aus dem kirchlichen Medienbereich einzuladen.

Auslöser

Ausgelöst wurde die Idee für diese Tagung durch die kontroversen Diskussionen über die neue formelle Regelung der Sterbehilfe bzw. der Zulassung von Sterbehilfe-Organisationen wie EXIT und DIGNITAS in öffentlichen Alterseinrichtungen der Stadt Zürich.

Einerseits war dadurch die Ethik gefordert – die Stadtregierung Zürich selbst hatte zur Vorbereitung ihres Entscheides verschiedene ethische Gutachten in Auftrag gegeben, darunter auch an theologische Ethiker; in der Folge entfaltete sich in der Öffentlichkeit und in den Medien eine eigentliche und ernsthafte ethische Debatte.

Andererseits aber rief der Entscheid auch die beiden Zürcher Landeskirchen auf den Plan; sie suchten den Dialog mit den politischen Behörden, und es kam zum Gespräch zwischen dem zuständigen Mitglied des Zürcher Stadtrates und den leitenden Personen der beiden Landeskirchen. Frau Irene Gysel, Mitglied des Zürcher Kirchenrates, wird uns davon berichten.

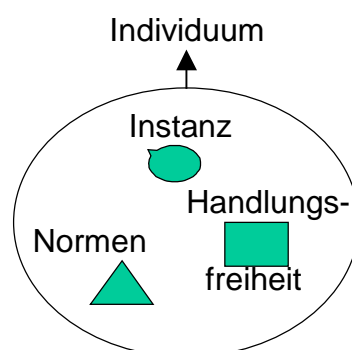
Zur ethischen Debatte

Hier im Kirchenbund und besonders bei uns im ISE ist an dieser Debatte und an einzelnen theologischen Gutachten aufgefallen, dass die Frage der Sterbehilfe

ausgesprochen individualistisch angegangen wird und die ethische Argumentation ihr ganzes Gewicht auf das Kriterium der Autonomie der Person legte. Als Institut für Sozialethik haben wir gerade die besondere Aufgabe, die soziale oder besser soziostrukturelle Dimension der Verantwortung besonders in den Blick zu nehmen; also jene Bezüge der Verantwortlichkeit, die gerade die Reichweite der individuellen Entscheidungen und Handlungen übersteigt und das Mitbedingt-Sein persönlicher Entscheidungen durch die Gestalt und Wirkung von Institutionen hervorhebt. Von da her scheint mir die Beschränkung auf den Aspekt der individuellen Freiheit als Verengung des ethischen Standpunktes. Vielleicht ist es für diese Tagung hilfreich, wenn ich zu Beginn diese Bezüge, die für die ethische Orientierung so wichtig sind, auf ein paar Punkte gebracht, kurz den Debatten und Referaten vorausschicke. Wenn ich dabei der Kürze und Anschaulichkeit halber Folien und Schemen gebrauche, so weiss ich, dass dies für einige ZuhörerInnen und ZuseherInnen hilfreich ist – während für andere die schematischen Darstellungen vielleicht noch mehr als die komplexen Zusammenhänge selbst, zum Problem werden. Sie mögen sich auf den Text verlassen.

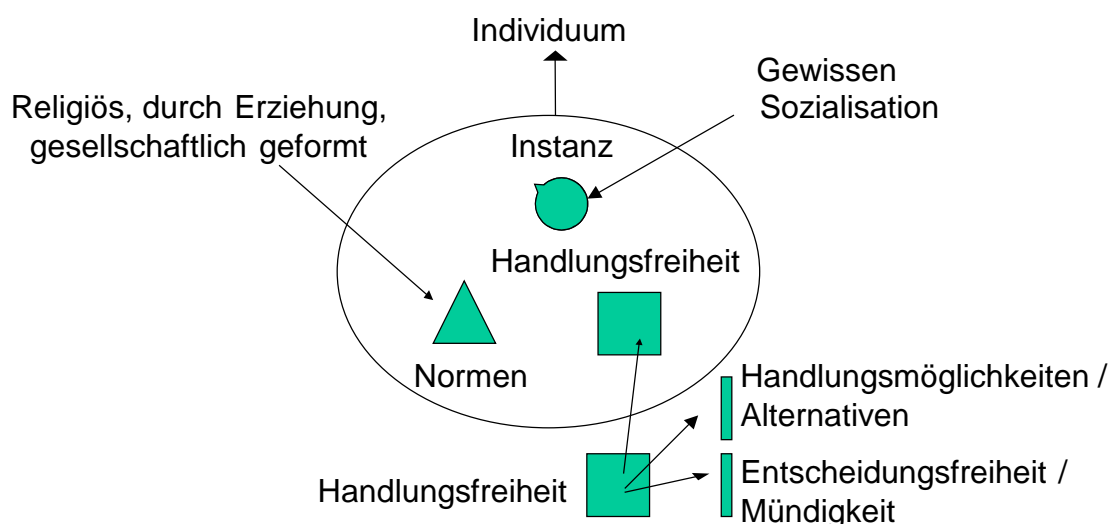
Im engeren Sinn möchte ich die ethischen Entscheidungen – generell bei der Frage nach der ethischen, also vorausschauenden Verantwortung - als eine Interaktion von drei Faktoren innerhalb des Individuums bzw. der Person beschreiben: Zuerst muss die Person über Handlungsfreiheit verfügen, also einerseits über die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Alternativen zu wählen, was ein bestimmtes Wissen und Vorstellungskraft sowie die Kenntnis der eigenen Interessen bedingt, und andererseits die „innere“ Freiheit als Mündigkeit, also die Kompetenz den eigenen Interessen gemäss vernünftige Entscheidungen zu treffen. Dann wird die Person diese verschiedenen Interessen und Handlungsmöglichkeiten anhand verschiedener internalisierter Normen prüfen, abwägen und bewerten. Schliesslich – als Ausdruck der „Selbstreflexion“ selbstverantwortlichen Personseins – die Entscheidung vor der inneren Instanz, welche für die autonome Normenkontrolle zuständig ist, also dem Gewissen treffen.

Verantwortliche Entscheidung – individualethische und sozialethische Bezüge

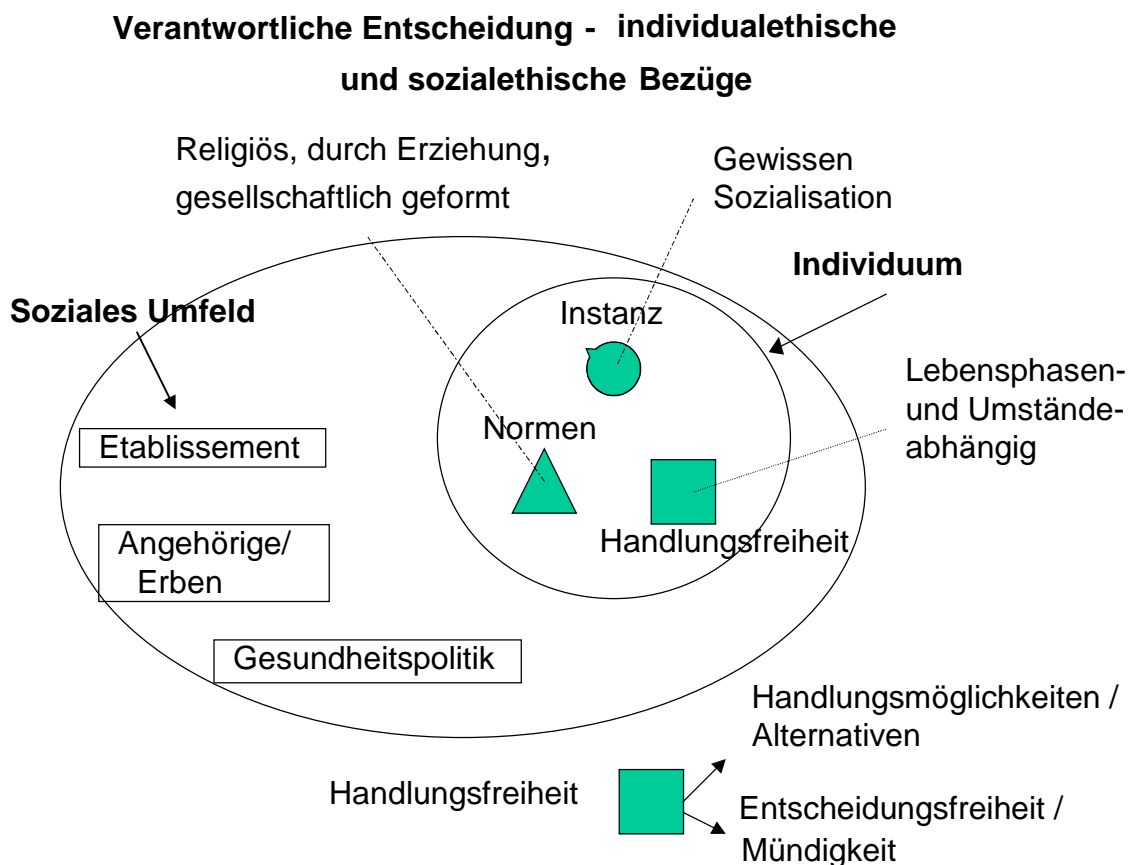


Betrachten wir die drei erwähnten Elemente etwas näher, ist offensichtlich, dass alle drei nicht nur und abschliessend von der entscheidenden Person definiert sind, sondern in direkter oder indirekter Weise von „Umweltfaktoren“ mitbestimmt werden: Die Handlungsfreiheit i.S. der Freiheit, aus verschiedenen Handlungsmöglichkeiten zu wählen, setzt solche Alternativen voraus. Dies ist eine zentrale Frage an die Situation älterer Menschen in Institutionen der Krankenpflege: Welche Lebensperspektiven bieten sie ihnen? Wie der Suizidwunsch nicht generell heissen muss: „Ich will und kann nicht mehr leben“ – sondern eben vielfach: „So will und kann ich nicht mehr leben“ bedeutet, so ist es auch für Insassen von Chronischkrankenheimen und Alterspflegeheimen. In diesem Faktor also steckt eine starke Anfrage an die Gestaltung dieser Institutionen, an die Lebensmöglichkeiten, auch die Möglichkeiten einer autonomen Gestaltung der Tagesabläufe, an Art und Qualität der Pflege – und je nach diesen „Umständen“ beschränkt oder erweitert sich die individuelle Handlungsfreiheit. – Normen werden nie nur aus der eigenen Person heraus entwickelt, sondern entstehen in Auseinandersetzung mit der menschlichen und gesellschaftlichen Umwelt, insbesondere durch Erziehung, familiäres und berufliches Umfeld usw. Allmählich werden solche Normen „internalisiert“ und zu den eigenen gemacht – aber selten irgendwann im Leben ein für allemal, sondern diese Internalisierung ist ein stetig fortschreitender Prozess und damit ebenfalls wieder abhängig auch vom unmittelbaren sozialen Umfeld der Menschen in Altersinstitutionen. Nicht zuletzt ist dabei die stets bohrende Frage eingeschlossen: „Was erwartet diese Umwelt (Familie, Erben, die Institution) von mir?“ Das Gewissen steht unter der Last dieser Entscheidung; je geringer die Handlungsfreiheit (psychisch und faktisch) und je weniger sozial „positiv“ die gesellschaftliche Wertung des scheinbar unproduktiven Alt-Seins, desto eher wird der Entscheid gegen das eigene Weiterleben sprechen, bedingt u.a. durch Umweltfaktoren.

Verantwortliche Entscheidung – individualethische und sozialetische Bezüge



Schliesslich ist der Blick auf die ethische Entscheidungssituation noch zu erweitern auf das gesamtgesellschaftliche, -politische und -wirtschaftliche Umfeld. Die Pflegesituation in Altersheimen ist so, wie sie ist nicht allein aufgrund freier Entscheidung des Pflegepersonals oder der Verantwortungsträger der Institution, sondern eben in starkem Masse mitbestimmt durch betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten, die wiederum u.a. ein Produkt sind von Entscheidungen in der Gesundheitspolitik: Wieviel sind uns Altersinstitutionen, die ein Maximum an Lebensqualität und an variablen Möglichkeiten für Lebensgestaltung gewähren, wert? Je geringer dieser Spielraum, desto schlechter schliesslich die Chancen für eine individuelle Handlungsfreiheit von Spital- und Alterspflegeheim-Insassen, die wirklich Alternativen offen lässt. Ich will hier dieses Umfeld nicht weiter auffächern – die in der Skizze notierten Stichworte sollen einige Richtungen für eigene Überlegungen anzeigen.



Bereits in diesem abstrakten und schematisch dargestellten Bezug zwischen Person, Norm und Handlung wird aber deutlich, dass das Individuum sittliche Entscheide nicht völlig allein, absolut autonom und isoliert von der Umwelt, sondern als in sozialer Hinsicht mitbestimmtes, also gleichzeitig individuelle und soziale Person trifft. Diese Zusammenhänge könnten und müssten in jedem individuellen Fall durchdacht werden. Das ethische Interesse der Gesellschaft sollte dabei m.E. nicht darin liegen, allein die letztlich einer Person noch offenen, sehr begrenzten Handlungsmöglichkeiten als hinreichend zu beurteilen und damit den Entscheid über

das eigene Leben oder den eigenen Tod nur als Sache des „freien Willens“ darzustellen und damit zu rechtfertigen - sondern unser ethisches Interesse sollte nach meiner Ansicht darauf ausgerichtet sein, durch möglichst gute Angebote für ein vielfältiges Leben, auch in den eingeschränkten gesundheitlichen Möglichkeiten in der letzten Lebensphase, den Handlungsraum zu erweitern. Ich möchte es bei diesen sehr knappen Hinweisen bewenden lassen und wünschen, dass die skizzierten Zusammenhänge bei der ethischen Debatte über den Alterssuizid mitbedacht werden.

Dank

Schliesslich meinen Dank schon jetzt: Die ganze Vorbereitung der Tagung ist - in Absprache mit mir - von den beiden Frauen geleistet worden, über die wir inzwischen - nach einer fast 30jährigen Männerphase in der Geschichte - im Institut für Sozialethik „verfügen“:

Frau Nathalie Narbel, Philosophin aus Lausanne und seit Anfang Jahr als wissenschaftliche Mitarbeiterin am ISE – zeitlich befristete Nachfolgerin von Hans Ulrich Germann – zuständig u.a. für den Bereich „Bioethik“;

Frau Dorothea Loosli, theologische Assistentin am ISE – und eine Pionierin insofern, als sie m.W. als eine der ersten Theologiestudierenden von der Möglichkeit in Bern Nutzen zieht, das Theologiestudium in Kombination mit Allgemeiner Ökologie abzuschliessen.

EINLEITUNG

Nathalie Narbel, wiss. Mitarbeiterin ISE

Im Namen des Instituts für Sozialethik und des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes danke ich Ihnen für Ihr Kommen. Mein Dank geht auch an die heutigen Referentinnen und Referenten. Ihre Überlegungen werden uns als Grundlage zu unseren Diskussionen dienen. Die heutige Tagung ist einem heiklen Thema gewidmet: der Sterbehilfe in Altersheimen. Wie Ihnen sicherlich bekannt ist, gestattet die Stadt Zürich seit dem 1. Januar 2001 Mitgliedern von Vereinigungen wie EXIT oder DIGNITAS den Zutritt zu öffentlichen Alterseinrichtungen. Dazu ist zu bemerken, dass ihnen dieser Zugang seit 1987 verwehrt war. Bis Ende 2000 musste, wer in einem stadtzürcherischen Altersheim wohnte und von einem Mitglied einer Sterbehilfeorganisation in den Tod begleitet werden wollte, das Altersheim verlassen. Zudem war die Rückkehr in die Pflegeinstitution nach einem misslungenen Selbstmordversuch verboten. Dieses Verbot wollte der Zürcher Stadtrat aufheben. Dabei ging er von der Überlegung aus, dass ein Heimbewohner kein anderes Zuhause hat – dies ganz im Gegensatz zu einem Kranken im Spital. Wer im Altersheim lebt, dem muss es also gestattet sein, nach freiem Ermessen Besuche zu empfangen oder abzulehnen. Konsequenterweise hob der Zürcher Stadtrat das Verbot nur für die Altersheime (Altersheime sind Institutionen öffentlichen Rechts, unterstehen aber gleichwohl dem Privatrecht), nicht aber für Spitäler oder Chronischkrankenheime auf (sie gelten als Institutionen öffentlichen Rechts, deren Auftrag es ist, das Leben zu schützen). Die Reaktionen auf den Beschluss fielen, vorab in der Deutschschweiz, sehr unterschiedlich aus. Obwohl nicht beabsichtigt, stand nun erneut das allgemeinere Problem der Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe im Mittelpunkt der Diskussion. Zu unterscheiden ist zwischen drei Typen von Betreuungsinstitutionen: *Spitälern*, *Chronischkrankenheimen* und *Altersheimen*. Allein für die letztgenannte Institution wurde das Verbot aufgehoben.

Nicht unerwähnt bleibe, dass Ersuchen um Beihilfe zum Selbstmord äusserst selten sind. In Zürich kommt es in der Folge jährlich tatsächlich nur ein bis zweimal zur Selbsttötung mit Beihilfe. Man soll also nicht die Augen vor der Tatsache verschliessen, dass die Zahl der „gewöhnlichen“ Selbstmorde höher ist.

Zum besseren Verständnis dessen, was in ethischer Hinsicht hier auf dem Spiel steht, stelle ich Ihnen vorweg verschiedene Definitionen vor. Damit sollen terminologische Missverständnisse aus dem Weg geräumt werden.

- Unter «Sterbehilfe» wird heute, zumindest im deutschen Sprachgebrauch, die Beihilfe zum Selbstmord wie die Euthanasie verstanden.
- «Direkte aktive Sterbehilfe» nennt die vorsätzliche Tötung mit dem Ziel, das Leiden einer Person zu verkürzen. Sie ist heute nach Artikel 111 (Vorsätzliche

Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) des Strafgesetzbuches strafbar.

- «Indirekte aktive Sterbehilfe» wird wie folgt definiert: Verabreichung von Mitteln zur Linderung von Leiden durch eine Drittperson, wobei die Nebenwirkungen dieser Mittel lebensverkürzend sein können. Diese Art von Sterbehilfe ist im geltenden Strafgesetzbuch nicht explizit geregelt. Die indirekte aktive Sterbehilfe wird in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als zulässig anerkannt.¹
- «Passive Sterbehilfe» liegt vor beim Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder beim Abbruch bereits eingeleiteter Massnahmen. Bestehen die direkte aktive und die indirekte aktive Sterbehilfe in einem Tun, zeichnet sich passive Sterbehilfe im Wesentlichen durch Unterlassen aus. Diese in der Regel von Ärzten geleistete Form der Sterbehilfe stellt kein strafbares Verhalten dar.
- «Beihilfe zum Selbstmord» wird wie folgt definiert: Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, indem er ihm beispielsweise ein tödliches Mittel verschafft, wird nach Artikel 115 des Strafgesetzbuches mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft. Suizidhilfe ist nicht strafbar, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe geleistet wird. Laut den Richtlinien der SAMW ist die Beihilfe zum Selbstmord kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.²

An dieser Stelle sei, was nicht unwichtig ist, auch daran erinnert, dass die Schweiz als einziges Land Beihilfe zum Selbstmord nicht bestraft. Auf diese Bestimmung berufen sich denn auch Sterbehilfeorganisationen – etwa die Deutschschweizer EXIT, EXIT Suisse romande und DIGNITAS –, wenn sie Menschen beistehen, die ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Dazu ist zu präzisieren, dass diese Organisationen inzwischen klare Kriterien für ihr Eingreifen festgelegt haben: Unterscheidungsfähigkeit (*discernement*); wiederholt geäußertes ernsthaftes Verlangen; unheilbare Krankheit; Diagnose des unabwendbaren Verlaufs zum Tode; unerträgliches körperliches und seelisches Leiden.

Die heutige Medizin entwickelt immer mehr Methoden und Mittel, um Krankheiten zu heilen und Chronischkranke am Leben zu erhalten. So lassen sich mit Hilfe der Wissenschaft die Grenzen des Todes zurückdrängen. Die Lebenserwartung in den westlichen Ländern steigt. Eines von zwei im Jahr 2000 geborenen Mädchen wird hundert Jahre alt werden. Neben diesem Fortschritt, der dem Schutz des Lebens dient, gewinnen auch die Werte Individualismus (ohne negative Konnotation) und Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft einen immer höheren Stellenwert. Gerade diese beiden Prinzipien – Schutz des Lebens und Selbstbestimmung oder Autonomie der Person – stehen in der Problematik, mit der wir uns heute auseinandersetzen, im Zentrum des ethischen Dilemmas. Was ist höher zu gewichten, die Autonomie der

¹ Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, 24.02.1995, http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

Person oder der Schutz des Lebens? Ist das Leben ein höchstes Gut, der Tod ein absolutes Übel oder gibt es Schlimmeres als den Tod? Wie stellen sich diese Fragen den Gläubigen? Braucht es in diesen Fragen eine gesetzgeberische Regelung oder wäre es vorzuziehen, gewisse Grauzonen zu belassen? In der diesjährigen Herbstsession hätte sich der Nationalrat mit der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe befassen sollen, wurde doch eine von Nationalrat Victor Ruffy im Jahr 1996 eingereichte Motion von Nationalrat Franco Cavalli in Form einer Parlamentarischen Initiative wieder aufgenommen. Die Beratung wurde auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Wir stehen also erst am Anfang einer Debatte, in die sich die Kirchen unserer Meinung nach aktiv einmischen sollten.

² Ebd. Diese letzte Aussage wird von Vereinigungen wie EXIT bekämpft.

STELLUNGNAHME UND NICHT-STELLUNGNAHME DER ZÜRCHER LANDESKIRCHE

Irene Gysel, Kirchenrätin der Ev. Ref. Landeskirche Kt. Zürich

Zum Thema Sterbehilfe hat sich der Kirchenrat der Zürcher Landeskirche in seiner Interpellationsantwort vom 19. November 1986 und mit dem Bericht³ an die Synode, datiert auf den 9. Februar 2000, ausführlich geäußert.

Zur Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in städtischen Alters- und Krankenheimen dagegen, hat sich der Kirchenrat nicht geäußert. Es hat ein Gespräch stattgefunden zwischen Kirchenratspräsident Ruedi Reich, Weihbischof Peter Henrici und dem zuständigen Stadtrat Robert Neukomm, an welchem ich teilgenommen habe. Davon wurde in der Öffentlichkeit berichtet. Ferner sind die Spitalseelsorgenden des röm.-kath. und des evang.-ref. Stadtverbandes je mit einer Stellungnahme an die Öffentlichkeit getreten.

Ich möchte mich hier vor allem auf den oben erwähnten Bericht an die Synode beziehen. Er hat ein unerwartet grosses Echo ausgelöst und ist vom Bundesrat in seinem Bericht zum Postulat Ruffy zitiert worden.

Äussere Anlässe, diesen Bericht zu verfassen, waren:

- Die Diskussion um die Organisation Exit. Exit entspricht einem Bedürfnis vieler Menschen. Sie sehen in ihr einen Garanten für ihre Selbstbestimmung in der Sterbesituation. Viele Menschen tragen noch veraltete, aber tief eingeprägte Bilder mit sich herum von verlängertem Leben und Leiden im Spital, angehängt an Schläuchen, einsam zwischen den Spitalmaschinen. In eine solche Situation wollen sie nie geraten. Allerdings sind aufgrund des öffentlichen Auftretens und der unterdessen einige Male ins Zwielficht geratenen Wirkungsweise von Exit auch viele Menschen verunsichert.
- Die parlamentarischen Vorstösse auf eidgenössischer Ebene und der im Frühjahr 1999 veröffentlichte Bericht⁴ der Kommission mit einem Mehrheits- und einem Minderheitsantrag.
- Dann machte im September 1999 der Stadtrat den Vorschlag, das Zutrittsverbot für Suizidhilfe-Organisationen in städtischen Heimen aufzuheben.
- Ein weiterer Grund waren die drängenden Fragen der Finanzierbarkeit von aufwändiger Pflege und Betreuung von Kranken, die das Bewusstsein aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erreichen werden.

³ <http://zh.ref.ch/kirchenrat/antraege/sterbehilfe.pdf>, „Überlegungen zur Sterbehilfe aus evangelischer Sicht“, Februar 2000.

⁴ <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-d.pdf>

Die Position des Kirchenrates

Der Kirchenrat hat seine Position in drei Punkten festgehalten:

- Aktive Sterbehilfe widerspricht dem Tötungsverbot und wird darum von uns abgelehnt. Wir verurteilen andere Positionen nicht, vertreten aber die Ansicht, dass entsprechende Handlungen wie bisher strafrechtlich verboten sein sollen. Allerdings sollten die bestehenden Möglichkeiten der passiven und indirekten Sterbehilfe so weit als möglich genutzt werden. Deren rechtliche Regelung könnte ein Weg dazu sein.
- Eine Mitarbeit als "Sterbebegleiter oder -begleiterin" bei Exit oder ähnlichen Organisationen ist mit dem Beruf und den Aufgaben des Pfarrers und der Seelsorgerin nicht vereinbar. Beihilfe zum Suizid ist kein Bestandteil pfarramtlicher Tätigkeit.
- Wichtig ist uns eine gut entwickelte Kultur des Sterbens:
 - Sterbende sollen den letzten Lebensabschnitt von respektvollen Beziehungen getragen gehen können.
 - Angehörige sollen die Zeit des Leidens und Sterbens mittragen können und schliesslich die Möglichkeit haben, von ihren Toten gebührend Abschied zu nehmen.
 - Pflegende, Behandelnde sowie Pfarrer und Pfarrerinnen sollen einerseits fachliche Kompetenz und andererseits genügend Zeit und angemessene Infrastrukturen haben, um sich Sterbenden widmen zu können. (Siehe Bericht: Überlegungen zur Sterbehilfe aus evangelischer Sicht.)

Was uns hier interessiert, ist vor allem der zweite Punkt. Ich lese dazu die Begründung des Kirchenrates:

"Pfarrer und Pfarrerinnen unserer Landeskirche sollen es unterlassen, in Organisationen wie Exit als sogenannte Sterbebegleiter zu wirken. Solche Aktivitäten bringen sie in einen Konflikt mit ihren seelsorgerischen Aufgaben und sind Ausdruck mangelnder Professionalität. Auch wenn wir Sterbewünsche nicht verurteilen, sollen Pfarrer und Pfarrerinnen keine Aktivitäten vollziehen, deren Beitrag zum Leben und zur Gemeinschaft so ambivalent ist. Es könnte dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und ihren Gemeinden, respektive hilfeschuchenden Menschen gestört werden."

Wir sehen hier eine Analogie zur Rolle von Ärzten und Ärztinnen: In der Schweiz ist Beihilfe zum Suizid gemäss den Standesregeln kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.⁵ Man sieht hier einen Widerspruch zum ärztlichen Auftrag des Heilens und Helfens und befürchtet, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten oder Ärztinnen und Patienten oder Patientinnen gefährdet wäre, wenn erstere als Tötende auftreten würden.

⁵ http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

In Bezug auf Exit halten wir zudem die Konzentration auf die Selbstbestimmung der Einzelnen mit ihrer Ausblendung der sozialen Zusammenhänge für fragwürdig. Kritisch beurteilen wir auch ein hier oft zu beobachtendes, fast technisches Sterbeverständnis, in welchem dem Abschiedsprozess selbst zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird: „Ein schmerzloses, planbares und schnelles Sterben steht im Vordergrund.“

Weitere Überlegungen dazu in Stichworten:

Es gibt ein Recht auf den eigenen Tod. Aber es gibt kein moralisches Recht auf Selbsttötung und auf Getötetwerden. Andererseits entstehen immer wieder Situationen, wo Menschen den Wunsch haben zu sterben. Sterbewünsche gehören offenbar zum Menschsein. Menschen, die diesen Wünschen erliegen, sind nicht zu verurteilen. Im Bericht heisst es: „Auch jene Menschen sind von Gott angenommen, die dem ihnen auferlegten Geschick keinen Sinn mehr abgewinnen können und ihr Leben für nicht mehr lebbar halten.“

Der Kirchenrat ist kritisch gegenüber den Begriffen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und vor allem kritisch gegenüber dem heute ideologisch anmutenden Gebrauch dieser Begriffe.

Und er sieht eine psychologische Falle darin, die Wünsche nach einem eigenen schnellen und schmerzlosen Tod in allgemeine Normen zu projizieren und als das vorauszusetzen, was alle wollen.

Zur Situation in den Stadtzürcher Heimen

Die Voraussetzung kennen Sie: Suizidbeihilfe ist in der Schweiz nicht verboten. Es ist jedoch falsch zu sagen, sie sei erlaubt. Aber sie ist straffrei. Ende der achtziger Jahre entdeckte der Rechtsanwalt Walter Baechi die Lücke in Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches.

Nachdem im Juli 1987 in einem städtischen Krankenhaus eine geplante Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation bekannt geworden war, verfügte der Vorsteher des damaligen Gesundheits- und Wirtschaftsamtes das Verbot der Durchführung und Unterstützung von Selbsttötungsaktionen in allen Einrichtungen seines Amtes. Damals galt dies für die Spitäler und Krankenhäuser. Im Laufe der Reorganisation der Stadtverwaltung kamen nun die Altersheime und Alterssiedlungen der Stiftung Alterswohnungen vom Sozialdepartement neu zum Gesundheits- und Umweltdepartement und fielen daher unter dieses Verbot. In diesen Altersheimen und Alterssiedlungen leben Menschen, die selbständig wohnen wie andere auch. Sie verstanden die neue Einschränkung nicht. Es entstand für sie neu die Situation, dass Mieterinnen und Mieter, die Suizidhilfe beanspruchen wollten, dafür aus ihrer Wohnung oder ihrem Zimmer austreten mussten. Altersheimbewohnerinnen und -bewohner protestierten daraufhin, und machten geltend, dass das Verbot ein nicht gerechtfertigter Eingriff in ihre Autonomie sei, in einem ganz persönlichen Bereich.

Prof. Dr. Tobias Jaag hält in seinem Rechtsgutachten⁶ fest, dass die Verfassungsmässigkeit des Verbots zweifelhaft sei. Prof. Dr. Werner Kramer gewichtet in seinem theologischen Gutachten⁷ die Kriterien "Selbstbestimmung" und "Schutz des Lebens" je nach Institution unterschiedlich. Aufgrund des Auftrags der Institution Altersheim erwachse ihrer Leitung weder Recht noch Pflicht, das Selbstbestimmungsrecht zu beschneiden. Es besteht sonst eine nicht berechnigte Rechtsungleichheit.

An den Spitälern hingegen seien Sterbehilfeorganisationen nicht zuzulassen. Patientinnen und Patienten in Spitälern haben ein Zuhause, in welches sie zurückkehren können. Dort sind sie frei, eine Sterbehilfeorganisation zu empfangen.

Am schwierigsten sieht Kramer die Frage beim Krankenhaus. Für Einzelfälle, bei denen trotz grosser körperlicher Hinfälligkeit die geistige Urteilsfähigkeit noch vorhanden ist, bewertet er die seelsorgerische Betrachtungsweise als angemessener als die ethische. Kramer neigt dazu, die Sterbehilfeorganisationen in Heimen zuzulassen.

Es geht demnach um eine Abwägung der Güter "Gewährung der Selbstbestimmung" und "Schutzpflicht".

Der Kirchenrat hat zur Frage der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in städtischen Krankenhäusern nicht Stellung bezogen. Er hat aber im Gespräch mit dem Stadtrat seiner Sorge Ausdruck gegeben:

- Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eines Patienten wird weiterhin dem Personal obliegen, so dass es gezwungenermassen in Entscheide involviert ist, die zu Suiziden führen können.
- Das Personal trägt trotz Mitwirkungsverbot eine grundsätzliche Mitverantwortung. Die Regelung des Stadtrates erhöht zwar die Selbstbestimmung der Insassen, doch ändert sich die generelle Atmosphäre, indem auch andere Insassen verunsichert und belastet werden können.
- Es ist bislang offen, wie die Arbeit der Sterbehilfeorganisationen kontrolliert werden kann.

Der Kirchenrat begrüsst es, dass der Entscheid des Stadtrates sehr differenziert ausgefallen ist und es ihm in erster Linie um das Wohl der Menschen geht.

Im Dezember veröffentlichten die evang.-ref. Spitalseelsorgenden der Stadt Zürich eine Stellungnahme. Sie sind der Meinung, dass die wenigen einzelnen Austritte (man rechnet mit zwei Fällen pro Jahr) zumutbar seien, wenn man bedenkt, was mit geplanten Suiziden anderen Mitbewohnern zugemutet werde. Die Sorgfalt der Sterbehilfeorganisationen sei nicht garantiert, darum kann dem Missbrauch nicht entgegnet werden.

⁶ <http://www.stadt-zuerich.ch/mm/sterbehilfe/>

⁷ ebd.

Die Stadtseelsorgenden haben den Stadtrat dringend um Zurücknahme des Entscheides gebeten.

Die für den Kirchenrat wichtigen Punkte

- Es gibt kein Recht darauf, getötet zu werden.
- Die Mitarbeit als Sterbebegleitende ist mit dem Beruf und den Aufgaben des Pfarrers und der Seelsorgerin unvereinbar. Seelsorge wird aber in keinem Fall verweigert.
- Die Sorge um die Belastung des Pflegepersonals ist gross.
- Ebenso die Sorge im Hinblick auf den ökonomischen Druck.
- Die Sorge darüber, dass die Arbeit der Sterbehilfeorganisationen nicht kontrolliert wird.
- Die Sorge darüber, dass Menschen, die nicht in städtischen Alters- oder Krankenheimen zuhause sind, wo im Augenblick immerhin eine gewisse Kontrolle verordnet wurde, den Sterbehilfeorganisationen schutzlos ausgeliefert sind.
- Der Gemeinderat der Stadt Zürich hat beschlossen, die Entwicklung in den Heimen während der nächsten zwei Jahre zu dokumentieren. Etwas Ähnliches fehlt für alle Privat-Wohnenden.

Die Würde des Menschen muss neu gesehen werden. Auch ein Mensch in körperlicher Hilflosigkeit kann ein Leben in Würde führen. Es gilt, hier neue Gewichte zu setzen.

Der Kirchenrat wird sich in den nächsten Jahren ausserdem mit der Weiterentwicklung einer Kultur des Sterbens befassen.

ZUR RECHTLICHEN REGULIERUNG DER STERBEHILFE AUS ETHISCHER SICHT

Prof. Dr. Alberto Bondolfi, Universität Zürich

Trinäre Beziehungen sind immer komplexer und zugleich aber spannender als binäre. Das möchte ich für die Beziehungen zwischen der Medizin, den Rechtswissenschaften und der ethischen Reflexion anhand der Sterbehilfeproblematik prinzipiell beleuchten und bewerten.*

Anlass zu einem solchen Unternehmen ist sowohl ein persönlicher als ein gesellschaftlicher. Ich konnte in der Kommission des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements, die den Auftrag erhalten hatte, eine Antwort auf die von der sogenannten "Motion Ruffy" erhobenen Probleme zu geben, mitwirken. Die Teilnahme an einem möglichen Verrechtlichungsprozess hat mir Impulse für die ethisch-theologische Normierungsarbeit gegeben und verschiedene Gelegenheiten, den Verständigungsprozess zwischen Recht und Medizin zu fördern. Über dieses persönliche Engagement hinaus ist die Problematik der gesellschaftlichen Regulierung der Sterbehilfe an sich eine dringende Angelegenheit, sowohl für die medizinische als auch für die rechtliche Praxis, sowie freilich auch für die ethisch-philosophische und ethisch-theologische Reflexion.

Ziel dieser Überlegungen ist nicht so sehr die Vermittlung der Ergebnisse dieses Kommissionsberichts⁸, als vielmehr die Darstellung der adäquaten Verbindung zwischen den genannten Elementen der Gesamtproblematik. Ich bilde mir dabei nicht ein, im Rahmen eines monographischen Beitrags eine bereits jahrzehntelange Diskussion um die angemessene Sterbehilfe zusammenzufassen, geschweige denn systematisieren zu können. Ich werde mich darauf beschränken, nur diejenigen Elemente hervorzuheben, welche für ein besseres Verständnis des erwähnten Verhältnisses zwischen Medizin, Recht und Ethik und für ein angemessenes Verständnis der spezifischen Rolle der theologischen Ethik relevant sind.

Ich werde meine Überlegungen folgendermassen strukturieren: In einem ersten Schritt geht es um die Lokalisierung des normativen Problems durch die begriffliche Unterscheidung zwischen Tod und *Sterben* und um die historische Entwicklung der heutigen Fragestellungen auf diesem Gebiet. In einem zweiten Schritt gilt es, die Ebenen der involvierten Diskurse zu benennen und den spezifischen Kompetenzen sowie den verschiedenen Disziplinen zuzuordnen, damit falsche Erwartungen oder Trugschlüsse vermieden werden können. In einem dritten Schritt werden die

* Dieser Text geht auf eine Vorlesung zurück, welche ich an der theologischen Fakultät der Universität Basel am 27. Februar 1999 gehalten habe. Eine erste Publikation erfolgte in: *Theologische Ethik heute. Antworten für eine humane Zukunft*. Hans Halter zum 60. Geburtstag. Hrsg. von A. Bondolfi und H. J. Münk. Zürich: NZN Buchverlag 1999, 245-265 und wurde für vorliegende Publikation leicht überarbeitet.

⁸ Inzwischen liegt der Bericht vor: *Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement*. Bern: Justiz und Polizeidepartement 1999, 54 S.

<http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-d.pdf> sowie die Stellungnahme des Bundesrates.

normativen Hauptgesichtspunkte der ethischen Problematik erläutert und gewichtet. In einem vierten Kapitel werde ich die Möglichkeiten und Grenzen rechtlicher Regulierungen beleuchten und zum Schluss versuche ich die vielfältige Diskussion in ihrer genuin theologischen Bedeutung zu bewerten. Das Ganze bleibt selbstverständlich fragmentarisch und erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf strikte Systematik.

1. Warum ist die Sterbehilfe heute überhaupt zu einem Thema geworden?

Sterben ist ein Vorgang, dessen Zeitpunkt wir Menschen im Wesentlichen nicht bestimmen, aber zum Teil relativ frei gestalten können. Der Anteil der freien Gestaltung orientiert sich dabei an vorgegebenen Werten und Normen und wird damit zum Gegenstand moralischer Traditionen und der ethischen Reflexion.

Das Bewusstsein dieser partiellen Zusammengehörigkeit von Notwendigkeit und Freiheit im terminalen Stadium unseres Lebens ist relativ neu und wurde zum grossen Teil durch die Erkenntnisse der modernen Medizin ermöglicht. Um den qualitativen Unterschied zwischen dem "Sichtbaren" und somit "Gestaltbaren" und dem total "Unverfügbaren" im Exitus benennen zu können, schlage ich die Unterscheidung von *Sterben* und *Tod* vor.

Der Tod ist eine Art Nullpunkt, welcher notwendig ist, um überhaupt "die Zahlen des Lebens" buchstabieren zu können. Den Nullpunkt kennen wir aber nicht, und buchstabieren können wir nur die Zahlen *vor* und *nach* diesem Nullpunkt. Anders gesagt: der Mensch kann nur etwas sagen bzw. unternehmen im Rahmen dessen, was vor oder nach dem Tode passiert. Der Tod als solcher gehört nicht zu Zeit und Raum, und in diesem Sinn ist er der menschlichen Geschichtlichkeit und Erfahrbarkeit völlig entzogen. Vor dem Tod können wir Haltungen den alten und kranken Menschen und Sterbenden gegenüber beobachten und bewerten. Nach dem Tod gibt es Reaktionen und Riten, welche nur metaphorisch und symbolisch mit der Wirklichkeit des Todes in Beziehung stehen. Wir haben uns an diese Abwesenheit-Anwesenheit des Todes so gewöhnt, dass wir dazu neigen, alles, was sich um den Tod unter uns ereignet, als Tod zu definieren, ohne den Grundunterschied zwischen Sterben und Tod bewusst nachzuvollziehen.

Eine historische Rekonstruktion der Einstellungen dem Sterbeprozess und dem Tod gegenüber, welche durch die Erkenntnisse der "*nouvelle histoire*" wesentlich erleichtert wird⁹, zeigt, dass sich erst in neuerer Zeit die Überzeugung durchgesetzt hat, wonach der Sterbeprozess vom Mensch direkt beeinflussbar und gestaltbar ist. Wie aber eine solche Erkenntnis kulturell, ethisch und religiös zu deuten und zu

⁹ Vgl. unter den repräsentativsten Werken: Ariès, Ph.: *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen-Age à nos jours*. Paris: Ed. du Seuil 1975; Id.: *L'homme devant la mort*. Paris: Ed. du Seuil 1977; Id.: *Images de l'homme devant la mort*. Paris: Ed. du Seuil 1983; Mac Manners, J.: *Death and the Enlightenment*. Oxford: Clarendon Press 1981; Vovelle, M.: *La mort en Occident, de 1300 à nos jours*. Paris: Gallimard 1983.

bewerten ist, ist alles andere als klar, und die aktuelle kontroverse Diskussion um die angemessene Sterbehilfe bestätigt diesen Sachverhalt.

Die Beurteilung dieser modernen Einstellung dem Sterbevorgang gegenüber und des Umgangs mit dem Tod ist schwierig. In jeder Gesellschaft ist die organische Degeneration des körperlichen Lebens von gesellschaftlich normierten und ritualisierten Vorgängen begleitet. Nur eine fundamentalistische Perspektive in der Analyse von historischen Dokumenten kann eine Lehrkontinuität der Bewertung und der Gestaltung bei diesem Problem postulieren. Auch die Ethik des Sterbens hat also ihre eigene Geschichte, welche nicht auf eine einzige Linie zu reduzieren ist.¹⁰

Die neuere Geschichtsschreibung hat gezeigt, dass es auch innerhalb der christlichen Traditionen eine Vielfalt von Grundeinstellungen gegenüber dem Sterbeprozess gibt. Bis vor einigen Jahrzehnten war die Tendenz zur respektvollen Annahme der biologischen Prozesse als indirekten Ausdruck von Gottes Wille über jedes Leben vorherrschend. So kennt man auch, immer im Banne der christlichen Traditionen, keine ethische Legitimation für ein aktives Eingreifen des Menschen durch die direkte Tötung des Sterbewilligen im Sterbeprozess. Es sind aber auch Stimmen, die diese christlichen übereinstimmenden Traditionen mindestens partiell hinterfragen.¹¹ Die Verurteilung jeglicher Form der Sterbehilfe war also auch in der Geschichte der Theologie nie ganz eindeutig, wenn auch die langen Jahrhunderte des sogenannten "christlichen Zeitalters" uns die Illusion vermitteln könnten, es gäbe hier eine Art "*stabilitas doctrinae*". Aber eine sorgfältige geschichtliche Rekonstruktion zeigt, dass diese relative Pluralität von normativen Positionen mit der Radikalität der heutigen Fragestellung kaum zu vergleichen ist.

Für unser Vorhaben ist es also wichtig, dass wir verstehen, weshalb die Problematik der Gestaltung des Sterbeprozesses für die früheren Generationen noch nicht die aktuelle ethische Brisanz hatte und worin die spezifischen Züge der heutigen Einstellungen dem Sterbeprozess gegenüber bestehen.

Die erste, relativ naive Erklärung liegt auf der Hand: da früher die medizinischen Mittel nur sehr rudimentär in die biologisch-natürlichen Sterbeprozesse eingreifen konnten, machte "die Natur" ihre Arbeit ohne grosse Widerstände, und somit waren die "tragischen Fälle" mit einer sehr langen Agonie nicht so zahlreich wie heute. Eine solche Erklärung allein kann aber nicht befriedigen, da sie tiefer liegende Einstellungen ausser Acht lässt. Wie lässt sich die heutige Haltung dem Exitus gegenüber charakterisieren? Eine definitive Antwort lässt sich an dieser Stelle nicht formulieren, da es *die* besagte Haltung gar nicht gibt, sondern wenn schon sehr verschiedene Haltungen, die kaum auf einen Nenner zu bringen sind.

¹⁰ Für eine Geschichtsschreibung, welche einseitig die Kontinuität betont vgl. Pelliccia, G.: *L'eutanasia ha una storia?* Roma: Ed. Paoline 1979. Für eine kritische Dokumentation der Diskontinuität vgl. die Texte, welche in: *Euthanasie*. Hrsg. von H. Saner und H. Holzhey. Basel: Schwabe Verlag 1976, wiedergegeben worden sind.

¹¹ Vgl. z. B. Luther, M.: *Tischreden*, Nr. 1480 und 1498, oder Thomas Morus: *Utopia*, HI, 21, sowie Bacon, F.: *De dignitate et augmentis scientiarum*, IV, 2.

Auch die heutige sozialwissenschaftlich orientierte Thanatologie bestätigt die Pluralität der gesellschaftlichen Trends und darüber hinaus die Vielfalt der dazugehörigen Gesamtinterpretationen. In der Literatur werden vor allem zwei Grundlinien verfolgt: eine Linie betont die zeittypischen *Vedrängungsmechanismen* im Umgang mit Sterben und Tod und vertritt somit die sogenannte *Tabuthese* in verschiedenen Variationen.¹² Eine zweite Strömung in der aktuellen Sterbehilfediskussion vertritt die sogenannte *Versachlichungsthese*. Danach geht man mit Sterben und Tod wesentlich "objektiver" um, als dies früher der Fall war. Die Offenheit der heutigen Auseinandersetzung um die sogenannte "Euthanasie" würde diese These bestätigen.¹³

Beide Richtungen anerkennen, dass die Sterbe- und Todesvorstellung einem umfassenden *Säkularisierungsprozess* unterzogen worden sind.¹⁴ Die vorneuzeitliche Auffassung der "*mors certa*" und der "*hora incerta*" bleibt bestehen, wird aber in einem neuen Rahmen interpretiert. Die medizinischen Wissenschaften können heute zumindest bei degenerativen Krankheiten Prognosen stellen über die Qualität und die Dauer des letzten Lebensabschnitts. Das terminale Leben muss somit nicht nur passiv erduldet werden, sondern wird von bewussten Entscheidungen, welche sich an Werten orientieren und somit ethisch begründet werden müssen, mitgeprägt.

Eine differenzierte ethische Bewältigung des Sterbeprozesses ist in unserer Zeit und in unserm "entwickelten" euro-amerikanischen Raum speziell notwendig. Wir sollten uns dieser geo-geschichtlichen Bedingtheit bewusst sein, damit wir die uns vorgegebenen ethischen Konflikte nicht verabsolutieren.

Als Theologen und Theologinnen dürfen wir nicht vergessen, dass sich mit diesem komplexen Säkularisierungsprozess bei der Wahrnehmung und Einschätzung der terminalen Lebensphase auch unsere Gottesvorstellungen verändern. Aber davon wird erst später die Rede sein.

2. Eine vielfältige Problematik

Alle diejenigen, welche eine Antwort der Ethik auf die Probleme des heutigen Sterbens suchen, stehen vor einer Reihe von Schwierigkeiten, die nicht leicht zu bewältigen sind. Es gibt *empirische* Definitionsprobleme und typisch *normative* Sackgassen. Solange die Probleme sich einem Bereich leicht zuordnen lassen, ist die interdisziplinäre Organisation der verschiedenen Diskurse relativ gut zu

¹² Vgl. dazu vor allem: Nassehi, A.-Weber, G.: *Tod, Modernität und Gesellschaft*. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen: Westdeutscher Verlag 1989.

¹³ Zu Versachlichungsthese vgl. Fuchs, W.: *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag 1969.

¹⁴ Zur Säkularisierung der Todesvorstellungen vgl. Thomas, L.V.: *Anthropologie de la mort*. Paris: Payot 1975; Hahn, A.: *Einstellung zum Tode und ihre soziale Bedingtheit*. Stuttgart: Enke Verlag 1968; Menne, F.W.: *Das Ende sozialer Lebensgeschichten. Probleme der Todeskontrolle*, in: Euthanasie, oder soll man auf Verlangen töten? Hrsg. von V. Eid. Mainz: Grünewald 1984, 132-148; Schmied, G.: *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. Opladen: Leske & Budrich 1985.

bewerkstelligen: jede Disziplin arbeitet "diszipliniert" mit den eigenen Erkenntnisinteressen und -methoden und gibt ihre Resultate weiter.

Einige Probleme im Bereich der Sterbehilfe sind komplex, da sie nicht eindeutig den empirischen oder den normativen Wissenschaften zuzuordnen sind. Man denke etwa an die sehr komplexe Diskussion um den Todeszeitpunkt, der in den verschiedenen Etappen der Geschichte der Medizin sehr verschieden festgesetzt wird mit Hilfe der Beobachtung der Atmung und des Pulsmessens, der Feststellung des Herz- oder des Hirntods.¹⁵ Die ethisch-normative Relevanz dieser Definitionen ist nur eine indirekte, und vor allem die Hirntoddefinition führt in erster Linie zu *wissenschaftstheoretischen Problemen*, da die Grenze zwischen empirischen Feststellungen und umfassenden Interpretationen schwer zu ziehen ist. Damit ist auch die enorme Konfusion in der Diskussion dieser Thematik erklärbar.

Einerseits besteht die Gefahr, jede moralische Position direkt von empirischen Annahmen abzuleiten und damit einen „naturalistischen Fehlschluss“¹⁶ zu ziehen, andererseits haben viele Ethiker/innen die Tendenz, von jeder empirischen Information Abstand zu nehmen und diese bei jedem Normierungsprozess als irrelevant zu bezeichnen.

Zumindest eines sollte aber trotz dieser Konfusion klar geworden sein: nur eine interdisziplinäre intensive Zusammenarbeit vermag die Probleme um die Sterbehilfe zu bewältigen. Man wird dabei die Vielschichtigkeit der Phänomene, deren Interpretationen und moralische Bewertungen nicht verhindern können, und sowohl die philosophische als auch die theologische Ethik wird sich mit dieser Vielschichtigkeit abfinden müssen. Die Ethik ist auf Informationen aus der Medizin angewiesen, muss aber gleichzeitig die indirekte normative Tragweite der medizinisch gedeuteten Phänomene selber statuieren und reflektieren.

3. Normative Grundorientierungen

Wie wir bereits festgestellt haben, lassen sich nicht alle Probleme rund um die Sterbehilfe empirisch bewältigen, denn sie sind spezifisch normativer Art und können nur mittels der ethischen Reflexion überwunden werden. Ich nenne hier als ein Beispiel unter vielen die Diskussionen des Therapieverständnisses: Was bedeutet es für den Kranken zu handeln, in einer Situation, in der von Heilung keine Rede mehr sein kann? An welchem Gesundheitsverständnis soll sich der Arzt orientieren?

¹⁵ Die Literatur zu diesem Problemkomplex ist immens. Ich erwähne nur folgende Publikationen, welche mir als besonders hilfreich erschienen sind: *Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*. Hrsg. von J. S. Ach und M. Quante. Stuttgart-Bad Cannstadt: Frommann-Holzboog Verlag 1997; Odunci, F.: *Hirntod und Organtransplantation: medizinische, juristische und ethische Fragen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag 1998; Stoecker, R.: *Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*. Freiburg i. Br.: Alber Verlag 1999.

¹⁶ Vgl. dazu die eingehende Monographie: Carcaterra, G.: *Il problema della fallacia naturalistica*. Milano: Giuffrè 1969.

Auf solche Fragen kennt sowohl die philosophische als auch die theologische Ethik zwei grundsätzlich verschieden argumentierende Antwortmuster: die *deontologische* und die *teleologische* Argumentationsfigur.¹⁷ Es handelt sich dabei um sehr allgemeine Argumentationstypen, die sich noch nicht auf einen bestimmten Inhalt beziehen.

- Nach dem ersten Argumentationstyp gilt eine Handlung als sittlich gut, wenn sie Maximen folgt, die *in sich* gut sind, unabhängig von den Folgen dieser Handlung.
- Eine teleologisch argumentierende Ethik wird hingegen die Folgen der Handlung bzw. der Einhaltung oder Nichteinhaltung bestimmter Normen in die ethische Gesamtbewertung miteinbeziehen.

Bei jedem Versuch, den Konflikten ethisch gerecht zu werden, mischen sich oft deontologische und teleologische Aspekte dieser beiden Argumentationstypen.

Das Gleiche gilt auch für das Verhältnis von beschreibenden und wertenden Momenten in der Normbegründung. Beide sind immer in einer je anders *gemischten* Gestalt anzutreffen. Das lässt sich auch sprachlich feststellen: So weist z.B. das Wort *Euthanasie* (oder etwa "Lüge", "Mord" usw.) eine zum Teil rein beschreibende und zum Teil eine normative Dimension auf. Danach wird die Euthanasie oft als diejenige Sterbehilfe angesehen, welche zu einem "guten" Tod führen wird, andere wiederum setzen Euthanasie immer mit ungerechtfertigter Tötung gleich.

Worin sich konkret die "Güte" bzw. die "Verwerflichkeit" eines solchen Einwirkens in Sterbeprozesse ausdrückt, wird später noch zu diskutieren sein. Viele Missverständnisse in der ethischen Beurteilung von konkreten Massnahmen in Zusammenhang mit dem Sterbeprozess haben auf alle Fälle ihren Ursprung im Umgang mit solchen unklar benützten Ausdrücken, wie eben "Euthanasie" oder "Sterbehilfe". An dieser Stelle muss auch der/die in "kontinentaler" Philosophie geschulte Theologe/in anerkennen, dass die angelsächsisch orientierte analytische Sprachphilosophie zur Klärung der Probleme beiträgt.¹⁸ Die Kenntnis dieser terminologischen Präzisierungen ist, zumindest in methodologischer Hinsicht, für uns alle unverzichtbar.

Nun aber zur Sache: Eine deontologisch argumentierende Ethik versucht, das objektive Recht auf Leben jeder Person als oberste Maxime zu betrachten und lässt sich dabei nicht direkt auf Güterabwägungen mit anderen Gesichtspunkten ein. Das ethische Gut des physischen Lebens gilt als unantastbar und konkurrenzlos gegenüber andern Gütern. Diese Betrachtung der Konflikte ist oft in theologischen Kreisen anzutreffen, ist aber in der theologischen Ethik nicht spezifisch. Deontologisch argumentieren auch "autonome Ethiken", welche explizit auf

¹⁷ Grundlegend dazu immer noch: Schüller, B.: *Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moralthologie*. Düsseldorf. Patmos Verlag 1980².

¹⁸ Vgl. dazu Wolbert, W.: *Vom Nutzen der Gerechtigkeit: zur Diskussion um Utilitarismus und teleologische Theorie*. Freiburg i.Ue.-Freiburg i.Br.: Universitätsverlag-Herder Verlag 1992 (= Studien zur theologischen Ethik 44).

Gottesbezüge verzichten, und teleologische Güterabwägungen sind oft auch im Zusammenhang mit theologischen Argumenten zu finden.

Ich bin der Überzeugung, dass die vielschichtigen Konflikte, in denen sich alle Beteiligten (der Sterbende, die Angehörigen, die Ärzte und das Pflegepersonal usw.) während eines Sterbeprozesses befinden, unbedingt nach einer reflektierten und *ethisch motivierten Güterabwägung* verlangen, die alle relevanten Gesichtspunkte berücksichtigt. Diese Güterabwägung sollte sich auf *drei Grundgüter*, welche sowohl ethisch als auch rechtlich von Bedeutung sind, konzentrieren:

- Es ist moralisch notwendig, *Schmerzen und Leiden* im Sterbeprozess zu minimieren.
- Jeder sterbende Mensch sollte in der Lage sein, seine *Selbstbestimmungskraft* so lang wie möglich zu bewahren.
- Alle Beteiligten sollten sich bewusst sein, dass das *physische Leben* nicht unbegrenzt zur menschlichen Disposition steht.

Die drei Grundgüter sollen in jeder Situation aufs neue abgewogen werden, damit kein Gut absolut gesetzt wird. Wird z. B. die Schmerzbekämpfung absolut gesetzt, dann ist eine Linderung legitimiert, welche die Selbstbestimmungskraft des Patienten völlig ausschalten kann. Oder stellt man das physische Leben ohne jede Abwägung mit anderen Gütern als oberstes Gut dar, dann ist die Notwendigkeit eines "*acharnement thérapeutique*" (therapeutische Verbissenheit¹⁹) schon im Voraus gegeben. Auch die Verabsolutierung der Selbstbestimmung des Patienten kann zu Lösungen führen, welche ethisch bedenklich sind, wenn etwa das Recht auf freiwillige Tötung des Sterbenden durch einen Dritten als ein "Grundrecht" postuliert wird.

Noch bevor normative Präferenzen formuliert werden, scheint mir in diesem Zusammenhang wichtig, dass man bedenkt, nicht vorschnell in untragbare Güterabwägungen zu fallen und dass man vor jeglicher Entscheidung über die Gestaltung des Sterbeprozesses überlegt, wie es möglich ist, bestimmte *normative Konflikte präventiv zu vermeiden*. Mit anderen Worten: man soll nicht tragische Entscheidungen treffen müssen, wenn durch angemessene Prävention solche Situationen, unter Bewahrung der Grundrechte, vermieden werden können.

Dabei ist die Versuchung gross, sich automatisch von Patentrezepten leiten zu lassen und dabei der (straf)-rechtlichen Regulierung der Probleme allein ein allzu grosses Vertrauen zu schenken. In diesem Kontext sind die neueren Diskussionen um die Verbindlichkeit von *Patiententestamenten* und um die Legalisierung der sogenannten *aktiven Euthanasie* zu sehen und zu bewerten. Beide Probleme tangieren das Verständnis der menschlichen Autonomie im Sterbeprozess und sollten auch in diesem Kontext erörtert werden.

¹⁹ Zur Klärung dieser Kategorie vgl. *Oltre l'eutanasia e l'accanimento*. Hrsg. von V. Salvoldi. Bologna: EDB 1991.

Der Tod und seine Ankündigung durch die Agonie sind als Verlust der sichtbaren Autonomie des Menschen und als radikale "Notwendigkeit" bzw. "Passivität" zu betrachten. Wir alle haben grosse Mühe, diese Verminderung unserer Selbstdisponibilität zu akzeptieren, und versuchen im Voraus, so weit wie möglich die Bedingungen unseres Abganges zu fixieren, unsere Behandlungswünsche bzw. unsere Behandlungsverbote auszudrücken und unseren Willen festzulegen.

Die sogenannten *Patiententestamente* sind ein Versuch, diesem Bedürfnis eine öffentliche und rechtliche Verbindlichkeit zu verleihen.²⁰ Dieser Versuch ist mehr als verständlich und sogar ethisch zu bejahen, ist aber mit strukturellen Schwierigkeiten verbunden. Wenn staatliche Behörden die beschränkte Verbindlichkeit dieser Testamente zu betonen pflegen (und dies ist auch in der Schweiz noch vor einigen Jahren durch eine entsprechende Stellungnahme des Eidgenössischen Polizei- und Justizdepartementes geschehen²¹), so ist das nicht in erster Linie auf die sogenannte Allmacht der Ärzte oder auf Behördenwillkür zurückzuführen.

Durch die beschränkte Wirkung dieser Dokumente oder deren beschränkte Verbindlichkeit für den behandelnden Arzt wird vor allem die grundlegende Zeitlichkeit und Vorläufigkeit menschlicher Willensäusserungen betont. Wir können unsere Autonomie nicht schon im Voraus und mit Präzision für den Augenblick unseres Sterbens im Detail festlegen. Es gehört wesentlich zum menschlichen Sterben, dass seine Bedingungen nur beschränkt vorher bestimmbar sind.

Dennoch ist es auch ethisch zu begrüssen, dass jeder von uns die allgemeinen Rahmenbedingungen seiner Behandlung bzw. Nichtbehandlung während seines Sterbens umschreiben kann. Dabei sind aber die Unterscheidungen und die

²⁰ Dazu habe ich mich eingehend bereits geäussert in: *Autour de l'aide au suicide en Suisse*, in: *Bioethica Forum* (1992) 4-6 und in: *Living Will*, in: *Dizionario di bioetica*. Hrsg. von S. Leone und S. Privitera. Bologna: EDB 1994, 553-556.

²¹ Vgl. die Meldung in der NZZ, vom 31.12.1987, S. 18. Zur Position der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zum Problemkomplex der Patiententestamente vgl. *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten*. Basel 1995. Vgl. Nr. 3.4: "Liegt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarben des Lebenswillens erwarten lässt." Immer zur Verbindlichkeit von Patiententestamenten vgl. hierzu verschiedene monographische Untersuchungen. Für den deutschsprachigen Raum: Rickmann, S.: *Zur Wirksamkeit von Patiententestamenten im Bereich des Strafrechts*. Bern-Frankfurt/M.: Lang Verlag 1987; Saueracker, L.: *Die Bedeutung des Patiententestamentes in der Bundesrepublik Deutschland aus ethischer, medizinischer und juristischer Sicht*. Bern-Frankfurt/M.: Lang Verlag 1990; Schöllhammer, L.: *Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments*. Berlin: Duncker & Humblot Verlag 1993; Langenfeld, A.: *Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patiententestament nach dem neuen Betreuungsrecht*. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag 1994; Deutsch, E.-Kleinsorg, H.-Ziegler, J.-G.: *Das Patiententestament*. Hildesheim: Bernward Verlag 1983; und zuletzt vor allem auf schweizerische Gegebenheiten eingehend: Reusser, K.: *Patientenwille und Sterbebeistand*. Zürich: Schulthess Verlag 1994.

begrifflichen Typisierungen, welche sowohl die Rechtswissenschaft als auch die Ethik in letzter Zeit erarbeitet haben, gebührend zu berücksichtigen.²²

- Alle beabsichtigten und freiwilligen Unterlassungen der Behandlung und Therapieabbrüche, die unter dem Stichwort der *"passiven Sterbehilfe"* subsumiert sind, gelten sowohl moralisch als auch rechtlich als legitim. Die Qualifikation "passiv" war und bleibt eine Quelle vieler Missverständnisse. Der Therapieabbruch oder das Unterlassen möglicher weiterer Behandlungen bei einem Sterbenden muss nicht zwingend den totalen Abbruch der medizinischen Hilfe bedeuten. Ganz im Gegenteil: wenn die aktive Therapie nicht mehr sinnvoll ist, haben palliative, schmerzenlindernde Eingriffe ihre volle medizinische *und* ethische Berechtigung.²³

Davon war ich schon vor meiner Mitwirkung in der eidgenössischen Kommission überzeugt, aber durch die Diskussion mit namhaften Juristen und Juristinnen habe ich zwei Dinge gelernt: zuerst musste ich einsehen, dass das was die Ethiker/innen oft für legitim halten von Seiten des Rechtsstaats anders bewertet wird. So musste ich lernen, die positiv-rechtliche Regulierung der sogenannten "passiven" Euthanasie als notwendig und sinnvoll zu betrachten und entsprechend daran zu arbeiten.²⁴ So konnte ich auch die rechtlich relevante Bestimmung, dass das medizinische Personal moralisch verpflichtet ist, die Schmerzen zu lindern, als sinnvoll zu akzeptieren.

Die Palliativmedizin gehört damit ganz selbstverständlich zur medizinischen Behandlung sterbender Menschen.

- Ein weiteres Element der Gestaltung des Sterbeprozesses lässt sich weder nur mit ethischen Argumenten noch mit einem Patiententestament festhalten. Es geht um die sogenannte verlangte *"Hilfe zum Freitod"*. An dieser Stelle lässt sich in der ethischen Diskussion eine gewisse Verkürzung der Perspektiven beobachten. In der Tat gehen einige Teilnehmer/innen der Diskussion von der Prämisse aus, dass nur der Wille des Sterbenden bestimmend sein soll und dass die Absicht des Helfers und der Helferin nichts zur moralischen Qualifizierung dieser Handlung beitragen würde. Eine solche Einschätzung verkennt, dass die Autonomie des Freitodhelfers oder der Freitodhelferin zur Vollziehung und zugleich zur Bewertung des Freitods ebenso mitbestimmend ist. Gerade weil hier ein frei handelndes Subjekt bewusst mit am Werk ist, kann man eine solche

²² Für eine allgemeine Einführung in die Thematik vgl. die umfangreiche und optimal systematisierende Monographie von Zimmermann-Acklin, M.: *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Freiburg i.Ue.-Freiburg i. Br.: Universitätsverlag-Herder Verlag 1997 (= Studien zur theologischen Ethik 79), 489 S.; neuerdings vgl. auch: *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*. Hrsg. von A. Holderegger. Freiburg i.Ue.-Freiburg i. Br.: Universitätsverlag-Herder Verlag 1999 (= Studien zur theologischen Ethik 80), 422 S.

²³ Zur ethischen Beurteilung der palliativen Medizin vgl. Bondolfi, A.: *Abschied nehmen ohne Qual: zum Verhältnis zwischen palliativer Medizin und Ethik*, in: *La stagione degli addii. Sfide e orizzonti delle cure palliative*. Hrsg. von R. Malacrida und G. Martignoni. Comano: Alice ed. 1991, 96-101.

Mittäterschaft höchstens als *Wunsch*, niemals aber als *ultimative Forderung* formulieren.

Die "liberale" strafrechtliche Regelung der Hilfe zum Freitod in der Schweiz, ist im Art. 115 des StGB formuliert. Eine solche Hilfe zur Begleitung in den Tod bleibt straflos unter der Voraussetzung, dass sie nicht "aus selbstüchtigen Gründen" geschieht, und ist aus ethischer Sicht bis zu einem gewissen Grade nachvollziehbar.²⁵ Die Gründe für ein solches Verständnis, wenn auch nicht für eine positive Legitimierung, liegen in der je anderen Bewertung des Freitods, dort wo dieser sozusagen "im Interesse" des Moriturus selbst geschieht. Dabei ist es illusorisch zu meinen, dass die Hilfe zum Freitod *nur* den Willen des Patienten oder der Patientin erfüllt, ohne jede weitere Konsequenz für das Selbstverständnis und die eigene Autonomie oder für die ganze Gesellschaft.

Dennoch habe ich mich mit dem bestehenden Art. 115 des StGB ohne weiteres einverstanden erklären können, vielleicht auch, weil Theologen und Theologinnen nicht immun der normativen Kraft des Faktischen gegenüberstehen. Die Folgen einer Rekriminalisierung der Hilfe zum Freitod könnten in der Tat schlimmer sein, als die Bestätigung des *status quo*, wenn dieser Tatbestand nicht als moralischer und rechtlicher *Anspruch* verstanden oder ausgelegt wird. Diese Verkürzung (von der Straflosigkeit zum Anspruch) geschieht oft im Alltag, kann aber von einer eventuellen Rekriminalisierung kaum aus der Welt geschafft werden.

4. Tötung auf Verlangen: grundsätzliche Überlegungen zum Tötungsverbot und ein Versuch der Konkretisierung bei der Entkriminalisierungsfrage

Radikaler als die Hilfe zum Freitod wird die *Fremdtötung auf Verlangen*, die im Artikel 114 des StGB formuliert ist, geahndet.

Hierbei kann man festhalten, dass diejenigen, die eine rechtliche Liberalisierung in diesem Bereich fordern, von einem neuen Medizinverständnis ausgehen. Krankheit und Therapie werden hier nicht mehr ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Strategie der Leidensminimierung wahrgenommen. Der Arzt fragt also nicht mehr: "*Wo und wie leiden Sie?*", sondern "*Was wünschen Sie von mir?*"

Kann die direkte Tötung trotz des genannten Wandels im Medizinverständnis als eine radikale, aber moralisch akzeptable Form der Leidensminderung angesehen werden? Darauf gibt es keine eindeutige Antwort. Deshalb formuliere ich im Folgenden einige kurze Überlegungen zum Tötungsverbot im allgemeinen und zur Unterscheidung von Tun und Unterlassen in diesem Bereich. Dann werde ich abschliessend den Weg zu einer ethisch verantwortbaren Teilentkriminalisierung der Tötung auf Verlangen skizzieren.

²⁴ Vgl. dazu die umfangreiche rechtliche Dokumentation in: *Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation*. Hrsg. von A. Eser und H.G. Koch. Freiburg i. Br.: Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht 1991, 799 S.

²⁵ Vgl. für eine juristische Gesamteinschätzung: Varmyk, D.: *Die Tötung auf Verlangen und die Beteiligung am Selbstmord im schweizerischen, deutschen und französischen Strafrecht - Vergleichende Darstellung*. Fribourg 1964 (Diss.)

4.1 Zum Tötungsverbot im allgemeinen

Wir haben es hier mit einem *transkulturellen Tabu* zu tun. *Du wirst nicht töten* ist also, in dieser allgemeinen Formulierung in sehr verschiedenen Kulturen und gesellschaftlichen Kontexten zu finden, und sollte nicht, wie das ab und zu im Eifer der Euthanasiediskussion geschieht, ausschliesslich der jüdisch-christlichen Tradition zugeschrieben werden. Von diesem transkulturellen Tabu gibt es überall *Ausnahmen*. Hier möchte ich nur drei Beispiele herausgreifen:

- In manchen griechischen Städten werden missgebildete Neugeborene gewaltsam getötet.
- In vielen Clans ist die Tötung von clanfremden Menschen in typisierten Situationen nicht sanktioniert.
- Bei vielen Völkern mit einer schriftlichen Rechtskultur ist die Tötung aus Notwehr oder im Krieg oder bei gefährlichen Tätern moralisch und rechtlich legitimiert.

Ist nun die Tötung eines Sterbenden auch heute noch eine berechtigte Ausnahme, die sich in die soeben genannten Beispiele einreihen liesse? Man kann auf diese Frage eine historische oder eine systematische Antwort geben.

Aus historischer Perspektive werden hierzu in der Regel zwei Interpretationen vorgetragen. Es gibt eine Geschichtsschreibung, die vor allem betont, dass das Christentum zu einem absoluten und unbedingten Verständnis des Tötungsverbotens entscheidend beigetragen habe. Andere Geschichtswissenschaftler hingegen meinen, dass bedingte sowie unbedingte Auslegungen des Verbots sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Christentums zu finden sind. Zahlreich sind hier die möglichen Beispiele:

- Verschiedene Zeugnisse der altchristlichen Literatur sehen in der gewaltsamen Beendigung einer Schwangerschaft eine nicht zu rechtfertigende Tötung, ja sogar einen Mord.²⁶ Zugleich sind aber für solche Fälle kirchenrechtliche Sanktionen vorgesehen, die sich von denjenigen bei Mord unterscheiden.
- Solange das politische Umfeld dem Christentum gegenüber feindlich gesinnt war, in der sogenannten vorkonstantinischen Zeit, wurde die Tötung im Krieg oder die Todesstrafe als nicht mit der christlichen Botschaft vereinbar angesehen. Nachdem aber das römische Reich durch Konstantin die christliche Religion als Ideologie des Imperiums übernahm, wurde das Töten der Heiden im Krieg, oder

²⁶ Vgl. die Texte und ihre Kontexte in Schöpf: *Das Tötungsrecht bei den frühchristlichen Schriftstellern bis zur Zeit Konstantins*. Regensburg: Pustet Verlag 1985 (= Studien zur Geschichte der katholischen Moraltheologie 5).

der inneren Feinde, der Häretiker, nicht nur legitimiert, sondern sogar gefördert.²⁷ Ähnliches lässt sich auch von der Todesstrafe oder von der Folter²⁸ sagen.

Diese wenigen Beispiele belegen, dass das Tötungsverbot auch in der christlichen Tradition nicht als *absolut*, sondern als *bedingt* ausgelegt wurde. Dabei war aber, zu Recht oder zu Unrecht sei hier im Moment dahingestellt, eine Unterscheidung zentral für diese Legitimierung. Man meinte, zwischen berechtigter und unberechtigter Tötung unterscheiden zu können. Es ging (und geht in manchen Fällen heute noch) um die Unterscheidung zwischen "*schuldigem*" und "*unschuldigem*" Leben. Unschuldiges Leben verdient absoluten Schutz, schuldiges hingegen darf, unter weiter zu präzisierenden Umständen, vernichtet werden. Aufgrund dieser geschichtlich gewachsenen Position wird ersichtlich, dass die Tötung Sterbender, da sie eben als "Unschuldige" gelten, im christlichen Kontext nicht als legitimierbar angesehen wurde. Einige Ausnahmen, wie etwa Luther, Thomas Morus oder F. Bacon, bestätigen die Kontinuität der ablehnenden Position.²⁹

Auch in systematischer Hinsicht wurde der Versuch, die Tötung auf Verlangen zu legitimieren, erst in letzter Zeit in der ethischen Diskussion wirklich sichtbar. Ein solcher Versuch konnte ins Auge gefasst werden, da einige Elemente des absoluten Verbots bereits im Voraus abgebaut worden waren, und zwar durch die Unterscheidung zwischen *direkter* und *indirekter* Tötung, und schliesslich durch die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen, bzw. passive und aktive Sterbehilfe.

4.2 Handlung und Unterlassen als Kriterium zur Beurteilung von Varianten der Sterbehilfe?

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wurde zuerst von einigen Philosophen sehr stark *demontiert*, um ihr später eine neue und begrenztere Plausibilität zu verleihen.³⁰ An dieser Stelle können nur einige Grundzüge dieser Auseinandersetzung erwähnt werden:

Die besagte Unterscheidung ist nicht mit derjenigen zwischen schuldigem und unschuldigem Verhalten gleichzusetzen. Es gibt tatsächlich *schuldige Unterlassungen* und *unschuldige Taten* und umgekehrt.

Sowohl das Tun als auch das Unterlassen müssen begründet werden, wenn sie ethisch bestehen wollen. Die moralische Qualität einer Handlung oder deren Unterlassung wird also nicht nur vom materiellen Gegenstand einer Handlung selber bestimmt, sondern auch von den äusseren Umständen, wie etwa

²⁷ Aus der immensen Literatur zu diesem Thema sei nur: Engelhardt, P. von : *Die Lehre vom "gerechten Krieg" in der vorreformatorischen und katholischen Tradition. Herkunft - Wandlungen - Krise*, in: *Der gerechte Krieg: Christentum, Islam, Marxismus*. Hrsg. von R. Steinweg. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag 1990, 72-124, erwähnt.

²⁸ Vgl. zu dieser Problematik Bondolfi, A.: *Helfen und Strafen. Studien zur ethischen Bedeutung prosozialen und repressiven Handelns*. Münster: Lit Verlag 1997.

²⁹ Vgl. die Texte in der von H. Saner und H. Holzhey herausgegebenen Textsammlung (siehe supra).

³⁰ Grundlegend dazu ist die Monographie von D. Birnbacher: *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam Verlag 1995.

- von den Absichten der Akteure,
- von den Umständen, unter denen man handelt,
- von den kulturellen Deutungen einer Handlung durch die Gesellschaft.

Über diese Differenzierungen hinaus wurden auch *für* die besagte Unterscheidung neue Plausibilitäten festgestellt:

So sind Analogien zum Strafrecht ohne weiteres sichtbar. Hier wird die Unterlassung, *ceteribus paribus* unter gleichen Umständen und bei gleichen Handlungen, milder bestraft als die Tat.

Die Unterscheidung zwischen Handlung und Unterlassung wird erst dann plausibel, wenn man eine mehrdimensionale Handlungstheorie vertritt. Es gibt also einen Unterschied zwischen Tun und Lassen, wenn man Handlungen nicht *nur* reduziert auf ihre tatsächlich eintretenden Wirkungen und Folgen, sondern wenn man auch subjektive Momente, wie die Absichten, Modalitäten usw. in die Bewertung der Handlung einbezieht.

Dennoch muss man anerkennen, dass es Situationen gibt, in denen es moralisch zumindest ähnlich zu beurteilen wäre, den Tod eines Patienten entweder durch Unterlassung der medizinischen Behandlung oder durch aktive Sterbehilfe herbeiführen zu wollen. Dabei wäre die Ehrlichkeit sich selber gegenüber sehr wichtig. Auch derjenige, welcher durch Unterlassung lebensverlängernder Massnahmen die direkte Tötung meidet, wünscht, dass der Patient bald sterben kann. Beide möglichen Akteure, derjenige, der sich an das Tötungsverbot hält, und derjenige, der dieses Tabu bricht, sind sich einig, dass der Eintritt des Todes das Beste für den Patienten darstellt.

Um zu einem differenzierten Urteil über die Tötung auf Verlangen zu kommen, scheint es mir in Ergänzung zu diesen Überlegungen auch nötig, die klassische ethische Verurteilung des Selbstmordes partiell zu revidieren.³¹ Die üblicherweise aufgeführten Argumente gegen den Freitod beruhen auf einer Vorstellung Gottes und seiner Souveränität über unser Leben sowie auf einer Vorstellung der menschlichen Freiheit, welche z. T. fraglich sind.

4.3 Welche rechtliche Reaktion ist ethisch vertretbar?

In diesem Zusammenhang ist es verständlich, dass moderne Staaten die Straflosigkeit des Selbstmordes und die partielle Zulässigkeit der Hilfe zum Freitod vorsehen. Diese Straflosigkeit und Duldung implizieren aber keine Indifferenz des Staates diesen Handlungen gegenüber. Durch das Instrument des Rechts wird auch deutlich, dass die *Entschuldigung* einer einzelnen Handlung, wie z. B. die direkte Tötung aus Mitleid, sie noch nicht notwendigerweise *moralisch rechtfertigt* oder

³¹ Vgl. Holderegger, A.: *Suizid und Suizidgefährdung. Humanwissenschaftliche Ergebnisse und anthropologische Grundlagen*. Freiburg i.Ue.-Freiburg i. Br.: Universitätsverlag-Herder Verlag 1980 (= Studien zur theologischen Ethik 5); als interdisziplinäre Übersicht angelegt vgl. *Selbstaggression, Selbsterstörung, Suizid*. Hrsg. von H. J. Braun. Zürich: Verlag der Fachvereine 1988.

legitimiert und sie noch weniger zu einem *Recht* macht, das man einfordern kann.³² Von diesen komplexen aber nicht beliebigen Differenzierungen lebt unsere friedliche gesellschaftliche Koexistenz, und daraus resultiert ihre sozialetische Qualität.

Aus dieser Grundeinschätzung ergibt sich die Möglichkeit bzw. auch die Notwendigkeit, diese Tötungshandlungen nicht nur moralisch anders zu taxieren, sondern auch rechtlich anders zu ahnden.

In diesem Kontext erhält die direkte Tötung, auf Verlangen und durch Mitleids motive motiviert, eine moralische Qualifikation, die etwa in der Mitte zwischen totaler Missbilligung und vorbehaltloser Bejahung liegt. Die direkte Tötung wird *entschuldigt*, ohne dass eine positive *Rechtfertigung* oder sogar eine *Aufforderung* dazu postuliert wird.

Das Strafrecht nimmt Rücksicht auf diese moralische Beurteilung, die im Prinzip immer noch am Tötungsverbot orientiert ist, duldet aber mögliche Ausnahmen unter klaren Bedingungen und legiferiert mit entsprechenden partiellen Entkriminalisierungsmaßnahmen.

Offen bleibt hingegen die andere Frage, ob die Mitleidsargumente auch bei fehlender Autonomie des sterbenden Patienten eine direkte Tötung entschuldigen können. Die Argumente scheinen mir hier, zumindest im Moment, wesentlich weniger überzeugend, da nur der Sterbende selbst über die Zumutbarkeit seines Befindens urteilen und einen Entscheid fällen kann.

5. Zur ethisch-theologischen Tragweite der Sterbehilfediskussion

Wir haben im ersten Teil dieser Überlegungen festgestellt, dass die heutigen Sterbevorstellungen von vielen religiösen Vorbildern entkoppelt und somit dem allgemeinen Säkularisierungsprozess unterzogen worden sind. Ohne hier auf Grundsätzliches dieses komplexen Prozesses einzugehen, begnüge ich mich festzustellen, dass eine Gottesvorstellung, die den Zeitpunkt und die Modalitäten des Exitus als "gottgewollt" und somit unserem Einwirken als restlos entzogen betrachtet, weder vor dem Forum einer verantwortungsvollen Theologie noch vor der „weltlich“ gewordenen Welt sich vertreten liesse. "*A subitanea et improvisa morte libera nos Domine*" haben zahlreiche Generationen von Christen und Christinnen gebetet. Die damalige Angst vor dem plötzlichen Tod ist aber kaum mit der heutigen Angst zu vergleichen, da sie sich auf den Endzustand des göttlichen Gerichtes und nicht auf die sichtbaren Umstände des Sterbens bezog.

Heutige Angst vor dem Sterben bezieht sich eindeutig auf das Diesseits und überlässt die Interpretation der Zustands im Jenseits den Vorstellungen des Einzelnen. Nur mit Mühe können wir noch mit J. S. Bach singen: "*Gottes Zeit ist allerbeste Zeit*".

³² Zur Unterscheidung zwischen Rechtfertigung und Entschuldigung im Strafrecht vgl. Fletcher, G. Ph.-Eser, A.: *Rechtfertigung und Entschuldigung. Rechtsvergleichende Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht 1987.

Uns erscheint die Zeit vor dem Tod als partiell gestaltbar, und zwar durch Aktivitäten, die moralisch begründet werden müssen.

Karl Barth, der die neueren Entwicklungen in der Medizin noch nicht kannte, betonte bereits die theologische Illegitimität der Verabsolutierung des Lebensprinzips als einzige Richtschnur für eine verantwortete Entscheidung in der terminalen Phase des Lebens.³³ Wie soll aber eine Theologin oder ein Theologe heute angesichts der radikalen Weltlichkeit der Argumente für und gegen bestimmte Formen der Sterbehilfe reden?

Die sowohl in der katholischen als auch in der protestantischen Theologie umstrittene Frage ist nicht leicht zu beantworten. Im Rahmen meiner Ausführungen werde ich kurz meine Position und die dazu gehörenden theologischen Argumente skizzieren:

- Ein Modell theologischer Ethik, das normative Schlussfolgerungen direkt aus dem biblischen Text ableitet, möchte ich ausschliessen. Ein solches Modell hätte in unserer Problematik sowieso grosse Mühe, sich zu behaupten, da der biblische Text dem Freitod gegenüber nicht ohne weiteres normativ eindeutig ist.
- Recht skeptisch bin ich auch der Vorstellung gegenüber, welche meint, dass es eine inhaltliche christlich spezifische Moral gäbe, welche qualitativ anders als nicht christliche Formen der Reflexion über die Sittlichkeit, aussehen würde. Katholische und protestantische Theologen haben sich während der letzten Jahrzehnte mit dieser Problematik über die konfessionellen Grenzen hinweg auseinandergesetzt, die Frage aber nicht eindeutig positiv beantworten können.
- Ich vertrete eine *"autonome Ethik im christlichen Kontext"* (A. Auer, D. Mieth, M. Honecker u.a.)³⁴, welche die Weltlichkeit ethischer Fragestellungen bejaht, zugleich aber den theologischen Charakter jeder Handlung eines Christenmenschen betont und begründet.

Wie passt eine solche weltliche Fragestellung und Argumentation zu einer gleichzeitig theologischen Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Handelns? Einige Autoren³⁵ begnügen sich mit der Unterscheidung zwischen objektiver Begründung und subjektiver Motivation. Die objektive Begründung der objektiven moralischen Normen wäre allen Menschen gemeinsam (das Gleiche liesse sich laut diesen Autoren selbstredend auch von der rechtlichen Regulierung von Handlungskonflikten sagen), die subjektive Motivation zum moralischen Handeln hingegen nur im christlichen Glauben erlebbar.

Ohne die Unterscheidung zwischen Begründung und Motivation bewerten zu wollen, scheint mir zumindest notwendig, einen spezifischen Zug theologisch verstandener

³³ Vgl. KD, III/IV, S. 461 ff.

³⁴ Als Einführung in eine vielfältige Problematik vgl. die Literatur, welche ich in: *Autonomie und autonome Moral*, in: Concilium 1984, 167-174 gesammelt habe.

³⁵ Vgl. unter den Vertretern der sogenannten „Glaubensethik“: Stöckle, B.: *Handeln aus dem Glauben: Moraltheologie konkret*, Freiburg i.Br.: Herder Verlag 1977.

Sittlichkeit zu betonen. Dieser Zug liegt, um eine Formulierung von G. Ebeling zu zitieren, in der *"Befreiung des Ethischen von soteriologischen Überforderungen"*.³⁶

Dies bedeutet in unserem Zusammenhang, dass wir Christen und Christinnen kaum weiser sind als andere Menschen in der Gestaltung der *ars morendi*, sondern wie alle anderen Menschen und mit ihnen einen ethisch gangbaren Weg zwischen den Widersprüchen heutiger medizinischer Praxis und den gesellschaftlichen Gegebenheiten und Tendenzen suchen müssen.

Der christliche Glaubensbezug befreit uns von Allmachtsansprüchen und Omnipotenzwünschen, die uns die Illusion vermitteln möchten, der Tod sei restlos domestizierbar und von uns Menschen mit angemessenen Massnahmen ("Werken") optimal organisierbar. Das einfühlsame Warten auf die Vollendung des Lebens im Sterben, der Respekt vor der Autonomie des sterbenden Menschen, die Verpflichtung zur angemessenen Schmerzbekämpfung, der Verzicht auf die direkte Tötung sind Zeichen dieser radikalen "Passivität", die jede Glaubensexistenz charakterisiert. Erst aus dieser Perspektive eines empfangenen und zugleich dienenden Glaubens wird der Spruch nachvollziehbar: *"Gottes Zeit ist die allerbeste Zeit."*

³⁶ Vgl. Ebeling, E. *Zum Verhältnis von Dogmatik und Ethik*, in: Id.: *Theologie in den Gegensätzen des Lebens. Wort und Glaube IV*. Tübingen: Mohr Verlag 1995, 510-516.

DAS SKANDALON DES TODES ALS ETHISCHE HERAUSFORDERUNG³⁷

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, DIALOG ETHIK, Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Zürich

Beim sterbenden Menschen treffen Sterbe- und Lebenskontext aufeinander. Die Art und Weise, wie Menschen in einer Gesellschaft sterben und trauern können, bringt deshalb nicht nur das Leben des einzelnen Sterbenden, sondern auch das gesellschaftliche Klima des Zusammenlebens zum Ausdruck. Die Sterbemöglichkeiten widerspiegeln die Lebensmöglichkeiten. Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wird eine Klugheitsabwägung für und wider die Fremdtötung vorgenommen. Im Zentrum dieser Fragestellung steht das Problem, inwieweit es eine Gesellschaft verantworten kann, die Tötungsoption nicht nur im individuellen, sondern auch im sozialen Handlungsbereich zuzulassen. Die Autorin vertritt dabei die These, dass eine solche Liberalisierung nicht erfolgen soll, weil mit der Möglichkeit der Fremdtötung verschiedenste gesellschaftliche und persönliche Zwänge die sterbenden Menschen vereinnahmen können. Stattdessen plädiert sie für das Ausschöpfen des derzeitigen Handlungsspielraumes, eine Neuorientierung des medizinischen Handelns am Sterbebett und für Geborgenheitsräume für die sterbenden und trauernden Menschen.

Kairos nicht Chronos

Im Sterben wird das Leben auf seine Verletzlichkeit, Einmaligkeit und Endlichkeit hin transparent. Die Konfrontation mit dem nahen Ende zeigt, wer ein Mensch wirklich war. Die Sterbenszeit ist Kairos nicht Chronos, Entscheidungszeit nicht Zeitdauer.

Der Sterbende geht nicht allein durch den Schmelzofen des Abschieds und der Trauer, sondern auch seine Angehörigen. Wird Trauer nicht bewältigt, wandelt sich der Platz, der vom Verstorbenen bis anhin besetzt gewesen ist, nicht zum Freiraum für die Zurückgebliebenen. Die Sehnsucht wandelt sich nicht zur Wehmut, der Schmerz der Erinnerung nicht in Dankbarkeit und Verzeihen für das, was der Verstorbene oder die Verstorbene dem eigenen Leben geschenkt oder genommen hat.

Lebenskontext und Sterbekontext

Gelungenes, geglücktes Leben setzt Lebensräume voraus, die die Entfaltung eigenen Lebens ermöglichen; genauso braucht gelungenes, geglücktes Sterben einen Geborgenheitsraum, in dem der Sterbende auf seine Lebensgeschichte zurückblicken und mit denen zusammen sein kann, die ihm nahe stehen. Ein gelingendes Leben kann so zur Vollendung kommen, ein gebrochenes Leben bekommt die Chance einer heilsamen Wendung.

³⁷ In R. Baumann-Hölzle: *Moderne Medizin – Chance und Bedrohung*, Peter Lang Verlag, Bern, u.a. 2001

Am Sterbebett treffen Individual- und Sozialethik aufeinander. Der Sterbekontext ist der Spiegel des Lebenskontextes einer Gesellschaft. Die Geborgenheitsräume, die den Sterbenden und ihren Angehörigen zum Abschiednehmen und Trauern zugestanden werden, sind Ausdruck der gesellschaftlichen Spielräume. Obwohl höchst persönlich, sind Sterben und Trauer nicht einfach Privatsache, sondern soziales Geschehen.

Fremdtötung

Im Vordergrund der ethischen Reflexion über das Sterben steht zur Zeit die Frage der Fremdtötung. Es wird darüber debattiert, ob nicht nur die Selbsttötung, sondern unter ganz bestimmten Bedingungen auch die Fremdtötung erlaubt werden soll. Im Rahmen einer pluralistischen Gesellschaft kann diese Frage der Fremdtötung nicht mit einer einfachen, allgemein verbindlichen Wertentscheidung zugunsten des individuellen Überlebens beantwortet werden. Denn das Recht auf Selbstbestimmung wird heute allgemein über den Wert des Überlebens gestellt. Wieweit der persönliche Freiraum der Bürgerinnen und Bürger gehen soll, ist aufgrund von sozialetischen Güterabwägungen zu erschliessen, damit einerseits ein fairer Ausgleich der verschiedenen Freiheitsansprüche garantiert und andererseits gesellschaftliche Solidarität mit denjenigen Gesellschaftsgliedern garantiert ist, welche ihre Freiräume nicht selbst einfordern oder gar wahrnehmen können. Der Staat ist nicht nur der Freiheit, sondern auch dem Schutz seiner Mitglieder verpflichtet. Bis anhin bestand in vielen Ländern ein Konsens, dass Fremdtötung aus Schutzgründen abzulehnen sei.

In der Schweiz sind von verschiedenen Seiten derzeit Bestrebungen im Gange, welche die Fremdtötung unter bestimmten Bedingungen erlauben möchten. Anstoss zu diesem öffentlichen Diskurs war unter anderem die Motion Ruffy, welche 1994 eingereicht wurde und eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe forderte. In der Folge davon setzte Bundesrat A. Koller 1997 eine Kommission ein, deren Vorschläge nun auf dem Tisch liegen. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe will die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen auch in der Schweiz zulassen. In der Schweiz ist die Situation bis anhin rechtlich so geregelt, dass der Freiraum zur Selbsttötung ganz ausgeschöpft ist, indem sogar die Beihilfe zur Selbsttötung im Gegensatz zu vielen Nachbarländern rechtlich nicht strafbar ist, wenn sie nicht aus eigennützigen Zwecken geschieht. Trotzdem wird bis heute die Selbsttötung nicht als ein einforderbares Recht angesehen. Entsprechend hat jede Bürgerin das Recht, auf lebenserhaltende Massnahmen verzichten zu können. Demgegenüber ist die Fremdtötung in der Schweiz ganz verboten und strafbar. Trotz diesem Verbot der Fremdtötung kann jemand Freispruch beantragen, wenn die Tötung aus Notwehr für sich selbst oder zum Schutze Dritter erfolgt.

Für die Frage der Fremdtötung aus Mitleid bedarf es offensichtlich einer neuen gesellschaftlichen Konsensfindung, welche im pluralistischen Staat eine sogenannte

Klugheitsabwägung ist³⁸, bei der die derzeitige Situation der Sterbenden und Trauernden, die bisherigen Erfahrungen mit der Fremdtötung und der gesamtgesellschaftliche Kontext in die sozialetische Urteilsbildung einbezogen werden.

Sterben und Trauern im gesellschaftlichen Kontext

Im Kontext einer funktionalen, ganz auf Effizienz ausgerichteten Gesellschaft fällt es den Menschen schwer, Sterben und Tod als Handlungsgrenzen zu akzeptieren und entsprechend schwierig ist es, Sterben und Trauer den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Die wenigsten Menschen sterben zu Hause. Nicht zu Hause sterben zu können, muss nicht bedeuten, dass man nicht seinen eigenen Tod sterben kann. Eine Institution kann hierfür sehr hilfreich sein. Die Institutionen stehen aber zur Zeit unter einem enormen finanziellen Druck. Das bedeutet konkret, dass das Personal kaum Zeit hat, sich den Sterbenden und ihren Angehörigen angemessen zuzuwenden. In dieser Situation werden die heute bestehenden Möglichkeiten der Hilfe beim Sterben nicht ausgeschöpft: Wo die Zeit für bewusste medizin-ethische Güterabwägung fehlt, kommen immer wieder unangemessene medizinische Mittel beim Sterbenden zur Anwendung.

Ausweitung menschlicher Handlungsmacht

Die Forderung nach Fremdtötung entspringt dem Kontrollparadigma³⁹, das auch sonst in der modernen Gesellschaft das Handeln bestimmt. Die existentielle Herausforderung des Skandalons des Todes möchte der moderne Mensch mit technischen Machtmitteln bewältigen. Entsprechend beschäftigen sich die derzeitigen Diskussionen nicht mit den Sterbe- und Trauerumständen, sondern es geht um die technische Frage der Tötung, wann und unter welchen Umständen soll sie erlaubt werden. Im heutigen Kontext besteht aus Raum- und Zeitmangel oft die Möglichkeit für angemessene medizin-ethische Güterabwägungen bei der Frage nach dem Unterlassen von medizinischen Massnahmen, die ihren Sinn verloren haben, nicht. Wie sollte in diesem Kontext die schwerwiegende Frage der irreversiblen Handlung einer Fremdtötung abgewogen werden können?

Gesellschaftliche Zwänge

Mit einer wie auch immer gestalteten Liberalisierung der Fremdtötung wird der individuelle Handlungsbereich verlassen und die Tötungsoption in den sozialen Handlungsbereich eingeführt. Dadurch entsteht die ernst zu nehmende Gefahr, dass die Tötungsoption von gesellschaftlichen, ökonomischen und zwischenmenschlichen Zwängen vereinnahmt wird. Menschliche Handlungsmacht besitzt eine innere Tendenz zur Ausweitung, und Studien über die Erfahrungen mit der aktiven

³⁸ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus: *Sterbehilfe und theologische Ethik*, Vortrag gehalten an der Tagung „Potentiale philosophischer Medizinethik“ 8. Okt. 1998 an der Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik an der Universität Zürich

³⁹ vgl. Callahan, Daniel: *The Troubled Dream of Life, Living with Mortality*, Simon & Schuster, New York 1993

Sterbehilfe in Holland belegen, dass bereits ein solche Ausweitung stattfindet. So zeichnet sich dort eine Entwicklung ab, die Fremdtötung auf weitere Patientengruppen auszudehnen und Fremdtötungen aus Mitleid auch ohne Zustimmung der Patienten vorzunehmen.

Schlussbemerkungen

Angesichts der heute bereits bestehenden Schwierigkeiten, die Handlungsmacht am Sterbebett der Lebensgeschichte eines Menschen anzupassen, lässt sich auf dem Hintergrund der genannten Klugheitsabwägungen die Einführung der Option der Fremdtötung meines Erachtens nicht verantworten. Vielmehr gilt es, die im schweizerischen Recht bestehenden Möglichkeiten der Hilfe beim Sterben auszuschöpfen. Den Ärzten und Ärztinnen gesteht das heutige Recht einen grossen Freiraum zur Güterabwägung zu, so dass auch Schmerzlinderung selbst auf Kosten einer Lebensverkürzung möglich ist und lebenserhaltende Massnahmen zugunsten von palliativer Begleitung und Betreuung unterlassen werden können.

Die Konsequenzen der Option der Fremdtötung sind nicht absehbar; der mögliche Vertrauensverlust in die Ärzteschaft und die Gefahr ihrer Instrumentalisierung für gesellschaftliche Zwecke ist nicht auszuschliessen. Wie die Erfahrung mit der Fremdtötung in der Geschichte der Menschheit eindrücklich belegt, ist die Schutzfunktion des Staates nicht mehr gewährleistet, sobald sie Eingang ins soziale Handeln gefunden hat. Der Gegenbeweis steht bis heute noch aus. Die versuchsweise Einführung der Fremdtötung scheint mir ein nicht zu verantwortendes gesellschaftliches Experiment zu sein.

Statt so viel Zeit mit den Überlegungen für oder gegen die Option der Fremdtötung zu verschwenden, sind Sterbe- und Trauerräume zu schaffen, die es sterbenden Menschen und ihren Angehörigen erlauben, in aller Stille und Geborgenheit Abschied voneinander zu nehmen, um die eigene und die gemeinsame Lebensgeschichte zu Ende schreiben zu können. Dies wäre ein wichtiger Beitrag an eine humane Gesellschaft, in der sich die Menschen wohl fühlen und lebendig sein können. Nach gelungenem Sterben ist frisches gelingendes Leben wieder möglich. Am Skandalon des Todes entscheidet sich das Leben. Lebendigkeit schliesst Abschied, Sterben und Tod mit ein. Und wer wollte schon nicht lebendig sein?

Literatur:

Baumann-Hölzle, R.: *Das Skandalon des Todes als ethische Herausforderung*, in „Schweizerische Rundschau für medizinische Praxis“, Hans Huber Verlag Bern 1999, Nr. 88, 1239 - 1243

Callahan, D.: *The Troubled Dream of Life. Living with Mortality*, Simon & Schuster, New York 1993

Pijnenborg va der Maas, u.a.: *Life-terminating acts without explicit request of patient*, in „The Lancet“ Vol. 341, 8. Mai 1993

Zimmermann-Acklin, M.: *Euthanasie, eine theologische-ethische Untersuchung*, Herder Verlag, Freiburg im Br., Universitätsverlag Freiburg i.Ue., 1997

Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus: *Sterbehilfe und theologische Ethik*, Vortrag gehalten an der Tagung „Potentiale philosophischer Medizinethik“ 8. 10. 1998 an der Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik an der Universität Zürich

TATORT: PFLEGEHEIM IM KANTON LUZERN

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, DIALOG ETHIK, Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Zürich

Pfleger tötet mehr als zwanzig demente Personen aus Mitleid ohne Einwilligung

Warum soll ein Pfleger, der das Leben von dementen PflegeheimbewohnerInnen für nicht mehr lebenswert erachtet, diese nicht töten dürfen? In einer pluralistischen Gesellschaft lautet hierauf die einzig legitime Antwort, weil alle Menschen einen Anspruch auf Würde, auf körperliche Integrität und Menschenrechte haben. Der Würdeanspruch wird heute jedem Menschen unabhängig von seinem leiblichen Zustand in einer humanen Gesellschaft anerkannt. Dieser grundlegende Anspruch auf Würde, welcher I. Kant im 18. Jahrhundert zum ersten Mal formulierte, brachte den Menschen neue Freiheiten, die Demokratie und führte zur pluralistischen Gesellschaft, in der die Menschen ihr Leben autonom nach ihrem eigenen Willen gestalten dürfen. Einzige Einschränkung ist die Freiheit des anderen Menschen. Dieses Autonomiekonzept ist ein formales Abwehrkonzept und sagt nichts Inhaltliches über das Menschsein aus. Es ermöglicht so das Nebeneinander von verschiedenen Menschenbildern. Die Menschenwürde ist das Nadelöhr von Freiheit und Toleranz der modernen Gesellschaft und schützt die Menschen vor ungewollten Übergriffen. Gleichzeitig ist darin die Aufforderung an die Gesellschaft enthalten, allen Menschen zu Lebensumständen zu verhelfen, die sie vor Instrumentalisierung schützt. Und auch demente Frauen sind davon nicht ausgenommen!

Menschenwürde ein Qualitätsbegriff?

Dieses formale Würde- und Autonomieverständnis wandelt sich derzeit zu einem Begriff der Lebensqualität: Nur mit einer bestimmten Lebensqualität besitzt ein Mensch noch Würde. Zudem sollen die Menschen die Freiheit erhalten, ihre Würde selber zu bestimmen und die Tötung verlangen zu können. So entschied die Rechtskommission des Nationalrates, die Initiative von Franco Cavalli zu unterstützen, die die Tötung auf Verlangen in der Schweiz liberalisieren will. Damit folgt sie der Motion Ruffy, welche die Liberalisierung der Tötung auf Verlangen mit der Begründung fordert, es gebe „Krankheiten, die die Würde des Menschen beeinträchtigen“ und der vom Bundesrat eingesetzten Arbeitsgruppe Sterbehilfe, welche 1999 ebenfalls den Strafverzicht bei aussergewöhnlichen Tötungen auf Verlangen vorschlug. Die Rechtskommission des Nationalrates begründet ihren Antrag zudem mit der Hoffnung, dass mehr Transparenz in die Entscheide am Sterbebett kommen solle. Das Beispiel von Holland, wo die Tötung auf Verlangen legal ist, weist aber in eine andere Richtung: von 100 Tötungsfällen werden heute nur gerade 40 gemeldet. Untersuchungen im Jahre 1993 zeigten, dass von 3600 Tötungen 1000 Tötungen ohne explizite Willenserklärung vorgenommen wurden. Auch bei den Vorfällen in Luzern sind bereits Stimmen laut geworden, die durchaus Verständnis für das Handeln des Pflegers ausgesprochen haben.

Vom Selbstschutz zum Eigennutz

Die Tötung auf Verlangen wurde bisher mit der Annahme abgelehnt, dass damit die Schutzfunktion des Staates schwachen Menschen gegenüber nicht mehr gewährleistet sei. Generell sinke die Hemmschwelle gegenüber der Tötung, und die Solidarität der Gesellschaft mit abhängigen Menschen gerate in Gefahr. Der Schutz der Freiheit der Schwachen, ihr Selbstschutz, wird dem Eigennutz vorangestellt. Mit einer Zulassung der Tötung auf Verlangen würde dieses Verhältnis umgekehrt und das Autonomiemodell vom Abwehr- zum Einforderungskonzept. Ob eine Gesellschaft in Zukunft ihre Humanität mit einer solchen Umkehrung bewahren kann, ist offen. Ich bezweifle es.

HAUS FÜR BETAGTE

Martin Haueter, Verwalter Schlössli Pieterlen

Bis vor bald 15 Jahren arbeitete ich in einer Bankniederlassung. Somit ist gesagt, dass ich hier nicht als Theologe spreche, sondern als Heimleiter mit viel praktischer Erfahrung im Begleiten von Menschen an ihrem Lebensende.

Das Schlössliheim in Pieterlen vertritt die „Kultur des Lebens“, bei der jedoch das Sterben unausweichlich dazu gehört. Die Pensionäre und Pensionärinnen erhalten im Sterben eine Begleitung aus dem Leben heraus, im Sinne wie es heute morgen genannt wurde: Orte, die mit Sterben zu tun haben, sollten zuerst eine Kultur des Lebens schaffen. Christliche Sterbehilfe ist immer auch Hilfe zum Leben.

Unsere BewohnerInnen treten bei uns ein wie in ein Hotel: sie haben keine Verpflichtungen, sie können am nächsten Tag wieder gehen. Somit sind die alten Menschen bei uns sehr frei. Dies trifft auch für die 180 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu. Im Anstellungsvertrag unterschreiben sie den Auftrag, Leben zu teilen und zu fördern, dem Nächsten das Leben zu erleichtern und zu verschönern. Damit die zukünftigen Angestellten wissen, ob sie ihr Leben mit den BewohnerInnen des Heimes teilen wollen, absolvieren sie eine mehrtägige Schnupperzeit. Im Heimareal wohnen auch 12 Familien, also sowohl alte als auch junge Menschen. Alle diese Leute folgen dem Grundsatz: Ich bin bereit, das Leben meiner Mitarbeitenden und der Pensionäre zu erleichtern und zu verschönern - wie in einer grossen Familie - entsprechend unserem Leitbild.

Bei uns arbeiten auch die Pensionäre, die noch Restkräfte haben mit. Sie helfen auf vielfältigste Weise und nach ihren Möglichkeiten, sie sind für einander da. Nun ist es so, dass trotz unserer „Kultur des Lebens“ immer wieder der Sterbewunsch bei alten Menschen auftritt. Interessant ist dabei, dass bei genauerem Hinhören etwa folgende Fragen formuliert werden: Warum besucht mich niemand mehr? Warum habe ich keine Aufgabe mehr usw. Die Botschaft des Sterbewunsches drückt in der Regel den Wunsch nach mehr Integration und neuen Lebensaufgaben aus. Für den alten Menschen ist es wichtig zu wissen, dass er noch gebraucht wird, sei es um gute Gespräche zu führen oder ein Gebetsanliegen wahrzunehmen.

Die von uns praktizierte natürliche Sterbehilfe lässt sich in drei verschiedene Arten teilen. Die erste Art möchte ich anhand eines Beispiels aufzeigen: Vor drei Wochen kam eine 78jährige Frau zu mir und sagte: „Jetzt will ich sterben, die Medikamente machen mir nur noch mehr Schmerzen, bringen den Magen durcheinander, ich kann nicht mehr essen und habe Durchfall. Ich möchte die Medikamente absetzen und bespreche das mit dem Arzt, darf ich das?“ Ich sagte ihr, dass sie das selbstverständlich alleine entscheiden dürfe und der Arzt willigte auch ein. Daraufhin hat die Frau ihren Medikamentenverzicht und die Bereitschaft „Heim“ zu gehen schriftlich fest gehalten – und was ist passiert? Es geht ihr sehr gut und sie ist lebensfroh – eine Situation, die wir schon öfters erlebt haben. Es ist legal, Medikamente abzusetzen, und im Schlössliheim kommt es dadurch auch zu

Sterbefällen, doch freut es uns auch immer wieder, wenn die Pensionäre weiter mit uns leben. Schwierig wird es, wenn bei uns der Eindruck entsteht, dass der Entschluss nicht ganz aus freiem Willen, sondern auf Wunsch der Angehörigen entstanden ist. Umso schöner, wenn der alte Mensch dann ohne Medikamente weiter leben darf. Dies ist die Art der Sterbehilfe, welche durch Absetzen von Medikamenten geschieht.

Die zweite Art ist die Natürlichste von allen. Äussert jemand den Sterbewunsch, empfehlen wir, mit essen aufzuhören. Nach intensiven Gesprächen wird das Essen noch während drei bis vier Tagen hingestellt, verzichtet die sterbewillige Person in dieser Zeit auf das Essen, respektieren wir ihren Wunsch und setzen das Essen ab. Diese natürliche Art der passiven Sterbehilfe hat einen Vorteil: Durch die Verweigerung von Essen wird der Geist freier, der Leib ist weniger belastet, und die Leute gehen viel bewusster in den Sterbeprozess hinein. Sie verbünden sich mit ihrem Herrn, der sie durchs Sterben hindurch in die Ewigkeit führt. Obschon wir bei diesen beiden ersten Arten der Sterbehilfe oft den Eindruck haben, dass es lange geht, haben wir die Erfahrung gemacht, dass jeweils innere Prozesse ablaufen, stille Verhandlungen mit dem Herrn des Lebens über den Zeitpunkt des „Zimmerwechsels“ von diesem sichtbaren Raum in einen noch unsichtbaren. Auf diese Weise erklären und begleiten wir die Sterbenden auch bis zum „Tor“, bis dahin, wo wir mit ihnen gehen können und bereiten sie so aktiv auf den Übergang vor.

„Sterbehilfe heisst auch, die Sterbeprozess aufhaltenden Beziehungen und Fakten zu klären und zu bereinigen.“ Dies ist die dritte und wirksamste Art der Sterbehilfe. Wenn jemand seit ein, zwei Wochen aus medizinischer Sicht sterben könnte, aber nicht sterben kann und traurig wirkt, sind das Hinweise, dass Fakten oder unbereinigte Beziehungen bestehen, die es noch zu regeln gilt. Meistens handelt es sich um traurige, traumatische Erlebnisse von früher, um gestörte Verhältnisse. In Gesprächen geht es dann darum, bedrückende Dinge auszusprechen und gegenseitige Vergebung zu empfangen. Ist die Situation geklärt, passiert es immer wieder, dass die befreite Person innerhalb kürzester Zeit in Frieden sterben kann. Das ist eindrücklich, und wir sind dankbar dafür. Dies zeigt mir auch immer wieder auf, dass eine Seelsorge- und Gebetskraft bei jedem Christen ist, wie uns das am Ende des Markus-Evangeliums, Kapitel 16, verheissen ist.

Meine Frau hat recht, wenn sie sich über Schlagzeilen im „Blick“ sorgt, denn für Aussenstehende können solche Vorgänge gar nicht mit „rechten Dingen“ zugehen. Ich danke Ihnen für Ihr Interesse und möchte schliessen mit dem Wort: Sterbehilfe ist, den alten Menschen oder den lebenssatten Menschen in eine lebendige Beziehung zum höchsten Gott zu bringen, der durch das Sterben hindurch in das ewige Leben führt.

GERIATRISCHE REHABILITATIONSKLINIK

Marianne Keller, Leiterin Rehabilitationsstation

Ich arbeite seit 20 Jahren in den unterschiedlichsten Funktionen als Krankenschwester. Zur Zeit bin ich in einer leitenden Funktion auf einer geriatrischen Rehabilitationstation tätig.

Wer von Ihnen hat nicht schon einen Besuch in einem Pflegeheim gemacht und nebst der Betroffenheit, der Anteilnahme auch die eigene Hoffnung gespürt, nie in einer solchen Situation leben zu müssen?

Mit meinem Beitrag möchte ich ein Stück Realität aus dem Alltag von Chronisch-kranken aufzeigen. Weiter ist es mir ein dringendes Anliegen, Ihnen das Spannungsfeld rund um ethische Fragen aufzuzeigen, in dem sich ein Pflorgeteam, andere Disziplinen und die Angehörigen bewegen.

Ich denke, dass wir uns einig sind, dass im Alter nicht Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tode unser Ziel sein muss. Das klingt schön.

In der Praxis wird der Umgang mit den entsprechenden Fragen und Problemen schon schwieriger. Ständig werden, müssen bei alten Menschen Entscheide gefällt werden. Entscheide, die durch Vorenthaltung bestimmter Massnahmen eine Lebensverkürzung oder in deren Durchführen eine Lebensverlängerung bedeuten können. Ich frage Sie nun, welcher Entscheid bewirkt nun wann ein Sterben in Würde?

Dazu möchte ich Ihnen ein Beispiel aus meiner Praxis erzählen. Die verwendeten Daten sind selbstverständlich anonymisiert.

Herr Müller lebt, nachdem er eine ausgedehnte Hirnblutung erlitten hat, seit 5 Jahren im Pflegeheim. Vor dem Ereignis hat er seine Ehefrau gepflegt, die durch eine demenzielle Erkrankung pflegebedürftig geworden ist. Zu seinen 5 Kindern hatte er stets ein gutes Verhältnis.

Seit Eintritt ist Herr Müller in allen Aktivitäten des täglichen Lebens vollständig vom Pflegepersonal abhängig. Seine aktiven Bewegungsmöglichkeiten sind auf eingeschränkte Beweglichkeit von Kopf und Armen reduziert. Täglich wird er für ein paar Stunden in einem Pflegerollstuhl mobilisiert, muss aber wegen Ermü- dungserscheinungen nach ein paar Stunden wieder zu Bett gebracht werden. Die Konsequenz daraus ist, dass er täglich 20 Stunden im Bett verbringen muss.

Fünfmal pro Tag wird Herrn Müller das Essen eingegeben, was er offensichtlich genießt.

Wegen neurogenen Blasen- und Darmstörungen und koronarer, hypertensiver Herzkrankheit wird ein Minimum an Medikamenten eingesetzt.

Die Stimmung von Herrn Müller ist sehr wechselhaft. Da er sich verbal nicht mehr mitteilen kann, muss die Stimmungslage aus dem Verhalten abgeleitet werden, was genügend Ruhe, Zeit und gute Beobachtungsgabe von Seiten des Personals voraussetzt.

Herr Müller hat vor dem Ereignis der Hirnblutung mit seinem Sohn zusammen eine Patientenverfügung aufgesetzt.

Den Inhalt möchte ich Ihnen vorlesen.

„An meine Familie, meine Ärzte, meinen Seelsorger und meinen Rechtsvertreter:

Sollte ich nicht mehr imstande sein an Beschlüssen teilzunehmen, die meine Zukunft betreffen, so wünsche ich, dass die nachfolgende Erklärung als formeller Ausdruck meines Willens betrachtet und wie ein Testament befolgt wird.

Ich, der Unterzeichnende bitte, dass man mich sterben lässt und dass man mich nicht durch künstliche Mittel oder heroische Behandlungen am Leben erhält. Der Tod ist eine Realität, ebenso wie die Geburt, das Wachstum, die Reife und das Alter.

Ich fürchte weniger den Tod, als die Unwürdigkeit des Verfalls, der Abhängigkeit und des Leidens. Ich bitte, dass mir im Zustand meiner letzten Leiden weitgehend schmerzstillende Arzneimittel verabreicht werden, selbst wenn diese den Eintritt des Todes beschleunigen sollten. Ich bitte diese so einzusetzen, dass die Schmerzen bei möglicher Erhaltung meiner geistigen Verfügbarkeit noch erträglich sind.

Diese Bitte habe ich nach reiflicher Überlegung abgefasst. Obwohl dieses Dokument rechtlich nicht zwingend ist, hoffe ich, dass Sie, die dazu bestimmt sind, sich meiner annehmen, sich moralisch verpflichtet fühlen, diese Vorschriften zu befolgen. Ich erkenne an, dass Sie damit eine erhebliche Last an Verantwortung übernehmen, und eben in der Absicht, diese Verantwortung zu teilen und jegliches Schuldgefühl von Ihnen zu nehmen, wurde diese Erklärung abgefasst.“

Die Kinder von Herrn Müller haben seine Verfügung sehr aktiv vertreten. In wiederholten Familiengesprächen haben sie darum gebeten, alle Medikamente abzusetzen, ausgenommen die Schmerzmittel.

Auf der anderen Seite plädierten der ärztliche sowie pflegerische Dienst für ein Minimum an Medikamenten, um die Lebensqualität von Herrn Müller zu verbessern. Schlussendlich hat sich die Institution durchgesetzt. Ein befriedigender Konsens konnte nicht gefunden werden.

Die Besuche der Kinder sind inzwischen seltener geworden, weitere Familiengespräche wurden von Seiten der Angehörigen verweigert. Sie begründen ihren Rückzug damit, die Lebenssituation ihres Vaters nicht ertragen zu können und dass wir ihre Haltung inzwischen deutlich kennen.

Patientenverfügungen gilt es ernst zu nehmen. Der Wille des Patienten muss begleitend sein, aber wie Sie dem Beispiel von Herrn Müller entnehmen können, gibt sie im individuellen Fall nicht auf alle Fragen eine Antwort. Schwierig wird es vor allem dann, wenn sich der Betroffene selber nicht mehr dazu äussern kann. Die Rolle der Angehörigen wird von den unterschiedlichsten Motiven geprägt: Sie wollen im Sinne des Patienten entscheiden oder ihm möglichst Leiden ersparen, oder aber sie halten die belastende Situation nicht mehr aus, sie leiden unter eigenen Sorgen und Konflikten, vielleicht auch unter Schuldgefühlen.

Im Beispiel von Herrn Müller leidet die Qualität der Begleitung an der Bereitschaft aller, den Weg wirklich gemeinsam zu gehen und in den Fragen der therapeutischen und ethischen Entscheidungen Übereinstimmung zu finden.

Dadurch wird es schwierig, die Realitäten auszuhalten und mitzutragen, jeden Tag, monate-, jahrelang. Trotz allen Bemühungen, Herrn Müller das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten, bleibt das Gefühl von Hilflosigkeit und Betroffenheit.

Stellen Sie sich vor, Sie hätten diese Patientenverfügung selber oder für ihren Vater verfasst. Was würde wohl in Ihnen vorgehen? Wäre da nicht auch ein Gefühl der Ohnmacht vorhanden?

Nebst Patientenverfügungen gibt es einen ganz kleinen Bruchteil von Patientinnen und Patienten die nach aktiver Sterbehilfe verlangen. Eine gute Palliativpflege verringert sicher den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe und trotzdem wächst die Anzahl der Gruppierungen, welche das Recht auf ein rasches, schmerzfreies Sterben fordert. Ein Grund dafür kann die zunehmende Möglichkeit der Medizin und Pflege sein, die die Grenzen des Todes immer weiter hinausschiebt.

Dazu ein weiteres Beispiel aus meiner Praxis.

Frau Meier erkrankt an einem unheilbaren Hirntumor. Sie wird aus palliativen Gründen operiert, bestrahlt und schlussendlich zur Rehabilitation ins Pflegeheim eingewiesen.

Im selben Jahr ist der Ehemann von Frau Meier ganz unerwartet verstorben. Zu ihren Kindern und Enkelkindern pflegt sie ein herzliches Verhältnis.

Frau Meier leidet unter Wortfindungsstörungen, und vor allem ist sie in der Koordination von Bewegungs- und Handlungsabläufen stark eingeschränkt. Unter akuten Schmerzzuständen leidet sie nicht.

Trotz allen Schicksalsschlägen glaubt Frau Meier an die Zukunft, wirkt motiviert und gibt sich alle erdenkliche Mühe, wieder selbstständig zu werden. Ausser dass sie wiederholt betont, dass es schon gut werden wird und sie halt sehen muss, was werden wird, äussert Frau Meier ihre Gefühle wenig.

Die anfänglichen Fortschritte kann sie nicht halten, unsere Unterstützung annehmen zu müssen, fällt ihr unendlich schwer. Sie wirkt zunehmend stiller und deprimierter. Trotz psychologischer und theologischer Betreuung und allen Bemühungen des

Teams kann die depressive Verstimmung von Frau Meier nicht aufgefangen werden. Bald darauf verweigert sie die Medikamente und Nahrung, was auch von allen Seiten respektiert wird. Sowohl Angehörige wie auch das Team bemühen sich sehr aktiv darum, die Situation stets neu einzuschätzen und jeden Tag mit Frau Meier zusammen neu zu gestalten. Die Angehörigen respektieren den Willen, haben aber Mühe, die Situation auszuhalten, wirken überfordert, ein leichter Rückzug macht sich bemerkbar. Während der gemeinsame Weg einer Palliativbegleitung diskutiert und geplant wird, äussert Frau Meier wiederholt und klar den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Sie empfindet ihr Dasein als unerträglich. Obwohl sie weiss, dass sie bald sterben wird, sieht sie den Sinn, unter diesen Umständen weiterleben zu müssen, nicht ein.

Damit löst sie ein breites Repertoire an Emotionen aus. Den Entscheid zu respektieren fällt schwer, auch das Gefühl von versagt zu haben kommt auf. Haben wir Frau Meier genug Zuwendung entgegengebracht, ist die Begleitung wirklich gut genug gewesen?

Klar wird, dass sie aus der Institution austreten muss, um ihren Wunsch umsetzen zu können, was aber auch einem abrupten Abbruch eines Prozesses gleichkommt.

Frau Müller tritt dann tatsächlich sehr rasch in das Pflegeheim ihres Wohnortes über, wo sie kurz darauf, ohne die Unterstützung von aktiver Sterbehilfe, verstirbt.

Eine klare Regelung im Umgang mit dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wäre in diesem Beispiel hilfreich gewesen.

Durch die Auseinandersetzung und Regelung der Sterbehilfe werden wir sensibilisierter für Probleme, für Leiden und für mögliche Sterbewünsche von Patientinnen und Patienten. In einer guten Palliativpflege werden diese Fragen ernst genommen.

In der gesunden Bevölkerung ist ein gewisser Widerspruch festzustellen, zwischen dem, was für sich selbst als wünschbar betrachtet wird und der theoretischen Zulassung der aktiven Sterbehilfe gesamtgesellschaftlich. Bei schwerkranken Patientinnen und Patienten verschwindet dieser Widerspruch: Sie haben nicht mehr den Luxus, zwischen gesamtgesellschaftlichem Rahmen und dem persönlichen Wunsch unterscheiden zu können.

Wir können uns also einer Lösung nur nähern, wenn wir zuerst einmal die Diskussion versachlichen, indem wir uns fragen, was heisst es wirklich, wenn ein Kranker so stark unter seinem Dasein leidet, dass er sich wünscht, dass jemand ihm hilft, damit er so schnell wie möglich sterben kann?

Aktive Sterbehilfe erfordert als unabdingbare Voraussetzung die freie und unbehinderte Willensäusserung der Person, die sterben möchte. Es kann in diesem Fall nur einen Richter oder eine Richterin geben: nämlich die Person selbst.

Aktive Sterbehilfe ist für mich ein möglicher Schritt der palliativen Medizin und hat deswegen nichts mit der Rationierung der medizinischen und pflegerischen

Leistungen zu tun. Ist nicht gerade das Einbinden in den Prozess eine Schutzmassnahme gegen missbräuchliche aktive Sterbehilfe? Ein Schutz der ausserhalb der Heime nicht gewährleistet ist.

Sicher ist die Praxis der aktiven Sterbehilfe nicht Teil des medizinischen und pflegerischen Auftrages, was aber nicht ausschliessen darf, dass klare Regelungen geschaffen werden müssen, wie mit dem zunehmenden Wunsch nach aktiver Sterbehilfe umgegangen wird. Ich befürworte die konkrete Auseinandersetzung, weil sie den Ängsten und Verunsicherungen entgegenwirkt, die das Thema verständlicherweise auslösen kann.

Tagungen wie diese sind sicher ein guter Anfang.

Es war mir eine Ehre, das Wort an Sie richten zu dürfen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

SPITALSEELSORGE

Cosette Odier, Pfarrerin und Ausbilderin für Spitalseelsorge am Waadtländer Universitätsspital

In Genf präsentiert sich die Lage anders als in Zürich. In Genf, wie überall sonst in der Schweiz, ist den Mitgliedern von Sterbehilfeorganisationen der Zutritt zu Altersheimen gestattet (vorbehältlich des Verbots der Heimleitung), denn das Altersheim gilt als Wohnsitz der Heimbewohner und -bewohnerinnen. Doch kommt es im Kanton Genf nur äusserst selten vor, dass Mitglieder von Sterbehilfeorganisationen solche Heime besuchen. Das Problem ist dort also weniger akut als in Zürich, wo ihnen seit 1987 der Zutritt zu Alterspflegeeinrichtungen untersagt war. In Zürich wurde das Verbot bekanntlich per 1. Januar 2001 aufgehoben.

In Genf hat in den letzten Jahren ein mit der angeschnittenen Problematik verwandtes Thema an Bedeutung gewonnen und wird auf kantonaler Ebene in seinen rechtlichen wie in seinen ethischen Aspekten öffentlich diskutiert: die Frage der Patientenverfügungen. Inzwischen sind die Patientenverfügungen Gegenstand der Genfer Gesetzgebung. In solchen Erklärungen können Personen, die dies wünschen, festhalten, wie man sich ihnen gegenüber am Lebensende verhalten soll. Sie können beispielsweise verfügen, dass sie nicht um jeden Preis am Leben erhalten werden wollen. Patientenverfügungen stellen sicher, dass der Wille einer Person am Lebensende respektiert wird. Der Arzt ist verpflichtet, diese Willensäusserung zu berücksichtigen. Zur Zeit der öffentlichen Debatte um die Patientenverfügungen kam es auch in Alters-, Pflege- und Krankenheimen zu Diskussionen zwischen Pflege- und Verwaltungspersonal und Heimbewohnern und -bewohnerinnen. Einige Institutionen informierten die Betagten darüber, dass ihnen nun die Möglichkeit zu solchen Erklärungen offen stehe. Ihnen wurde erklärt, wie vorzugehen sei, um sicherzustellen, dass ihr Wille auch wirklich respektiert werde. Steht beispielsweise in einer Patientenverfügung lediglich, die betreffende Person lehne lebenserhaltende Massnahmen um jeden Preis (*acharnement thérapeutique*) ab, ist es schwierig, ihren Willen zu respektieren, ist doch der Begriff höchst diffus. Wichtig sind also möglichst präzise Formulierungen. Die Information soll dazu beitragen, dass die Verfügungen von den Ärzten tatsächlich berücksichtigt werden und dass sie so getreu wie möglich den Willen der betroffenen Person widerspiegeln.

Zu dieser Thematik sei abschliessend festgehalten, dass die Frage der Patientenverfügungen den Anstoss zu einer Debatte über das Lebensende gab. Die Betagten fühlten sich ermutigt, darüber mit ihren Angehörigen, ihrer Familie, ihrem Arzt zu sprechen – ein entscheidendes Element, wenn es darum geht, die öffentliche Debatte über eine Angelegenheit, die uns alle betrifft, voranzubringen.

Während meiner Tätigkeit als Spitalseelsorgerin wurden mir gegenüber immer wieder drei Gedanken geäussert, die ich für exemplarisch halte. Jeder Gedanke steht auf

seine Weise für jene Ängste, die bei Seniorinnen und Senioren häufig anzutreffen sind.

«Ich habe genug, ich möchte sterben»

Was bedeutet dieser Satz wirklich? Was soll man darauf antworten? Als Mitglied des Pflorgeteams kann man selbstverständlich antworten: «Nein, nein, es ist noch nicht Zeit, Sie werden nicht sterben, machen Sie sich keine Sorgen.» Oder: «Wir tun alles, um Ihnen eine hohe Lebensqualität zu sichern.» Oder: «Sie wissen, dass ich nicht das Recht habe, Sie zu töten, ich kann also auf Ihr Ersuchen gar nicht eintreten.» Doch hinter diesen drei Sätzen steht die Weigerung, auf die Bitte überhaupt einzugehen. Diese wird gar nicht wirklich ernst genommen. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass es sich lohnt zu antworten: «Sie haben genug, Sie möchten sterben.» Erst wenn eine solche Aussage in Betracht gezogen wird, kann sie in ihrer Intensität und Tiefe ausgelotet werden. Hinter der Bitte kann sich nämlich auch die Angst vor Schmerzen, die Furcht, allein gelassen zu werden, verbergen. Wenn ein betagter Mensch aufmerksam betreut, wenn er bis zum letzten Atemzug als lebendig betrachtet wird und wenn er eine ihm angemessene Palliativpflege erhält, dann kann er so vor äusserst unangenehmen Symptomen bewahrt werden. Es kommt vor, dass Leiden und Ängste mit solchen Mitteln gelindert werden können.

Manche wollen mit diesem Satz bedeuten, sie seien des Lebens überdrüssig. Nehmen wir uns genügend Zeit, ihnen zuzuhören, dann merken wir schnell, dass diese Menschen oft nur darauf warten, sich über gewisse Ereignisse und Erfahrungen in ihrem Leben auszusprechen. Manchmal genügt auch schon die Erinnerung an glückliche Zeiten, um die Gegenwart erträglich zu machen.

Schliesslich hat mir die Erfahrung gezeigt, dass der Satz bei ganz wenigen Menschen tatsächlich Ausdruck eines echten Todeswunsches ist. Ist das der Fall, dann müssen wir die Bitte ernst nehmen und uns nicht darauf versteifen, mit allen Mitteln eine Person retten zu wollen, die wirklich nicht mehr leben will. Kommt es in solchen Fällen beispielsweise zu einer Komplikation, dann ist es möglich, nicht alle Mittel einzusetzen, um diesen Menschen zu retten und ihn um jeden Preis am Leben zu erhalten. Diese Optionen können vom Pflorgeteam diskutiert werden, ohne dass unbedingt die Frage der aktiven Sterbehilfe angeschnitten werden müsste. Zuweilen müssen wir uns eingestehen, dass wir unerträgliches Leiden nicht lindern und den abhanden gekommenen Lebenswillen nicht zurückgeben können. Dem Pflegepersonal fällt es schwer, solche Situationen zu akzeptieren. Jemanden zu pflegen, der nicht mehr leben will, stürzt das Pflegepersonal in einen Konflikt. Doch das Bemühen, die Leidenssituation mitzutragen, und Empathie mit einer lebensmüden Person ermöglichen es uns zuweilen, unser Menschsein zu transzendieren. Wir müssen die *condition humaine* samt ihrer Endlichkeit akzeptieren; und wir müssen uns auch eingestehen, dass wir in gewissen Situationen ohnmächtig sind.

«Die Situation ist unerträglich, so kann es nicht weitergehen»

Dieser Satz ist häufig von Pflorgeteams zu hören, wenn sie mit schwierigen Situationen konfrontiert sind. Im gleichen Sinn äussern sich manchmal auch Familienangehörige. Es ist tatsächlich bedrückend und schmerzlich, Tag für Tag einen nahen Angehörigen, den Ehemann, die Ehefrau, zu besuchen, einen geliebten Menschen, der nicht mehr der ist, der er einmal war, der nicht mehr spricht und der nicht mehr kommunizieren kann. Wir sind verpflichtet, uns Zeit für diese Menschen zu nehmen, ihnen zuzuhören, damit sie ausdrücken können, wie sehr sie unter der Situation leiden. Es ist unbedingt nötig, diesen Angehörigen zuzuhören, damit sie die eigene Angst vor Leiden und Tod nicht auf ihren Ehepartner, ihre Verwandten übertragen. Solche Möglichkeiten zur Aussprache sind auch in Altersheimen anzubieten.

Unumgänglich ist, dass das Pflorgeteam auf jede Eventualität vorbereitet ist. So wird die Vorwegnahme zur bevorzugten Option. Besser ist es, Entscheide nicht unter Druck fällen zu müssen und die getroffenen Entscheide klar zu vermitteln. Dank Vorwegnahme lassen sich Paniksituationen vermeiden. Sonst kann es nämlich in solchen Momenten passieren, dass jemand ins Krankenhaus überführt wird, obwohl sich seit sechs Monaten alle darüber einig sind, dass es besser wäre, wenn dieser Mensch sterben könnte. Entscheidend ist also, dass es unter sämtlichen Mitgliedern des Pflorgeteams zu einem Konsens kommt und dass alle auf eine Krisensituation vorbereitet sind, denn nur so lässt sich ein *Zuviel* an Pflege vermeiden.

Der Zwiespalt des Pflegepersonals ist da: Abstrakt hegt man den Wunsch, der Patient, die Patientin möge gehen können; ist dann aber der Moment gekommen, tut man alles, um ihn, um sie nicht sterben zu lassen. Nicht bloss das Pflegepersonal kennt diesen Zwiespalt im Angesicht des Todes. Wir alle tragen ihn in uns, die betroffenen Familien und die Patienten selbst. Sich diesen Zwiespalt bewusst machen und ihn verbalisieren, erlaubt es, nicht auf einseitige Bitten hereinzufallen.

Wir sind, stellvertretend für die Gesellschaft, dafür verantwortlich, dass Freunde, Verwandte und Familien, aber auch das Pflegepersonal die nötige Unterstützung erhalten; wir müssen ihnen den nötigen Freiraum anbieten, damit sie den richtigen Weg finden zwischen dem Eingehen auf den Anderen und der Projektion der eigenen Ängste und Befürchtungen angesichts der Unausweichlichkeit von Alter und Tod. Dann werden sie schliesslich vielleicht in der Lage sein, Massnahmen zu ergreifen, die überflüssig gewordene Behandlungen nicht verlängern.

«Vielleicht möchten sie, dass ich sterbe... was genau spritzen sie mir denn eigentlich?»

Es gibt Betagte und Kranke, die sich beunruhigt fragen, was denn mit der Behandlung tatsächlich bezweckt werde. Das mag damit zu tun haben, dass die Frage der Suizidhilfe öffentlich debattiert wird. Die Auswirkungen auf Menschen, die von diesem Problem besonders betroffen sind, dürfen nicht heruntergespielt werden.

So kommt es vor, dass Betagte sich besorgt fragen, ob ihnen denn die ganze Wahrheit gesagt werde. Dann beginnt der Zweifel an ihnen zu nagen. Sie sind sich nicht hundertprozentig sicher, ob nicht etwas geplant ist, worüber sie nicht informiert werden. Immer wieder kommt es vor, dass Menschen in einem Augenblick der Verzweiflung sagen, sie möchten sterben. Doch dann gewinnt der Wunsch zu leben wieder die Oberhand. Und sie fragen sich, ob man ihre Worte vielleicht nicht doch ernst genommen hat. Das zeigt, wie wichtig es ist, Betagten Gewissheit zu bieten, und zwar auch dann, wenn sie abhängig und schwach geworden sind. Ganz wesentlich ist zudem, dass wir uns daran erinnern, dass die jetzt Betagten im letzten Jahrhundert gelebt haben. Ihre Werte und Bezugspunkte sind nicht unbedingt die unsrigen. Der Kampf, der Wille zu kämpfen, das Erdulden von körperlichen und seelischen Schmerzen sind sicherlich Grössen, welche die Konsumgesellschaft im anhebenden dritten Jahrtausend völlig anders bewertet. Gleiches gilt für das Verständnis von Leben und Tod. Deshalb dürfen wir den Betagten nicht unsere Werte aufzwingen, sondern müssen die ihren respektieren.

In unserer sozialen Verantwortung liegt es, dass Betagte, die in einer Gesellschaft mit ganz anderen Wertvorstellungen gross geworden sind, sich auch dann noch sicher fühlen, wenn sie gebrechlich und abhängig geworden sind.

In einer Zeit, da auf nationaler Ebene erneut die Diskussion um Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord ansteht, schien es mir wichtig, in dieser Form einige Grenzen aufzuzeigen. Auf jeden Fall hoffe ich, dass diese Überlegungen uns Hilfe und Anregung sind, die komplexe Wirklichkeit nicht aus den Augen zu verlieren und nicht zu versuchen, sogenannte einfache Antworten auf differenzierte und häufig schmerzliche Lebenserfahrungen zu geben.

ZUM ABSCHLUSS

Nathalie Narbel, wiss. Mitarbeiterin, ISE

In der jetzigen Situation ist diese Tagung, die im Juni 2001 stattgefunden hat, lediglich Ausgangspunkt einer erst einsetzenden Debatte. Von Zürich ging die Auseinandersetzung aus, ob Mitgliedern von Sterbehilfeorganisationen der Zutritt zu Altersheimen zu gestatten sei. Und heute wird die Frage im ganzen Land diskutiert. Im Kanton Waadt setzte eine 82-jährige Heimbewohnerin am 23. August 2001 ihrem Leben ein Ende, begleitet von einem EXIT-Mitglied. Die Heimleitung hatte es abgelehnt, die Suizidhilfe im Heim selbst zu erlauben. Deshalb musste die Frau den tödlichen Trank auf einem Parkplatz in einem Kleintransporter einnehmen. Sie hatte den Wunsch geäußert, ein Journalist möge in ihrer letzten Stunde zugegen sein, um über ihr Leiden Zeugnis ablegen zu können.⁴⁰

Das tragische Ereignis hat uns eindrücklich vor Augen geführt, dass die Frage in anderen Regionen der Schweiz nicht geregelt ist: Heimleitungen können solche Bitten abschlagen oder ihnen nachkommen. Schon bald werden kantonale Parlamente die heikle Frage debattieren und auch Entscheide fällen müssen: Entweder werden sie die Altersheime dazu zwingen, Sterbehilfe in ihren Räumen zuzulassen, oder sie werden den Status quo beibehalten und es den Heimleitungen überlassen, ob sie Sterbehilfeorganisationen in ihren Institutionen zulassen wollen. Noch vor kurzem schien die heikle Frage nur in Zürich aktuell zu sein, doch inzwischen sehen sich sämtliche politischen Instanzen und sämtliche Gesellschaftssektoren mit ihr konfrontiert. Es geht nicht darum, ob ein Verbot aufgehoben werden soll (wie das in Zürich geschehen ist) oder nicht, sondern darum, ob die Frage einer gesetzgeberischen Lösung zugeführt werden soll oder nicht.

Selbstverständlich ist an der Tagung auch über das Thema der Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe diskutiert worden. In der heute gültigen Gesetzgebung ist die Beihilfe zum Selbstmord nicht strafbar, ganz im Gegensatz zur direkten aktiven Sterbehilfe, die noch immer verboten ist. Nachdem die Arbeitsgruppe «Sterbehilfe» in ihrem Bericht vorgeschlagen hat, aktive Sterbehilfe (Euthanasie) sei in extremen Ausnahmefällen rechtlich nicht zu ahnden, wird das Parlament darüber befinden müssen.⁴¹

Klar geworden ist, dass das moralische Dilemma darauf zurückzuführen ist, dass nebeneinander zwei legitime, aber widersprüchliche Forderungen stehen: auf der einen Seite der Wille des einzelnen Menschen, seine Autonomie, seine Freiheit, seine Unabhängigkeit; auf der anderen Seite die Gesellschaft, welche die Verteidigung und Förderung von Werten gewährleisten muss, ohne die es weder Gruppe noch Gesellschaft gibt. Zu diesen Werten gehört der Schutz des Lebens,

⁴⁰ Le Temps, 23. August 2001, *Le dernier combat de Liliane pour la dignité. Récit d'une mort choisie.*

⁴¹ Bericht vom März 1999 der Arbeitsgruppe «Sterbehilfe» des Eidg. Justiz- und Polizeidepartements. Der Bericht ist abrufbar unter: <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-d.pdf>

aber auch der Vertrag der Medizin mit der Gesellschaft, dies zu tun. In diesem Sinn hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (deren Stellungnahmen nicht bindend sind) entschieden, aktive Sterbehilfe könne nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sein und folglich an medizinischen Fakultäten nicht gelehrt werden. Im Übrigen hat sie ihr Nein zu aktiver Sterbehilfe am 1. Oktober 2001 nochmals eindeutig bekräftigt.⁴²

Mit dem medizinischen Fortschritt ergeben sich, darauf haben wir bereits hingewiesen, völlig neue, schwierige ethische Probleme. Für die Problematik der aktiven Sterbehilfe zeichnen sich zwei Typen möglicher Positionen ab.⁴³

I.

Die erste Einstellung geht davon aus, alles menschliche Leben sei zu respektieren. Das Leben ist eine transzendente Realität, über die der Mensch nicht frei verfügen kann. Die Befürworter dieser Position – vielleicht sind sie in den Kirchen in der Mehrzahl – befürchten die Auswüchse, die eine Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe nach sich ziehen könnte. Die Strafbefreiung, so ihre Argumentation, käme auf moralischer und sozialer Ebene einem Dammbbruch mit unabsehbaren Folgen gleich.

Im Fall der aktiven Sterbehilfe, so die Überlegung, verfügt eine Drittperson über ein Leben, das nicht ihr eigenes ist. Deshalb ist aktive Sterbehilfe mit Tötung gleichzusetzen.

Das Verlangen, dem Leben ein Ende zu setzen, kann durch äussere Umstände bedingt oder durch eine möglicherweise behandelbare Depression induziert sein. In solchen Fällen ist die Bitte manchmal zufällig und von beeinflussbaren Faktoren abhängig.

Es kann vorkommen, dass Kranke im Endstadium oder Hochbetagte solche Bitten äussern, weil sie ihre Angehörigen, die Gesellschaft usw. entlasten wollen.

Manche Personen könnten dem Wunsch ihres Umfelds, sie möchten sterben, zum Opfer fallen.

Grundsätzlich sind Arzt und Pflorgeteam zum Beistand verpflichtet. Besteht keine Hoffnung auf Heilung mehr, bleibt die Pflicht, Leiden zu lindern, ohne indes bis zur Lebenserhaltung um jeden Preis zu gehen.

Die Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe könnte den Ausbau der Palliativmedizin behindern.

Es besteht das Risiko, dass implizit oder explizit wirtschaftliche Erwägungen in den Entscheid zur aktiven Sterbehilfe hineinspielen.

(deutsche Version) und <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-f.pdf> (französische Version).

⁴² http://www.samw.ch/content/d_Aktuell.htm

⁴³ Zu diesem Thema vgl. die Stellungnahme Nr. 063 der Nationalen Ethikkommission Frankreichs (Comité consultatif national d'éthique français): <http://www.ccne-ethique.org/francais/start.htm>.

Schliesslich wird das Kriterium des Schutzes des Lebens nicht genügend respektiert.

II.

Die Befürworter der zweiten Position vertreten die Auffassung, ein Sterben in Würde sei für den darum Bittenden ein Recht. Ist der Tod einmal unabwendbar geworden, dann wollen viele Menschen sich nicht einfach in den unausweichlichen körperlichen und geistigen Zerfall schicken, und sie wollen nicht unnötig leiden. Das Leben kann in Begriffen von Biologie und Quantität nicht hinreichend verstanden werden. Lebensqualität kann entscheidend sein. Das Verlangen nach sanfter Erlösung kann als kultureller Akt eingefordert werden. Vorgebracht werden dabei die folgenden Argumente:

Das Individuum ist alleiniger Richter über die eigene Lebensqualität und die eigene Würde. Niemand kann an seiner Stelle urteilen.

Genausowenig wie jemand das Leben eines Menschen beenden darf, der nicht ausdrücklich darum gebeten hat, genausowenig kann jemand eine Person dazu zwingen zu leben.

Das Recht auf aktive Sterbehilfe zwingt niemanden dazu, dieses Recht zu beanspruchen.

Das Recht, in Würde zu sterben, ist nicht das einer Drittperson übertragene Recht, jemanden zu töten, sondern das Recht einer urteilsfähigen und freien Person, in ihrem Ersuchen verstanden und unterstützt zu werden.

Das Verlangen nach Sterbehilfe bleibt der letzte Freiheitsraum des Menschen.

Niemandem kann der eigene Tod abgenommen werden.

Transparenz kann als Sicherheitsgarant verstanden werden; so können Grauzonen verbotener Handlungen oder selbstsüchtiger Motive vermieden werden. Damit würde der Schleier der Heuchelei gelüftet.

Anhand dieser beiden gegensätzlichen Argumentationen wird deutlich, wie komplex die Problematik ist. Selbstverständlich haben wir hier nicht eine Lösung des Dilemmas vorzuschlagen oder für die eine oder andere Seite Partei zu ergreifen.⁴⁴ Gewiss ist, dass es für dieses Dilemma keine Pauschallösung geben kann. Deshalb haben wir theoretischen Überlegungen wie auch Schilderungen der Praxis im Alltag Raum gegeben. An der Tagung haben zahlreiche in Spitälern und Altersheimen tätige Seelsorger und Seelsorgerinnen teilgenommen. Neben den Voten bot sich uns Gelegenheit, gegenseitig Eindrücke und Erfahrungen auszutauschen. Das Tagungsthema drehte sich um Situationen, mit denen sich Pflorgeteams und Angehörige konfrontiert sehen, wenn ein Mensch in ihrer Obhut seinem Leben ein Ende setzen möchte. Mit Gesetzen lässt sich das Problem nicht hinreichend lösen. Darauf haben die am Gespräch Beteiligten denn auch mehrmals hingewiesen.

⁴⁴ In den Ausführungen von Ruth Baumann-Hölzle und Alberto Bondolfi kommen die beiden gegensätzlichen Positionen klar zum Ausdruck.

Dennoch ist es nötig, dass diese Debatte in der Gesellschaft stattfindet und dass sich die Gesetzgebung des Problems annimmt. Ernsthaft zu bedenken sind die Folgen einer möglichen Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe wie die Folgen des Status quo. Ausschlaggebend wird sein, dass die Gesetzgebung den vom medizinischen Fortschritt geschaffenen neuen Realitäten Rechnung trägt, aber auch Rahmenbedingungen setzt, um Auswüchse zu vermeiden.

Heute findet das Sterben häufig im Krankenhaus statt, und die Todesursachen sind nicht mehr unbedingt die gleichen wie früher. In unserer Diskussion ging es auch darum, wie unsere Gesellschaft mit ihren Alten umgeht, mit jenen Betagten, deren Zahl in den nächsten Jahrzehnten laufend wachsen wird. Das Gleichgewicht unserer Gesellschaft wird auf den zwischenmenschlichen Beziehungen aller Mitglieder der Gesellschaft beruhen müssen. Welcher Platz den Seniorinnen und Senioren innerhalb der Gesellschaft zukommt – dazu sind Grundsatzüberlegungen unerlässlich.

Die Problematik der Beihilfe zum Selbstmord in Altersheimen wirft die Frage nach Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe auf, sie macht aber auch die Frage immer dringlicher, welches der Platz der Betagten und, genereller, der Schwächsten unter uns in unserer Gesellschaft ist. Darüber waren sich die am Gespräch Beteiligten schliesslich einig. Wir können nicht umhin, die Problematik in ihrer ganzen Tragweite neu anzugehen. Welche Lebensqualität bieten wir den Betagten im Altersheim, den abhängigen Kranken in den Spitälern? Kümmert sich die heutige Gesellschaft genügend um diese Menschen? Je höher die Lebenserwartung steigt, um so dringlicher werden diese Fragen, und wir müssen uns ihnen stellen. Es geht um unsere Verantwortung.

BEZUGSQUELLEN

Von der Stadt Zürich verlangte Gutachten:
-«Rechtsgutachten zur Sterbehilfe in den Spitälern, Kranken-und Alterheimen der Stadt Zürich» von Dr. Tobias Jaag, Dr. Markus Rüssli.
-«Gutachten aus theologisch-sozialethischer Sicht» von Werner Kramer.
-«Suizid und Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in dene Einrichtungen des GUD» von Prof. Hans Ruh:
<http://www.stadt-zuerich.ch/mm/sterbehilfe/>

«Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes» de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM):
http://www.samw.ch/content/Richtlinien/f_Sterbehilfe.pdf

«Medizinisch-ethische Richtlinien für ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW):
http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

Evangelisch-Reformierte Landeskirche des Kantons Zürich, «Antrag und Bericht des Kirchensynode betreffend Ueberlegungen zur Sterbehilfe aus evangelischer Sicht»:
<http://zh.ref.ch/kirchenrat/antraege/sterbehilfe.pdf>

Rapport du Groupe de travail *Assistance au décès* au Département fédéral de justice et police: <http://www.ofj.admin.ch/themen/stgb-sterbehilfe/b-bericht-f.pdf>

Bericht der Arbeitsgruppe *Sterbehilfe* an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement
http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

Exit Suisse romande
<http://www.exit-geneve.ch/>

Exit Suisse
<http://www.exit.ch/>

Dignitas
<http://www.dignitas.ch/>