

„Nihil Nocere – Nützen oder zumindest nicht schaden“

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Uebbing, Katrin
aus Bocholt

Gießen 2009

Aus dem Institut für Rechtsmedizin in Gießen, Frankfurter Straße 58, 35392
Gießen, unter der Leitung von Prof. Dr. med. Dr. jur. Dettmeyer

Gutachter: Prof. dr. med. Riße

Gutachter: Prof. dr. med. Lohmeyer

Tag der Disputation: 30.06.2010

Danksagung

Ich möchte mich zuerst bei meinen Eltern bedanken, die es mir ermöglicht haben in Gießen unter guten Bedingungen zu Studieren. Sie haben mich immer unterstützt, vor allem in Zeiten des Zweifels und des Frustes. Zwischenzeitlich hatte ich mit dem Gedanken gespielt die Dissertation aufzugeben; meine Familie hat mich immer wieder ermutigt die Arbeit fertig zu stellen. Zusätzlich haben sie mir so manche Fragen nach der Richtigkeit des Zitierens und im Bezug auf Grammatik beantwortet.

Weiterhin danke ich meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. med. Riße. Er stand mir in der langen Zeit immer mit Rat und Tat zur Seite, unterstützte mich mit Lektüre und hat sich sehr viel und häufig auch kurzfristig Zeit genommen. Des Weiteren hatte ich mich mit meinem eigenen Themenvorschlag „Sterbehilfe“ und groben Vorstellungen zum Umfang dieser Arbeit im Institut für Rechtsmedizin vorgestellt und Herr Prof. Riße war bereit sich auf diese eher ungewöhnliche Art der Dissertationsarbeit im Fachbereich Medizin einzulassen. Dafür bin ich sehr dankbar.

Mein Dank gilt weiterhin allen Mitarbeitern im Institut für Rechtsmedizin unter besonderer Erwähnung des Leiters Prof. Dr. Dr. R. Dettmeyer. Ich habe mich dort immer unterstützt und willkommen gefühlt.

Ebenfalls möchte ich allen Mitarbeitern der Arbeitsgruppe Statistik unter der Leitung von Prof. Dr. T. Eikmann und insbesondere Herrn Dr.R.-H. Bödeker danken, die mir bei der Erstellung des Fragebogens und der anschließenden Auswertung sehr behilflich waren. Abschließend möchte ich den Personen danken, die in meinem direkten Umfeld mir immer zur Seite standen; mein guter Freund Uli Rödiger, der immer wieder auf die Tücken der Grammatik und Rechtsschreibung hinweisen musste alle Kapitel mit Interesse und Kritik las. Weiterhin mein Lebenspartner Tobias Faulstroh, der mich immer wieder ermunterte und sich für jeden Fortschritt mit mir freute.

Schlussendlich möchte ich allen danken die nicht namentlich erwähnt sind, mir aber immer wieder zur Seite standen, sich mit mir freuten und auch so manchen Kummer ertragen mussten.

Vielen Dank an alle, ohne sie bzw. euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen!

Summary:

The problems of the euthanasia, above all in the active form, are violently discussed since the antiquity and are in all countries and religions or religious directions a topical discourse.

With the constitution of the hip okra tables of oath as an at first non-binding demand to the doctors and the growing meaning of this oath from the 16th century in Europe position was covered clearly. Thus one says under point 4: „I will never give to somebody, also by request not, deadly means or give even an advice in addition.“ (cited after: Beckmann, Dorothee: Hipokratable maker ethos and medical responsibility; to the genesis of an anthropological self-image Greek remedial customer in the tension field between medical skill and moral perception / Dorothee Beckmann. Long: Frankfurt a. M., Berlin, Bern, New York, Paris, Vienna, in 1995, p. 439-440).

This oath was sworn by young doctors in Germany till 1948 solemnly.

Another more knowingly historical corner point which plays an essential role above all in Germany are the homicides of ill and handicapped people in the National Socialist's broads time. Besides, it is discussed more and more often by young people whether these more than 60 years after the war still an entitled argument with very high value is against active Sterbehilfe or no more or not more with so weighty position. Nevertheless, one may not disregard that also even today tracks are clearly visible, as for example in the Hessian provincial town and memorial Hadamar.

Then after the Second World War oath was substituted of the hipokratables with the so-called „Genevan vow“. The advance of the „modern medicine began“ with this change in terms of extensive technical and pharmaceutical research and also experimental clinic. Also this paved the way for ethical reforms; for example, the abortion is not expressly forbidden in the Genevan vow any more, just little like active euthanasia!

In Germany one is to divided opinion: Leading institutions are found on the negative side as well as among the advocates. The federal medical association (Federal Chamber of Physicians) and also the representatives of the German lawyer of day (DJT) still reject active euthanasia categorically and demand, instead, a reinforced initiative concerning Palliativmedizin and the hospice movement. The Federal Chamber of Physicians expressed, „every person has to be killed the right on life and death in dignity, but not the right. Patients would have to be sure any time that doctors strictly would enter for the life and did not put the right on life also for economic reasons for arrangement.“ (cited after: <http://kirchensite.de/index.php?myELEMENT=66563>, on the 01.10.07).

The most significant representative among the advocates of active euthanasia is the German society for human death (DGHS). She demands a juridically obliging regulation or legalisation of active euthanasia like in our neighbouring countries Belgium and the Netherlands.

Another discussion point is the patient's possession. She is not obliging in Germany juridically, because it is not estimateable in which health emergency situations people get or what they exactly with will fall ill and pass away. For medical laymen this area is extremely difficult to estimate and to formulate. However, the patient's possession is recognised more and more often by doctors and courts if she corresponds to the formal demands (above all: In writing and with entire spiritual clarity formulates and signed). An example what makes clear the problems:

„Guiding into hospital in spite of contrary regulation in a patient's possession:

The 75-year-old X has determined in writing that for the case of an urgently appearing deterioration of her state of health a transfer on the intensive care unit of a hospital may not occur. To the grounds is explained, it does not want to be received at the end of her life possibly a long period only by machines in the life and on the intensive care unit must spend. When X suffers then really a circulatory failure and is found unconscious, the daughter, in knowledge of the possession of her mother, a transfer arranges in the hospital. There the patient on the intensive care unit is taken up. On the day after the admission appears the daughter and now requires with reference to the patient's possession of her mother the adjusting of each of the intensive-medical measures. Nevertheless, the mother had recovered, in the meantime, and waited for the transfer on the normal station.“ (cited after: Dettmeyer, Reinhard: *Medicine & right; juridical security for the doctor*. Bonn, Junfermann: Heidelberg 2006, 2nd edition, S.106)

As the provided survey points, young people recommend more and more often a legalisation of active euthanasia. At the same time conservative, religious values move increasingly with young people in the background.

Remarkably by the survey it is that also the majority of the questioned beginning doctors and lawyer active euthanasia do not reject any more categorically how it the Federal Chamber of Physicians and the DJT express. The trust to medical therapy possibilities above all in view of relief of strong chronic pains is astonishingly low among Jung's doctors. Is this an expression for the fact that possibly the inhibition threshold to affirm active euthanasia and also to practise sinks? Provoking formulates: Either it will come in Germany for a legitimacy, or, however, the dark figure rises?

It is unequivocal that this subject will also win furthermore in explosive effect and the discussions are aggravated. Even within the time in which this work has originated, for example, the mentioned legal situation has decisively changed with regard to the obligation of the patient's possession; now first as a decisive help to the treating doctor she is obliging and is able or will bring legal orders by not observance with herself.

„Nihil nocere - nützen oder zumindest nicht schaden“

1. Einleitung

1.1 Einführung in das Thema S. 10

1.1.1 Fallbeispiel S. 10

1.2 Erkenntnisziel und Vorgehensweise S. 16

2. Hauptteil

2.1 Grundlagen und Definitionen S. 18

2.1.1 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe S. 18

2.1.2 Gesetzesvorschriften S. 19

2.2 Historische Hintergründe S. 26

2.2.1 Sterbehilfe und Ethik in der Antike S. 26

2.2.1.1 Platon S. 26

2.2.1.2 Aristoteles S. 27

2.2.1.3 Hippokrates S. 28

2.2.2 Mittelalter S. 30

2.2.3 Ethik in der Neuzeit S. 32

2.2.4 Nationalsozialistisches Reich S. 33

2.2.4.1 Wertende Grundlagen für die Euthanasieaktion im Dritten Reich S. 33

2.2.4.2 Euthanasieprogramme im ‚Dritten Reich‘ S. 35

2.2.4.3 Die „Euthanasie“-Anstalt Hadamar S. 37

2.2.5 Anriss ethischer Entwicklungen nach 1945 S. 47

2.3 Sterbehilfe in anderen Ländern verglichen mit Deutschland	S. 50
2.3.1 Deutschland – eine Bestandsaufnahme	S. 50
2.3.1.1 Fallbeispiel	S. 50
2.3.1.2 Bundesärztekammer (BÄK)	S. 55
2.3.1.3 Deutscher Juristentag 2006	S. 56
2.3.1.4 Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS)	S. 58
2.3.1.5 Lokaler Hospiz-Verein Giessen e.V.	S. 60
2.3.2 Schweiz	S. 63
2.3.3 Belgien	S. 64
2.3.4 Niederlande	S. 67
2.3.5 Sterbehilfe in ausgewählten europäischen Ländern	S. 70
2.3.5.1 Spanien	S. 70
2.3.5.2 Italien	S. 71
2.3.5.3 Frankreich	S. 71
2.3.5.4 Großbritannien	S. 72
2.3.5.5 Schweden	S. 72
2.3.5.6. Dänemark	S. 72
2.3.5.7 Russland	S. 73
2.3.6 Sterbehilfe in ausgewählten außereuropäischen Ländern:	S. 73
2.3.6.1 Japan	S. 73
2.3.6.2 Australien	S. 73
2.3.6.3 USA	S. 74
2.3.6.4 China	S. 74
2.3.6.5 Kolumbien	S. 74
2.3.7 Zusammenfassender europäischer Ländervergleich	S. 74
2.4 Sterbehilfe aus katholischer Sicht	S. 76
2.4.1 Theologisch-ethische Position	S. 76
2.4.1.1 Das kirchliche Lehramt:	S. 76
I. Stellungnahme des Apostolischen Stuhls	S. 77
II. Stellungnahme der deutschen Bischöfe	S. 80

2.4.1.2 die Position von Hans Küng:	S. 83
I. Vorstellung eines menschenwürdigen Sterbens	S. 85
II. Stellungnahmen zur Sterbehilfe	S. 88
III. Die Argumentation von Hans Küng	S. 89
2.4.2 Patientenverfügung	S. 92
2.4.3 Hospizbewegung	S. 94
2.5 Umfrage zur Thematik „aktive Sterbehilfe“ - Vergleich von Medizin- Studenten mit medizinischen Laien, hier vertreten durch Jura- und Psychologiestudenten	S. 97
2.5.1 Darstellung der Methoden	S. 97
2.5.1.1 Auswahlkriterien der Probanden	S. 97
2.5.1.2 Entwicklung der Fragen und Begründung der Relevanz	S. 97
2.5.2 Deskriptive Datenanalyse	S. 100
2.5.3 Vergleichende Datenanalyse	S. 114
2.5.3.1 Aussagen der Medizinstudenten verglichen mit denen der Jurastudenten	S. 114
2.5.3.2 Aussagen der Medizinstudenten verglichen mit denen der Psychologiestudenten	S. 122
2.5.4 Auswertung der Ergebnisse	S.130
2.5.4.1 Isolierte Betrachtung der Aussagen von den Medizinstuden- ten	S.130
2.5.4.2 Auswertung der vergleichenden Analyse der drei Gruppen	S. 132
2.5.4.3 Zusammenfassende Beurteilung	S. 134

3. Zusammenfassung

3.1 Resümee	S. 135
3.2 persönliche Stellungnahme	S. 138

1.1 Einführung in das Thema

1.1.1 Fallbeispiel

Der Fall Frau S.

1. Aus den Akten der Kriminalpolizei:

Herr und Frau S., ein über 90 Jahre altes Ehepaar aus B., einer Kleinstadt in Mittelhessen wurden am 11.12.1996 in ihrer Wohnung bewusstlos durch den häuslichen Pflegedienst der AWO B. aufgefunden.

Die betreuenden Schwestern Frau V. und Frau C. gaben an, dass Frau S. seit Anfang des Jahres bettlägerig gewesen sei. Ihr Allgemeinzustand habe sich seit dem 08.12.1996 enorm verschlechtert.

Herr S. sei selbst körperlich fit gewesen, konnte die Pflege seiner Frau aber aufgrund seines fortgeschrittenen Alters nicht alleine bewältigen. Deshalb sei dreimal täglich der oben genannte Pflegedienst gekommen.

Das Ehepaar S. hatte nach Angaben des langjährigen Nachbarn K. einen Sohn, der in den USA wohnte.

Am Morgen des 11.12.1996 um 8:07 Uhr erschien Frau C. am Anwesen der S. um die tägliche Pflege durchzuführen. Jedoch öffnete Herr S. auf ihr mehrmaliges Klingeln nicht die Tür, wie er es sonst immer tat. Frau C. erschien das höchst merkwürdig, da Herr S. sehr zuverlässig war und häufig die Haustür schon vor ihrem Klingeln öffnete.

Frau C. lief um das Haus herum; alle Rolläden bis auf die des Esszimmers waren geschlossen und in der Wohnung brannte Licht. Da ihr die Situation seltsam vorkam, rief sie ihre Kollegin Frau V. an, die wenige Minuten später am Haus der S. eintraf.

Da der häusliche Pflegedienst keinen Schlüssel zu der Wohnung hat, klingelte Frau V. bei den langjährigen Nachbarn K. um den Schlüssel zu bekommen. Jedoch ließ sich die Haustür nicht öffnen; Frau V. vermutete einen von innen steckenden Schlüssel als Ursache.

Aufgrund der den beiden Pflegekräften sehr suspekt vorkommenden Situation verständigten sie die Polizei und den Hausarzt des Ehepaares, Dr. Z.. Kurz darauf trafen die Beamten und der Arzt am Haus der S. ein.

Der von der Polizei verständigte Schlüsseldienst traf nach kurzer Zeit ein und öffnete die Tür.

Sie fanden Frau S. regungslos in ihrem Bett, ihr Mann lag vor diesem. Der Arzt konnte auf den ersten Blick bei Frau S. keine Reaktionen erkennen, so dass er sich ihrem Mann widmete, der offensichtlich noch lebte. Frau C. war die Erste, die bemerkte, dass auch Frau S. ebenfalls lebte.

Die Beamten verständigten Notarzt und Rettungswagen, der das Ehepaar in ein nahe gelegenes Krankenhaus brachte. Laut den Angaben von Frau V. wehrte sich Herr S. enorm beim Anlegen der Infusion, so dass er festgehalten werden musste.

In der Zwischenzeit besichtigten die Beamten das Haus. Im Schlafzimmer des Ehepaares stand das Krankenbett von Frau S., daneben ein Campingtisch mit Verbandsmaterial.

Zwischen diesem Campingtisch und dem Bett stand noch ein weiterer Krankentisch, auf dem eine Schnabeltasse mit dem Rest einer Flüssigkeit sowie eine zu einem Drittel gefüllte Mineralwasserflasche stand. Daneben lag noch ein Päckchen mit Papiertaschentüchern.

Im Wohnzimmer fanden sie auf dem Tisch ein, zu einem Drittel mit einer gelben Flüssigkeit gefülltes Glas; daneben stand ein leeres Fläschchen „L-Polamidon“ (Füllmenge 20ml) der Firma Hoechst und eine Medikamentenpackung „Diazepam-Ratiopharm 10“. In der Packung waren noch zwei Streifen à 10 Tabletten, drei leere Streifen lagen daneben.

Eine weitere leere Medikamentenpackung wurde in der Küche gefunden, ebenso wurde ein offener Geschirrschrank bemerkt. Aus diesem wurde vermutlich die Schnabeltasse, die bei Frau S. gefunden wurde, entnommen.

Alle anderen Räume waren unauffällig.

Nach Angaben der Polizeidirektion F. wurde der Sohn in den USA telefonisch über den Zustand seiner Eltern verständigt.

Am 12.12.1996 erklärte der zuständige Arzt der Intensivstation, dass sich der Zustand von Frau S. gebessert habe und sie auf eine normale Pflegestation verlegt wurde. Aufgrund ihres Allgemeinzustandes sei sie aber nicht ansprechbar gewesen. Ihr Mann läge nach wie vor im Koma und sei deswegen ebenfalls nicht ansprechbar.

Am 13.12.1996 wurde auch Herr S. in verbessertem Allgemeinzustand auf die Normalstation verlegt, wo er jedoch immer noch nicht das Bewusstsein erlangt hatte.

Der Oberarzt erklärte einem Polizeibeamten, dass der Magen der beiden Patienten nicht ausgepumpt worden sei und das Ergebnis der Blut- und Urinuntersuchungen noch nicht vorlag. Er konnte zu diesem Zeitpunkt einen Schlaganfall oder Ähnliches als Ursache des Zustandes der Patienten relativ sicher ausschließen, nicht jedoch ein Herz-Kreislaufversagen.

Der Oberarzt bestätigte, dass die Patienten nicht mehr in akuter Lebensgefahr waren, man bei Frau S. jedoch mit dem Versterben aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes rechnen müsse.

Am Abend des 13.12.1996 wurde der Polizeistelle in F. um 18:07 Uhr von einem Herrn Dr. D. der Tod von Frau S. mitgeteilt, woraufhin ein Beamter zum Krankenhaus fuhr. Der Arzt erklärte weiterhin, dass in der Urin-Untersuchung bei dem Ehepaar S. eine erhöhte Konzentration von Benzodiazepinen festgestellt wurde, vermutlich aufgrund einer erhöhten Einnahme von Schlafmitteln.

Nach der Benachrichtigung des diensthabenden Staatsanwalts in Gießen wurde die Leiche beschlagnahmt und eine gerichtliche Obduktion angeordnet.

2. Pathologisch - anatomische Befunde:

I. Auszüge aus dem Sektionsprotokoll

a) Äußere Besichtigung

Die Leiche der 90 Jahre alt gewordenen Frau S. war äußerlich sehr hager: bei einer Größe von 160cm wog sie 37kg, was einem Body-Mass-Index von 14,45 entspricht. Zum Zeitpunkt der Sektion war sie nur mit einer Windel und einem Nachthemd bekleidet.

Auffällig an ihrem Körper waren einzelne Dekubiti an Rücken, Gesäß und beiden Fersen.

b) Innere Besichtigung

Bei der inneren Besichtigung zeigte sich eine cerebrale Gefäßsklerose mit zum Teil älteren Substanzdefekten im rechten Stammhirn und rechten Okzipitallappen. Des Weiteren erkannte man eine ulzerierte und verkalkte allgemeine Arteriosklerose, die sich am Herzen als fortgeschrittene Koronararteriosklerose darstellen ließ.

Als vorherige Operationen ließen sich auf eine Cholezystektomie und eine Appendektomie schließen.

II. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Bei der Untersuchung des Blutes und des Harns war die Konzentration von Benzodiazepinen (Diazepam) stark positiv (2605 ng/ml Blut, therapeutischer Bereich: 250-500 ng/ml). Die Konzentration von Methadon („L-Polamidon“) war ebenfalls positiv (90µg/ml), jedoch lag sie damit in den therapeutischen Grenzen.

Im Harn waren ebenfalls die genannten Wirkstoffe vorhanden.

3. Rechtsmedizinische Bewertung:

Anhand der vorliegenden Fakten und Anknüpfungstatsachen drängt sich der Verdacht auf, dass aktive Sterbehilfe bzw. assistierter Suizid vorlag.

Frau S. war eine 90jährige Dame, die aufgrund ihrer körperlichen Schwäche bettlägerig und pflegebedürftig gewesen ist. Aufgrund ihrer massiven Dekubiti und der stattgehabten Apoplexe war sie schon längere Zeit unselbstständig und pflegebedürftig. Die Verordnung von Methadon als tägliches Schmerzmittel lässt auf starke Schmerzzustände schließen. Sie hatte sich laut Vernehmungsprotokoll von Frau V. mit ihrem Tod auseinander gesetzt, wollte jedoch weiterhin für ihren Mann da sein. Ihr geistiger Zustand sei in den letzten Tagen vor ihrem Tod wacher geworden.

Weiterhin schien Herr S. körperlich und auch geistig sehr fit zu sein, so dass er die Situation seiner Frau realistisch einschätzen konnte. Er schien laut Angaben von Frau V. mit dem Ableben seiner Frau zu rechnen und ihr einen schmerzlosen Tod zu „wünschen“.

Ebenfalls sagte Frau V. gegenüber der Polizei, dass Herr S. sich mit aktiver Sterbehilfe auseinander gesetzt hatte; er soll für sich selbst etwas in den USA bei einem Arzt hinterlegt haben, falls er in einen starken Leidenszustand geraten sollte.

Zieht man die toxikologischen Befunde zur Beurteilung hinzu, so unterstützt die hohe Konzentration von Benzodiazepinen ebenfalls den Verdacht des assistierten Selbstmordes, bzw. den der aktiven Sterbehilfe (per Definition liegt der Unterschied in der Einnahmesituation: hat Frau S. selbstständig Mittel eingenommen, die ihr in Reichweite bereitgestellt wurden, oder hat eine Person ihr die Medikation aktiv gegeben, z.B. gespritzt oder in die Mundhöhle gegeben).

Der vermutliche Suizidversuch von Herrn S. ist etwas schwieriger zu erklären, da er nach Angaben von Frau V. noch viel in seinem Leben vorhatte. Unter anderem wollte er in eine Vereinigung für Rentner eintreten.

Vielleicht konnte er sich mit dem Gedanken ohne seine Frau zu leben doch nicht abfinden. Abschließend lässt sich vermuten, dass Herr S. das Leiden seiner Frau nicht mehr ertragen konnte und sie von ihren Schmerzen „erlösen“ wollte. Es war medizinisch keine Besserung ihres Zustandes mehr zu erwarten.

Dieser reale Fall verdeutlicht die Problematik und die Vielschichtigkeit aktiver Sterbehilfe sehr gut. Sterbehilfe wird vor allem gefordert aufgrund der Angst, im Alter eine lange und schmerzhaft Phase vor dem Tod zu erleben. So wie Frau S. in dem angeführten Fall: Sie war bettlägerig, pflegebedürftig nach mehreren Schlaganfällen und litt an Druckgeschwüren, die sehr schmerzhaft waren. Provokant formuliert: Sie konnte nie wieder völlig gesund, war aber nicht krank genug um zu sterben.

Die Angst vor einem langen Sterben auf einer Intensivstation im Krankenhaus, angeschlossen an lebenserhaltende, moderne Geräte, kreislaufstabil durch eine Fülle von Medikamenten, ist neben der Furcht vor chronischen starken Schmerzen beispielsweise aufgrund einer Krebserkrankung eine der am häufigsten genannten Ursachen für die Forderung nach Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Verfolgt man dieses Thema in den Medien, so drängt sich die Vermutung auf, dass viele Menschen fürchten, Ärzte lernten nicht mehr, den Tod bzw. das Sterben zu akzeptieren und statt dessen mit allen zur Verfügung stehenden modernen Mitteln Leben verlängern zu wollen.

Dem Menschen wird im Laufe seines Lebens durch oftmals schmerzhaft Erfahrungen bewusst, dass das Leben vergänglich ist. Demgegenüber stehen die Prophezeiungen der Medizin bzw. der biotechnologischen Forschung, die Lebenserwartung stetig steigern zu können. So wird ein Bewusstsein provoziert, in der Zukunft sämtliche Krankheiten heilen zu können.

Weiterhin bedeutsam ist, dass das gesellschaftliche Verständnis nicht nur stark von der medizinischen Machbarkeit geprägt ist, sondern auch von der in diesem Zusammenhang stehenden veränderten Situation in den Krankenhäusern.

War es in früheren Generationen noch selbstverständlich, den Tod eines Angehörigen im Kreis der Familie zu erleben und verarbeiten zu können, so verlagert sich heute der Sterbeprozess immer mehr in Krankenhäuser und Pflegeheime. Sie werden zum Sterbehaus und der Umgang mit dem Tod wird an professionelle „Helfer“ delegiert. Als Folge davon verliert der Tod kontinuierlich seine Position als Teil gelebter und zu erlebender Familiengeschichte. Daraus folgend scheint die Inanspruchnahme von aktiver Sterbehilfe auch eine Art „Bequemlichkeit“ zu sein, dem Leiden und der Auseinandersetzung mit dem (eigenen) Tod aus dem Weg zu gehen.

Jedoch wird meist nicht bedacht, dass neben der angestrebten Leidensverkürzung auch Komplikationen bei der Durchführung aktiver Sterbehilfe oder auch bei ärztlich assistiertem Freitod auftreten können wie das Fallbeispiel und folgender Textauszug zeigen: „(...) *In einer Studie über 533 Fälle von Euthanasie und 114 Fällen von Freitod haben die holländischen*

Autoren nach Befragung der beteiligten Ärzte die aufgetretenen Schwierigkeiten analysiert. In fünf Prozent der Euthanasien gab es technische Probleme, beim Freitod waren es sogar zehn Prozent. Hier ging es vornehmlich um Schwierigkeiten, eine Vene für die Injektion zu finden. Komplikationen gab es in drei Prozent der Euthanasien und sieben Prozent der Fälle von Freitod: vor allem traten Krämpfe oder Erbrechen auf. Hier insbesondere zeigte sich, dass die Grenze zwischen Freitod und Euthanasie nicht scharf ist – des öfteren mussten Ärzte den Patienten die Medikamente, die sie ihnen ursprünglich zur Selbsteinnahme verschrieben oder übergeben hatten, selbst verabreichen, weil die Patienten dazu nicht in der Lage waren. Häufig war die Zeitdauer zwischen Medikation und Tod mehr oder weniger abweichend von der Voraussage – das Sterben dauerte in einigen Fällen bis zu sieben Tage; in sieben Fällen sind Patienten aus dem induzierten Koma wieder erwacht. (...).“ (zitiert nach: Dettmeyer, Reinhard: Medizin & Recht; Rechtliche Sicherheit für den Arzt. Bonn, Springer: Heidelberg 2006, 2. Auflage, S.92)

1.2 Erkenntnisziel und Vorgehensweise

Mit dieser Arbeit soll versucht werden, möglichst viele Teilaspekte der (aktiven) Sterbehilfe zu analysieren und deren Bedeutung für die heutige Zeit darzustellen. Da die Forderung nach Legalisierung in Deutschland seitens der Bevölkerung immer deutlicher wird, stellt diese Ausarbeitung einen Versuch der Erklärung dieser Entwicklung dar.

Um dies zu erreichen, werden zunächst relevante Begriffe und die aktuelle deutsche Gesetzeslage erläutert. Ein darauf folgender (vor allem in Deutschland) wichtiger Punkt ist der Blick in die Historie; neben den Grundlagen der medizinischen Ethik in der Antike u.a. durch den Hippokratischen Eid und die Schriften des Aristoteles, die im Mittelalter noch starke Bedeutung besaßen, sind besonders die Tötungen während der Nationalsozialistischen Zeit von großer Bedeutung. Diese Problematik soll speziell an dem regionalen Beispiel der Landesheilanstalt Hadamar, die zur „Euthanasie-Anstalt“ wurde, verdeutlicht werden.

Nach dem Blick in die Geschichte wird die aktuelle Situation in Deutschland anhand der Aussagen führender Organisationen wie der Bundesärztekammer (BÄK), den Vertretern des Deutschen Juristentages (DJT), der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) und des regionalen Hospiz-Vereines in Gießen erläutert. Folglich wird in diesem Abschnitt auch die befürwortende Stellung (durch die dargestellte Position der DGHS) vertreten sein. Anschließend soll die Situation der Nachbarländer erörtert werden. Dabei besonders bedeutungsvoll sind Belgien und die Niederlande, da dort seit einigen Jahren aktive Sterbehilfe legal ist. Auch der Schweizer Status ist von großem Interesse; zwar ist aktive Sterbehilfe dort nicht erlaubt, jedoch wird in größerem Umfang ‚Beihilfe zum Selbstmord‘ gestattet, auch ärztlich assistiert. Deutsche wollen „rechtzeitig“ in die Schweiz reisen, um dies in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich gibt es immer mehr Anlaufstellen der Schweizer Organisation ‚Dignitas‘ in Deutschland. Letztlich wird noch die Situation in einigen weiteren Ländern aufgeführt.

Im vierten Punkt der Arbeit soll die katholische Position genauer analysiert werden. In der Katholischen Kirche existiert nicht nur die konservative Haltung. Verdeutlicht durch die Position des Theologen Hans Küng, der aktive Sterbehilfe nicht ablehnt, soll daher auch diese

moderne Ansicht betrachtet werden. Ein Vergleich mit weiteren großen Religionen wäre sehr interessant, hätte aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

An letzter Stelle dieser Ausarbeitung steht die eigens entwickelte Umfrage zu dem Thema unter Berücksichtigung der verschiedenen Teilaspekte. Befragt wurden dabei Medizin-, Jura- und Psychologiestudenten, um die Position junger Menschen, die beruflich mit diesem Thema konfrontiert sein werden, herauszufinden.

Wie an dem zuvor angeführten Fallbeispiel deutlich wird, ist die Thematik der aktiven Sterbehilfe auch aus rechtsmedizinischer Sicht aktuell; unabdingbar ist die Obduktion und die Vornahme weiterführender Untersuchungen, in erster Linie die Erhebung toxikologischer Befunde. Hierdurch ist es möglich, Fälle von aktiver Sterbehilfe aufzudecken oder auch im Zusammenhang mit polizeilichen Ermittlungen zu widerlegen. Dies kann für die beteiligten Personen strafrechtlich von großer Bedeutung sein.

Weiterhin ist es nicht nur aus rechtsmedizinischer Sicht interessant, dass in Belgien ordnungsgemäß durchgeführte Sterbehilfe rechtlich als natürlicher Tod gilt. In Deutschland ist *natürlicher Tod* definiert als „*Tod aus krankhafter Ursache, der völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren eingetreten ist.*“ (zitiert nach: Madea, Dettmeyer, Basiswissen Rechtsmedizin, Springer Verlag: Heidelberg, 2007, S.87).

Wenn ein Mensch durch einen Arzt getötet wird, auch auf dessen ausdrücklichen Willen, so müsste das doch als „rechtlich bedeutsamer äußerer Faktor“ einzustufen sein. Somit kann schon aufgrund der deutschen Definition von *natürlichem Tod* das Belgische System nicht ohne weiteres für Deutschland übernommen werden.

2.1 Grundlagen und Definitionen

2.1.1 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe

„Aktive Sterbehilfe“ bedeutet, dass ein Mensch durch Einflößen oder Injizieren einer zum Tode führenden Substanz, zum Beispiel durch einen Arzt, stirbt.¹ Diese Form der Sterbehilfe (in diesem Fall Hilfe *zum* Sterben) ist in Deutschland verboten, auch wenn dies auf Verlangen des Kranken durchgeführt wird („Tötung auf Verlangen“, § 216 StGB).

Beihilfe zum Suizid

„Beihilfe zum Suizid“ bedeutet Hilfestellung zur Selbsttötung, z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikamentes. Einnehmen muss dieses der Sterbewillige jedoch eigenständig. Dies ist im Gegensatz zu aktiver Sterbehilfe straffrei. Problematisch ist jedoch die Position der Ärzte, sie sind aufgrund ihrer beruflichen Stellung verpflichtet dem Sterbewilligen zu helfen, sobald dieser nicht mehr selbst handeln kann (sog.

„Garantenpflicht“)

(http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/522727/beihilfe-suizid-bundesaerztekammer-sagt-strikt-nein.html, am 14.10.09).

Passive Sterbehilfe

Von „passiver Sterbehilfe“ spricht man, wenn auf Wunsch des Patienten lebensverlängernde Maßnahmen, wie zum Beispiel künstliche Ernährung oder Anschluss an ein Beatmungsgerät, durch den Arzt nicht durchgeführt oder abgebrochen werden. Es entspricht nicht dem ärztlichen Heilauftrag, Patienten so lange wie möglich am Leben zu halten, sondern, wenn ein Patient nicht mehr zu retten ist, ihn würdevoll sterben zu lassen.²

Damit wird verdeutlicht, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten von den Ärzten respektiert werden muss.

Der Patient kann seinen Willen mit einer schriftlich verfassten Patientenverfügung unterstreichen, in der er möglichst genau die Situationen, in denen lebensverlängernde

Maßnahmen abgelehnt werden, beschreibt. Die Rechtskräftigkeit der Patientenverfügung ist seit dem 18. Juni 2009 durch einen neuen Entwurf und dessen Genehmigung im Bundestag geregelt.³

Indirekte Sterbehilfe

Unter „indirekter Sterbehilfe“ versteht man die Schmerztherapie beim sterbenden Menschen: Häufig leiden Patienten in der finalen Phase einer Krankheit an sehr starken Schmerzen, die mit hoch dosierten Schmerzmedikamenten, wie zum Beispiel Morphin, weitgehend gelindert werden können.

Diese Medikamente haben vor allem in hohen Dosen erhebliche Nebenwirkungen, die sich lebensverkürzend auswirken könnten. Der Arzt ist verpflichtet, diese Medikamente zu verabreichen, damit der Patient in seinem Endstadium keine Qualen ertragen muss (Hilfe *im* Sterben)⁴, auch wenn der Sterbezeitpunkt dadurch vorverlegt wird.

2.1.2 Gesetzesvorschriften

Im Folgenden werden die für die Thematik „Sterbehilfe“ relevanten Gesetzesvorschriften aufgeführt.

1. Grundgesetz (GG)⁵

Art. 1 GG: [Schutz der Menschenwürde]

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Art. 2 GG: [Persönliche Freiheitsrechte]

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

2. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)⁶

§1 BGB: **[Beginn der Rechtsfähigkeit]**

Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt.

§167 BGB: **[Erteilung der Vollmacht]**

(1) Die Erteilung der Vollmacht erfolgt durch Erklärung gegenüber dem zu Bevollmächtigten oder dem Dritten, dem gegenüber die Vertretung stattfinden soll.

(2) Die Erklärung bedarf nicht der Form, welche für das Rechtsgeschäft bestimmt ist, auf das sich die Vollmacht bezieht.

§1869 Abs. 2 BGB: **[Voraussetzung der Betreuung]**

Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in §1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

§1901 Abs. 2 BGB: **[Pflichten des Betreuers]**

Der Betreuer hat den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.

§1901a BGB: **[Patientenverfügung]**

„(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob

diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.“ (zitiert nach: [http://www.patientenverfuegung.de/files/593-09\[1\].pdf](http://www.patientenverfuegung.de/files/593-09[1].pdf), am 25.11.09)

§ 1902 BGB: [Vertretung des Betreuten]

In seinem Aufgabenkreis vertritt der Betreuer den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich.

§1904 BGB: [Ärztliche Maßnahmen]

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

3. Strafgesetzbuch (StGB)⁷

§211 StGB: [Mord]

(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.

(2) Mörder ist, wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.

§212 StGB: [Totschlag]

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter 5 Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

§213 StGB: **[Minder schwerer Fall des Totschlags]**

War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem getöteten Menschen zum Zorn gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von 1 Jahr bis zu 10 Jahren.

§216 StGB: **[Tötung auf Verlangen]**

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§223 StGB: **[Körperverletzung]**⁸

(1) Wer eine andere Person körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§224 StGB: **[Gefährliche Körperverletzung]**⁹

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringen von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 225 StGB: **[Mißhandlung von Schutzbefohlenen]**¹⁰

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
2. seinem Hausstand angehört,

3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist,
quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie
zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu
zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die
schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder

2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung
bringt.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu
fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten
bis zu fünf Jahren zu erkennen.

§ 226 StGB: **[Schwere Körperverletzung]**¹¹

(1) Hat die Körperverletzung zur Folge, daß die verletzte Person

1. das Sehvermögen auf einem Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen
oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,

2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebraucht kann oder

3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige
Krankheit oder Behinderung verfällt,

so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(2) Verursacht der Täter eine der in Absatz 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder
wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu
fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis
zu zehn Jahren zu erkennen.

§227 StGB: **[Körperverletzung mit Todesfolge]**

(1) Verursacht der Täter durch Körperverletzung (§223 bis 226) den Tod der verletzten
Person, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter 3 Jahren.

(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von 1 Jahr bis zu 10 Jahren zu erkennen.

§228 StGB: [Einwilligung]

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

§240 StGB: [Nötigung]¹²

(1) Wer einen Menschen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Rechtswidrig ist die Tat, wenn die Anwendung der Gewalt oder die Androhung des Übels zu dem angestrebten Zweck als verwerflich angesehen ist.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4)...

§323c StGB: [Unterlassene Hilfeleistung]

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

4. Sozialgesetzbuch V (SGB)¹³

§39a SGB V: [Stationäre und ambulante Hospizleistung]

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Es darf kalendertäglich 6% der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Abs. 1 des 4. Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen

Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung, in deren Haushalt oder Familie zu bringen. Voraussetzung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinischen erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als Verantwortliche Pflegekraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher.

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der

Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Die

Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen

Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.

2.2 Historische Hintergründe

2.2.1 Sterbehilfe und Ethik in der Antike

In der griechischen Antike kam der Ärzteschaft schon eine besondere gesellschaftliche Stellung zu; das ärztliche Handeln wurde als Kunst angesehen, die die Menschen von den Göttern geschenkt bekamen. In Folge dessen lehnten viele gläubige griechische Ärzte die Verlängerung des vorbestimmten Lebensendes ab, was in dieser Zeit als kompatibel zu dem Hippokratischem Gebot „nihil nocere - nützen oder zumindest nicht schaden“ galt. Dies schloss eine Erleichterung des Sterbens aber nicht aus.¹⁴ (Anm.: dieses Prinzip entspricht in etwa der „modernen“ passiven Sterbehilfe)

Eine sozial benachteiligte Stellung hatten die chronisch Kranken und Behinderten: sie wurden, da sie als für die Gesellschaft nutzlos angesehen waren (sie konnten nicht arbeiten und somit zum Wohle des Staates beitragen) von der eigenen Familie und auch von der Gesellschaft ausgestoßen. Somit mussten sie versuchen, als Bettler zu überleben.¹⁵

Verschlechtert wurde die ohnehin schon schwierige Lage der chronisch Kranken durch die Befürchtung von Ärzten, dass durch einen misslungenen Behandlungsversuch die Heilkunst in Frage gestellt würde und dies zu einem Prestigeverlust führen könnte. Somit versuchten die meisten Ärzte erst gar nicht, Langzeitkranke zu therapieren.¹⁶

Selbstmord, zuweilen auch mit fremder Hilfe, wurde in ausweglosen Situationen gesellschaftlich akzeptiert. Nach dem Philosophen Sophokles war der Suizid manchmal „*bester Arzt von Krankheiten*“¹⁷.

Aktive Sterbehilfe war in dieser Zeit in der Regel verboten, jedoch vertraten einige berühmte Philosophen eine andere Meinung. Auch das ausdrückliche Tötungsverbot im Hippokratischen Eid könnte darauf hinweisen, dass die damalige Realität anders aussah.

2.2.1.1 *Platon (428-347 v. Chr.)*

Der griechische Philosoph Platon, Schüler des Sokrates, ist zusammen mit seinem Schüler Aristoteles einer der bedeutsamsten Philosophen bis in die heutige Zeit.

Er vertrat die Ansicht, dass die Menschen und die Welt im Grunde genommen gut seien, und dass das Schlechte nicht existiere, sondern dann das Gute fehle. Seiner Meinung nach müssten die Menschen „*sich nur auf das Gute besinnen, dann würden sie es auch praktizieren*“¹⁸.

Platon lehnte die Demokratie als Staatssystem strikt ab; seine Idee eines idealen Staates bestand aus der Ablehnung ererbter Privilegien. Stattdessen sollten ab der frühen Kindheit die besten Kinder herausgefiltert und gefördert werden, der weitaus größere Teil des Volkes sollte jedoch von der bestimmenden Politik ausgeschlossen werden. Er begründete den Ausschluss der meisten Bürger damit, dass „*die weisen und guten Philosophenkönige besser wüßten, was für die Menschen gut sei, als die Menschen selbst*“¹⁹.

In Platons Idealstaat hatten Ärzte die Aufgabe, nur heilbare Krankheiten zu behandeln, chronisch Kranke sollten getötet werden, wenn die Gesundung ausblieb. Der Wille des Patienten spielte dabei keine Rolle! Unheilbar Langzeiterkrankte waren nicht geeignet für die Polis; litten sie an einer körperlichen Erkrankung, sollten sie in Ruhe sterben (gleichbedeutend mit passiver Sterbehilfe), waren sie jedoch geistig bzw. seelisch krank, sollten sie durch aktive Sterbehilfe getötet werden.²⁰

Hieraus wird deutlich, dass die platonische Ethik sich vollkommen auf das Gemeinwohl und nicht auf das Wohl des Einzelnen bezieht. Dazu gehört auch die Selektion von Neugeborenen sogar auch schon vor dem Zeitpunkt der Geburt: Kranke Kinder sollten direkt nach der Geburt getötet werden; hatten die Eltern das „*Alter der Fruchtbarkeit*“²¹ überschritten, sollten die Föten gar nicht erst geboren werden. Zu dieser Eugenik gehörte auch die Vorbestimmung der verheirateten Paare: „*Jeder Trefflichste sollte möglichst oft der Trefflichen beiwohnen, umgekehrt die Schlechtesten ebensolchen. Die Sprößlinge jener sollten aufgezogen werden, dieser dagegen nicht, wenn uns die Herde edel bleiben soll*“²².

Jedoch ermahnte Platon bei der Umsetzung seiner Ideen die beschriebenen Methoden nicht öffentlich zu erläutern, da er damit nicht auf breite Zustimmung stoßen würde.²³

Suizid und Beihilfe zum Suizid bei unheilbar Kranken war in der Ethik von Platon vermutlich geduldet, jedoch sollten die Suizidenten ruhmlos begraben werden. Insgesamt galt Selbstmord jedoch als feige und unsittlich, wohl auch, weil man sich über die Vorhersehung der Götter hinweg setzte.

2.2.1.2 *Aristoteles (384-322 v. Chr.)*

Aristoteles, Schüler des Platon, war Naturforscher und an der logischen Ordnung des menschlichen Körpers stark interessiert. Forschung (Neugierde und Wissbegierde) gehört nach Aristoteles zur Natur des Menschen. Naturwissenschaftliche Forschung gehört zur Freiheit des Wissenschaftlers, diese wiederum ist die notwendige Voraussetzung, die Physiologie des menschlichen Körpers zu ergründen.²⁴

Als Maßstab bei Aristoteles gilt die Nützlichkeit, das Ziel ist das Handeln, nicht so sehr die Erkenntnis. Somit wird auch die Physiologie nicht mehr als göttliches Geheimnis angesehen.²⁵

Wie bei Platon spielt die Eugenik in der Politik der Gesellschaft eine bedeutsame Rolle. Gesundheit und körperlicher Zustand stehen in staatlicher Kontrolle; folglich bestand ein eingeschränktes Heirats- und Zeugungsalter, behinderte und kranke Kinder sollten nicht großgezogen werden. Die Anzahl der Kinder pro Paar war durch den Staat festgelegt, darüber hinaus gehende Schwangerschaften mussten abgetrieben werden.²⁶

Selbstmord war nach aristotelischer Ansicht verboten, ebenso wie die Beihilfe zum Suizid, die mit aktiver Sterbehilfe gleichgesetzt wurde. Daraus geht logisch hervor, dass jegliche Assistenz durch Ärzte strikt verboten war, auch bei unheilbarer Krankheit. Suizid wurde als Feigheit und Schwäche angesehen.²⁷

Obwohl in der aristotelischen Staatsordnung vieles durch Gesetze und Verordnungen vorgeschrieben war (was im Gesetz nicht erlaubt war, war automatisch verboten!), wurde den Menschen eine bedeutsame Patientenverantwortung auferlegt: *„Ärztliches Mitleid ist nur angebracht, wenn mangelnde Diätetik und ein schlechter Lebensstil als Ursache des Leidens ausscheiden“*²⁸. Die Gesundheit des Einzelnen darf nicht vernachlässigt werden, geschieht dies dennoch, darf er statt Mitleid mit großer Missachtung rechnen: *„Wer von Natur aus mißgebildet ist, dem wirft dies keiner vor. Wer es aber aus Mangel an körperlicher Übung und Gleichgültigkeit geworden ist, den tadelt man“*²⁹.

Entgegen aller Regeln und Gesetze war Aristoteles sich der Tatsache bewusst, dass seine ethischen Reflexionen nicht alle Grenzfragen lösen konnten, jeder Einzelfall muss für sich betrachtet werden.

Immer wichtig ist es, maßvoll zu bleiben und nicht zu über- oder untertreiben; zu viel Sport führt ebenso wie zu wenig körperliche Betätigung zur Ermüdung von Körper und Seele.

Daher hatte die aristotelische Ethik immer eine praktische Komponente, die durch Klugheit bestimmbar ist.³⁰

2.2.1.3 Hippokrates

Hippokrates, Begründer einer Ärzteschule auf der Insel Kos im ägäischen Meer, lebte vermutlich von 460-375 v. Chr. . Er praktizierte als Wanderarzt auf der Insel Kos, sowie später auch im Norden Griechenlands und auf der Insel Thasos.³¹

Er lehrte die ärztliche Heilkunst seinen Söhnen Thessalos und Drakon, aber auch seinem Schwiegersohn Polybos.

Hippokrates wurde nur von Platon als Zeitzeuge erwähnt; Aristoteles war vermutlich noch zu jung, jedoch erwähnte er Hippokrates in seinen Schriften als körperlich klein gewachsenen Mann.³²

Der Eid des Hippokrates³³

1. *Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und auch allen Göttinnen, sie zu Zeugen anrufend, daß ich nach meinem Vermögen und Urteil erfüllen werde diesen Eid und dieser (Lehr)vertrag:*
2. *Meinen künftigen Lehrer in dieser Kunst gleichzuachten meinen eigenen Eltern und das Leben mit ihm zu teilen und, falls er Not leidet, ihn mitzuversorgen und seine Nachkommen gleich meinen Brüdern in männlicher Linie zu halten und sie diese Kunst zu lehren, wenn sie diese erlernen wollen, ohne Entgelt und Vertrag, mit Vorschriften und auch mündlichem Unterricht und dem ganzen übrigen Lernstoff mitzuversorgen meine eigenen Söhne dessen, der mich unterrichten wird, wie auch Schüler, die den Vertrag unterzeichnet und auch den Eid geleistet haben nach ärztlichem Brauch, sonst aber niemand.*
3. *Die diätetischen Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, Schädigung und Unrecht aber von ihnen abwehren.*
4. *Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein keimvernichtendes Vaginalzäpfchen verabreichen.*
5. *Lauter und redlich werde ich bewahren mein Leben und meine Kunst.*
6. *Nie und nimmer werde ich bei (Blasen)steinkranken den Schnitt machen, sondern sie zu den werkenden Männern wegschieben, die mit diesem Geschäft vertraut sind.*
7. *In wie vielen Häusern ich auch einkehre, eintreten werde ich zum Nutzen der Leidenden, mich fernhaltend von allem vorsätzlichen Unrecht sowie jeder sonstigen Unzüchtigkeit, zumal von Werken der Wollust, an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.*
8. *Was immer ich bei der Behandlung (der Patienten) sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, soweit man es nicht ausschwatzen darf, werde ich darüber schweigen, solches als heiliges Geheimnis achtend.*
9. *Wenn ich also diesen meinen Eid erfülle und nicht zunichte mache, so möge mir Erfolg im Leben und in der Kunst beschieden sein, gerühmt bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, das Gegenteil von alledem.*

Im vierten Punkt des Hippokratischen Eids ist somit aktive Sterbehilfe sowie Beihilfe zu Selbstmord und Abtreibung strikt verboten. In dieser Zeit waren die häufigsten Gründe für Suizid chronische Erkrankungen mit unerträglichen Schmerzen. Die Menschen wandten sich an Ärzte um Euthanasie (= guter Tod); diese kamen mitunter den Bitten nach und benutzten dazu u.a. das Gift des Wasserschierlings und des Eisenhuts.³⁴

Aus religiöser Sicht war der Selbstmord eine schwere Sünde, gesellschaftlich und auch durch die großen Philosophen wurde er jedoch weitgehend toleriert.

Somit wird deutlich, dass dieser Punkt im Hippokratischen Eid die Ethik einer Minderheit von Ärzten widerspiegelte. Der Eid war zu seinerzeit „*Stein des Anstoßes*“³⁵; es gab (noch) keinen professionellen Stand der Ärzteschaft, stattdessen bestimmten aristokratische Ärztesippen die geltende (Adels-) Ethik.

Der ärztliche Verfasser des Hippokratischen Eids (es ist umstritten, ob Hippokrates ihn selbst verfasste) sah die Ärzte jedoch als Vertreter und Verteidiger des Lebens, nicht dazu befugt über die Gesetze der Götter hinweg über Leben und Tod zu entscheiden. Weiterhin stellten Beihilfe zu Selbstmord und Abtreibung nicht nur Nutzen für den Kranken dar, sondern auch Schaden; dies widersprach der Kernaussage des Hippokratischen Eids: *Nihil nocere* – nützen oder zumindest nicht schaden.³⁶

Das Wohlwollen dem Patienten gegenüber und die ausgeglichene Ausführung der ärztlichen Kunst bildet den Grundgedanken der Ethik der Hippokratischen Heilkunst.

Für die Entwicklung des Hippokratischen Eids als Ethik einer Minderheit in der Ärzteschaft bis „*zum ethischen Rückgrat eines Standes*“³⁷ war unter anderem bedeutsam, dass die Kernaussagen weitgehend der christlichen, jüdischen und islamischen Ethik entsprachen. Jedoch erst Anfang des 16. Jahrhunderts gewann der Eid an Bedeutung, so dass er erstmals von jungen Ärzten geschworen wurde (dies belegen Texte der Medizinischen Fakultät der Universität Wittenberg von 1508). Bis Ende des Jahrhunderts bekam er auch in England und Italien einen hohen Stellenwert.

Eine von da an weite und schnelle Verbreitung des Textes fand durch die häufige Erwähnung in humanistischen, bzw. arzt-humanistischen Werken, u.a. von Anutius Foesius (Frankfurt 1595) oder Petrus Forestus (Frankfurt 1609) statt.³⁸

2.2.2 Mittelalter

Zwischen dem 11. und 13. Jahrhundert, dem so genannten Hochmittelalter, orientierten sich die Mediziner vor allem an arabischen und byzantinischen Texten.

Als guter Arzt (= Hausarzt) war die ärztliche Fürsorgepflicht, Vertrauen, Dankbarkeit, Wahrheit, Bescheidenheit, Uneigennützigkeit, Einbeziehung der Familie und die Fortbildung des Könnens von großer Wichtigkeit.

Trotzdem wurden auch immer wieder psychologische Tricks empfohlen, um Vertrauen, Dankbarkeit und Großzügigkeit des Patienten „zu fördern“. Auch informierten Ärzte sich heimlich über den Patienten bei der Familie, um vor ihm die „Allwissenheit“ des Mediziners zu unterstreichen.³⁹

Viele Ärzte setzten zu dieser Zeit Schriften auf, die davor warnten, dass der Arzt sich zu sehr auf ein hohes Ross setzt und vermehrt kommerziell handelt. Bescheidenheit und verantwortliches Handeln wird gepredigt.

Ab ca. 1300 litt das Ansehen der Ärzte jedoch zunehmend: Es gab immer mehr selbsternannte Heiler, die die Heilkunst nie studiert hatten und folglich viele (häufig tödlich verlaufende) Fehler begingen. Normalerweise heilbare Krankheiten galten als unheilbar, was auch den „ausgebildeten“ Ärzten zu schaffen machte.⁴⁰

Mit dem Ausbruch der Pest 1348 wurden dann weitere Grenzen der Heilkunst deutlich, die das Ansehen des Arztes weiter sinken ließen und neue Möglichkeiten für Scharlatane und Heiler eröffneten. Zusätzlich stritten Allgemeinärzte und Chirurgen um die Grenzen ihres Tätigkeitsbereichs.

Immer deutlicher wurden die Geldgier und die Gier nach Ruhm kritisiert. Dennoch gab es auch Ärzte, die für hohe Bezahlung plädierten, da der Arzt oft das Leben der Patienten rettete. Sie liefen in Gefahr, eine akademische Arroganz zu entwickeln, was die Entfernung von der Masse des Volkes zur Folge hatte. Die naturwissenschaftlichen Ärzte legten mehr Wert auf „Scientia“ (Wissenschaft) als auf „Caritas“ (Nächstenliebe). Diese Entwicklungen waren exakt entgegengesetzt des Hippokratischen Ethos,⁴¹ der die Gesundheit der Menschen und die Ausübung der ärztlichen Kunst als oberste Prioritäten vorsah nach dem Grundgedanken ‚*nihil nocere – nützen oder zumindest nicht schaden*‘.

Bei ethischen Fragen wurde im Spätmittelalter nicht etwa auf Hippokrates, sondern auf Aristoteles' Schriften verwiesen, die jedoch nicht alle aufkommenden Fragen beantworten konnten.

In der mittelalterlichen Ethik (bzgl. aktiver Sterbehilfe) standen auf der einen Seite die Schriften des Aristoteles; dem entgegen gesetzt war der vorherrschend christliche Glaube, der

die Sterbehilfe ausdrücklich verbat. Am Sterbebett stand der Arzt abseits des Betts hinter dem Priester, den zu rufen der Mediziner verpflichtet war. Er begleitete den Sterbenden bis zum Ende. Durch die in dieser Zeit aufkommende forschende Komponente der Medizin wurde auch die Schmerzbehandlung und Sedierung von Sterbenden mit starken Schmerzen zunehmend praktiziert, was jedoch im 16./17. Jhd. wiederum stark kritisiert wurde.⁴²

2.2.3 Ethik in der Neuzeit

In der Renaissance war der Reformator Martin Luther ein bedeutsames Beispiel für neue Denkrichtungen: Waren in der Antike und im Mittelalter aktive Sterbehilfe und Selbstmord weitgehend mit Kritik belastet, so wird dies im 16. Jhd. öffentlich diskutiert.

Luther vertrat die Theorie, dass der Freitod nicht in jedem Fall verwerflich sei, da der Teufel selbst die Suizidenten beherrschte. Ebenso sollte seiner Meinung nach ein geistig behindertes Kind ertränkt werden, da der Teufel es in Besitz hätte. In beiden Fällen (Selbstmord und aktive Sterbehilfe eines geistig kranken Kindes) seien die Opfer passiv, da der Teufel sie lenke.⁴³

Trotzdem sollten Selbstmörder öffentlich verurteilt werden, da Luther sich bewusst war, dass von ihnen eine sittliche Gefahr ausging.

Da jedoch insgesamt die katholische Kirche das Handeln der Ärzte durch ihre mächtige Stellung in der Renaissance stark beeinflusste, wurde aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid zwar öffentlich diskutiert, jedoch selten praktiziert.⁴⁴ Dabei wurde die Lehre der Kirche durch den Hippokratischen Eid, der in dieser Zeit wieder mehr an Bedeutung erlangte, unterstützt.

Im 17., 18. und 19. Jhd. bekam die Leidensverringering in der Sterbephase durch neu entwickelte Medikamente und Narkotika eine immer bedeutsamere Rolle; zwar gab es immer noch viele Vertreter der Kirche, die jedes Leiden als gottgewollt und somit nicht manipulierbar ansahen, doch die Zahl der Ärzte, die das Leiden verringern wollte (nicht gleichzusetzen mit Lebensverkürzung!) stieg.⁴⁵

Entscheidend aus heutiger Sicht ist die Stellungnahme von Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), berühmter Arzt in der Goethezeit, der schon damals vor den Folgen der aktiven Sterbehilfe warnte: Er erklärte, dass die Folgen unabsehbar sein würden und der Arzt der mächtigste Mann im Staat werden könnte, da er über Leben und Tod entschied (angesichts der

schrecklichen Vorkommnisse im Nationalsozialistischen Reich ca. 200 Jahre später eine bemerkenswert frühe Erkenntnis der Gefahr). Er warnte auch vor der Gefahr des ethischen Damnbruchs, ein Argument, dass bis in die heutige Zeit immer noch eine sehr starke Bedeutung hat. In seiner Argumentation berief sich Hufeland auf den Hippokratischen Eid, der weder aktive Lebensverkürzung durch den Arzt, noch die Wertung von Leben durch eben diesen duldete.⁴⁶

In der Epoche der Aufklärung wurden Tradition und Religion zunehmend kritisiert, gleichzeitig bekam das logische Denken (Rationalismus) immer größere Bedeutung. Die ethischen Schriften von Hufeland waren obsolet. Ärzte gaben immer häufiger ihre traditionellen Hemmungen vor aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid auf,⁴⁷ obwohl 1871 der § 216 des Reichsstrafgesetzbuch („Tötung auf Verlangen“, s. erstes Kapitel, bis heute aktuell) aktive Sterbehilfe weiterhin untersagte.⁴⁸

2.2.4 Sterbehilfe im Nationalsozialistischen Reich

2.2.4.1 Wertende Grundlagen für die Euthanasieaktion im Dritten Reich⁴⁹

Die intellektuelle Grundlage für die Euthanasieaktion im Dritten Reich lieferte vor allem die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von Karl Binding und Alfred Hoche.

Der erste Teil dieser Schrift wurde bereits 1913 von dem Frankfurter Juristen Dr. Karl Binding verfasst. Hierin schreibt er über die Tat der Selbsttötung, dass es das erste der Menschenrechte sei, frei über sein Leben entscheiden zu können. Er plädiert für keinerlei rechtliche Konsequenzen, bedauert jedoch den möglichen Schaden für die Gesellschaft durch den Verlust von wichtigen Mitgliedern.

Weiterhin widmet er sich dem Thema Euthanasie; er befürwortet vom Arzt durchgeführte Euthanasie, beispielsweise bei der Tötung von qualvoll leidenden Menschen, die in naher Zukunft an ihrer Krankheit versterben würden. Seiner Ansicht nach widerspräche es nicht dem Gesetz, die leidenden Menschen ohne deren Zustimmung zu töten. Jedoch dürfe Euthanasie ausdrücklich nicht gegen den Willen dieser körperlich kranken Menschen ausgeübt werden.

Binding erläutert weiterhin, dass es Menschen gibt, deren Tod dem Staat und somit auch der Allgemeinheit nutze, da sie diese sonst überproportional belasten. Dazu zählen z.B. unheilbar stark verwundete Patienten, unheilbar psychisch Kranke ohne erkennbare Anteilnahme am

Leben und auch Menschen, die durch ein Ereignis ins Koma gefallen sind und nach dem Aufwachen geistig stark behindert sein würden.

Um vor Missbrauch zu schützen, plädiert Binding dafür, die jeweiligen Anordnungen zur Euthanasie einer Staatsbehörde anzuvertrauen. Jedoch solle möglichst die eigene Initiative des Betroffenen oder die für ihn rechtlich eingesetzte Person diese Behörde in Gang setzen, bestehend aus einem Juristen, einem Arzt und einem Psychiater, die alle einstimmig zustimmen müssten.

Die Möglichkeit einer Fehlentscheidung weist Binding mit folgendem Satz ab: *„Das Gute und das Vernünftige müssen geschehen trotz allen Irrtumsrisikos; nimmt man aber auch den Irrtum einmal als bewiesen an, so zählt die Menschheit jetzt ein Leben weniger; aber die Menschheit verliert infolge Irrtums so viele Angehörige, dass einer mehr oder weniger wirklich kaum in die Waagschale fällt.“*⁵⁰

Im zweiten Teil geht der in Freiburg wirkende Psychiater Dr. Alfred Hoche auf die ärztliche Position ein. Er leugnet die Existenz einer ärztlichen Ethik als eine „moralische Dienstanweisung“; vielmehr spricht er sich im Allgemeinen für die Existenz von *„Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, dass ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat“*⁵¹ aus.

Er differenziert den mehrdeutigen Begriff des „Lebenswertes“: Bei unheilbar körperlich Kranken oder Verletzten kann eine mehr oder weniger große Lücke zwischen subjektiver und objektiver Einschätzung der Lebensqualität klaffen, diese Einschätzung kann seiner Meinung nach von schwer geistig Behinderten nicht getroffen werden; sie können die Bedeutung ihres eigenen Lebens nicht wahrnehmen.

Klassifiziert werden können geistig behinderte Menschen laut Hoche nach dem Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung, dem Schweregrad der Behinderung, der Beziehung zur Umwelt und der wirtschaftlichen und moralischen Belastung für die Gesellschaft.

Ein wichtiger Punkt bei der Einschätzung von „lebenswertem Leben“ ist der finanzielle Aspekt. Hoche erläutert, dass Menschen, die schon im Kindes- oder Jugendalter schwer geistig oder körperlich behindert sind, das ganze Leben lang den Staat finanziell extrem belasten, da sie ständiger Betreuung bedürfen ohne selbst etwas für die Gesellschaft beizutragen.

Eine weitere zentrale Frage sei, ob *„durch Blödsinn Verödete überhaupt ein in einem Bewusstsein verankertes Recht auf Dasein“*⁵² besitzen? Hoche beantwortet diese Frage mit einem klaren „Nein“. Da diese Patienten immer aufgrund ihrer Hilflosigkeit auf

Pflegepersonen angewiesen seien und keine Verbindung zur Außenwelt haben, besitzen sie keine Qualitäten des Subjekts. Daraus ergibt sich für ihn, dass sie auch keinen subjektiven Anspruch auf Leben besitzen. Tötung von sog. „geistig Toten“ ist demnach kein Verbrechen, sondern nur ein erlaubter nützlicher Akt. Die Richtschnur für sein Urteil ist der Staat und somit das gesellschaftliche Allgemeinwohl.

In der Schrift von Binding und Hoche wird der Begriff „Euthanasie“ nicht verwandt. Jedoch wird in dieser Zeit (Anfang des 20. Jahrhunderts) in diesem Begriff nicht mehr die Bemühungen des Arztes für ein würdevolles Sterben verstanden, sondern wie der Titel der Schrift schon sagt, der Vernichtung lebensunwerten Lebens zugeordnet, wozu die Binding-Hoch'sche Schrift maßgeblich beiträgt.

Damit ist eine wertende Grundlage für die späteren Verbrechen der Nationalsozialisten gelegt.

2.2.4.2 *Euthanasieprogramme im ‚Dritten Reich‘*

Am 14.07.1933 wurde vom Reichskabinett das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. Dieses basierte auf einem Preußischen Gesetzentwurf zur Sterilisation, jedoch war in diesem Entwurf die Einwilligung des zu Sterilisierenden obligat. Diese Beschränkung fiel im NS-Regime weg.

Nach dem Sterilisationsgesetz von 1933 hatten Ärzte und Anstaltsleiter eine Auftragspflicht, Personen zu melden, auf die das Gesetz zutraf.

„Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

- 1. angeborenem Schwachsinn*
- 2. Schizophrenie*
- 3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irrsinn*
- 4. erblicher Fallsucht*
- 5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)*
- 6. erblicher Blindheit*
- 7. erblicher Taubheit*
- 8. schwerer körperlicher Mißbildung.“⁵³*

Es existierte ein Erbgesundheitsgericht, das die Anträge prüfte. Wurde man in eine Heilanstalt eingewiesen, so gab es keine Entlassung aus dieser Anstalt ohne Sterilisation.

Ab 1935 wurde dieses Gesetz auf die Sterilisation von Schwangeren und somit gleichzeitige Abtreibung erweitert. Während der Nationalsozialistischen Zeit wurden ca. 200.000 – 350.000 Personen zwangssterilisiert.

Zunächst gab es keinen spürbaren Widerstand; die Propagandamaschinerie war sehr aktiv und legte großen Wert auf die Vermittlung der sog. „Rassenpflege“. Nicht zuletzt deswegen sind aus dieser Zeit keine Hinweise auf die Tötung sog. ‚Lebensunwerten Lebens‘ zu finden.

1935 wurde von offizieller Seite gesagt, dass die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘ nicht in Frage komme, jedoch warnte schon ein Jahr zuvor der Münchener Kardinal Faulhaber: *„Es könne ein Arzt auf den Gedanken kommen, die schmerzlose Tötung der sicher unheilbaren Kranken, auch der unheilbar Geisteskranken, die so genannte Euthanasie, erspare dem Staat große Fürsorgelasten und diene deshalb dem Wohl des Volkes.“*⁵⁴ In dieser Aussage spiegelt sich das bedeutsame Argument der Reichsregierung, nämlich die wirtschaftliche Belastung, wie auch schon bei Hoche beschrieben, wider.

Innerhalb der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) wurde jedoch der Vernichtungsgedanke fortgeführt; der Gießener Professor Heinrich Wilhelm Kranz, Leiter des Gaus Hessen-Nassau, sprach von über einer Million Menschen, die nur durch Tötung an ihrer Fortpflanzung gehindert werden könne.

Ab 1939 wurde der ‚Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden‘ eingeführt. Dies war der Beginn der gezielten Tötung von kranken Kindern. Es gab einen Fragebogen, der an einen Reichsausschuss weitergeleitet wurde. Dieser legte dann mit ‚Plus‘ oder ‚Minus‘ den Tod der Kinder fest.

Durchgeführt wurde die Vernichtung in sog. Kinderfachabteilungen; die Kinder wurden entweder ohne die Kenntnis ihrer Eltern dorthin verlegt, oder mit der Begründung, dass es ihnen dort besser gehen würde. Das Alter der Kinder betrug zw. 3 – 16 Jahren, später reichte die Bezeichnung „Jude“ oder „Zigeuner“ auf dem Fragebogen, um den Tod der Kinder zu beschließen. Bis zum Kriegsende wurden ca. 5.000 Kinder auf diese Weise getötet.

Ende 1939 wurde eine Organisation mit dem Namen T4 geschaffen; dieser Deckname stand für „Tiergartenstraße 4“, wo die Organisation ihren Sitz in Berlin hatte. Sie gliederte sich in die „Reichsarbeitsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten“, die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ und die „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“.

Die Organisation sendete ebenfalls Fragebögen an die Anstalten; wiederum entschied ein Gutachter mit „Plus“ oder „Minus“ über den Tod des Patienten. Die Gutachter wurden für die Auswertung der Fragebögen belohnt; je mehr sie pro Monat auswerteten, desto mehr Geld bekamen sie bei einem Höchstsatz von 400 Reichsmark pro Monat.

Ab 1940 wurde mit der Tötung von geistig behinderten Erwachsenen begonnen; anfangs wurde ihnen eine tödliche Morphin-Scopolamin Spritze injiziert. Wenige Zeit später führte man die Tötung durch, indem man sie mit Kohlenmonoxyd in vorbereiteten Räumen vergaste. Dabei wurde das Gas in den als Duschräume getarnten Kellerräumen der Anstalt ausgeströmt.

Bis zum offiziellen Abbruch der Aktion am 24.08.1941 wurden so ca. 70.000 Menschen getötet, 30.000 bearbeitete Fragebögen lagen noch bereit. Zu dem Abbruch kam es vor allem auf Druck der Kirchen und der Träger der betroffenen Anstalten. Diese hatten die Bedeutung der Fragebögen durchschaut und zum Teil falsche Diagnosen geschrieben, bzw. die Patienten nach Hause entlassen.

Die drei Predigten von Graf Galen, Bischof von Münster (Juli-August 1941), und der Hirtenbrief der Fuldaer Bischofskonferenz (November 1941) hatten klar Stellung bezogen und somit den gesellschaftlichen Druck zur Beendigung der Tötungen stark erhöht.

Trotzdem wurde die Ermordung von geistig Kranken nicht gestoppt; es folgte die sog. „wilde Euthanasie“, ohne zentrale Steuerung wie zuvor bei der T4-Aktion.

1941 wurde die Aktion „14f13“ eingeführt, bei der nun in den Konzentrationslagern die geistig Behinderten ermordet wurden. Ehemalige Mitarbeiter der T4-Gruppe fanden dadurch eine neue und trotzdem vertraute Aufgabe. Auch bei der späteren so genannten „Endlösung der Judenfrage“ in den Konzentrationslagern waren viele ehemalige T4-Mitarbeiter beteiligt. Alle Aktionen gründeten in der sozialdarwinistisch-rassistischen Auffassung von lebensunwertem und artfremdem Leben.

Die Euthanasieaktionen drangen kaum an die Öffentlichkeit, dieser Begriff wurde streng vermieden. Lediglich wird propagandadienstlich die Frage, ob ein Arzt das Recht haben soll, auf Wunsch Patienten zu töten, die unheilbar krank sind, diskutiert.

Zusammenfassend für diesen Zeitraum ist zu sagen, dass im 19. Jahrhundert sich die Ärzte und die Gesellschaft bemühten, den Tod von unheilbar kranken und leidenden Menschen erträglicher zu machen im Sinne eines ‚guten Todes‘, wie es der griechische Begriff ‚Euthanasie‘ wörtlich meint.

Zur Jahrhundertwende und Anfang des 20. Jahrhunderts forderte man die Verfügbarkeit des eigenen Lebens und später auch diese Verfügbarkeit ohne Zustimmung der jeweiligen Patienten. Dies und auch die weiteren Verbrechen im Nationalsozialistischen Reich wurden maßgeblich durch die Schrift von Binding und Hoche begünstigt.

2.2.4.3 Die „Euthanasie“-Anstalt Hadamar⁵⁵

1. Geschichte der Anstalt Hadamar (1883-1933)

Ende des 19. Jahrhunderts stieg die Zahl der Patienten mit sog. Geisteskrankheiten stark an; dies war unter anderem auf die Wanderung der Landbevölkerung in die großen Städte und dem damit verbundenen Traditionsverlust zurück zu führen. Des Weiteren bildeten sich in den rasch wachsenden Städten immer häufiger Rand- und Problemgruppen, die als ‚sozial gefährlich‘ eingestuft wurden.

Gegründet wurde die „Korrigenden- und Landarmenanstalt“ 1883 auf dem Mönchberg in Hadamar, einer Kleinstadt nahe Limburg in Mittelhessen (Korrigenden / -innen waren Menschen, die aufgrund ihrer bisherigen Lebensweise als arbeitsscheu galten. Dazu zählten unter anderem Bettler, Landstreicher und Obdachlose, deren Verhalten „korrigiert“ werden sollte, daher der Begriff.). Es wurden vor allem entlassene Strafgefangene und Landarme dort untergebracht, die gemeinnützig arbeiten sollten. Als ‚Landarme‘ bezeichnete man *„mittellose Personen, die auf Kosten des Landesfürsorgeverbandes in Arbeitshäusern lebten und dort arbeiten mußten.“*⁵⁶

1906 kam es dann zur Gründung der „Landesheilanstalt Hadamar“. Von dem Zeitpunkt an kümmerte man sich auch um Geisteskranke. Die meisten Korrigenden wurden aus diesem Grund nach Kassel verlegt, bis auf ein Arbeitskommando, das sich beispielsweise um den Garten und die Hauswirtschaft kümmern musste. Die so genannten Landarmen blieben zunächst in Hadamar.

1908 lebten ca. 120 Kranke in der Landesheilanstalt, bis 1914 erweiterte sich die Anzahl auf ca. 150 Personen.

Ab dem Ersten Weltkrieg verschlechterten sich die Verpflegungslage und die Unterbringung für die Patienten enorm. Im Juli 1915 mussten die Anstaltsinsassen unter das Dach der Anstalt ziehen, da im westlichen Flügel des Hauptgebäudes ein Vereinslazarett eingerichtet wurde, das dem Reservelazarett Limburg unterstellt war.

Von 1914 – 1918 verstarben in Deutschland ca. 100.000 Patienten in Anstalten aufgrund mangelnder Ernährung und Pflege.

1919 lebten in Hadamar nur noch 72 Personen, da viele an Tuberkulose und schlechter Ernährung gestorben waren. Korrigenden wurden ab diesem Jahr nicht mehr aufgenommen.

Ein Jahr später erfolgte die Umbenennung in „Landesheil- und Erziehungsanstalt“.

Hintergrund war die Errichtung eines Erziehungsheimes für ca. 60 „*jugendliche Psychopathinnen*“⁵⁷.

Als Psychopathinnen galten Frauen, die in ihrem Verhalten von der Norm abwichen, ohne dass man genau ein Krankheitsbild angeben konnte.

Die aufgenommenen Frauen, „*die wegen ihrer geistigen Minderwertigkeit der Anstaltspflege bedürfen, sofern sie nach ärztlichem Gutachten als geisteskrank anzusprechen sind,*“⁵⁸ waren zwischen 14 und 24 Jahre alt. Es waren vor allem Frauen, die der Prostitution beschuldigt wurden.

In den zwanziger Jahren setzte sich in den Psychiatrien die so genannte „aktive Therapie“ nach Hermann Simon durch; demnach wurden die Kranken aufgefordert, wieder zu arbeiten und leistungsfähig zu sein. Ebenso sollten sie lernen, sich wieder in das soziale Gefüge einzugliedern und Ruhe und Ordnung zu beherrschen. Neben der „aktiven Therapie“ wurde auch die traditionelle „Familienpflege“ wieder eingeführt; demnach kamen die Kranken in Pflegefamilien, die nahe der Anstalt wohnten und wo die Anstaltsinsassen weiter unter ärztlicher Betreuung standen. Nebenbei wurde so der Mangel an Anstaltsplätzen behoben und diese Form der Unterbringung war für das Land kostengünstiger. Die führenden Parteien (seit 1930 maßgeblich auch die NSDAP) sprachen sich zunehmend für Einsparungen im Sektor der Anstalten aus und förderten gleichzeitig Programme zur Eugenik (= „Rassenpflege“) der „gesunden“ Deutschen.⁵⁹

2. Hadamar im Nationalsozialismus 1933-1939

Hitlers „Mein Kampf“ stellte schon 1924 die Prinzipien später praktizierter Anwendungen in Hadamar und den weiteren deutschen Anstalten dar:

„Es ist eine Halbheit, unheilbar kranken Menschen die dauernde Möglichkeit einer Verseuchung der übrigen gesunden zu gewähren. Es entspricht dies einer Humanität, die, um dem einen nicht wehe zu tun, hundert andere zu Grunde gehen läßt. Die Forderung, daß defektne Menschen die Zeugung anderer ebenso defekter Nachkommen unmöglich gemacht wird, ist eine Forderung klarster Vernunft und bedeutet in ihrer planmäßigen Durchführung die humanste Tat der Menschheit. Sie wird Millionen von Unglücklichen unverdiente Leiden ersparen, in der Folge aber zu einer steigenden Gesundheit überhaupt führen... Der

vorübergehende Schmerz eines Jahrhunderts kann und wird Jahrtausende vom Leid erlösen“⁶⁰

„Wenn die Kraft zum Kampfe um die eigene Gesundheit nicht mehr vorhanden ist, endet das Recht zum Leben in dieser Welt des Kampfes (Hervorhebung im Original). Sie gehört nur dem kraftvollen ‚Ganzen‘ und nicht dem schwachen ‚Halben‘.“⁶¹

Um diesen Forderungen zu folgen, gab es drei wichtige Entwicklungen, die die Anstalten beeinflussten:

2.1 Rassenhygienische Maßnahmen: Verhütung erbkranker Nachkommen

Es wurden erbbiologische Bestandsaufnahmen durch das „Amt für Erb- und Rassenpflege“ in Wiesbaden durchgeführt, dessen Leiter, Dr. Wilhelm Stemmler, gleichzeitig Vorsitzender der erbbiologischen Kommission des Deutschen Gemeindetages, war.

Bis 1939 wurden 75.000 Karteikarten über Anstaltsinsassen und deren Familienangehörige erstellt. Ebenso erfolgten 9.000 Sippenprüfungen. Die Daten erstellten die Amts- und Anstaltsärzte.

Ein Arzt wurde pro Anstalt für die Erstellung sog. Erbbögen abgezogen, wodurch die Versorgung der Patienten zusätzlich sank. In den Erbbögen wurden biographische Daten, hochwertige Eigenschaften der Sippe, arische oder nicht-arische Wurzeln und der rassische Einschlag des Körperbaus festgehalten.

Die Erbbögen waren Grundlage für die Sterilisations- und Tötungsanträge.

2.2 Neue psychiatrische Entwicklungen bei der Behandlung von Geisteskranken, um das Volk im Sinne von Hitlers „Mein Kampf“ zu gesunden

Im Sinne einer „aktiven Therapie“ arbeiteten die meisten Patienten in heimeigenen Werkstätten, im Garten und in der Landwirtschaft. Diese Arbeitstherapie war eigentlich nur ein Nützlichkeitsfaktor und diente zur Kostensenkung. Somit gab es auch keinen Lohn für die Insassen.

Ab 1936 wurde die medikamentöse Therapie von akuten schizophrenen Fällen mit Insulin- oder Cardiazol-Schocktherapie eingeführt. Dabei führte die Injektion der Medikamente zu künstlichen epileptischen Anfällen. Diese Therapie sollte bei Schizophrenen eine Besserung oder Gesundung bringen.

Auch neu war die sog. Fieberschock- und Elektrotherapie; dabei befanden sich die Patienten in lebensbedrohlichen Zuständen.

Der damalige behandelnde Arzt in Hadamar, Oberarzt Dr. Adolf Wahlmann, wendete vor allem die Cardiazol- und Fieberschocktherapie an.

2.3 Sparmaßnahmen in den Anstalten zur Reduzierung der staatlichen Ausgaben

Zu den wesentlichen Sparmaßnahmen zählte die konsequente Überbelegung, ohne mehr Geld zu investieren. So wurden 1939 ca. 500 Patienten untergebracht, ausgelegt war die Anstalt nur für 250 Personen. Somit versorgte ein Arzt 250 Kranke, eine Krankenschwester kümmerte sich um 15 Patienten.

Fritz Bernotat, seit 1937 Anstaltsdezernent des Bezirksverbandes Wiesbaden (dazu gehörte auch Hadamar), vertrat die Devise, dass die Aufwendungen für Erbkranken und Asoziale so niedrig wie möglich gehalten werden sollen.

Im Februar 1934 betrug der monatliche Satz für Patienten noch 0,98 Reichsmark, fünf Jahre später waren es nur noch 0,40 Reichsmark.

Weitere Maßnahmen waren beispielsweise Strohsäcke als Matratzen zu benutzen, die zusätzlichen Betten wurden in die vorhandenen Säle geschoben. Zusätzliches Personal wurde kaum bereitgestellt.

Die bis dahin privaten Heime wurden von Bernotat gezwungen, ihre Pfleglinge ebenfalls nach dem minimalistischen „Führerprinzip“ zu führen und ihre Pflegesätze enorm zu senken.

Ebenfalls gab es neue Verwaltungsmitarbeiter, die aus Berlin gestellt wurden.

Das gleiche geschah mit den kirchlichen Einrichtungen. Alle Anstalten, die sich nicht fügten, wurden geschlossen.

Durch diese Konzentrierung waren günstige Voraussetzungen für die folgenden „Euthanasie“-Aktionen geschaffen. Ebenso nahm der Einfluss der katholischen Kirche durch diese Maßnahmen ab. Weiterhin hatte der Staat fortan direkten Zugriff auf Geisteskranken und Behinderte.

3. NS-„Euthanasie“- Aktion 1939-1941

Ab Mitte der 30er Jahre gab es den Plan, Anstaltsinsassen zu töten. Aus Angst vor der Gegenwehr des Volkes wurde dieser Plan aber erst ab 1941 in den Kriegsjahren realisiert.

Das erste Opfer war der sog. „Fall Knauer“ 1938/39, ein Kind. Die Eltern des schwer geistig und körperlich behinderten Kindes wendeten sich mit der Bitte, es zu töten lassen zu können, an Hitler. Daraufhin kam der Junge in die Uniklinik Leipzig, wurde dort nochmals von Hitlers Begleitarzt Dr. Karl Brandt untersucht und schließlich getötet (Anm.: es ist nicht eindeutig, wie das Kind starb, vermutlich per Injektion).

Wahrscheinlich gab Hitler Brandt und dem Reichleiter Philipp Bouhler den mündlichen Auftrag, in ähnlichen Fällen genauso zu handeln.

Im Rahmen der ab 1940 durchgeführten T4-Aktion wurden 5 Tötungsanstalten in Deutschland und eine in Österreich gegründet:

1.	Grafeneck / Württemberg	Jan.1940-Dez.1940	9.839 Opfer
2.	Brandenburg a. d. Havel	Jan.1940-Sep.1940	9.722 Opfer
3.	Hartheim / Linz (Österreich)	Jan.1940-Ende 1944	bis Ende 1941 18.269 Opfer
4.	Sonnenstein / Pirna	Apr.1940-Aug.1943	bis Aug. 1941 13.720 Opfer
5.	Bernburg a. d. Saale	Nov.1940-Apr.1943	bis Aug. 1941 9.375 Opfer
6.	Hadamar / Limburg	Jan.1941-Aug.1941	10.072 Opfer

(Quelle: Verlegt nach Hadamar. Die Geschichte einer NS-„Euthanasie“-Anstalt, bearbeitet von Bettina Winter, Kassel: Eigenverlag 1991, S 76)

4. Die T4-Aktion in Hadamar 1940-1942

Die Heil- und Pflegeanstalt in Hadamar hatte besondere ‚Vorzüge‘, aufgrund derer sie in eine Tötungsanstalt umfunktioniert wurde:

- Die T4-Anstalt in Grafeneck in Württemberg wurde aufgrund zahlreicher regionaler Proteste 1940 geschlossen, Hadamar konnte als Nachfolgeeinrichtung das Einzugsgebiet und die dortigen Patienten zum großen Teil übernehmen.
- Der Bezirksverband Wiesbaden mit dem Anstaltsdezernenten Bernotat war ein vertrauensvoller Partner für die Organisatoren in Berlin.
- Die Lage auf dem Mönchberg bot außerdem folgende Vorteile:

„1. Die Gebäude der Anstalt waren zu einem großen Teil seit 1939 als Reservelazarett genutzt worden, so daß nur noch wenige Stammpatienten und Stammpersonal vorhanden waren.“

2. Die Anstalt war von einem Kranz anderer nassauischer Anstalten umgeben, die sich als Zwischenanstalten eigneten.

3. Die Anstalt Hadamar lag verkehrsgünstig in der Nähe einer Reichsautobahn.

4. In unmittelbarer Nähe der Anstalt befand sich ein Bahnhof, so daß auch die Bahn als Transportmittel für die Opfer genutzt werden konnte. ⁶²

Um die Gebäude in Hadamar für die „Euthanasie“- Aktion benutzen zu können, mussten einige Umbaumaßnahmen getätigt werden. Unter anderem wurden in den Keller unter dem Hauptgebäude eine Gaskammer und zwei Krematorien eingebaut. Die dazu notwendigen Handwerker bekamen ihren Auftrag direkt aus Berlin.

Das Personal wurde auf 100 Personen aufgestockt; teilweise kamen diese aus anderen Tötungsanstalten oder auch direkt aus Berlin. Alle mussten vereidigt werden, entweder direkt in Hadamar oder aber auch in Berlin, in der T4-Zentrale.

Die Tötungsabteilung bestand aus 25 Personen: Leitender Arzt, Stellvertreter, Oberpfleger, Schwestern, Pfleger, Fotograf, Leichenbrenner.

Im Sommer 1941 fand ein Personalwechsel statt: U.a. kam der junge Psychiater Dr. Bodo Gorgass vom Bezirksverband Wiesbaden als Leitender Arzt in die Anstalt nach Hadamar.

Ab dem 13. Januar 1941 begannen die systematischen Tötungen von Patienten. Nachdem die Patienten einige Tage bis Wochen in den Zwischenanstalten untergebracht waren, kamen sie mit Bussen der „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“ (kurz: Gekrat) nach Hadamar.

Dieser Aufenthalt diente auch zur Tarnung, da somit die Angehörigen die Verlegungen nicht gut nachvollziehen konnten. Des Weiteren war so eine höhere ‚Effizienz‘ möglich, da die Patienten auf Abruf auf relativ kurzem Weg nach Hadamar gelangen konnten.

Der Ablauf vor Ort folgte immer einer gleichen Routine: Die Patienten kamen mit den grauen Bussen der Gekrat auf den Mönchberg. Vor der Garage der Anstalt existierte ein Schleusengang ins Gebäude. Im großen Hauptsaal wurden die Kranken von Personal ausgezogen und mit alten Militärmänteln angekleidet. Anschließend wurde im Arzt-Zimmer die Identität festgestellt, es folgte eine kurze Begutachtung und der Arzt teilte dem Patienten eine von 61 falschen Todesursachen zu, die er in die Akte eintrug. Dann kamen sie in den Gasraum im Keller, in dem Glauben, duschen zu gehen. Der Leitende Arzt betätigte den Gashahn bis die Kranken erstickt waren.

Nach ca. einer Stunde wurde das Gas ins Freie geleitet und die Brenner (= „Desinfektoren“) trugen gekennzeichnete Leichen in den Sezierraum zur Gehirnentnahme für Forschungszwecke. Die Leichen, deren Gehirne entnommen wurden und alle anderen verbrannten sie in den Krematorien.

Die Asche wurde je nach Wunsch den Angehörigen zugesendet oder zu deren nahe gelegenen Friedhöfen geschickt.

Um die Morde vor den Angehörigen zu verdecken, wurden die Akten zwischen den einzelnen Anstalten versandt. Somit war es schwer, die Verlegungen und den Tod nach zu vollziehen. Ein Besuch war theoretisch für die Angehörigen möglich, jedoch nur mit schriftlicher Genehmigung. Dies kam jedoch kaum vor, da die Kranken schnell weiter verlegt wurden. War der Tod erfolgt, bekam die Familie einen „Trostbrief“ und die gefälschte Sterbeurkunde zugeschickt. Alle Papiere waren mit falschem Namen unterschrieben. Ebenfalls war stets vermerkt, dass der Tod eine Erlösung für die Kranken gewesen sei und schnell eintrat. Die Kleidung habe aus Infektionsgründen verbrannt werden müssen.

Seitens der Bevölkerung fanden so gut wie keine Befreiungsversuche statt, obwohl in Hadamar nach Zeugenaussagen viele von den Geschehnissen auf dem Mönchsberg wussten.

„Beispiel: Ernst U.

Ernst U., Jahrgang 1899, wurde in Bulmke/Gelsenkirchen geboren und erlernte nach der Volkshochschule das Bäckerhandwerk. 1923 heiratete er und wurde in den Jahren 1924 – 1932 Vater von sechs Kindern. 1929 begab sich Ernst U. freiwillig erstmals in ein Krankenhaus und von dort in die Psychiatrische Klinik Bedburg. Nach drei Monaten wurde er wieder entlassen, mußte jedoch im Dezember 1933 erneut in die Psychiatrische Klinik, wahrscheinlich mit der Diagnose „Schizophrenie“. Er hatte bis dahin in der Brotfabrik seines Onkels gearbeitet, wo bis 1933 seine Krankheitssymptome noch toleriert waren. Ab 1933 blieb Ernst U. in dauernder Anstaltsbehandlung in Bedburg. Seiner Frau wurde mitgeteilt, sie müsse dieser dauernden Anstaltsunterbringung zustimmen, sonst kämen ihre Kinder in ein Heim. Ernst U. wurde regelmäßig von seinen Verwandten in der Klinik besucht, die Tochter erinnert sich heute noch an die immer weinende Mutter nach solchen Anstaltsbesuchen. Wahrscheinlich wurde er schon 1940 im Rahmen von Verlegungen aus dem Rheinland in eine südhessische Anstalt verlegt. Anfang 1941 ahnte er Schlimmeres; er schrieb seiner Mutter und bat um Abholung aus der Anstalt, und kurz darauf schrieb er seiner Frau eine Karte mit der dringenden Bitte um Besuch. Die Karte trug den Stempel „Besuche nicht erwünscht“.

Ende März erhielt seine Frau die Nachricht von seinem Tod. In einem langen Trostbrief wurde ihr mitgeteilt, er sei am 13. März 1941 nach Hadamar verlegt worden und dort am 24. März 1941 „plötzlich und unerwartet“ an einer „akuten Hirnhautentzündung“ verstorben. Ernst U. wurde tatsächlich in der Gaskammer von Hadamar ermordet.“⁶³

5. Die Zweite Phase der Euthanasie in Hadamar 1942 – 1945

Ab dem 1. August 1942 wurde Hadamar wieder Landesheilanstalt. Chefarzt wurde Dr. Adolf Wahlmann, er war schon zweimal in Hadamar als Oberarzt beschäftigt gewesen, Alfons Klein bekam die Position des Verwaltungsleiters. 12 Tage später kamen die ersten Patienten per Gekrat wieder nach Hadamar.

Vom 13. August 1942 bis zur Befreiung durch die Amerikaner am 24. März 1945 wurden 4.817 Patienten in die Anstalt verlegt, davon starben 4.422, die allermeisten nicht durch natürlichen Tod.

Nach außen hin sollte das Bild einer normalen Heilanstalt aufgebaut werden: Ca. 200 Patienten wurden als Arbeitskräfte eingesetzt und auch an Betriebe im Ort Hadamar „vermietet“. Die Einnahmen, die die Anstalt dadurch verbuchen konnte, wurden als Gewinn angegeben; die Kranken bekamen keinen Lohn für ihre Arbeit.

Wie auch zur Vorkriegszeit gehörte zum Konzept, dass die Anstalt mit durchschnittlich 500 Personen kontinuierlich überbelegt war.

Die Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Schwäche nicht arbeiten konnten, wurden durch Überdosierung von Medikamenten getötet.

Die zweite Phase der „Euthanasie“ ist gekennzeichnet durch absolute Willkür: Der Verwaltungsleiter Klein beauftragte Wahlmann, täglich Kranke auszusuchen, die getötet werden sollten, nicht zuletzt um wieder freie Betten zu bekommen.

Dabei suchten die Schwestern besonders schwere Fälle aus, schrieben sie auf einen Zettel und Wahlmann legte die tödliche Dosis Tabletten fest, die das Pflegepersonal zur Nacht verabreichten. Morgens waren die Patienten tot; war ein Kranker doch noch am Leben tötete man ihn durch eine Injektion. Als Mordmittel benutzte man Morphinum-Scopolamin und Chloralhydrat.

Ansonsten versorgte die Anstalt die Patienten nur mit dem Nötigsten, die Lebensmittel waren stark rationiert, so dass eine Abmagerung rasch erfolgte und die Menschen auch an Unterernährung starben.

Ab 1942 wurde ein eigener Anstaltsfriedhof hinter dem Gebäude angelegt, somit konnten die Toten unauffälliger bestattet werden, da sie nicht durch den Ort transportiert werden mussten. Die Massengräber wurden als Einzelgräber getarnt. Ein Pfarrer war nur dabei, wenn die Angehörigen darauf bestanden, bei der Bestattung anwesend zu sein. Das war jedoch eher die Ausnahme.

Im Laufe der Kriegszeit entstand die „Aktion Brandt“ (Brandt war auch schon Leiter der „Euthanasie“- Aktion): Andere Heil- und Pflegeanstalten wurden zu Ausweichkrankenhäusern umfunktioniert. Die bis dahin dort untergebrachten Patienten wurden nach Hadamar verlegt, wo viele von ihnen starben.

6. Die Leitenden Ärzte und die Verwaltung

45% aller Ärzte waren Mitglied der NSDAP, viele von ihnen haben gegen die „Euthanasie“- Morde keinen Widerstand geäußert. Sie haben die Tötungen still geduldet.⁶⁴

Dr. Bodo Gorgass⁶⁵

Gorgass war SA-Mitglied ab 1933 und NSDAP-Parteimitglied seit 1937. Er war Tötungsarzt in der ersten Phase von Januar bis August 1941 in Hadamar.

Ihm wurde die Aufgabe erteilt, Erfahrungen in der T4-Aktion in verschiedenen anderen Anstalten zu sammeln, bevor er nach Hadamar kam. Gorgass hospitierte unter anderem in Hartheim und Sonnenstein, beides waren „Mordanstalten“.

Er trat freiwillig der T4-Organisation bei, die Tötungen führte er immer freiwillig durch.

Ab Juni 1941 arbeitete er in Hadamar zusammen mit Dr. Friedrich Berner.

Seine Aufgaben waren vor allem die letzte „Untersuchung“ durchzuführen, die Todesursache „festzulegen“ und den Gashahn aufzudrehen.

Vor Gericht sagte er aus, dass er überzeugt war vom „Euthanasie“-Gedanken. Er hatte Stillschweigen geschworen und kritiklos die Tötungen hingenommen.

Dr. Adolf Wahlmann⁶⁶

Wahlmann wurde auch schon vor dem Krieg in vielen Anstalten des Bezirksverbandes Wiesbaden eingesetzt. In den 30er und 40er Jahren entwickelte er neue „Heilmethoden“, die er anwendete und auch publizierte. Er wollte die Psychiatrie weiter bringen und reformieren.

Seiner Meinung nach waren die hohen Kosten für die Entwicklung und die Therapien nur durch Einsparungen bei den unheilbar Kranken zu bewältigen.

Seine Gedanken sind ein typisches Beispiel für den fehlgeleiteten Idealismus in dieser Zeit. In Hadamar arbeitete er von 1908 – 1911, 1933 – 1936 und 1942 – 1945.

Im Jahre 1933 trat er der NSDAP bei, jedoch galt er die ganze Zeit als „unsicheres Parteimitglied“. Unter anderem weigerte er sich, aus der Kirche auszutreten. Der Bruch der „sauberen Karriere“ kam ab 1942, wo er als Chefarzt in Hadamar eingesetzt wurde und auf Anordnung Kleins die tödliche Medikamentendosis anordnete. Ebenso legte er die falschen Todesursachen fest.

Alfons Klein⁶⁷

Klein war seit 1930 Mitglied in der NSDAP und auch in der SA. Ab 1934 arbeitete er in der Verwaltung der Landesheilanstalt Hadamar. Als beamteter Landessekretär war er ab 1940 Mitglied in der T4-Zentrale. Zwei Jahre später stieg er auf zum Verwaltungsleiter in Hadamar. Er stellte Wahlmann ein, der aber auf der Rangliste unter ihm angesiedelt war.

Klein war der Hauptorganisator der Tötungen in Hadamar. Er legte ein scharfes Umgehen mit dem Personal an den Tag, vor allem gegenüber denen, die in andere Anstalten wechseln wollten.

2.2.5 Anriss ethischer Entwicklungen nach 1945

Nach den schrecklichen Ereignissen während der NS-Zeit wurden in dem Nürnberger Ärzteprozess (09.12.1946 – 20.08.1947) 20 Ärzte und 3 Nicht-Ärzte angeklagt. Problematisch war jedoch, dass man meist die ranghöchsten Hauptverantwortlichen nicht anklagen konnte, da ihre Aufenthaltsorte zu dem Zeitpunkt unbekannt waren oder viele von ihnen Selbstmord begingen. Auch war das übrig gebliebene Archivmaterial noch nicht vollständig ausgewertet.⁶⁸

Um ähnlichen Menschenversuchen in Zukunft vorzubeugen, entwarf das Gericht den so genannten „Nürnberger Kodex“, worin die Grenzen der Forschung am Menschen festgelegt wurden. Dieser Kodex erhielt Eingang in viele Ethik-Codices in vielen Ländern. Im Laufe der Jahrzehnte wurde dieser Kodex zu Gunsten der wissenschaftlichen Forschung liberalisiert, zuerst 1964 in der „Deklaration von Helsinki“, dann nochmals 1975 in der „Deklaration von Tokio“.⁶⁹

Unter anderem Amnesty International kritisierte damals und kritisiert auch heute noch, dass in vielen Ländern gegen die Menschenrechte verstoßen wurde und wird, auch durch Menschenexperimente, dessen Rahmen die Ethik der Deklarationen verlassen hat. Dabei sollen Ärzte in beratender Funktion eine wichtige Rolle spielen.⁷⁰

Der bis 1948 geltende Hippokratische Eid wurde in das sog. Genfer Gelöbnis umformuliert:

*„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich:
mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.*

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.“⁷¹

Damit waren der wissenschaftliche Forschung bzw. der modernen Medizin in Teilbereichen wie z.B. der Abtreibung die ethischen Ge- und Verbote des Hippokrates nicht mehr im Wege.

Ein weiteres Problem ist der rasante wissenschaftliche Fortschritt seit Mitte bzw. Ende des 20.Jhds, auch im medizinischen Bereich. Rationalisierung und Ökonomisierung des Medizinwesens, speziell der Krankenhäuser, geben Anlass für kritische Hinterfragung: Wenn Patienten bald als „Kunden“ gelten und Kliniken in „Firmen“ umbenannt werden, bestünde dann nicht immer häufiger die Gefahr, Behandlungen an chronisch kranken Patienten abzulehnen oder zu minimalisieren, weil ein Krankenhaus nur mit „schwarzen Zahlen“ wirtschaftlich geführt werden kann? Ist das Schicksal Einzelner mit den ökonomischen Plänen

einer „Firmenleitung“ in der Klinik vereinbar? Welche Rolle spielt dann aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid durch Ärzte; Handlungsbereiche die bis jetzt noch in Deutschland untersagt sind, die Forderung danach aber in der deutschen Gesellschaft lauter wird?⁷²

Gerade aufgrund solcher möglicher Entwicklungen ist es wichtig, nicht nur die Möglichkeiten der Lebensverlängerung zu erforschen und deren Grenzen festzulegen, sondern auch Sterbebegleitung am Lebensende zu einer modernen „Ars Moriendi“ – „Kunst zu Sterben“ festzulegen. In wichtigen Ansätzen wird dies auch schon getan, durch Hospize und Palliativmedizin; diese Bereiche müssen jedoch noch viel weiter ausgedehnt und für jeden zugänglich bzw. erschwinglich gemacht werden.

Um der Forschung am Menschen gerecht zu werden, da nur so neue Medikamente und damit Therapien entwickelt werden können, aber auch zum Schutz der Patienten vor unkontrollierten Experimenten, wurden Ethikkommissionen gegründet. Sie sollen die (klinische) Forschung überwachen und vor Missbrauch schützen. Über allen möglichen Daseinsberechtigungsformen (Strafgesetzbuch (StGB), Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Weltärztebund etc. steht jedoch das (deutsche) Grundgesetz: *„Sie (anm: sie = die Vorgaben den BGB) reichen von der Freiheit der Forschung, über den Schutz des Probanden und Patienten bis hin zum rechtlichen Gehör im Verfahren.“*⁷³

2.3 Sterbehilferegulungen in Deutschland und in ausgewählten Ländern

2.3.1 Sterbehilfe in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

In Deutschland ist aktive Sterbehilfe verboten, auch wenn sie ausdrücklich von unheilbar kranken Menschen gewünscht wurde (§ 216 StGB: „Tötung auf Verlangen“). Der oben aufgeführte Fall aus dem Jahr 2002 aus Mittelhessen ist jedoch nur ein Beispiel für die schwierige Rechtslage und deren Befolgung in Deutschland. Seit Jahrhunderten wird über die Frage, ob aktive Sterbehilfe und (ärztlich) assistierter Selbstmord ethisch zu vertreten sind, diskutiert. Dass speziell in Deutschland seit dem Ende des zweiten Weltkriegs diese Diskussion eine zusätzliche Komponente bekommen hat, macht die Beantwortung der Frage noch schwieriger.

Immer wichtiger wird neben der Frage, ob aktive Sterbehilfe legalisiert werden soll, die Komponente der Palliativmedizin mit ausreichender Schmerztherapie. Vor Jahren (und teilweise wohl auch noch in der heutigen Zeit) wurde sehr zurückhaltend mit Medikamenten behandelt, die zwar starke Schmerzen lindern, gleichzeitig aber physisch und psychisch abhängig machen können. Die Tendenz, großzügiger mit diesen Medikamenten zu therapieren, wird insgesamt von Patienten und Ärzten begrüßt, da das Argument der

Abhängigkeit bei tödlichen Krankheitsverläufen hinfällig ist. Viel wichtiger ist die Leidensminderung.

Diese Problematik soll durch folgendes Beispiel verdeutlicht werden:

2.3.1.1 *Fallbeispiel*

Der Fall Frau D.

1. Aus den Akten der Kriminalpolizei

Frau D., eine 74 Jahre alte Frau aus R., einer Kleinstadt in Mittelhessen, wohnte bei ihrer Tochter, einer Altenpflegerin für psychisch gestörte Patienten, als sie am 13.02.00 um 16:00 Uhr verstarb. Zuvor war die Notärztin von der Tochter verständigt worden. Diese fand nach eigenen Angaben eine hochgradig krebserkrankte Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand vor. Ihr sei anzusehen gewesen, dass sie im Sterben lag. Da die behandelnde Hausärztin keine Schmerzmedikation verordnet hatte und sich im Urlaub befand, verabreichte die Notärztin das Schmerzmittel Tramal[®] und Atosil[®] als Beruhigungsmittel. Die Medikation sollte den Zustand erleichtern.

Ca. zwei Stunden später wurde sie über das Ableben der Frau D. benachrichtigt; daraufhin stellte sie den Totenschein aus. Hiernach war die unmittelbare Todesursache Lungenödem und Atemstillstand als Folge von Herzinsuffizienz und Kachexie. Als Grundleiden lag ein 1989 operiertes Mamma-Carcinom vor, mit Verdacht auf Knochenmetastasen.

Nachdem der Totenschein ausgestellt war, beauftragte die Tochter einen Bestatter. Eine Obduktion war nicht vorgesehen.

Am 17.02.00 rief der Sohn der Tochter aus erster Ehe und Enkel der verstorbenen Frau D. die zuständige Staatsanwaltschaft an. Er äußerte den Verdacht, dass etwas mit dem Tod seiner Großmutter nicht in Ordnung sei. Er habe am Tag zuvor mit ihr telefoniert und hatte den Eindruck, dass sie sehr lebendig wirkte. Sie habe ihm gegenüber das eigene Ableben erwähnt; am Tag danach starb sie dann auch plötzlich.

Aufgrund dieses Telefonats wurde die Leiche der Frau D. beschlagnahmt und dem Rechtsmedizinischen Institut zugeführt.

Der zuständige Kriminalbeamte kontaktierte zuerst den Bestatter; dieser gab an, einen Anruf von einem Mitglied einer Studentenverbindung erhalten zu haben. Er wollte sich bei dem Bestatter erkundigen, wann die Trauerfeier sei und welcher Arzt den Leichenschauschein

ausgestellt hatte. Der Bestatter gab an, lediglich die Auskunft, dass dies der Notärztliche Dienst gewesen sei, erteilt zu haben.

Wie sich bei dem Rückruf ergab, handelte es sich bei dem Anrufer um den Bruder des Enkels, einem Humanmedizinstudenten im 7. Semester. Er gab an, dass das Verhältnis von ihm und seinem Bruder zur Mutter nicht so gut sei. Seinen Angaben zufolge soll seine Mutter der Patientin Frau D. drei Morphium Tabletten gegeben haben, bevor die Notärztin eintraf. Zu diesem Zeitpunkt konnte die Hausärztin nicht kontaktiert werden, um zu überprüfen, ob sie der Frau O. ein Rezept für ihre Mutter ausgestellt hatte.

Auf dem Verordnungsbogen, den die Tochter später der Kriminalpolizei gab, stand etwas unleserlich mit Handschrift Morphin 60 (anm: oder 30), morgens und abends je eine Tablette, den computergedruckten restlichen Verordnungen dazugefügt.

Weiterhin gab der Bestatter an, dass er bei seinem Eintreffen am Sterbeort durchgehend Klassische Musik im Hintergrund gehört habe. Die Tochter habe ihn gebeten, das Sonntagskleid der Verstorbenen nicht zu entfernen; jedoch habe er ihr erklärt, dass dies für die geplante Einäscherung notwendig sei. Die Tote müsse eine Naturfaserbekleidung tragen. Äußerlich war seiner Meinung nach nichts Auffälliges zu erkennen.

Laut Bestatter hatte die Notärztin darauf bestanden, die Kosten für die Leichenschau sofort als Bargeld zu erhalten, andernfalls sie den Leichenschauschein nicht ausstelle.

Bei der telefonischen Kontaktierung der Hausärztin im Urlaub gab diese an, dass die Tochter sie angerufen hatte (vermutlich sei das am 13.02.00 gewesen, genaueres wusste sie nicht mehr), da es ihrer Mutter schlecht ginge und sie um Rat bat. Die Ärztin sagte ihr, sie solle den Notarzt anrufen, was die Tochter dann auch befolgte.

Nach diesen Erkenntnissen ordnete die Staatsanwaltschaft eine gerichtliche Obduktion an, um dem Verdacht einer möglichen Sterbehilfe nachzugehen.

2. Pathologisch – anatomische Befunde

I. Auszüge aus dem Sektionsprotokoll

a) Äußere Besichtigung

Die Leiche der 74 Jahre alt gewordenen Frau D. war äußerlich sehr kachektisch: bei einer Länge von 155cm wog sie nur 33kg, was einem Body-Mass-Index von 13,7 entspricht. Zum Zeitpunkt der Sektion war sie nur mit einem gelblich verfärbten Slip bekleidet.

Rücken, Gesäß, Hals und Nacken waren frei von Verletzungsspuren. Auffällig im

Thoraxbereich war eine 15cm lange Narbe, die senkrecht auf dem Brustbein verläuft und eine

weitere, ebenfalls 15cm lange an der rechten vorderen Brustkorbhälfte. Die rechte Brust war vollständig amputiert. In der Axilla befand sich eine weitere 7cm lange Narbe.

In der rechten Ellenbeuge war ein Pflaster aufgetragen, darunter eine Rötung erkennbar, wo laut Protokoll zwei Einstichstellen zu sehen waren.

Im Bereich des unteren Abdomens war eine weitere 15cm lange, schräg gestellte Narbe sichtbar.

An der unteren Extremität waren noch zwei weitere Narben zu erkennen: eine 15cm lange an der rechten Hüfte und eine im Bereich des Kniegelenks.

Ansonsten war die äußere Besichtigung ohne Auffälligkeiten.

b) Innere Besichtigung

Bei der Eröffnung des Schädeldaches waren keine Blutungen zu erkennen. Das Hirngewebe zeigte äußerlich keine Auffälligkeiten, auch auf den einzelnen Schnittpräparaten waren weder Blutungen, noch herdförmige Erweichungen oder Geschwülste erkennbar.

In beiden Brustfellhöhlen befanden sich einige Milliliter einer klaren roten Flüssigkeit.

Ebenso im kleinen Becken eine „schmutzig rot gefärbte Flüssigkeit“.

Die Untersuchung des Herzens ergab, dass die Aortenklappe durch eine künstliche Klappe ersetzt worden war. Ein Blutgerinnsel im Bereich der Koronararterien war nicht erkennbar, ebenso waren keine Blutungen sichtbar.

In den Bronchien befand sich eitriges Sekret. Der gesamte rechte Unterlappen war verdichtet und graurot verfärbt, auf Druck entwich etwas gelblich-rahmige Flüssigkeit. Teilweise war zentrales Gewebe ebenfalls graurot verfärbt, was auf eine schwere Bronchopneumonie schließen ließ. Das übrige Gewebe war stark lufthaltig, was bei einer chronischen Überblähung der Fall ist, Blutungen und Geschwüre waren nicht zu erkennen.

Hals- und Bauchschlagader wiesen immer wieder starke Verkalkungen und Einengungen im Sinne einer ausgeprägten allgemeinen Arteriosklerose auf.

Bei der Besichtigung der Bauchorgane war der stark unterblutete rechte Lendenmuskel besonders auffällig. Weiter zentral befand sich eine kindsfaustgroße Höhle, gefüllt mit geronnenem Blut. Im knöchernen Becken waren jedoch keine Bruchstellen sichtbar.

Die Leber zeigt eine Muskatnusszeichnung als Zeichen einer Stauungsleber sowie eine beginnenden feinknotige Zirrhose.

II. Chemisch-toxikologische Untersuchung

Bei der Untersuchung des Magens, des Urins und des Blutes auf Opiate (genau: Morphin) waren alle genannten Proben positiv. Die Konzentration im Blut betrug zum Zeitpunkt des Todes 3,2 mg/l. Weiterhin konnte in den genannten Substanzen auch das Herzmittel Verapamil (ein Calciumantagonist) nachgewiesen werden, mit einer Blutkonzentration von 3,16 mg/l. Dieses Medikament war auch auf dem Verordnungsbogen angegeben gewesen. In der Gallenflüssigkeit waren keine Opiate nachweisbar. Die zusammenfassende Beurteilung durch den Forensischen Toxikologen wies daraufhin, dass bei der Gesamtbeurteilung der zeitliche Ablauf bedacht werden müsse.

3. Rechtsmedizinische Bewertung

Bei diesem Fall ist die Beurteilung komplexer: Einerseits gibt es Hinweise, die auf aktive Sterbehilfe schließen lassen, andererseits könnte es sich auch um den natürlichen Tod einer schwer kranken Frau gehandelt haben.

Für aktive Sterbehilfe spricht zum Beispiel die Aussage des Enkels, der tags zuvor noch mit seiner Großmutter telefonisch gesprochen hatte und sie als „recht munter“ empfand. Bei diesem Gespräch soll sie laut der Polizeiakte vom Sterben gesprochen haben.

Ein weiterer Hinweis könnte der Beruf der Tochter sein; als Altenpflegerin in einem Heim für psychisch Kranke erlebt sie jeden Tag sehr viel Leid. Außerdem ist sie mit Medikamenten vertraut, so dass sie Frau D. zusätzlich Morphium verabreicht haben könnte, ohne der Notärztin davon zu berichten. Die Kombination des Morphins mit der Medikation der Notärztin (Tramal[®] und Atosil[®]) könnte den Zustand insofern verschlechtern, als dass diese stark atemdepressiv wirken. Das wäre mit der Todesursache „Atemstillstand“ im Leichenschauchein vereinbar. Andererseits ist „Atemstillstand“ keine eigentliche Todesursache, sondern beschreibt lediglich einen Endzustand, wie auch etwaiges „Herz-Kreislauf-Versagen“.

Alternativ ist auch ein natürlicher Tod in Betracht zu ziehen. Frau D. war eine schwer kranke Frau, die nach der Mamma-Ca Operation 1989 zum Zeitpunkt des Todes multiple Metastasen in der Leber hatte und zusätzlich an einer starken eitrigen Bronchopneumonie litt.

An weiteren Grunderkrankungen lagen eine Herzinsuffizienz bei Zustand nach (Z.n.) Aortenklappenersatz und chronischem Lungenemphysem sowie einer Leberzirrhose, vor. Zuletzt war eine Oberschenkelhalsfraktur operativ versorgt worden.

Man kann davon ausgehen, dass die Patientin aufgrund des Krebsleidens und des schlechten Allgemein- und Ernährungszustandes (BMI=13,7) nicht mehr vollständig genesen wäre.

In der täglichen Medikation war unter anderem Theophyllin verordnet, dass die gesamte Aktivität, aber auch speziell die des Respirationstraktes positiv beeinflussen soll, indem es eine Bronchodilatation und auch eine Drucksenkung im Lungenkreislauf bewirkt. Dies lässt darauf schließen, dass Frau D. aufgrund ihres Allgemeinzustandes und auch des chronischen Lungenemphysems in ihrer Atmung massiv eingeschränkt war.

Abschließend ist nicht genau festzulegen, ob es sich um aktive Sterbehilfe gehandelt hat. Leider ergibt die Polizeiakte auch nichts Genaues, da sich zwar Morphin im Blut befand, aber die Konzentration nicht genau einzuschätzen war und an dieser Stelle die Daten enden. Handelte es sich um aktive Sterbehilfe und hätte man diese verhindern können, so wäre die Patientin wohl mit großer Wahrscheinlichkeit einige Tage oder Wochen später aufgrund ihres Grundleidens verstorben.

Bedeutsame Institutionen bzgl. aktiver Sterbehilfe in Deutschland:

In Deutschland gibt es verschiedene wichtige Institutionen, die sich ausgiebig mit dem Thema Sterbehilfe und Palliativmedizin beschäftigen; dies sind unter anderen die Bundesärztekammer, die Gerichte (wie auch der 66. Deutschen Juristentag Stuttgart 2006), die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS), lokal der Gießener Hospiz Verein e.V. und die christlichen Kirchen (dessen Stellungnahme wird in einem folgenden Kapitel separat dargestellt).

Im Folgenden wird anhand dieser Organisationen die Situation in Deutschland dargestellt.

2.3.1.2 Bundesärztekammer (BÄK)

Die Bundesärztekammer lehnt aktive Sterbehilfe strikt ab: *„jeder Mensch habe das Recht auf Leben und Sterben in Würde, nicht aber das Recht, getötet zu werden. Patienten müssten sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärzte konsequent für das Leben einträten und das Recht auf Leben auch nicht aus wirtschaftlichen Gründen zur Disposition stellten.“*⁷⁴

Jedoch nimmt die BÄK klar Stellung zu Behandlungsabbrüchen bzw. –umstellung auf Palliativmedizin bei sterbenden Patienten:

„so gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden. Unabhängig von anderen medizinischen Zielen der Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u.a.:

menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“⁷⁵

Passive Sterbehilfe, also das Einstellen von weiteren Therapien, die das Leben des Sterbenden jedoch nicht verlängern und für ihn als unnötige, weil erfolglose Belastungen angesehen werden können, ist (mit dem Willen des Patienten) nicht verboten. Dabei ist die wichtigste Voraussetzung, dem Patienten die Wahrheit über seine Erkrankung mitzuteilen, damit dieser seine Situation begreifen und mit dem Arzt sinnvolle, d.h. den Wünschen des Patienten entsprechende und medizinisch vertretbare Therapieziele besprechen kann.

Schwieriger ist die Situation bei Patienten mit anhaltender Bewusstlosigkeit, wie beispielsweise beim apallischen Syndrom, dem so genannten Wachkoma: Die Patienten können mitunter viele Jahre bis Jahrzehnte im Wachkoma liegen mit entsprechender Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. Es gibt seltene Fälle, in denen auch nach vielen Jahren Wachkomapatienten wieder aufgewacht sind. Grundsätzlich, so die BÄK, haben diese Patienten wie alle anderen auch ein Recht auf Leben, d.h. Versorgung und Zuwendung. Beginnt jedoch bei ihnen der Sterbeprozess, so müssen sie grundsätzlich nach den gleichen Kriterien behandelt werden wie bewusstseinsfähige Patienten; der mutmaßliche Wille zählt. Wurde vor der Erkrankung kein Bevollmächtigter angegeben, so ist die Ernennung eines Betreuers erforderlich.⁷⁶

In der Musterberufsordnung der BÄK werden die ‚sittlichen‘ Grundlagen für den ärztlichen Beruf festgehalten:

„§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten:

(1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“ (zitiert nach: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B1>, am 14.10.09)

„§ 16 Beistand für Sterbende:

Ärztinnen und Ärzte dürfen - unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten - auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde.

Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientin oder des Patienten stellen.“ (zitiert nach:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B3>, am 14.10.09).

2.3.1.3 *Deutscher Juristentag 2006*⁷⁷

Auf dem 66. Deutschen Juristentag in Stuttgart war das Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“ ein Diskussionspunkt.

Unter den Beschlüssen ist unter anderem die Forderung, dass im Strafgesetzbuch die passive Sterbehilfe zu verankern ist. Strafflose Behandlungsbegrenzung ist gerechtfertigt, wenn keine medizinische Indikation (mehr) vorliegt, wenn dies vom Patienten ausdrücklich gewünscht wird und auch wenn bei einwilligungsunfähigen Kranken eine inhaltlich entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Auch auf Wunsch des Betreuers (der nach dem mutmaßlichen Willen des nicht Einwilligungsfähigen die Entscheidung trifft), mit Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht kann die Behandlung begrenzt werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die rechtliche Bedeutung der Patientenverfügung; dabei soll diese im Zivilrecht verankert werden. Voraussetzungen für die Verbindlichkeit sollen sein:

- *„Eindeutigkeit und Situationsbezogenheit*
- *Fehlen konkreter Anhaltspunkte für Willensmängel (Einwilligungsunfähigkeit, Irrtum, Täuschung, Zwang)*
- *Fehlen konkreter Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Willensänderung (vor allem ausdrücklicher oder konkludenter Widerruf)*
- *Schriftform*
- *sonstige verlässliche Dokumente (z.B. Videoaufnahme)*⁷⁸

Ein wesentliches Argument zur Ablehnung der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung sind neue medizinische Entwicklungen und Therapien, die der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung seiner Patientenverfügung nicht mit in seine Überlegungen einbeziehen konnte und die, seinem mutmaßlichen Willen zufolge, seine Entscheidung verändert hätten.

Auch die indirekte Sterbehilfe (Verabreichung von leidensmindernden Medikamenten, die als Nebenwirkung den Tod beschleunigen können) war Thema des Deutschen Juristentags; dabei wurde beschlossen, dass die Voraussetzungen, unter denen die indirekte Sterbehilfe straflos

bleibt, gesetzlich geregelt werden sollte. Demnach ist sie nicht nur zulässig bei Sterbenden, sondern auch bei Patienten mit einer tödlich verlaufenden Erkrankung; auch dann, wenn die Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung sichere Folge sein wird. Wichtig ist immer die Dokumentationspflicht des Arztes, wie auch in der Musterberufsordnung für Ärzte festgehalten ist („§ 10 Dokumentationspflicht: (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“, zitiert nach:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B2>, am 14.10.09)

Als vierten Punkt wurde zum Suizid beschlossen: Nicht strafbar soll demnach die unterlassene Hinderung an der Tat und die Rettung danach (vor Todeseintritt) sein, wenn die Entscheidung zu dieser Handlung aus freiem Willen des volljährigen Suizidenten und nicht aus einer nur kurzzeitigen Stimmungsschwankung erfolgt. Auch Personen in einer Garantenstellung (z.B. Ärzte) sind in diese Regelung einbezogen.

Die bis dahin strikte „Standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids“ soll folgendermaßen verändert werden:

„Die ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids sollte einer differenzierten Beurteilung weichen, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid des Patienten mit unerträglichen, unheilbaren und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert.“⁷⁹

Diese Regelung kommt dem Prinzip in der Schweiz sehr nahe. Wichtig ist, dass man für umfassende Kontrollmaßnahmen sorgen muss, um vor Missbrauch zu schützen.

Tötung auf Verlangen, wie es zum Beispiel in den Niederlanden legalisiert wurde, wird jedoch weiterhin strikt abgelehnt.

2.3.1.4 *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS)*⁸⁰

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (kurz DGHS) wurde 1980 als Patientenschutz- und Bürgerrechtsorganisation gegründet. Die im Folgenden dargelegte Position geht zurück auf die Ansätze der Aufklärung und des Humanismus; eine zentrale Rolle spielt die Eigenverantwortung des Individuums.

Zur Position: Die DGHS engagiert sich stark für ein humanes Lebensende; oberstes Gebot ist das Recht auf Selbstbestimmung bis zur letzten Minute des Lebens. Für die Durchsetzung dieses Rechts setzt sich die DGHS auch auf politischer Ebene ein (ausführliche Erläuterung weiter unten im Text). Wichtiges Mittel um das Lebensende bzw. die im Sterben durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen individuell festzulegen ist die Patientenverfügung bzw. die Anlage einer Patientenschutzmappe.

Jedoch wird auch lebensorientierende Hilfe angeboten, wie zum Beispiel durch Hospiz- Informationsstellen, Infotelefone für Schmerztherapie, mittels der Akademie für Sterbebegleitung oder auch durch Anlage eines Patientenschutzbriefs zur lebenserhaltenden Therapie. Zusammenfassend zielt das Engagement auf eine bessere Versorgung der alten, schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Zu den Forderungen zählt vor allem eine umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und Sterbehilfe, d.h., alle im bisherigen Recht existierenden Grauzonen sollen aufgedeckt, öffentlich diskutiert und verbessert werden. Alle Mittel und Hilfen, die das Sterben erleichtern, sollen gefördert werden.

Bezüglich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und Sterbehilfe hat die DGHS rechtspolitische Leitsätze erstellt:

1. Gesetzgebungsbedarf

Es besteht die Forderung nach einer eindeutigen, sachlich angemessenen und umfassenden Regelung der Sterbehilfe im Straf- und Zivilrecht zur Minderung der allgemeinen Unsicherheit bezüglich der Grenzen der Sterbebegleitung.

2. Ziele

Oberstes Ziel ist die Selbstbestimmung am Lebensende inkl. dem Respekt vor religiösen und weltanschaulichen Auffassungen. Weiterhin soll jeder Mensch ein Recht auf Palliativmedizin und Sterbebegleitung haben. Gleichzeitig wird angestrebt, Missbräuche bei der Sterbehilfe zu verhindern. Der Entscheidungsspielraum der Ärzte soll genauer festgelegt werden, aber es soll ihnen immer frei stehen, sich aus persönlichen Gründen nicht an der Sterbehilfe oder dem ärztlich assistierten Suizid zu beteiligen. Ebenfalls ist wichtig, die Wahrheit am Krankenbett zwischen Arzt und Patient zu fördern. Neben den Regelungen zur Verkürzung des Sterbens ist es aber auch Ziel, ein Recht auf Weiterbehandlung im Rahmen des medizinisch Sinnvollen festzulegen, auch in aussichtslosen Fällen.

3. Abbruch bzw. Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen

Die Selbstbestimmung des Patienten über Weiterbehandlung oder Behandlungsabbruch steht immer *vor* dem ärztlichen Hilfswillen. Um die Regelung über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten rechtsverbindlich zu machen, soll eine entsprechende Formulierung ins Strafgesetzbuch aufgenommen werden. Dabei ist oberste Priorität der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Menschen. Es ist darauf zu achten, dass die Patientenverfügung im Betreuungsrecht ebenfalls verbindlich geregelt wird.

Generell soll die Patientenverfügung für Ärzte, Gerichte, Betreuer und Bevollmächtigte verbindlich sein. Eine Interessensabwägung bei einwilligungsunfähigen Kranken findet nur statt, wenn keine früheren Äußerungen (schriftlich oder mündlich) vorliegen.

4. Leidensminderung

In den Leitsätzen wird weiterhin eine Klärung und ggf. Ergänzung des Strafrechts bzgl. „unterlassener Hilfeleistung“ (§323c StGB) gefordert. Demnach sollen zusätzlich unterlassene leidensmindernde Maßnahmen und unterlassene Sterbebegleitung als „unterlassene Hilfeleistung“ gewertet werden.

5. Nichthinderung der Selbsttötung eines unheilbar Kranken

Nach dieser Forderung soll ein unheilbar Kranker, der nach sorgfältiger Überlegung den Suizid als einzige Möglichkeit sieht und ihn durchführt, vor dem Todeseintritt nicht wieder ins Leben zurück geholt werden müssen. Dieser ausdrückliche Wille soll dabei dokumentiert werden. Damit wäre auch die bis jetzt geltende Garantenstellung des Arztes (= die Pflicht, den Todeseintritt nach erfolgtem Selbsttötungsversuch abzuwenden) aufgehoben.

Im gleichen Sinne soll „Zeugen“ des Selbsttötungsversuchs nicht mit unterlassener Hilfeleistung und der damit verbundenen Strafe gedroht werden.

6. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unheilbar Kranker

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung soll rechtlich und berufsethisch mit der entsprechenden Rechtsgrundlage möglich sein. Dabei soll dies nur zugelassen sein, wenn Alternativen (v.a. die Palliativmedizin) nicht zur Verfügung stehen. Über mögliche Alternativen und Konsequenzen seiner Handlung muss der Patient aufgeklärt sein. Die rechtliche Zulässigkeit soll jedoch nicht an einen vorliegenden irreversiblen Sterbeprozess gekoppelt sein.

7. Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe soll gemäß der DGHS in seltenen Extremfällen rechtlich zugelassen sein. Ein Extremfall ist dann gegeben, wenn die Bedingungen für Beihilfe zur Selbsttötung erfüllt sind, der Kranke aber physisch nicht in der Lage ist, den Suizid selbst aktiv zu vollziehen. Der Arzt kann nicht zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe gezwungen werden.

An den Leitsätzen der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben wird die Entschiedenheit der Organisation auch auf politischer Ebene deutlich. Viele der Forderungen decken sich mit denen von „Dignitas“ oder „Exit“ (wie Dignitas eine Organisation für humanes Sterben) in der Schweiz. Nur die Zusage zur aktiven Sterbehilfe ist auch in der Schweiz (noch) nicht rechtlich zugelassen.

2.3.1.5 *Lokaler Hospiz-Verein Giessen e.V.*⁸¹

Der Begriff „Hospiz“ stammt ursprünglich aus dem Lateinischen (Hospitum = Herberge) und stand für eine Unterkunft für Pilger im oder nahe eines Klosters im Mittelalter. Heute wird mit dem Begriff entweder eine christlich geführte Pension (oder auch ein Hotel) oder die Betreuung für Sterbende im Rahmen der Sterbebegleitung (ambulant oder stationär) bezeichnet.⁸²

Der Hospiz-Verein Giessen wurde im Jahr 1997 ins Leben gerufen. Er wird bis jetzt fast ausschließlich durch Spenden finanziert und lebt von der Mitarbeit von ca. 20 Ehrenamtlichen, die unentgeltlich und freiwillig arbeiten.

Die Struktur sieht folgendermaßen aus: Neben den Ehrenamtlichen sorgt die Koordinatorin / der Koordinator für die Koordination der ehrenamtlichen Mitglieder und den vier Stationen im Uniklinikum Giessen.

Außer den sieben Personen im Vorstand sind 20 ehrenamtliche Mitglieder im Verein tätig; davon arbeiten 15 im Klinikum als Hospizhelfer und 5 in häuslicher Betreuung. Motiviert werden sie zum Teil durch die eigene (familiäre) Geschichte bzw. Erfahrung mit dem Tod, durch den Wunsch, anderen kranken Menschen zu helfen, für die Gesellschaft da zu sein oder aber auch durch die Vorstellung, dass Kranke neben medizinischer auch besonders im Sterben menschlichen Hilfe benötigen, vor allem in Form von Zuhören und ‚Da sein‘.

Wenn auf einer der vier Stationen ein Patient den Wunsch, mit einem Hospizhelfer zu sprechen äußert, so wird dies an die Koordinatorin herangetragen und sie vereinbart einen

Termin für ein Erstgespräch im Krankenhaus. Erst dann wird entschieden, wer die weitere Betreuung durchführt; sie selbst oder einer der Ehrenamtlichen.

Weiterhin findet auf jeder Station einmal pro Woche ein Treffen statt, wo die betreuten Patienten besprochen werden. Anwesend sind dabei ein Stationsarzt, eine Pflegefachkraft, ein Seelsorger und die Hospizfachkraft. Zentrale Frage bei dem wöchentlichen Meeting ist: „Was für einen Bedarf hat der Patient?“ Gibt es die Möglichkeit und den Wunsch, den Patienten zum Sterben nach Hause zu verlegen, so wird weiterhin eine Überleitungspflege mit in die Betreuung eingebunden, die sich auch um die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Hause kümmert.

Besonders wichtig für die Arbeit der Ehrenamtlichen ist deren Schulung. Diese läuft nach einem festen Curriculum ab. Ausgeschlossen vom Ehrenamt werden Menschen mit psychischen Erkrankungen oder onkologischen Krankheiten (fast alle betreuten Patienten leiden an onkologischen Erkrankungen).

Wichtigstes Thema der Schulung ist die immer wieder durchzuführende eigene Reflexion des Handelns und der inneren Haltung. Auch geht es immer um die wichtigste Fähigkeit eines Hospizhelfers, dem Zuhören; derjenige, der spricht (in diesem Fall fast immer der Kranke), kann Emotionen für sich selbst zulassen. Aussprache bedeutet Wahrnehmung, woraus wiederum ein Vertrauensverhältnis zum Hospizhelfer entsteht.

Reflektiert werden dabei die Fragen:

- Was hat der Patient für Wünsche?
- Über was möchte der Patient sprechen?
- Welche Ängste bzw. Sorgen hat der Patient?
- Benötigt der Patient (mehr) menschliche Nähe, und wenn ja, von wem (Hospizhelfer, Familienmitglieder, Seelsorger, etc.)

Zu den wichtigen helfenden Tätigkeiten des Ehrenamtlichen neben Zuhören gehört weiterhin Geschichten vorlesen, wenn der Patient nicht mehr sprechen kann, Berührung, auch mal Nichts sagen und einfach nur anwesend sein (oberstes Gebot: der Patient soll sich nicht allein gelassen fühlen) oder gemeinsames Beten. Nicht alle Hospiz-Verein Mitglieder sind Christen; wenn diese sich mit dem Glauben des Patienten überfordert fühlen, so wird angeregt, dass ein Seelsorger die weitere Betreuung übernimmt.

Neben dem Prinzip, der Patient soll sich nicht alleine fühlen, gilt es aber auch, eine gewisse Distanz zum Sterbenden zu bewahren. Der Patient wird nicht als Opfer gesehen. Mitunter

stoßen die Hospizhelfer an ihre persönlichen Grenzen, dann ist es umso wichtiger, die eigene Position zu reflektieren und eine klare Rolle einzunehmen.

Die Koordinatorin, selbst seit zehn Jahren als Hospizmitglied tätig, bestätigt, dass die Wahrheit am Krankenbett in den letzten Jahren zugenommen hat. Der offene und ehrliche Umgang mit dem Patienten macht es für diesen leichter, seine Krankheit und den Tod anzunehmen und zu ertragen. Sie berichtet weiterhin, dass nur ein Patient in den vielen Jahren ihrer Tätigkeit um eine Reise in die Schweiz gebeten hatte, um dort den assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen.

Als Abgrenzung zur Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben kann man sagen, dass die DGHS wesentlich mehr Struktur fordert. Weiterhin stellt der Hospizverein nicht so drastische politische Forderungen, wie die Ausweitung des Selbstbestimmungsrechts des einzelnen Menschen auf den individuellen Tod.

2.3.2 Sterbehilfe in der Schweiz

Eine deutsche, an einem Gehirntumor erkrankte Sterbewillige, wandte sich als letzte Hilfe, laut der schweizerischen ‚Sonntags-Zeitung‘, nach zahlreichen Therapien an die Schweizer Organisation ‚Dignitas‘, um sich ihr Leiden selbst zu verkürzen. Sie nahm das von Dignitas besorgte Medikament ein und erlitt darunter starke Schmerzen, bis sie 38 Minuten nach Einnahme qualvoll verstarb.⁸³

Aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz nicht erlaubt, jedoch werden die Menschen, die ohne selbstsüchtige Motive ‚Beihilfe zum Selbstmord‘ leisten, schon seit 1918 nicht mehr bestraft, auch dann nicht, wenn sie die Sterbewilligen zur Durchführung ihrer Tat ‚überreden‘, solange sie nicht aus eigennützigen Gründen die Menschen zu der Tat drängen.⁸⁴

Dabei dürfen diese die vom Arzt verordneten Barbiturate den kranken Patienten reichen. Die Patienten nehmen die Medikamente in der zum Suizid ausreichenden Dosis selbstständig ein.⁸⁵

Die dazugehörige Rechtsprechung im Schweizerischen Strafgesetzbuch (schw. StGB) ist der Artikel 115: *„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren mit Gefängnis bestraft.“*⁸⁶

Weiter folgend wird anhand von Dignitas das System in der Schweiz erläutert, da Dignitas die bekannteste Organisation in der Schweiz ist, die sich für die legale Suizidhilfe einsetzt und um die Durchsetzung kümmert, auch für Mitglieder aus dem Ausland, zum Beispiel Deutschland.

Zu Dignitas gehören viele Mitglieder, die verschiedene Bereiche leiten. Unter anderem führen sie Gespräche mit Kranken, die Mitglied werden möchten. Sie prüfen *„ob die von Dignitas zu beachtenden Voraussetzungen für eine Freitodhilfe gegeben sind und der Sterbewunsch dem erklärten Willen des Mitglieds entspricht.“*⁸⁷

Ebenso stehen zwei, von dem sterbewilligen Mitglied selbst ernannte Begleitpersonen während des Ablebens zur Seite, um den Verlauf zu protokollieren und, falls nötig, später vor Gericht als Zeugen auszusagen.

Der Sterbeprozess wird eingeleitet mit der Einnahme von ärztlich verschriebenem Barbiturat, das „schnell und völlig schmerzlos“ wirkt.⁸⁸ Das Rezept für das Medikament wird meistens von den jeweiligen Hausärzten ausgestellt; sollte dieser jedoch nicht dazu bereit sein, wird ein, der Organisation angehöriger „Vertrauensarzt“, beauftragt. Der Arzt prüft persönlich das Vorhandensein der medizinischen Voraussetzung für den assistierten Suizid. Das Rezept wird dann an Dignitas direkt ausgehändigt.

2.3.3 Sterbehilfe in Belgien

In Belgien ist das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe am 23. September 2004 in Kraft getreten.⁸⁹ Drei Jahre nach Einführung erhält die zuständige Euthanasiekommission, die Anträge begutachtet, ca. 30 Anfragen pro Monat, so Wim Distelmans (Vorsitzender der Euthanasiekommission).⁹⁰

Doch die Dunkelziffer soll höher liegen. Distelmans vermutet in Anlehnung an die Anfänge der gesetzlich legitimierten aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, dass die eigentliche Zahl der Patienten, die durch aktive Sterbehilfe sterben, bei ca. 150 pro Monat Fällen liegt, also fünf mal höher ist, als die Zahl der Anträge, die der Kommission vorliegen.⁹¹

Ungefähr 80% der Anträge werden laut Distelmans von flämischen Ärzten gestellt, da die Information über aktive Sterbehilfe dort besser sein soll als in anderen Gebieten von Belgien⁹²

Das Gesetz zur Sterbehilfe regelt den auf Artikel 78 der Verfassung bezogenen Bereich und besteht aus 6 Kapiteln, die die einzelnen Bereiche und Voraussetzungen beinhalten unter denen der ausführende Arzt straffrei bleibt. Vorwegnehmend sollte erwähnt werden, dass es derzeit nicht für Geistesschwache⁹³ gilt.

Im ersten Kapitel⁹⁴ werden die allgemeinen Bestimmungen definiert. Sterbehilfe ist demnach eine Handlung, die von der sterbewilligen Person auf eigenes Verlangen geäußert wird, durch einen Dritten durchgeführt und in der Ausführung das Leben dieser Person beendet.

Das zweite Kapitel⁹⁵ regelt die Voraussetzungen und das Verfahren. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe muss vom Patienten schriftlich verfasst, datiert und unterschrieben sein. Ist der Patient dazu nicht in der Lage, muss er eine von ihm gewählte Vertrauensperson beauftragen, den Sterbewunsch in seinem Beisein nieder zu schreiben. Auch ein Arzt muss dabei anwesend sein. Dieses Dokument wird der Krankenakte beigelegt und kann jederzeit von dem Patienten widerrufen werden.

Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass der Patient ein handlungs- und zurechnungsfähiger Erwachsener ist oder für volljährig erklärt wurde. Er muss den Sterbewunsch mehrmals freiwillig und gut überlegt geäußert haben. Der Wunsch darf nicht durch äußeren Druck entstanden sein.

Weiterhin muss sich der Arzt von der medizinisch ausweglosen Lage, in der sich der Patient aufgrund von psychischem oder körperlichem Leiden befindet, überzeugen. Der Patient muss von seinem behandelnden Arzt über seine medizinische Situation jederzeit informiert werden, und sollte dieser den Wunsch nach Sterbehilfe äußern, hat der Arzt die Aufgabe, mehrere Gespräche mit dem Sterbewilligen zu führen. In den Gesprächen müssen sämtliche Alternativen, wie Behandlungen, aber auch die Möglichkeit, ein Hospiz als Sterbeort zu wählen, besprochen werden. Arzt und Patient müssen gemeinsam zu der Entscheidung kommen, dass aktive Sterbehilfe die einzige Möglichkeit bleibt, dem Patienten angemessen zu helfen. Dabei muss die Entscheidung durch den Patienten absolut freiwillig sein. Zwischen den Gesprächen soll eine angemessene Zeitspanne liegen.

Weiterhin muss dann ein zweiter, unabhängiger und mit dem Krankheitsbild entsprechend erfahrener Arzt einen Bericht anfertigen, in dem er erneut die Ausweglosigkeit des psychischen oder körperlichen Leidens bestätigt.

Der behandelnde Arzt muss je nach Wunsch des Patienten die Angehörigen über die Entscheidung des Patienten informieren, so dass diese die Möglichkeit haben, den Sterbewilligen auf dessen Wunsch hin zu besuchen und mit ihm über die Situation zu sprechen.

Sollte der Arzt zu der Entscheidung kommen, dass der Tod nicht in sehr naher Zeit eintreten wird, muss ein dritter, von den anderen beiden unabhängiger und auf die Krankheit spezialisierter Arzt den Fall erneut prüfen und ebenfalls einen Bericht anfertigen.

Alle schriftlich niedergelegten Sterbewünsche, sowie alle vom behandelnden Arzt durchgeführten Untersuchungen und Berichte müssen in der Krankenakte hinterlegt werden. Auch die Berichte der konsultierenden Ärzte werden dort aufbewahrt.

Die Regelung der vorweggenommenen Erklärung wird im dritten Kapitel⁹⁶ beschrieben. In dieser Patientenverfügung kann eine Person für den Fall, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen zu äußern, schriftlich den Willen nach aktiver Sterbehilfe niederlegen.

Diese Situation tritt dann ein, wenn die Person an einer schweren, unumkehrbaren Krankheit leidet, z.B. infolge eines schweren Unfalls. Der Patient hat dabei das Bewusstsein verloren, und die Situation in der er sich befindet, ist nach derzeitigem Wissensstand nicht mehr reversibel.

In der Patientenverfügung können Vertrauenspersonen von der ausstellenden Person angegeben sein, die in der aufgeführten Reihenfolge (bei Verweigerung, Unvermögen oder Tod) über den Willen der Person dem Arzt berichten. Nicht als Vertrauensperson benannt werden können der behandelnde Arzt und die betreuenden medizinischen Personen.

Diese Erklärung kann jederzeit geschrieben werden; dabei müssen zwei volljährige Personen anwesend sein, „*von denen zumindest einer kein eigenes materielles Interesse am Ableben des Erklärenden haben darf.*“⁹⁷

Diese Verfügung darf nicht älter als fünf Jahre vor Äußerungsunfähigkeit sein und kann jederzeit widerrufen oder geändert werden.

Das vierte Kapitel⁹⁸ regelt, dass nach Durchführung einer aktiven Sterbehilfe innerhalb von vier Tagen der Arzt ein ausgefülltes Registrierdokument an die staatliche Überwachungs- und Evaluierungskommission überbringen muss.

Im folgenden Kapitel⁹⁹ wird die Zusammensetzung und Aufgabe der Bundes – Überwachungs- und Evaluierungskommission (folgend „Kommission“ genannt) näher erläutert. Die Kommission besteht aus 16 Mitgliedern, acht davon sind Doktoren der Medizin (mindestens vier davon von einer belgischen Universität), vier Mitglieder sind Professoren

des Rechts (wiederum an einer belgischen Universität) oder Rechtsanwälte. Weitere vier Mitglieder sind in Bereichen tätig, die um die Thematik der unheilbaren Erkrankung wissen. Jedoch dürfen die Mitglieder nicht gleichzeitig gesetzgebende Regierungsmitglieder sein. Ernannt werden sie durch einen königlichen Beschluss, der vom Ministerialrat für einen vierjährigen Zeitraum bestätigt wurde. Sollte jedoch ein Mitglied seine Stellung, wegen derer er in die Kommission gewählt wurde, verlieren, so endet das Mandat. Stellvertreter werden ebenfalls ernannt.

In der Kommission gibt es einen französisch und einen niederländisch sprechenden Präsidenten; diese werden selbstständig von den Kommissionsmitgliedern gewählt. Die Kommission verfasst ein Registrierdokument. Dieses muss von dem Arzt, der Sterbehilfe praktiziert hat, ausgefüllt und an die Kommission zurückgesandt werden.

Das Registrierdokument besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet die Personalien des Patienten, die aller beteiligten Ärzte und durch diese hinzugezogenen Personen und gegebenenfalls die Patientenverfügung mit den Personalien der aufgeführten Vertrauenspersonen. Dieser Teil wird durch den behandelnden Arzt versiegelt und ist vertraulich, das heißt, er ist nur unter bestimmten Bedingungen von der Kommission zu öffnen.

Der zweite Teil, ebenfalls vertraulich, enthält alle näheren Angaben zum Patienten, seiner Erkrankung und dem Grund für die Durchführung der aktiven Sterbehilfe. Auch das Verfahren an sich wird genau dokumentiert.

Anhand des zweiten Teils prüft die Kommission, ob die Durchführung der Sterbehilfe rechtlich korrekt praktiziert wurde und der Arzt richtig entschieden hat. Im Zweifelsfall kann die Anonymität durch Eröffnung des ersten Teils aufgehoben werden. Der Arzt muss sich dann vor der Kommission erklären und die Akte aushändigen.

Alle zwei Jahre wird anhand des zweiten Teils eine Statistik über die Häufigkeit und die Art der Sterbehilfe an das Parlament gesendet, gegebenenfalls mit Empfehlungen für eine Änderung des Gesetzes. In diesen Berichten darf niemals die Identität der Personen in den Krankenakten aufgedeckt sein.

Im sechsten Kapitel¹⁰⁰ werden besondere Bestimmungen ausgeführt. Es kann kein Arzt zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe gezwungen werden, ebenso verhält es sich mit anderen mitwirkenden Personen.

Der Arzt muss seine Entscheidung dem Patienten und gegebenenfalls der Vertrauensperson mitteilen und, sollte seine Ablehnung medizinische Gründe haben, müssen diese in der

Patientenakte vermerkt werden. Weiterhin ist der Arzt verpflichtet, einem anderen, durch den Patienten oder die Vertrauensperson gewählten Arzt, die Akte auszuhändigen.

Stirbt ein Patient durch Sterbehilfe und ist dieser Fall als ordnungsgemäß durchgeführt bewertet, so gilt sein Tod als natürlicher Tod, was vor allem für Versicherungsfragen entscheidend sein kann.

2.3.4 Sterbehilfe in den Niederlanden

In den Niederlanden werden im Abstand von ein paar Jahren anonyme Umfragen von Ärzten gegenüber ihren Kollegen zur aktiven Sterbehilfe durchgeführt. Durch diese Umfragen soll herausgefunden werden, wie viele Fälle von aktiver Sterbehilfe der überprüfenden Kommission tatsächlich gemeldet werden: Im Jahre 2003 wurden gemäß dem niederländischen Sterbehilfe-Befürworter Rob Jonquièere ca. 1.800 Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet, die Zahl der Umfrage beträgt etwa 3.500 Fälle in diesem Jahr, also ungefähr 51%¹⁰¹ gemeldete Fälle.

Ebenso räumt Jonquièere ein, dass es etwa 900 Fälle in den niederländischen Statistiken gibt, bei denen Menschen ohne ausdrücklichen Willen durch den Arzt getötet wurden: *„Das ist dann nicht Euthanasie im Sinn des Gesetzes, sondern eine medizinische Entscheidung außerhalb des Gesetzes.“*¹⁰²

In den Niederlanden gilt ein sehr liberales Gesetz zur aktiven Sterbehilfe seit dem 1. April 2002, jedoch ausschließlich für Niederländer. Damit soll ein Sterbetourismus, wie er in die Schweiz vorkommt, vermieden werden.¹⁰³

In dem *„Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“*¹⁰⁴ wurden Artikel 293 und 294 des Niederländischen Strafgesetzbuches folgendermaßen formuliert:

„Artikel 293

- 1. Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.*
- 2. Die in Absatz 1 genannte Handlung ist nicht bestraft, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf*

Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gemäß Artikel 7 Absatz 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat.

Artikel 294

- 1. Wer einen anderen vorsätzlich zur Selbsttötung anstiftet, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft.*
- 2. Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Artikel 293 Absatz 2 gilt entsprechend¹⁰⁵*

Im ersten Kapitel des „Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“¹⁰⁶ sind die Aufgaben und Positionen aller bei der Gesetzesdurchführung beteiligten Personen, wie zum Beispiel die der Minister oder auch die der behandelnden Ärzte, festgelegt.

Im folgenden Kapitel¹⁰⁷ werden die Sorgfaltskriterien beschrieben: Der behandelnde Arzt muss sich davon überzeugen, dass der sterbewillige Patient seine Entscheidung mit klarem Verstand und freiwillig äußert. Ebenfalls muss die Krankheit dem Patienten unerträgliches und nicht mehr umkehrbares Leiden zufügen.

Hat der Arzt gemeinsam mit dem Kranken die Entscheidung zur aktiven Sterbehilfe getroffen, so muss ein weiterer, unabhängiger Arzt den Fall prüfen, schriftlich festhalten und die Situation ebenfalls als aussichtslos einschätzen.

Weiterhin wird im zweiten Kapitel festgelegt, in welchem Patientenalter aktive Sterbehilfe rechtskräftig auch von Minderjährigen verlangt werden kann: Patienten ab dem 16.

Lebensjahr, die die Sorgfaltskriterien einhalten, dürfen ohne Einflussnahme der Eltern oder Vormunde schriftlich aktive Sterbehilfe verlangen.

Zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr dürfen Ärzte bei Kindern, die als vernünftig angesehen werden, mit Einwilligung mindestens eines Elternteils bzw. des Vormundes dem Willen nach aktiver Sterbehilfe nachgeben.

Im dritten Kapitel¹⁰⁸ werden die Kontrollkommissionen definiert: Die fünf regionalen Kontrollkommissionen bestehen aus einer ungeraden Zahl von Mitgliedern, die vom Justiz-

und Gesundheitsminister für sechs Jahre ernannt werden; eine Mitgliedsverlängerung kann einmalig für weitere sechs Jahre erfolgen.

Unter den Mitgliedern müssen mindestens ein Jurist, ein Arzt und ein Experte für Ethikfragen sein. Der Jurist ist gleichzeitig Vorsitzender der Kommission.

Ebenfalls werden ein Sekretär und mindestens ein Stellvertreter ernannt, die von Beruf Juristen sind und eine beratende Funktion gegenüber der Kommission ausüben.

Die ernennenden Minister sind jederzeit berechtigt, die Mitglieder und bzw. oder die Stellvertreter zu entlassen, wenn sie Hinweise auf mangelnde Kompetenz feststellen.

Die Aufgabe der Kommission besteht darin, die gemeldeten Fälle von aktiver Sterbehilfe oder Hilfe zur Selbsttötung auf die Einhaltung der Sorgfaltskriterien durch den ausführenden Arzt zu prüfen. Dabei kann sie den Arzt oder auch den jeweiligen Leichenbeschauer zu weiteren Erläuterungen mündlich befragen. Der Arzt wird innerhalb von sechs Wochen über die Entscheidung schriftlich in Kenntnis gesetzt.

Sollte der Ablauf nicht rechtens gewesen sein, so informiert die Kommission die Generalstaatsanwaltschaft, die dann die Ermittlungen aufnimmt.

In allen Fällen ist sie zur Geheimhaltung verpflichtet, es sei denn, sie wird durch einen gesetzlich geregelten Fall davon entbunden.

Weiterhin muss die Kommission jährlich dem Ministerium einen Bericht über die Anzahl der gemeldeten Fälle, die Art der Durchführung und das Ergebnis der Bewertung vorlegen.

In der Broschüre „FAQ Sterbehilfe“ werden häufige, auch in Deutschland gestellte Fragen zum niederländischen Sterbehilfe – Gesetz aufgelistet und gemäß der niederländischen Gesetzgebung beantwortet. Diese Broschüre in deutscher Sprache wird herausgegeben von der Abteilung für Auslandsinformation.

Ein wichtiger Punkt darin ist, dass nur ungefähr 33% der Wünsche nach aktiver Lebensbeendigung nachgegangen wird, da häufig die Situation der Patienten (noch) nicht ausweglos ist oder die Patienten vor der Ausführung sterben. Es wird angegeben, dass viele Patienten mit der Gewissheit, aktive Sterbehilfe bekommen zu können, sehr beruhigt sind und sterben, ohne diese beansprucht zu haben.¹⁰⁹

Ebenso wird deutlich gemacht, dass nach dem Gesetz kein Patient ein Recht auf aktive Sterbehilfe hat und deshalb kein Arzt zur Ausführung gezwungen werden kann.¹¹⁰ Somit verstoßen Ärzte und Pfleger nicht gegen das Gesetz, wenn sie aus moralischen Gründen nicht der Bitte des Kranken nachkommen können.¹¹¹

Selbst nach dem liberalen niederländischen Gesetz ist aktive Sterbehilfe bei psychisch Kranken und an Demenz leidenden Patienten schwierig: Es ist schwierig, objektiv zu beurteilen, ob der Wunsch nach Lebensbeendigung aus reiflicher Überlegung erfolgt. Der Arzt muss in diesem Falle einen zweiten Berater hinzuziehen; mindestens einer der beiden muss Psychiater sein. Bei solchen Fällen wird die Staatsanwaltschaft eingeschaltet, die prüft, ob ein übergesetzlicher Notstand vorlag, der Lebensbeendigung rechtfertigt.¹¹²

Ebenso ist Demenz allein keine ausreichend schwere Krankheit, um aktive Sterbehilfe oder Hilfe bei der Selbsttötung gesetzlich zu legitimieren. Jedoch kann zu Zeiten, wo noch keine Demenzkrankheit vorliegt, aus Angst vor diesem Geisteszustand eine Patientenverfügung verfasst werden. Dann ist jeder einzelne Fall auf Leidensdruck zu prüfen.¹¹³

Zu der Frage, ob es nicht die Aufgabe des Arztes ist, Leben zu erhalten, heißt es in der Broschüre, dass dies *primäre Aufgabe* ist; dennoch gehört es auch zum ärztlichen Beruf, den Sterbenden in den Tod zu begleiten und sinnlose Behandlungen zu unterlassen.¹¹⁴

2.3.5 Sterbehilfe in ausgewählten europäischen Ländern

2.3.5.1 *Spanien*

In Spanien ist wie in Deutschland aktive Sterbehilfe verboten: „*Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord gemäß Artikel 143.4 der Strafgesetzzordnung, Grundlagengesetz 10/1995 vom 23. November, werden als Straftaten bewertet.*“¹¹⁵

Passive Sterbehilfe ist rechtlich nicht eindeutig geregelt, wird jedoch praktiziert. Indirekte Sterbehilfe, wenn medizinisch korrekt durchgeführt, ist straffrei.

2.3.5.2 *Italien*

In Italien, einem streng katholischen Land, ist aktive und auch passive Sterbehilfe verboten. In der Regierung gibt es sowohl Stimmen, die für eine politische Diskussion des Themas inklusive einer Einführung der gesetzlich geregelten Sterbehilfe sind, so u.a. der italienische Staatspräsident Giorgio Napolitano (seit 2006, regulär für sieben Jahre im Amt) und der Politiker und ehemalige Präsident der Abgeordnetenkammer Fausto Bertinotti (Mai 2006-April 2008). Andererseits sprechen sich neben dem Vatikan der christdemokratische Senatspräsident Franco Marini und der Vizepräsident Francesco Rutelli entschieden gegen eine öffentliche Diskussion des Themas aus.¹¹⁶

Dennoch gibt es Ärzte in Italien, die sich den strengen Gesetzen widersetzen; so starb der unheilbar kranke Sterbehilfe-Vorreiter Piergiorgio Welby im Dezember 2006, indem ein Anästhesist das Beatmungsgerät abschaltete. Welby war aufgrund einer progressiven Muskeldystrophie vollkommen gelähmt, konnte selbst nicht mehr atmen. Ebenfalls bekam Welby Medikamente von diesem Arzt, damit er nicht an Schmerzen litt.¹¹⁷

Den Wunsch zu Sterben, indem das Beatmungsgerät abgeschaltet wird, hatte Welby häufig geäußert; auch versuchte er vor Gericht und direkt bei Italiens Staatspräsident Napolitano ein Recht auf aktive Sterbehilfe zu erreichen.¹¹⁸

Aufgrund der Todesumstände lehnte die katholische Kirche eine religiöse Beerdigung ab. Zur Begründung hieß es: „*Welbys Wunsch zu sterben widerspreche der katholischen Doktrin*“.¹¹⁹

2.3.5.3 *Frankreich*

Das Schicksal des querschnittgelähmten Vincent Humbert hatte in Frankreich 2003 eine starke Diskussion über Sterbehilfe ausgelöst. Der todkranke 21-Jährige hatte Ende 2002 den französischen Präsidenten Jacques Chirac gebeten, ihn entgegen der damaligen Rechtslage sterben zu lassen, was dieser ablehnte. Humbert war nach einem Unfall fast blind und stumm und wurde künstlich beatmet. Die Mutter von Vincent Humbert injizierte ihrem Sohn auf dessen Wunsch hin dann ein Jahr später Natriumpentobarbital (Veronal®), ein Medikament, das als Schlafmittel genutzt wurde und bei erhöhter Dosierung zum Tod führt. Daraufhin fiel er ins Koma. Danach beschlossen die Ärzte, die Apparate trotz der damals geltenden Rechtslage auszuschalten.¹²⁰

Seit 2005 ist die passive Sterbehilfe in Frankreich legitim, die Neuregelung wurde in einem Gesetz vom Parlament verabschiedet. Demnach ist passive Sterbehilfe möglich, wenn die Entscheidung hierfür nach Beratungen mit den Angehörigen von mindestens zwei Ärzten gemeinsam getroffen wird. Auch dürfen einem sterbenskranken Patienten schmerzlindernde Mittel verabreicht werden, auch wenn diese unter Umständen den Todeszeitpunkt vorverlegen. Die aktive Sterbehilfe bleibt weiterhin verboten.¹²¹

2.3.5.4 *Großbritannien*

In Großbritannien ist aktive Sterbehilfe verboten, jedoch ergab eine anonyme Umfrage im Jahr 2004, dass in diesem Jahr ca. 3000 Briten durch eben diese gestorben waren. Die Studie,

durchgeführt von Clive Seale, Professor an der Universität Brunel in West-England, ergab, dass 1/3 der Patienten selbst den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe geäußert hatten, die anderen 2/3 starben jedoch ohne den Wunsch geäußert zu haben; den Angaben nach waren sie nicht mehr in der Lage, ihren Willen zu äußern.¹²²

Insgesamt soll die Palliativmedizin in Großbritannien eine wichtige Rolle spielen, die dazu führt, dass britische *„Ärzte bei einem Drittel aller britischen Todesfälle schmerzlindernde Medikamente verabreicht haben, die das Leben der Patienten verkürzt haben könnten. Bei weiteren 20 Prozent bzw. 177.000 Fällen sei passive Sterbehilfe – der Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen – im Spiel gewesen.“*¹²³

2.3.5.5 Schweden

In Schweden ist aktive Sterbehilfe verboten. Fragen, die damit zusammenhängen, werden gemäß dem Parlamentsabgeordneten der Liberalen Partei, Babro Westerholm, nicht diskutiert. Der Wissenschaftsautor und Philosoph George Klein bestätigte die Aussage von Westerholm, dass in Schweden dieses Thema öffentlich gemieden wird. So gibt es eine Verordnung, dass Seniorenheime nicht mit Sicht auf den Friedhof gebaut werden dürfen.¹²⁴

2.3.5.6 Dänemark

In Dänemark ist wie in Schweden aktive Sterbehilfe verboten, passive Sterbehilfe wird als Tötung durch unterlassene Hilfeleistung angesehen. In der Praxis wird jedoch häufig von einer Strafe abgesehen, wenn der Wille des Patienten die Tat rechtfertigt.¹²⁵

2.3.5.7 Russland

In Russland ist aktive Sterbehilfe verboten. Auch dort gibt es wie in Deutschland verschiedene Richtungen, die eine Legalisierung befürworten, wie die Liga für Patientenschutz, oder strikt ablehnen, so z.B. die Verantwortlichen des Moskauer Hospizes und die Vertreter der Russisch-orthodoxen Kirche. Im russischen Parlament, der Staatsduma, ist man der Meinung, dass *„die russische Gesellschaft für eine Legalisierung der Sterbehilfe noch nicht so weit sei“*¹²⁶.

2.3.6 Sterbehilfe in ausgewählten außereuropäischen Ländern

2.3.6.1 *Japan*

Sterbehilfe in Japan ist durch den § 202 im Japanischen Strafgesetzbuch verboten: *„Anstiften zum Selbstmord oder Assistieren dabei bzw. Tötung auf Verlangen wird mit einer Strafe von 6 Monaten bis maximal 7 Jahre Gefängnis belegt.“*¹²⁷

Unter ganz bestimmten Voraussetzungen kann Sterbehilfe auch nicht strafbar sein, diese sind jedoch sehr kompliziert und abhängig vom Einzelfall.¹²⁸

2.3.6.2 *Australien*

Im April dieses Jahres gestand das Ehepaar Sutton, ihren 28 jährigen Sohn, der seit Geburt geistig behindert und blind war, getötet zu haben. Dem Sohn stand eine Operation bevor, die vermutlich zusätzlich zu Taubheit und Verlust des Geschmackssinns geführt hätte.

Die Staatsanwaltschaft hatte Haftstrafe gefordert, verurteilt wurden Herr und Frau Sutton dazu jedoch nicht – sie dürfen lediglich in den nächsten fünf Jahren nicht straffällig werden. Begründet wurde das Urteil des Richters damit, dass das Ehepaar mit dem Tod des Sohnes schon genug bestraft sei.¹²⁹

Im Juli 1996 wurde im „Northern Territory“ Australiens erstmals aktive Sterbehilfe bei unheilbar Kranken, die starke Schmerzen litten, legalisiert. Ein Jahr später wurde das Gesetz durch das nationale Parlament wieder aufgehoben. In dem einen Jahr starben 4 Menschen durch aktive Sterbehilfe.¹³⁰

Jedoch ergab eine Umfrage aus dem Jahr 2007 vom Meinungsforschungsinstitut Newspoll, dass 80% der Australier eine erneute Legalisierung aktiver Sterbehilfe für todkranke Menschen befürworten würden. Lediglich 14% der Einwohner lehnen Sterbehilfe ab.¹³¹

2.3.6.3 *USA*

Die Strafgesetzgebung in den USA ist auf Bundesstaatenebene geregelt; dies macht einen juristischen Vergleich äußerst schwierig. Aktive Sterbehilfe ist jedoch in allen Einzelstaaten bis auf Oregon verboten, passive und indirekte Sterbhilfe sind dagegen in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen weitgehend akzeptiert.¹³²

In Oregon ist seit 1997 durch eine knappe Mehrheit in einer Volksabstimmung entschieden worden, dass ärztlich assistierter Selbstmord bei unheilbar kranken und einsichtsfähigen Erwachsenen gestattet ist. Der Patient muss aber das tödliche Medikament selbst einnehmen.¹³³

Problematisch ist, wie in Deutschland, die Entscheidung über die Fortführung von künstlicher Ernährung bei (Wach-)Komapatienten, wie der Fall von Terry Schiavo 2005 zeigte. Ihr Ehemann und gesetzlicher Vormund wollte nach 15 Jahren Wachkoma, nachdem sie 1990 eine schwere Gehirnschädigung erlitten hatte, die künstliche Ernährung einstellen lassen und seine Frau sterben zu lassen. Diesen Wunsch soll sie, allerdings nur mündlich, ihm gegenüber vor ihrer Erkrankung geäußert haben. Dagegen waren die Eltern, die die Ernährung ihrer Tochter fortführen wollten. Nach mehreren Gesetzesinitiativen und vielen Revisionen entschied das Oberste Gericht der Vereinigten Staaten im März 2005 endgültig, dass die lebensnotwendige Magensonde entfernt werden dürfe; ca. zwei Wochen später starb Terry Schiavo in einem Hospiz an Dehydratation.¹³⁴

2.3.6.4 *China*

Die chinesische Regierung genehmigte 1998 aktive Sterbehilfe zu praktizieren, wenn der Patient unheilbar krank ist.¹³⁵

2.3.6.5 *Kolumbien*

Seit 1997 ist aktive Sterbehilfe in Kolumbien „in bestimmten Fällen“ nicht verboten, jedoch müssen unheilbar kranke Menschen sie beantragen. Da die Formulierung „in bestimmten Fällen“ sehr ungenau ist, geraten Ärzte immer wieder in Schwierigkeiten.¹³⁶ Der neue Gesetzesantrag auf eine genauere Regelung der aktiven Sterbehilfe scheiterte jedoch.¹³⁷

2.3.7 Zusammenfassender europäischer Ländervergleich¹³⁸

Insgesamt betrachtet, kann man in Europa ein Nord-Süd-Gefälle im Umgang mit den Entscheidungen am Lebensende feststellen: In den nordeuropäischen Ländern wird insgesamt häufiger auf Weiterbehandlung bei unheilbaren und tödlich verlaufenden Krankheiten verzichtet und palliativ weiter betreut als in südlichen Ländern. Dies hängt unter anderem mit der großen Bedeutung der (katholischen) Religion in diesen Ländern zusammen.

Aus einer Studie über die Entscheidungen zum Sinn von Lebensverlängerungen bei unheilbar verlaufenden Krankheitsprozessen auf Intensivstationen wird ebenfalls ein Nord-Süd-Gefälle erkennbar: In nördlichen Ländern wird eher der Therapieabbruch durchgeführt als im Süden. Dort steht der Tod durch erfolglose Reanimation auf Intensivstationen im Vordergrund. Interessanterweise ist die Einstellung zum Behandlungsverzicht im gesamten europäischen

Raum annähernd gleich, da der Verzicht häufig als ethisch nicht so belastend empfunden wird wie ein Behandlungsabbruch.

Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid sind nach Untersuchungen in Italien quasi nicht existent; in den Niederlanden liegt der prozentuale Anteil bei 3,4% aller Sterbefälle, in Belgien bei 1,8% und in der Schweiz bei etwa 1%.

Indirekte Sterbehilfe, also die Inkaufnahme von Lebensverkürzung bei starken schmerzlindernden Medikamenten, wird in Dänemark bei ungefähr 26%, in der Schweiz und in Belgien bei 22% und in Italien bei 19% aller Sterbefälle angenommen.

2.4 Sterbehilfe aus katholischer Sicht

2.4.1 Theologisch-ethische Positionen

Der vielschichtige und kontrovers geführte Diskurs soll an der Gegenüberstellung von kirchlichem Lehramt als Vertreter der konservativen Sichtweise und der Position von Hans Küng dargestellt werden. Der Reformtheologe Hans Küng steht für die moderne Auslegung

der katholischen Lehre, die sich nicht an die strengen Vorlagen der klassischen Lehre hält und somit in weiten Teilen in Konflikt mit ihr steht.¹³⁹

2.4.1.1 *Das kirchliche Lehramt*

Die Verkündigungen des kirchlichen Lehramtes, seien es Weisungen des päpstlichen Lehramtes der katholischen Kirche oder kirchliche Erklärungen der Deutschen Bischofskonferenz (DBK), die in vielen Bereichen zusammen mit dem Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands (EKD) in Deutschland veröffentlicht werden, orientieren sich in erster Linie an der Botschaft des Evangeliums.

Hierin liegt auch der Grund für das Engagement der Kirchen im Bereich der medizinischen Versorgung, welches schon seit Jahrhunderten fester Bestandteil unseres gesellschaftlichen Lebens ist.¹⁴⁰ Darin liegt die Begründung für die Auseinandersetzung des Lehramtes mit den sich in diesem Bereich ergebenden Problemstellungen, weil *„es sich in besonderer Weise dem Schutz des durch die Ebenbildlichkeit und Menschwerdung Gottes ausgezeichneten Menschen verpflichtet weiß. Dieser Verpflichtung nachzukommen, erscheint besonders dringlich im Hinblick auf das schwache, kranke, alte, leidende und ungeborene Leben.“*¹⁴¹

Diese Auseinandersetzung erstreckt sich auf ethische Konzeptionen; Kirche und Theologie müssen also darum bemüht sein, ihre Aussagen an ihrem originären Auftrag auszurichten. Damit fällt ihnen auf der einen Seite eine entscheidende Aufgabe in der Diskussion um (aktive) Sterbehilfe zu, da dem der kirchlichen Lehre zugrunde liegenden Menschenbild eine hohe Beitragsfähigkeit zugesagt wird, besitzt es doch in unserem abendländischen Kultur- und Denkhorizont eine Schlüsselposition.

Auf der anderen Seite darf diese Schlüsselposition nicht als ein unberechtigtes Einmischen von Kirche und Theologie in Fachbereiche verstanden werden, bei dem sich ein Geltungsanspruch ihrer Aussagen nicht mehr aus dem ihrer Ethik zugrunde liegenden Menschenbild ableiten ließe.

Wird dies berücksichtigt, so besteht die Chance, in der Diskussion um die Rahmenbedingungen zur Sterbehilfe einen entscheidenden und positiven Beitrag in der Position von Kirche und Theologie zu sehen, da nach ihrer Auffassung auch der kranke Mensch immer in seiner Ganzheit betroffen ist und somit Krankheit nicht nur auf körperliche Aspekte beschränkt werden darf. Insofern werden in vielen Krankheitsfällen Fragen aufgeworfen, die über den Bereich der Medizin hinausgehen und den Kern menschlicher Existenz berühren.

I. Stellungnahme des Apostolischen Stuhls

In ihrer Erklärung zur Euthanasie¹⁴² hat die Kongregation für die Glaubenslehre eine maßgebliche Verlautbarung zu dieser Thematik herausgegeben. Im Folgenden soll sich auf die Kernaussagen dieses Dokuments beschränkt werden.

In dem Dokument wird von der Kongregation zwischen Tun und Lassen differenziert; ebenso will sie, obwohl ihres Erachtens nach die letzten Päpste die Grundsätze der kirchlichen Lehre zur Euthanasie bereits herausgestellt haben und somit ihr volles Gewicht behalten,¹⁴³ den Entwicklungen in der Medizin Rechnung tragen und zu Aspekten, die sich neu ergeben haben, die betreffenden ethischen Normen deutlich herausstellen. Damit es zu keinen Unklarheiten kommen kann, in welchem Sinn der Begriff Euthanasie verwendet wird, findet sich folgende Definition:

„Unter Euthanasie wird hier eine Handlung oder Unterlassung verstanden, die ihrer Natur nach oder aus bewusster Absicht den Tod herbei führt, um so jeden Schmerz zu beenden. Euthanasie wird also auf der Ebene der Intention wie auch der angewandten Methoden betrachtet.“¹⁴⁴

Euthanasie wird hier im engeren Sinne als *Töten aus Barmherzigkeit* verstanden, das den Patienten und die Angehörigen von der Last seines unerträglichen Leidens befreit. Papst Johannes Paul II. übernahm diese Definition in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ (im dritten Kapitel der Enzyklika wird das Evangelium mit dem Gebot "Du sollst nicht töten" konkret erläutert: Wenn das menschliche Leben heilig und unantastbar ist, ist die Abtreibung ein verabscheuungswürdiges Verbrechen und die Euthanasie abzulehnen. Das staatliche Gesetz habe im Einklang mit dem ethischen Gesetz zu stehen und daher die Aufgabe das Leben zu fördern, nicht es zu vernichten.)¹⁴⁵

Obwohl den Verfassern beider Dokumente (Kongregation und Enzyklika) das Wissen um die geschichtliche Bedeutung des Wortes Euthanasie bekannt gewesen sein dürfte, ist ihr Gebrauch des Begriffs in dieser Form negativ konnotiert. Euthanasie wird ausschließlich in der direkten aktiven Form verwendet.

Diese Betrachtungen sind notwendig, um den Gebrauch und die eigentliche Aussage des päpstlichen Lehramtes in der Frage der Sterbehilfe näher zu erläutern, denn nach dieser Formulierung ist es *„allein entscheidend, ob die entsprechende Handlung oder Unterlassung willentlich zum Tode des Patienten führt. Unwesentlich ist dabei, ob die Herbeiführung des*

Todes methodenimmanent ist (z.B. tödliche Injektion) oder etwa durch Unterlassung einer Therapiemaßnahme unmittelbar intendiert wird. ¹⁴⁶

Somit formuliert das Lehramt in aller Schärfe die moralische Verwerfung der Tötung unschuldigen menschlichen Lebens und verdeutlicht diesen Kreis an der Aufzählung von Fötus, oder Embryo, Kind, Erwachsenen oder Greis, einem unheilbar Kranken oder Sterbenden. Nach deontologischem Begründungsmuster sieht das Lehramt darin eine Verletzung eines göttlichen Gesetzes, eine Beleidigung der Würde der menschlichen Person, ein Verbrechen gegen das Leben und einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht.¹⁴⁷ Von der Intention der lehramtlichen Formulierung ist somit in erster Linie der unbedingte Schutz des Lebens herausgestellt, da dem Leben ein Wert in sich zugesprochen wird. Eine den Tod eines unschuldigen Menschen herbeiführende Handlung wie die Euthanasie darf damit weder erbeten noch legitimiert sein, da sie als todbringender Akt *„in sich abzulehnen ist“*¹⁴⁸. Der Akt der Euthanasie ist aus lehramtlicher Perspektive aufgrund seiner Natur ein *intrinsece malum*, also eine in sich schlechte Handlung.

Für die in dieser Arbeit nachfolgenden Erörterungen ist neben der Betrachtung der lehramtlichen Argumentation noch auf die Verwendung des Autonomiebegriffs einzugehen. Der Begriff wurde in der Kongregation nicht verwendet, jedoch in der Enzyklika *„Evangelium vitae“*. In ihr wird mahndend auf einen falsch verstandenen Autonomiebegriff hingewiesen, der sich aus einem irrigen Freiheitsverständnis ableiten lässt. Wird Autonomie ausschließlich als Förderung des eigenen Ichs verstanden, *„gelangt man unvermeidlich zur Verneinung des anderen, der als Feind empfunden wird, gegen den man sich verteidigen muss“*.¹⁴⁹

Im Sinne einer so verstandenen Egozentrik verliert der Mensch die Beziehung zu Gott als eigentlichem und ursprünglichem Garant menschlicher Freiheit und meint, selber Maßstab und Norm zu sein. So ist es für *„Evangelium vitae“* eine Anmaßung, *„von der Gesellschaft zu verlangen, sie solle ihm die Möglichkeiten und Formen garantieren, damit er in voller und vollständiger Autonomie über sein Leben entscheiden könne“*.¹⁵⁰ Als gedanklicher Nährboden werden die medizinisch-technisch hoch entwickelten Länder angesehen, da ihre Möglichkeiten in den Grenzbereichen des Lebens den Menschen eher dazu versuchen, *„sich zum Herrn über den Tod zu machen, indem man ihn vorzeitig herbeiführt“*.¹⁵¹

Für den Papst stellt sich dieses Handeln, was zunächst als logisch oder menschlich verstanden werden kann, in Wirklichkeit als absurd und unmenschlich heraus, da es dem Leistungsdenken der Wohlstandsgesellschaften entspringt und somit überwiegend in

arbeitsunfähigen und hoffnungslosen Leben seine Opfer finden wird, da es in ihm keinen Wert mehr sieht. Mahnend subsumiert er dies zu den Symptomen einer „Kultur des Todes“.¹⁵² Auch der Schwerstkranke und Leidende ist nicht aus dem Blickfeld des Lehramtes geraten; die ethische Bewertung von schmerzlindernden Mitteln findet sich immer wieder in lehramtlichen Stellungnahmen. Auch wenn die Erklärung der Glaubenskongregation um Christen weiß, die Schmerzen bewusst und freiwillig auf sich nehmen „*und sich so bewusst mit den Schmerzen des gekreuzigten Christus vereinigen zu können (vgl. Mt 27,34)*“¹⁵³, so sieht sie diese Haltung nicht als Normalfall an. Der Einsatz von schmerzlindernden Mitteln und die Inkaufnahme der damit verbundenen Nebenwirkungen, wie z.B. ein vermindertes Bewusstsein, kann die angemessene Therapie sein. Dies gilt auch dann, wenn der Patient nicht bei vollem Bewusstsein und somit nicht zustimmungsfähig ist; ihm ist diese Form der Behandlung als gewünscht zu unterstellen.¹⁵⁴

Damit wird für Christoph Götz (der sich mit dem Vergleich von medizinischer Ethik und katholischer Kirche beschäftigt hat), wenn auch nicht explizit, in Übereinstimmung mit der Lehrtradition die indirekte Sterbehilfe befürwortet, „*das heißt, der Einsatz schmerzlindernder und narkotischer Therapeutika (wird) auch dann legitimiert, wenn absehbar ist, dass der Tod keineswegs gewollt oder gesucht wird, auch wenn man aus einem vernünftigen Grund die Todesgefahr in Kauf nimmt*“¹⁵⁵.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage zu sehen, ob das Leben eines Schwerstkranken grundsätzlich durch jede zur Verfügung stehende medizinische Maßnahme gerettet werden muss bzw. erhalten werden soll. Die Frage spitzt sich zu, wenn zum einen die medizinischen Mittel nicht den gewünschten Erfolg bringen oder zum anderen die Mittel lediglich eine kurzfristige oder schmerzhaftige Verlängerung des Lebens ermöglichen. Das Lehramt und die von ihm vertretenen Moralvorstellungen betonen den Gewissensentschluss, wonach man auf weitere Heilversuche verzichten darf, nicht aber auf eine grundsätzliche und verhältnismäßige medizinische Versorgung.¹⁵⁶

Zusammenfassend dargestellt akzeptiert das kirchliche Lehramt ausschließlich das In-Kauf-Nehmen des Todes. Somit darf im Sterbeprozess medizinisches Bemühen zur Leidensminderung, also palliativmedizinische Maßnahmen, durchgeführt werden.

II. Stellungnahme der deutschen Bischöfe

Mit der Textsammlung „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“ hat die Deutsche Bischofskonferenz (DBK) zuletzt im Januar 2003 Erklärungen zum Thema Sterbehilfe herausgegeben. Neben diesen gemeinsamen Texten mit dem Rat der Evangelischen Kirchen Deutschlands (EKD) erschien im März 1996 eine Sammlung¹⁵⁷ der Stellungnahmen der deutschen katholischen Bischöfe der letzten Jahre.

Im Folgenden sollen zunächst anhand der in den Dokumenten verwendeten Begriffe die theologisch-ethischen Einbeziehungen und Akzentsetzungen erläutert werden, da sich die deutschen Bischöfe in ihren Verlautbarungen am deutschen Sprachgebrauch orientieren.

„Sterbehilfe geben bedeutet: dem anderen in einer Weise nahe sein, die ihn befähigt, die verbliebenen Lebensmöglichkeiten so weit wie möglich persönlich zu gestalten und seinen eigenen Tod zu sterben. Sterbehilfe umfasst alle ärztlichen und pflegerischen Hilfeleistungen in der letzten Lebensphase oder in einem todbringenden Krankheitsprozeß und jede geistig-seelische Hilfe der den Sterbenden begleitenden Menschen.“¹⁵⁸

Wenn die deutschen Bischöfe in diesem Sinne von Sterbehilfe sprechen, so heben sie in besonderer Weise die zwischenmenschliche kommunizierbare Hilfe für den Kranken hervor, die es ihm ermöglichen soll *„sich gerade mit **seinem** Sterben und seinem Tod auseinanderzusetzen und soweit es ihm möglich ist, zur Annahme der Wirklichkeit zu gelangen“¹⁵⁹*. Sterbehilfe wird als intensive Lebenshilfe verstanden. Als hilfreich erachten die Bischöfe dabei das Wissen um die verschiedenen Sterbephasen,¹⁶⁰ die der Kranke bis zu seinem Tod durchlebt. Es soll zu einer verständnisvollen und vor allem geduldigen Begleitung von Sterbenden verhelfen.

Als Sterbebeistand bezeichnen die deutschen Bischöfe den persönlichen Begleiter des Sterbenden, mit dem *„auch anstehende therapeutische Maßnahmen in einer Weise vorbereitet werden, die es dem Sterbenden ermöglichen, seine letzte Lebensphase so weit wie möglich selbst zu gestalten, schmerzfrei zu leben (...)“¹⁶¹*, und der durch seinen persönlichen Beistand dem Sterbenden das Gefühl vermittelt, in seiner letzten Lebensphase nicht alleine zu sein. Dies erfordert eine Verankerung in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Schon an der tief greifenden Veränderung im Verständnis des menschlichen Todes und im Umgang mit ihm wird deutlich, wie diese Wertvorstellungen prozessualen Ausrichtungen unterworfen sind, auf die die Bischöfe aufmerksam machen. Demnach ist für sie nicht nur die Verlagerung der Sterbefälle in die Krankenhäuser bemerkenswert,¹⁶² sondern auch die damit verbundene Veränderung der Anforderungen an das Klinikpersonal, seien es Ärzte oder Pflegekräfte.

Die Bischöfe fordern gezielte Schulung des Krankenhauspersonals, da die Zahl der chronisch Kranken und die der Langzeitpatienten stetig ansteigt. Außerdem soll auch den Ärzten und Pflegekräften durch entsprechende Vorbereitung der Umgang mit eigenen Ängsten bzgl. Tod und Sterben gelernt werden.¹⁶³

Diese Forderungen werden aus dem von ihnen skizzierten Verständnis für den Umgang mit dem menschlichen Tod hervorgerufen, welches Abschied, Verlust, Trennung, Schmerz und Todesängste inmitten des menschlichen Lebens sieht. Wer diese Erfahrungen durchsteht, hat nach Meinung der Bischöfe bereits erste Erfahrungen des Sterbens erlebt. Für sie stellt der Umgang mit dem Tod anderer auch immer die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit dar. Wenn zudem die Zusammengehörigkeit von Leben und Sterben herausgestellt wird, so hat das wichtige Konsequenzen für ein menschenwürdiges Leben in der letzten Phase des Lebens. *„Die Kunst zu sterben bedeutet, daß der Sterbende die ihm verbliebenen Lebensmöglichkeiten nach seinen persönlichen Wertvorstellungen soweit wie möglich selbständig oder aber mit Hilfe anderer gestaltet.“*¹⁶⁴ Nur so ist es möglich, den Tod in innerer Freiheit anzunehmen.

Damit ist auch der Rahmen für die Sterbehilfe aufgezeigt: Die Ermöglichung der Annahme des eigenen Todes in innerer Freiheit, die so gesehen als Lebenshilfe zu verstehen ist. In der Forderung dieser persönlichen Sterbehilfe kann eine der wichtigsten Herausforderungen der modernen Medizin gesehen werden.

Die moderne Medizin muss sich demnach nicht nur die Frage nach den Möglichkeiten der medizinischen Technik stellen, sondern muss auch den Menschen und seine Wertvorstellungen im Blick haben. Dabei geht es um die Frage, *„welchen Sinn für diesen konkreten Menschen Heilung, Rehabilitation und Lebensverlängerung haben.“*¹⁶⁵ Der Mensch als ‚Ganzer‘ (theologische Formulierung) soll im Mittelpunkt von medizinischem und therapeutischem Bemühen liegen, welches nur durch Kommunikation zwischen Patienten und dem Ärzte- bzw. Pflegepersonal möglich ist.

Indem die Bischöfe in dem schon 1978 erschienen Text immer wieder auf den ganzheitlichen Aspekt als Grundlage für die Versorgung der Kranken und Sterbenden verweisen, wird deutlich, welche Möglichkeiten, aber auch welche Gefahren und Schwierigkeiten die moderne Medizin mit sich bringt. Die sich stetig weiterentwickelnde Technisierung beinhaltet ohne Zweifel die Gefahr, der Begegnung mit dem Kranken, dem Kontakt mit seinem Leid in eine perfekte technische Behandlung zu entfliehen.

Das Ernstnehmen des Menschen als Ganzen entwickelt auch eine grundsätzlich andere Sichtweise auf das Leid des Menschen. Wird es als zum menschlichen Leben gehörend

verstanden, so wird sich eine Gesellschaft stets aktuell fragen müssen, was ihr die Leidenden wert sind.¹⁶⁶

Um der Frage nach aktiver Sterbehilfe angemessen nachzugehen, werden schon in dem 1975 erschienenen Text „*Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie*“¹⁶⁷ die Eckdaten bischöflicher Argumentation dargestellt. Das Schreiben spricht durchgängig von Euthanasie, wenn es die aktive Sterbehilfe meint. Indem Sterben als letzte große Lebensaufgabe eines jeden Menschen angesehen wird, erstreckt sich folglich nach Ansicht der Bischöfe eine Hilfe zur Bewältigung dieser Aufgaben nicht allein auf die medizinische Versorgung und Pflege. Vielmehr werden menschliche Aspekte dieser Hilfe hervorgehoben, die erst eine Atmosphäre schaffen können, in der auch der Leidende seines Menschseins bewusst werden kann. Die Bischöfe sehen gerade in den letzten Fragen des Woher und Wohin, die im ursprünglichen Sinn religiöse Fragen sind, die Möglichkeit, die eigene Sterblichkeit anzunehmen.¹⁶⁸

In diesem Kontext sind auch die Aussagen bezüglich eines künstlichen Hinauszögerns des Todes zu sehen. In der Frage um die künstliche Lebensverlängerung ist die Entscheidung des Kranken zu achten. Damit ist ein Absehen von außergewöhnlichen Maßnahmen und Mitteln, wenn jede Heilung auszuschließen ist, nicht als unerlaubtes Verfügungsrecht über menschliches Leben zu werten. So wird unter (aktiver) Euthanasie die „*absichtlich herbeigeführte vorzeitige Beendigung des menschlichen Lebens*“¹⁶⁹ verstanden und abgelehnt. Auch der katholische Erwachsenenkatechismus (KEK) versteht unter aktiver Euthanasie „*das direkte Eingreifen in den Sterbeprozess durch Tötung des Patienten.*“¹⁷⁰

Als passive Euthanasie wird zuvor der „*Verzicht auf Anwendung von Mitteln, die bei einem Sterbenden zu einer kurzzeitigen Lebensverlängerung führen, aber eigentlich nur eine Leidensverlängerung bedeuten würden*“¹⁷¹, bezeichnet.

Die Bischöfe sprechen dem Menschen ein Verfügungsrecht über sein eigenes Leben, welches ihn folglich zum Herrn über Leben und Tod machen würde, ab.¹⁷² Neben diesem Gewissensargument wird es als ebenso schwerwiegend angesehen, die Tötung einem anderen zuzumuten, auch wenn dieser aus vermeintlicher Barmherzigkeit zu handeln meint. Wie auch immer der Wille des Patienten geäußert und verstanden wird, die staatliche Rechtsordnung sieht es aus Sicht der Bischöfe grundsätzlich nicht vor, dass ein Mensch über das Leben eines anderen verfügen kann.¹⁷³

Die Bischöfe beziehen klar Stellung, dass jede direkte Tötung nicht nur ein schwerer Verstoß gegen das göttliche Gesetz und die Humanität ist, sondern auch keine Voraussetzung für unsere rechtsstaatliche Ordnung.¹⁷⁴

Für sie ist es ein missverständlicher Verweis auf die Gewissensfreiheit, wenn die als unbedingt zu respektierende persönliche Entscheidung als letztendlich bindend in der Frage um die aktive Euthanasie angesehen werden soll. Da es ihrer Meinung nach keine Grenze für eine verantwortbare und für eine unverantwortbare Euthanasie gibt,¹⁷⁵ würde jedes Herunterspielen des in dieser Frage so grundsätzlich zu achtenden menschlichen Lebens weitreichende und fatale Folgen nach sich ziehen. Die Bischöfe sehen die Gefahr eines Dammbrochs sowohl hinsichtlich einer Ausweitung des vermeintlichen Rechts auf Euthanasie auf psychisch Kranke, als auch hinsichtlich eines gravierenden Wandels des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Ferner würde eine Gesellschaft dann nach der ihr jeweils plausiblen Werteordnung darüber entscheiden, was als lebenswertes bzw. lebensunwertes Leben anzusehen ist.¹⁷⁶

2.4.1.2 Die Position von Hans Küng

Der Reformtheologe Küng spricht sich in vielen Publikationen für die aktive Sterbehilfe aus. Bei dem 1962 einberufenen Konzil durch Papst Johannes XXIII. wurde Küng als offizieller Berater des Papstes ernannt, da die katholische Kirche in manchen Bereichen modernisiert werden sollte und Küng dies stark befürwortete. Jedoch reichten die in dem Konzil festgelegten Reformen Küng nicht aus und somit schrieb er in den folgenden Jahrzehnten viele Bücher und Texte, in denen die konservative Lehre kritisiert wurde. Dies führte im Dezember 1979 zum Entzug der kirchlichen Lehrerlaubnis.¹⁷⁷

Man kann Küng nicht unbedingt unterstellen, er verlasse bei seiner Argumentation für die aktive Sterbehilfe den Boden seiner theologischen Überzeugungen und seines christlichen Glaubens. Von daher stellt sich zum ersten die Frage, wie Küng sein Plädoyer theologisch argumentativ bestreitet. Es wird sich zum zweiten die Frage stellen, wie hilfreich diese Argumentation für theologisch-ethische Überlegungen zur Sterbehilfe ist.

Im Jahr 1994 im Tübinger Studium Generale und 1995 unter dem Titel „Menschenwürdig sterben“ publiziert Küng mit seinem Freund und Kollegen Walter Jens, ebenfalls ein Mann, der ein weites öffentliches Ansehen genießt, seinen bekanntesten Beitrag zur Sterbehilfediskussion und will damit nicht nur vielen Patienten, sondern auch Ärzten und Richtern eine Hilfe zur Meinungsbildung sein. Im Folgenden soll noch genauer auf das Werk und seine Eckdaten eingegangen werden.

Am Ende seines literarischen Essays folgern die Ansichten des Philologen und Rhetorikers Walter Jens¹⁷⁸ zum Thema Sterben in der Literatur, dass die Vorstellungen eines würdigen

Todes nicht der Realität entsprechen. Er beruft sich auf die Erkenntnisse des amerikanischen Arztes Sherwin B. Nuland, der Sterben grundsätzlich als mühsam beschreibt. Insofern ist er der Meinung, *„wenn das Leben unausweichlich seinem Ende zustrebt, (...) dann hat der Einzelne das Recht, seinen Arzt darum zu bitten, es für ihn zu tun“*.¹⁷⁹ Für Jens ist der Arzt, *„der, nach langer Kenntnis des Moribunden, bezeugt, in deren Gedächtnis der Sterbende als ein Autonomie beanspruchendes Subjekt in Erinnerung zu bleiben wünscht und nicht als entwürdigendes, verzerrtes und entstelltes Wesen, dessen elendes Bild alle anderen auslöscht“*.¹⁸⁰ Auch Jens behandelt die Themen, die es in dieser Arbeit zu diskutieren gilt: Welche Würde hat der Mensch? Was bedeutet demnach ein menschenwürdiges Sterben? Was ist medizinisch verantwortbar und juristisch legitim? Und zuletzt: Welche Autonomie beansprucht der Mensch vor allem in der Krankheit und welche Rechte lassen sich ethisch daraus ableiten? Das alles sind grundsätzliche Fragen, die sich der Anwendbarkeit in der Praxis nicht verweigern dürfen.

Zu den Anliegen, die öffentliche Meinung für das Sterben und dieses Plädoyer für eine Selbstverantwortung zu sensibilisieren, sind einige Anmerkungen schon zu Beginn dieser Auseinandersetzung sinnvoll. Küng und Jens möchten mit ihrer Position an die Seite der ungezählten und ungenannten Patienten treten, deren Schicksal ihnen sehr nahe geht. Küng erklärt in einem Rundbrief: *„ihr oft unerträgliches Einzelschicksal soll nicht in einer hochtönenden ethischen, juristischen und theologischen Grundsatz-Debatte untergehen. Für sie möchte ich als Theologe einen in meinem Denken seit drei Jahrzehnten grundgelegten und verantwortbaren Alternativ-Weg entwickeln“*.¹⁸¹

Diesem Ziel pastoral-theologischer Arbeit kann hier nicht an Bedeutung abgesprochen werden. Dennoch muss auf die Schwierigkeit dieses Vorgehens hingewiesen werden; einzelne Fälle¹⁸² werden von Küng in ihrer dramatischen Schilderung als Grundlage genommen, ohne über die medizinischen Möglichkeiten genauer zu informieren. Natürlich sind solche mahnenden Beispiele aus der Realität nicht minder bedeutsam als so manche vorgeschobene, intellektuell distanzierte und an dem konkreten Problem der Situation vorbei geführte Diskussion. Es sei aber an dieser Stelle vorsichtig erwähnt, dass sich hier eine grundsätzliche Problematik eines öffentlich ethischen Diskurses widerspiegelt. So ist Küngs Plädoyer für ein menschenwürdiges Sterben sicherlich eine engagierte und persönliche Stellungnahme eines Theologen; die Folgerichtigkeit seiner ethischen Argumentation wird aber im Hinblick auf die intensiv geführte theologisch-ethische Auseinandersetzung zu überprüfen sein.

Bei der Bearbeitung der Position Hans Küngs soll der Versuch unternommen werden, seinem Anliegen, diesen Schicksalen eine Stimme zu geben, als Orientierungspunkt für die weiterführenden Überlegungen herauszuarbeiten.

I. Vorstellung eines menschenwürdigen Sterbens

Wenn es nun um die Auseinandersetzung mit der Position Hans Küngs gehen soll, so ist direkt zu Beginn darzustellen, aus welcher Grundeinstellung Küng seine Thesen entwickelt. Da Küng seine Überlegungen auf seine glaubende Grundhaltung zurückführt, ist es von besonderem Interesse, welchen Beitrag seine theologischen Gedanken zur Sterbehilfediskussion leisten können. Bezogen ist dies vor allem auf die inhaltliche Belegung der immer wieder geforderten Verantwortung, Autonomie und Würde des Menschen am Lebensende: „*Menschenwürdiges Sterben ist eine unverdiente Chance, ein großes Geschenk: die große Gabe. Allerdings auch des Menschen größte Aufgabe*“.¹⁸³

Indem Küng das Sterben als große Aufgabe des Menschen sieht, führt er die abnehmende Bereitschaft, wie auch die häufige Unfähigkeit des Menschen an, die große Gabe des Wissens um seine eigene Sterblichkeit zu nutzen, „*Sterben als Dimension des Lebens*“¹⁸⁴ zu begreifen. Ein menschenwürdiges Sterben unterliegt demnach nicht allein äußeren Bedingungen, sondern auch einer schon im Vorfeld eingetrübten bewussten Einstellung zum Sterben. Gerade dies ist seines Erachtens mit den Vorstellungen unserer Erlebnisgesellschaft nur schwer in Verbindung zu bringen.¹⁸⁵ Der Erfahrungsalltag blendet das Thema Sterben und Tod für diejenigen, die sich nicht damit auseinandersetzen möchten und vielleicht auch nicht können, nahezu gänzlich aus. Das massenhafte Auftreten des Todes in der medialen Welt bietet eher selten die Möglichkeit der Aufarbeitung, sondern forciert vielmehr die Verdrängung des Themas.

Hinzuzufügen sind heutige Sozialisierungsprozesse, die stark bedingt sind durch die Möglichkeiten der Wissenschaften, vornehmlich der Medizin, die Todeserfahrung z.B. schon aus der Entwicklungsphase des Kindes fast vollständig ausblenden. Ebenso verliert nach Küng in unserer arbeitsorientierten Gesellschaft eine notwendige Traueraufarbeitung immer mehr an Relevanz.¹⁸⁶

Auch Küng stellt die Entwicklung fest, dass sich der Sterbevorgang zunehmend in die Krankenhäuser und Pflegeheime verlagert, was die Begegnung mit Sterben und Tod und dessen Aufarbeitung unwichtig erscheinen lässt.

Demgegenüber steht allerdings auch das Interesse der Menschen am Tod. Küng führt mit den Ergebnissen der Psychiatrieprofessorin Elisabeth Kübler-Ross eine wissenschaftliche Betrachtung von Sterben und Tod auf. Für ihn lassen sich aus diesen vielfach kontrovers diskutierten Ergebnissen einige Schlussfolgerungen ziehen, die neben einer psychologischen und medizinischen Aufarbeitung auch für philosophisch-theologische Überlegungen von Bedeutung zu sein scheinen.¹⁸⁷

Zudem sollen auch die von Kübler-Ross erarbeiteten *Stadien des Sterbens* angeführt werden, die sich zwar nicht in eine strenge Reihenfolge bringen lassen und auch sehr individuell erlebt werden, die aber maßgeblich zu einem erweiterten und menschlicherem Umgang mit dem Sterbenden geführt haben.¹⁸⁸ Als eine der wichtigsten Erkenntnisse stellt sich für Küng das Spüren der Ankunft des Todes der Kranken aufgrund noch unbekannter psychisch-physischer Signale dar. Gerade für die Begleitung der Patienten kurz vor Eintritt des Todes ist dies von Bedeutung, da es so besser möglich ist, auf die Empfindungen und Gedanken der Schwerstkranken einzugehen. Daneben führt er noch einen Sachverhalt an, der für die philosophisch-theologische Auseinandersetzung als entscheidend anzusehen ist und der die Verhältnismäßigkeit der unterschiedlichen Disziplinen anzuzeigen vermag. Über ein Leben nach dem Tod sagen die von Kübler-Ross dokumentierten Sterbeerlebnisse nichts aus. So lassen sich nicht nur ähnliche Eindrücke auch unter Drogeneinfluss, im Traum, bei einer psychischen Erkrankung oder durch psychologische Beeinflussung feststellen, sondern es gibt durchaus auch Erfahrungsberichte, die diese Form des Sterbens nicht bestätigen. Damit soll nicht eine wissenschaftliche Erklärung für die Erlebnisschilderungen ausgeschlossen werden, aber sie können nicht als eine mögliche Auskunft über ein Leben nach dem Tod verstanden werden. Dies liegt einzig und allein schon in dem Tatbestand begründet, dass die Sterbenden nicht wirklich gestorben sind, also nicht endgültig tot waren.¹⁸⁹

Für Küng ist es deshalb auch völlig unbestritten, mit Eintritt des Hirntods, also mit dem unwiderruflichen „Verlust der Lebensfunktionen mit der Folge des Untergang aller Organe und Gewebe“¹⁹⁰ von biologisch tot zu sprechen. Dies ist von der Phase des klinischen Todes, in der die Sterbeerlebnisse zu entdecken sind, abzugrenzen.

Der Tod kann aber nicht ausschließlich von der naturwissenschaftlichen Seite her betrachtet werden. Für eine Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und für den Versuch, ein anderes Verhältnis zum Sterben gewinnen zu können, sind auch die Gedanken und Erfahrungen des Menschen in seinem jeweiligen Hier und Jetzt von Bedeutung. Dazu gehört auch das, was der Mensch in seinem religiösen Leben zum Ausdruck bringt und weshalb Religionen den Menschen seit jeher auf das Sterben vorbereiten. Christlich gesehen, stirbt der Mensch für

Küng nicht ins Nichts hinein. Im Tod wird der Mensch in jene, im Realen nicht zu erfassende letzte und erste Wirklichkeit aufgenommen, *„die jenseits von Raum und Zeit reine Geistigkeit, die ewige wirklichste Wirklichkeit ist. Eine Transformation durch Neuschöpfung und eine ewige Geborgenheit in Gott. ‚Gott‘ ist dann nicht nur ‚in allen Dingen‘, sondern ‚alles in allen Dingen‘ (1 Kor 15,28).“*¹⁹¹

Daraus kann sich für den Gläubigen ein neues Verhältnis zu Krankheit und Therapie entwickeln. Für Küng ist es das gläubige Verständnis, welches unzweifelhaft allgemeinverbindliche Gebote der Menschlichkeit begründet, die für Patienten, Ärzte wie auch Angehörige gleichermaßen eine neue Humanität, ein neues Verhältnis zur Krankheit und Therapie entstehen lassen können.¹⁹²

Auch das Verhältnis zur Krankheit würde sich insofern ändern, als dass Krankheit immer den konkreten individuellen Menschen als Ganzen betrifft. Aus dem Bewusstsein der Gegenwart Gottes auch in Grenzsituationen lässt sich ein weit reichendes Ja des Menschen zu Leben und Endlichkeit ableiten. Und schließlich würde sich auch das Verhältnis zur Therapie ändern, wenn sich die Ziele ärztlichen Bemühens auf die Ganzheitlichkeit des Patienten ausrichten. Küng sieht in einer ganzheitlichen Therapie die Grundlage für einen medizinischen Alltag, in der die Balance von Sachlichkeit und Menschlichkeit möglich ist.

Daraus kann sich für den gläubigen Christen auch ein anderes Verhältnis zum Sterben entwickeln. Dies stellt Küng an dieser Stelle nicht im Sinne eines qualitativ Besser oder Schlechter dem Nicht-Gläubigen dar, aber für ihn braucht sich der Todkranke im vertrauenden Glauben an Gott als letzte Wirklichkeit *„nicht ängstlich an dieses Leben als an sein Letztes zu klammern.“*¹⁹³ Auch für den Arzt ergibt sich daraus die Einsicht, den Kampf gegen den Tod nicht um jeden Preis auszutragen. Stattdessen ist es ihm in dem Wissen um seine eigene Sterblichkeit daran gelegen, den Patienten bis zum Tod zu begleiten, bei ihm zu sein und dieser Tatsache nicht auszuweichen.¹⁹⁴

Aus diesem Grund stellt Küng die menschliche Zuwendung bis zum Ende als einen der wichtigsten Punkte in der heutigen Sterbebetreuung dar. Nur so ist es möglich, den Sterbenden in verantwortbarer und ehrlicher Weise an sein eigenes Ende heranzuführen. Zum einen soll diese mitmenschliche Begleitung dem Patienten durch alle in Pflege, Therapie und Seelsorge verbundenen Personen gewährleistet sein. Zum anderen müssen sich aber auch Angehörige und dem Patienten nahe stehende Personen verpflichtet fühlen, dem Kranken ihre Zuwendung zu geben. Dies soll nicht den Rahmen des Menschenmöglichen bzw. die Kompetenzen der Personen überschreiten. Aber die Aufgabe, dem Todkranken geduldig Zeit zu schenken, ist für Küng *„vielleicht das größte und letzte Geschenk.“*¹⁹⁵ Er sieht gerade in

dieser konkreten Form der Mitmenschlichkeit ein weiteres Moment eines menschenwürdigen Sterbens.

II. Stellungnahmen zur Sterbehilfe

Küng verbindet seine Vorstellungen eines menschenwürdigen Sterbens unmittelbar mit der konkreten Form der Mitmenschlichkeit, die sich durch Gesprächsbereitschaft wie auch durch stille Anwesenheit auszeichnet. In diesem Zusammenhang macht er auf die Grenzen und Möglichkeiten dieser Zuwendung im medizinischen Alltag wie auch im familiären Bereich aufmerksam und fordert deshalb um so mehr, die Bestrebungen derer zu fördern, *„die sich heute um ein menschenwürdiges Sterben in einer ‚Sterbeklinik‘ bemühen, wo der Todkranke bis zum Tod liebevoll umsorgt wird durch ein eigens dafür ausgebildetes Fachpersonal, das den damit verbundenen emotionalen Belastungen gewachsen ist.“*¹⁹⁶

Indem er dies als Grundprinzip eines menschenwürdigen Sterbens darstellt, ergeben sich für ihn genau von diesem Punkt aus Anfragen an die derzeitige Praxis der Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Küng hat jene Patienten vor Augen, *„die das bereits zerstörte Leben nicht mehr ertragen, deren unbeschreibliche Schmerzen auch durch die am stärksten sedierenden Mittel der Palliativtherapie nicht verschwinden. (...) Sie möchten bei klarem Bewußtsein Abschied nehmen und sterben.“*¹⁹⁷

Dies scheint ein zentrales Anliegen für Hans Küng zu sein, wenn es ihm vor allem um die Probleme geht, die sich aus einer fehlenden Selbstkontrolle ergeben können. Die Angst vieler Menschen beruht demnach nicht nur auf möglichen Schmerzen und Leid, sondern zeigt sich auch als die Angst *„vor dem Gefangensein in einem hochtechnisierten medizinischen System, vor der totalen Abhängigkeit und dem Verlust der Kontrolle über das eigene Ich, vor lauter Schmerzmitteln nur noch dösig, schläfrig, nicht mehr denkend, nicht mehr trinkend, nichts mehr erlebend.“*¹⁹⁸ In diesem Punkt deckt sich die Vorstellung Küngs mit der von Walter Jens. Auch Jens sieht in der Palliativmedizin und der Hospizbewegung eine dankbare Ergänzung zur kurativen Medizin. Jedoch sind sie in letzter Konsequenz (bzw. in seiner Schlussfolgerung) nur dann überzeugend und trostreich, *„wenn Ärzten das Recht zugestanden wird, Menschen (...) in auswegloser Lage Samariterhilfe (also aktive direkte Sterbehilfe; Anmerkung der Verfasserin) zu leisten, ohne für ihre Tat bestraft zu werden.“*¹⁹⁹

Der Auffassung Küngs entsprechend stünde ein Verweigern dieses Wunsches der Verwirklichung und Entfaltung des Menschen als Mensch entgegen: *„Und gerade weil der Mensch Mensch ist und auch als Todkranker (Tod zu erwarten in absehbarer Zeit) oder als Sterbender (Tod in kurzer Zeit zu erwarten) bis zum Ende Mensch bleibt, hat er ein Recht*

nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Sterben und Abschiednehmen (...).“²⁰⁰ Küng fokussiert damit die Frage eines menschenwürdigen Sterbens auf ein menschliches Recht.

Wie sieht also die Argumentation Küngs aus, wenn er die aktive Sterbehilfe zu einem menschenwürdigen Sterben und Abschiednehmen hinzuzählt, in bestimmten Situationen ein menschenwürdiges Sterben erst ermöglicht?

III. Die Argumentation von Hans Küng

Als Ausgangspunkt für seine Argumentation verweist Küng auf die für ihn nicht zu übersehende Forderung des Rechts auf einen *natürlichen Tod* im öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs.²⁰¹ Die künstliche Lebensverlängerung wird dort von weiten Teilen der Gesellschaft, nach Küng vor allem von alten Menschen, nicht als Segen medizinischen Forschens und Handelns angesehen, sondern vielmehr als Last empfunden. Küng möchte unter Zuhilfenahme der für ihn maßgeblichen allgemeinen theologischen Grundpositionen auf das schwierige Thema der Sterbehilfe eingehen. Deshalb ist es für ihn zunächst auch wichtig, sich von den Formen der Sterbehilfe zu distanzieren, die sittlich nicht annehmbar sind. Zu ihnen gehört unumstritten jegliche Zwangseuthanasie, die gegen die elementarsten Menschenrechte verstößt.

Ebenso distanziert sich Küng von einer Befürwortung der aktiven Sterbehilfe, die sich auf die moralphilosophische Argumentation Peter Singers stützt. Küng ist keineswegs der Meinung, *„der Mensch würde durch eine unheilbare Krankheit, Altersschwäche oder definitive Bewusstlosigkeit zur ‚Nicht-Person‘ oder zum ‚Nicht-mehr-Menschen‘“*.²⁰² Ebenso will er die aktive Sterbehilfe ausschließlich bei Menschen angewendet wissen, *„die, (ob älter oder jünger) am Ende ihres Lebens sind, die also ihrem Tod (etwa bei inoperablem Krebs oder Aids im letzten Stadium) unumkehrbar entgegengehen.“*²⁰³ Damit hat Küng noch keine zeitliche Begrenzung auf die Sterbephase vorgenommen, sondern sieht die medizinische Indikation einer letalen Krankheit als Kriterium.

In diesem Zusammenhang ist auch das Anliegen Küngs zu sehen, die aktive Sterbehilfe nicht pauschal mit Mord gleichzusetzen. Dies geschieht seiner Meinung nach häufig durch eine undifferenzierte Argumentation mit dem Verweis auf das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten. Für ihn ist eine völlig freiwillig verfasste Erklärung der Betroffenen, die die Bedingungen des Sterbens festlegt, ein zu respektierendes Dokument. Die Patientenverfügung soll zudem für Ärzte rechtlich verbindlich sein. Küng stellt drei für ihn

vertretbare Kriterien auf, die durch verbindliche ärztliche Kontrollinstanzen überprüft werden sollen: „*Einschläferung entweder nur bei unheilbarer, zum Tode führender Krankheit; oder auch bei nicht tödlichem, aber schwerem und schmerzhaftem körperlichen Gebrechen (Atemlähmung); oder schließlich auch bei schwerer oder irreparabler Gehirnverletzung oder Gehirnerkrankung.*“²⁰⁴

Damit spitzt sich die Argumentation auf die Frage zu, inwiefern zu einem menschenwürdigen Sterben die Selbstbestimmung über den Zeitpunkt und die Art und Weise des Sterbens dazugehört, ob also dem Menschen in der theologischen Reflexion das Recht zugesprochen werden kann, darüber selbst zu verfügen.²⁰⁵ Dies entspricht Küngs Auffassung, wobei er dieses Recht auch nur dem Moribunden einräumen möchte.

Genau an diesem Punkt setzt die Begründung und Reflexion des Autonomieanspruchs an und wird näher zu erläutern sein, denn Küng räumt dem Menschen *aufgrund* seines Menschseins dieses Recht ein.

Für Küng schließt die Tatsache, das Leben als Geschenk Gottes und deshalb als unverfügbar anzusehen, nicht aus, dieses Leben nach Gottes Willen zugleich auch als des Menschen Aufgabe zu sehen. Für ihn ist das Leben demgemäß in unsere eigene verantwortliche Verfügung gegeben; „*eine Autonomie, die in Theonomie gründet*“.²⁰⁶

Gerade in den Stunden von Leid und Krankheit ist für ihn Gott „*der Vater der Schwachen, Leidenden, Verlorenen, der dem Menschen Leben spendet und ihn wie eine Mutter umsorgt, der solidarische Bundesgott, der den Menschen, sein Ebenbild, als einen freien, verantwortlichen Partner haben will.*“²⁰⁷ Er befürchtet, dem Menschen könne eine Realisierung seines Menschseins durch „*ein endloses Anhängen an Apparaten oder Medikamenten möglicherweise verwehrt*“²⁰⁸ bleiben, wenn diese medizinische Behandlung nur noch ein Dahinvegetieren ermöglicht. Deshalb habe der Mensch ein *Recht* „*nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Abschiednehmen.*“²⁰⁹

Für Küng stellt sich gerade im Zusammenhang mit der Fortentwicklung der Medizin und ihrer Möglichkeiten der lebenserhaltenden Maßnahmen die Frage der Anwendbarkeit der sich in der Theorie unterscheidenden Begriffe der aktiven und passiven Sterbehilfe. Er sieht die Grenzen zwischen diesen Hilfsbegriffen als fließend an und erkennt „*vom Effekt her*“²¹⁰ keinen Unterschied z.B. im Abstellen eines Respirators als passive Handlung und der Überdosis Morphin als unerlaubte aktive Handlung.

So möchte er eine in „*Ethik verantwortete Lebensgestaltung – vom Anfang des Lebens bis zu dessen Ende.*“²¹¹ Diese Ethik muss die veränderte Situation durch die Fortschritte in der Medizin zeitgemäß berücksichtigen. Seiner Meinung nach wird gerade an den Fortschritten

der Medizin deutlich, dass zunehmend Lebensprozesse vom Menschen gesteuert werden können und in seine Verantwortung fallen.

„Wäre es da nicht konsequent anzunehmen, daß auch das Ende des Menschenlebens mehr als bisher in die Verantwortung des Menschen gelegen ist von demselben Gott, der nun einmal nicht will, daß wir ihm eine Verantwortung zuschieben, die wir selber tragen können und tragen sollen. Mit der Freiheit hat Gott dem Menschen auch das Recht zur vollen Selbstbestimmung gegeben. Selbstbestimmung meint nicht Willkür, sondern Gewissensentscheidung! Selbstbestimmung schließt immer Selbstverantwortung ein, und diese hat immer nicht nur eine individuelle, sondern auch eine soziale Komponente (Rücksicht auf andere).“²¹²

Für Küng entfaltet sich somit die Verantwortung des Menschen für sein Leben an seinem Lebensrecht und an dem Argument, so wie es kein *lebensunwertes Leben* gäbe, so gibt es auch kein unter allen Umständen *lebenswertes Leben*.²¹³ Der Mensch hat infolgedessen einen grundsätzlichen Anspruch auf alle ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten. Umgekehrt ist dieses Lebensrecht aber nicht als Lebenszwang zu verstehen. Und so möchte sich Küng mit dieser Schlussfolgerung an die Seite derjenigen stellen, die konsistent und freiwillig ihrem Willen Ausdruck verleihen, sterben zu wollen. Als maßgebliche Instanz für ärztliches Handeln sieht er demnach das *Wohl* des Todkranken, wie allein *dieser* es empfindet.²¹⁴

So ist Küng der Ansicht, eine „*gesetzliche Festlegung der Verantwortlichkeiten*“²¹⁵ würde eine eigenmächtige Entscheidung des Arztes, die möglicherweise gegen den Willen des Patienten ist, ausklammern. Dazu zählt Küng neben rechtlichen Bedingungen zur Gewährung der aktiven Sterbehilfe auch eine „*eindeutig dokumentierte*“²¹⁶ Patientenverfügung, die unbedingt zu akzeptieren ist. Demnach trägt der Arzt die Beweislast, wenn er der Auffassung ist, der aktuelle Wille des Patienten weiche von der Patientenverfügung ab.²¹⁷

Für Küng ist damit eine verantwortliche Güterabwägung gewährleistet. Die Patientenverfügung ist für ihn Ausdruck einer Gewissensentscheidung, die von anderen respektiert werden muss. Als Gewissensentscheidung sei letztendlich auch die aktive Sterbehilfe nicht von vornherein als unsittlich auszuschließen. Seiner Meinung nach steht es der ethischen Reflexion nicht zu, diese persönliche sittliche Entscheidung zu bewerten. Im Gegenteil, sie ist als persönlichste Form der Selbstbestimmung, da sie das eigene Leben betrifft, Ausdruck der von Gott gegebenen Verantwortung in der letzten Phase des Lebens.²¹⁸ Küng plädiert für „*eine realistische Ethik menschlicher Gesinnung und Tat: wo Normen die Situation erhellen und umgekehrt die Situation die Normen bestimmt; wo detaillierte*

Fachkenntnis mit moralischer Verantwortung verbunden ist; wo eine Medizin angestrebt wird, die zugleich von nüchterner Sachlichkeit, von persönlicher Hingabe und Achtung vor der Menschenwürde des Kranken getragen ist.“²¹⁹

In dieser Sichtweise versteht Küng unter Selbstbestimmung auch die Gewissensentscheidung, über die Art und den Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen zu können und zwar, weil er sich als Christ von Gott selber in diese Freiheit versetzt weiß.²²⁰

Damit schlägt Küng selbst den spannungsgeladenen Bogen zwischen dem, was die Religion, genauer formuliert die theologisch-ethische Reflexion grundsätzlich zu leisten vermag, „indem sie nämlich Grundüberzeugungen, Grundhaltungen, Grundwerte ins Spiel bringt, indem sie letzte Begründungen, überzeugende Motivationen, unbedingte Normen liefert“²²¹ und der Schwierigkeit, daraus kommunizierbare moralische Handlungsweisen abzuleiten, die in der konkreten Situation sittlich vertreten sind.

2.4.2 Patientenverfügung

Patientenverfügungen nehmen nicht nur aus medizinischer und juristischer Sicht eine entscheidende Rolle bei der Willensbestimmung eines Patienten ein. Von besonderem Interesse ist diese Form der Dokumentation des persönlichen Willens, wenn der Patient nicht mehr zustimmungsfähig ist. Daneben sind auch noch Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten zu beachten, die ein verantwortliches Handeln am und mit dem Patienten in seinem Sinne gewährleisten sollen.

Der entscheidende Punkt heute geführter Auseinandersetzungen um die Patientenverfügung ist der, dass eine Patientenverfügung zu einem zukünftigen Ereignis Stellung bezieht. Sie ist somit in der Regel *vor* einer Erkrankung bzw. *vor* dem Eintritt in den Sterbeprozess verfasst. In der Patientenverfügung soll der Patient über die von ihm gewünschten medizinisch-technischen Maßnahmen Stellung beziehen. Dies kann zum einen das Anpassen der ärztlichen Versorgung betreffen, wenn eine Maximalleistung lediglich dazu dient, das ohnehin zu Ende gehende Leben künstlich zu verlängern, zum anderen kann aber auch der Wunsch nach Maximalbehandlung gewünscht werden.

Daneben können Patientenverfügungen sicherlich dazu beitragen, den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe auf seine Entstehungsmomente zu hinterfragen, da es dem Patienten doch in der Regel bei der Formulierung einer solchen Verfügung um die Bewahrung der Selbstbestimmung geht. Ethisch betrachtet müssen zwei Punkte diskutiert werden: Zum einen

wird die Patientenverfügung von Befürwortern der aktiven Sterbehilfe angeführt, den Menschen grundsätzlich für fähig zu halten, über seinen eigenen Tod selbst zu bestimmen. Zum anderen ist selbst bei einem Verzicht auf aktive Sterbehilfe unübersehbar, wie schnell eine Patientenverfügung Handlungsanweisungen beinhalten kann, die in die Nähe der aktiven Sterbehilfe gehen bzw. die Grenzen der Behandlung gerade bei nicht (mehr) einwilligungsfähigen Patienten, die noch nicht in der Sterbephase sind, verschwimmen. Die Moralthologin Ruth Scholz sieht es als unlösbare Frage an, „*welcher Wunsch der zu beachtende ist, der autonome Wunsch zum Zeitpunkt der Abfassung der Vorausfügung, oder der nicht autonome, manchmal aber dennoch erkennbare Wunsch der nun inkompetenten Person (...)*.“²²² Mit dem Blick auf Wachkoma-Patienten oder senile Menschen steht es außer Frage, dass eine Vorausverfügung über das aktuelle Empfinden an Lebensqualität nichts aussagen kann, es von daher nahe legt, die Beurteilung denen für diese Person Verantwortlichen anzuvertrauen.

Scholz macht zudem darauf aufmerksam, dass Patientenverfügungen schon deshalb problematisch sind, „*weil eine informierte Zustimmung das Wissen um die Situation voraussetzt, ein solches Wissen aber antizipatorisch nicht möglich ist.*“²²³

Zu beachten sind auch die immer wieder entwickelten neuen therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, die zum Zeitpunkt der Abfassung noch nicht beachtet werden konnten. Davon sind selbst Patientenverfügungen, die ständig aktualisiert werden, nicht ganz frei zu sprechen.

Da in Deutschland die Abfassung von Patientenverfügungen (noch) nicht näher geregelt ist, gibt es momentan eine Vielzahl von Formulierungsvorschlägen und Formularen.²²⁴ Dies allein verdeutlicht schon die Schwierigkeit, der Patientenverfügung in einer konkreten Krankheitssituation die entsprechende Information entnehmen zu können. Dennoch ist es sinnvoll, eine Patientenverfügung zu verfassen. Die Erarbeitung einer christlichen Patientenverfügung²²⁵ seitens des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) fügt sich in die hier angezeigte Problemstellung ein: „*Um menschenwürdig bis zuletzt leben zu können, kann sowohl eine intensive medizinische Behandlung erforderlich sein als auch der Verzicht auf ihre Anwendung. Letztlich muss die Entscheidung aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen und von seinen Bedürfnissen her getroffen werden (...)* Falls Sie in eine Situation geraten, in der Sie nicht mehr in der Lage sind, selbst über medizinische Maßnahmen zu entscheiden, ist die von Ihnen verfasste Patientenverfügung von dem Arzt oder der Ärztin als wichtige Entscheidungshilfe zu berücksichtigen.“²²⁶

Seit dem 01.09.2009 gibt es trotz Kritik und Diskussion seitens der Befürworter und Ablehner ein neues Gesetz in Zivilrecht, das die Verbindlichkeit der Patientenverfügung festlegt. „Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist“ (zitiert nach: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=30641c1c5c8c6c5b4a6688ba06bde25c&client=12&nr=25809&pos=0&anz=1&Blank=1.pdf>, am 25.11.2009).

Demnach muss **jede** medizinische Therapie oder Handlung (neu oder in einer laufenden Behandlung) mit der Einwilligung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Betreuers geschehen. Andernfalls ist dies juristisch als Eingriff in die Unversehrtheit des Menschen gemäß Artikel 2, Absatz 1 im Grundgesetz zu sehen und kann strafrechtlich verfolgt werden („Körperverletzung“ §223 StGB) (<http://www.patientenverfuegung.de/rechtliche-grundlagen>, 25.11.2009).

2.4.3 Hospizbewegung

Die Hospizbewegung orientiert sich in besonderem Maße an einem ganzheitlichen Ansatz. Dies wird z.B. an dem Stellenwert deutlich, den die Krankenpflege in der Hospizarbeit einnimmt und somit *„ganz bewusst Sozialarbeit und Seelsorge stärker in die Handlungs- und Entscheidungszusammenhänge einbindet“*²²⁷. Für den Pfarrer der Evangelischen Kirche von Westfalen, Dr. Uwe Gerstenkorn, stellt die Palliativmedizin einen wichtigen Partner der Hospizarbeit dar. Die Hospizarbeit hat sich seiner Meinung nach aus ihrer anfänglichen Abgrenzung zur klinischen Medizin und der traditionellen Kranken- und Altenpflege gelöst und versteht sich immer mehr *„als Motor für einen veränderten Umgang mit sterbenden und trauernden Menschen. Diesen Bildungsauftrag sieht sie besonders im Gegenüber zu den anderen Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege“*²²⁸.

Die Hospizbewegung kam erst mit einiger Verzögerung in Deutschland an, da die Pflege Sterbender bei uns in der Regel durch das Krankenhaus übernommen wurde und auch noch wird. In England und Amerika beispielsweise begann die Hospizbewegung schon in der Mitte des vorherigen Jahrhunderts, was auch auf das Engagement von bedeutsamen Persönlichkeiten wie der Engländerin Cicely Saunders und der Schweizerin Elisabeth Kübler-Ross zurückzuführen ist.²²⁹ Zuerst entwickelten sich zu Beginn der 1980er Jahre in

Deutschland die Palliativstationen, und dies auch zunächst nur in den großen Krankenhäusern, bevor es zu einer Ausweitung bis in den ambulanten Bereich kam. Das erste Hospiz („Haus Horn“) als vom Krankenhaus unabhängige Institution wurde erst 1986 in Aachen eröffnet, unter der Leitung eines Geistlichen.²³⁰

Viele Hospize sind in Deutschland in ein Krankenhaus oder Seniorenheim integriert, was einen direkten Vergleich mit anderen Ländern erschwert und auf eine speziell in Deutschland entwickelte Situation hindeutet.²³¹

Deutschland ist jedoch auf dem Gebiet der Palliativmedizin und Hospizbetreuung immer noch ein ‚Entwicklungsland‘.²³² Dies zeigt sich zum Beispiel in der palliativmedizinischen Ausbildung der Ärzte während des Studiums und somit auch anschließend in der Praxis. So wird in Deutschland eine wirksame Sterbehilfe auch heute noch *„durch die bei uns so verbreitete Furcht vor Morphium, die nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch bei vielen Ärzten vorliegt, erschwert“*²³³. Auch die Tatsache, dass längst nicht jeder Bundesbürger aufgrund von unterschiedlichen Krankenkassenleistungen und Wohnorten die Möglichkeit hat, sich die Pflegeart für die letzte Lebensphase aussuchen zu können, deutet auf diesen Missstand hin.

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang das Selbstverständnis der Hospizbewegung; Gerstenkorn redet von einer sanften Revolution im Gesundheitswesen, sofern von der Hospizbewegung ein verändertes Verständnis des Sterbens ausgeht. Sterben wird demnach nicht als Krankheit verstanden, sondern der Sterbeprozess wird als Lebensphase verstanden, in der, wie in jeder anderen Lebensphase auch, *„die Chance für inneres Wachstum besteht“*²³⁴.

Dies geht für ihn mit einem anderen Zugang zu menschlichem Schmerzempfinden einher. Im Blickfeld ist nicht nur der körperliche Schmerz, sondern emotionale, soziale und religiöse Faktoren spielen ebenso eine bedeutsame Rolle für das Schmerzempfinden. Als besonders positiv bewertet Gerstenkorn die Überbrückung der radikalen Differenz zwischen dem individuellen Bedürfnis nach Sinnhaftigkeit gelebter Existenz und der Komplexität und Unüberschaubarkeit der Moderne durch die Herausforderung zwischen den Mitarbeitern und den sterbenden Menschen.²³⁵

Diese Herausforderung des Auseinandersetzens mit der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens ermöglicht eine Rückgewinnung der Fragen des Lebens in die moderne Gesellschaft. Als Beispiel dafür sei neben dem täglichen Umgang der Mitarbeiter mit sterbenden Menschen die Bildungsarbeit der Hospizbewegung und Palliativmedizin erwähnt, die gegenwärtig durch vielfältige Kursangebote für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter dem wachsenden Interesse

am Thema Sterben gerecht zu werden versucht. Gerstenkorn sieht, von dem Selbstverständnis der Hospizbewegung ausgehend, weiteren Handlungsbedarf in der Intensivierung der Angehörigenbegleitung, der Erweiterung der Tagespflege durch Hospiz-Dienste und der Förderung der Begleitung von sterbenden Kindern, *„um die gesellschaftlichen Veränderungen noch stärker zu berücksichtigen, die sich im Wandel des familiären Beziehungsgefüges und der steigenden Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit der Menschen zeigen“*²³⁶.

In der Hospizarbeit sind deshalb ethische Grundhaltungen notwendig, die in der konkreten Ausgestaltung ihre Anwendung finden. Sie kommen besonders in der Beurteilung eines menschenwürdigen Sterbens zum Ausdruck. Es ist der weitgehende Verzicht auf medizinische Technik, die Anwendung von schmerztherapeutischen Maßnahmen und die Akzeptanz des Patientenwillens, Medikamente oder Nahrung zu verweigern. Die Diskussion innerhalb der Hospizbewegung konkretisiert sich demnach *„auf die strikte Ablehnung einer Tötung auf Verlangen und die engagierte Befürwortung einer Stärkung der Patientenautonomie, die etwa durch die Verfassung von Patientenverfügungen Ausdruck findet“*²³⁷.

Scholz sieht deshalb besonders in der Aktiv-Passiv-Unterscheidung sowie der Direkt-Indirekt-Differenz eine Relevanz für die Hospizbewegung.²³⁸ Die Bereitschaft, bei einem Patienten die Behandlung einzustellen, damit jedoch keine aktive Sterbehilfe zu leisten, setzt einen sensiblen Umgang mit dem sterbenden Menschen voraus, wie ihn die Hospizbewegung umsetzt. Nur so sei der Grad zwischen dem Lauf der Natur und einer unnötigen Lebensverlängerung begehbar.

Zusammenfassend stellt die Hospizbewegung eine Alternative zu den Forderungen einer noch weiter auszubauenden Autonomie des Sterbens dar: Sowohl im Hinblick auf eine größere, rechtlich abgesicherte Verfügungsgewalt durch den Patienten als auch hinsichtlich der damit verbundenen Ausweitungstendenzen in Richtung aktive Sterbehilfe bzw. der aktiven Sterbehilfe selbst.

2.5 Umfrage zur Thematik „aktive Sterbehilfe“ - Vergleich von Medizinstudenten mit medizinischen Laien, hier vertreten durch Jura- und Psychologiestudenten

2.5.1 Darstellung der Methoden

2.5.1.1 Auswahlkriterien der Probanden

Sterbehilfe, vor allem die aktive Variante, wird für angehende Mediziner in ihrer Diskussion von zunehmender Bedeutung in ihrem zukünftigen Beruf sein. Dies liegt zum einen an der wachsenden Toleranz der Nachbarländer (Niederlande, Belgien, Schweiz) gegenüber der Durchführung einer aktiven Sterbehilfe. Zum anderen steigt aber auch das Bedürfnis der Patienten nach Selbst- bzw. Mitbestimmung bei der Therapie von Krankheiten und der Akzeptanz und Gestaltung des eigenen Todes, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Da dieses Thema nicht zuletzt durch den Einfluss der modernen Medien immer mehr an Brisanz gewinnt, sollte es gerade für Ärzte wichtig sein, sich mit Sterbehilfe auseinander zu setzen und eine Position zu beziehen.

Gesetzliche Grundlagen schaffen die Voraussetzung dafür, die Thematik zu verstehen und zu beurteilen können. Daher ist auch die Stellungnahme der Jurastudenten von relevanter Bedeutung, da Juristen für die Umsetzung und Neugestaltung von Gesetzen maßgeblich verantwortlich sind. Demzufolge sollten angehende Juristen sich ebenfalls mit der komplexen Problematik auseinander setzen.

Die Wahl der Psychologiestudenten als dritte Gruppe beruht auf der Vorstellung, dass diese sich ebenfalls aufgrund ihres Interesses am Menschen und deren Denkweise mit Sterbehilfe befassen, aber unter Umständen auf einer anderen, nicht rein rechtlich oder medizinischen Ebene, da sie sich unter anderem auf das Gefühlsleben des Menschen konzentrieren, das bei den beiden anderen Gruppen (meist) nicht die entscheidende Rolle spielt.

Für alle drei Gruppen ist versucht worden, Studenten in höheren Semestern zu befragen, da dies möglicherweise dazu führt, dass die Personen älter sind und sich mit komplexen Fragestellungen intensiver beschäftigt haben als jüngere Menschen.

2.5.1.2 *Entwicklung der Fragen und Begründung der Relevanz*

Der Fragebogen umfasst 10 Fragen, die in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Medizinischen Statistik entwickelt wurden und auf unterschiedliche Weise die Problematik der aktiven Sterbehilfe angehen. Es wurde entschieden, den Fragebogen auf 10 wesentlich wichtige Fragen zu beschränken, da die Probanden sonst möglicherweise bei der Beantwortung überfordert gewesen wären und das Ergebnis somit nicht mehr die angemessene Interpretation ermöglicht hätte.

Die Fragen 1 bis 7 beziehen sich auf Argumente, die häufig in den Medien im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe genannt werden. Dabei sind vor allem medizinische und juristische Gesichtspunkte relevant. Diese Fragen stellen einen Versuch dar, die Thematik in ihrem Kern zu erfassen und zu analysieren:

1. Ein wichtiges Argument für die aktive Sterbehilfe ist das Selbstbestimmungsrecht jedes einzelnen Menschen.

Sind Sie der Meinung, dass der verfassungsrechtliche Grundrechtsschutz so weit gehen kann, dass ein abstrakter Teil des Lebens (=der Tod) genau rechtlich festgelegt und definiert werden kann?

2. Kann die Lebensqualität des Einzelnen von der Gesellschaft allgemeingültig festgelegt und rechtlich genau definiert sein?

3. Speziell in Deutschland besteht die Problematik der Euthanasie-Morde im Nationalsozialistischen Reich. Durch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe entstünde die Gefahr der Manipulierung des menschlichen Lebens ähnlich der Geschehnisse in der NS-Zeit. Kann man Ihrer Meinung nach die Ärzteschaft so gut kontrollieren, dass ein solcher Missbrauch ausgeschlossen werden kann?

4. Durch eine mögliche Legalisierung der aktiven Sterbehilfe könnten sich kranke oder behinderte Menschen genötigt fühlen diese in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel um die Gesellschaft nicht zu belasten.

Kann Ihrer Meinung nach durch eine rechtliche Grundlage dieser soziale Druck vermieden werden?

5. Bei vielen Menschen ist die Angst vor Schmerzen, z.B. infolge eines Krebsleidens, der auslösende Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.

Wäre die Angst vor qualvollen Schmerzen für Sie ebenfalls ein Grund aktive Sterbehilfe zu befürworten?

6. Wäre ein Hospiz mit guter ärztlicher Unterstützung und Betreuung durch geschultes Pflegepersonal eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe?

7. Aus ärztlicher Sicht ist aktive Sterbehilfe unvereinbar mit dem ärztlichen Heilauftrag: Alle approbierten Mediziner legen im Sinne des Hippokratischen Eids ein Gelöbnis ab. Dieses besagt, dass der Arzt sich der Behandlung von Patienten, mit der Zielsetzung Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen, zuwenden soll. Ebenso steht der Arzt im Dienste der Menschlichkeit.

Widerspricht aktive Sterbehilfe dem ärztlichen Gelöbnis, da man absichtlich vorsätzlich Patienten tötet?

Die Fragen 8 bis 10 beziehen sich speziell auf die Position der Christlichen Kirche (alle Weltreligionen darzustellen hätte den Umfang der Arbeit überschritten). Dabei ist bei der Auswertung zu beachten, dass die Zahl der Christen unter den Befragten nicht ermittelt wurde:

8. Gott hat dem Menschen das Leben geschenkt, also darf dieser es nach christlichem Glauben nicht eigenhändig beenden. Sterben ist ein Teil des Lebens.

Darf sich Ihrer Meinung nach ein bekennender Christ über das Gebot hinweg setzen?

9. Die Position der christlichen Kirchen in Politik und Wirtschaft in Deutschland ist nicht genau festzumachen. Ebenso hat der gesellschaftliche Einfluss der Kirche in Deutschland scheinbar stark nachgelassen.

Spielt die Position der christlichen Kirchen für Sie eine Rolle bei der Bewertung des Themas?

10. Die Rolle der christlichen Kirchen, insbesondere der Katholischen Kirche, ist in Deutschland umstritten, nicht zuletzt wegen der Rolle des Papstes. Dieser ist ein Stellvertreter

der konservativen Sichtweise und lehnt aktive Sterbehilfe konsequent und ohne Einschränkung ab.

Wünschen Sie sich mehr Engagement der christlichen Kirchen?

Im vorherigen Kapitel wurde erläutert, dass die Vertreter der Kirche sich stark mit der Sterbehilfe auseinandersetzen und klar Stellung beziehen. Es soll anhand dieser Fragen analysiert werden, ob die Christliche Kirche bei der Meinungsbildung junger Studenten (noch) eine Rolle spielt oder aber in den Hintergrund gerückt ist.

Zunächst werden die Ergebnisse graphisch deskriptiv dargestellt. Des Weiteren sollen die Antworten der Medizinstudenten mit denen der Jurastudenten und denen der Psychologiestudenten verglichen werden im Hinblick auf Unterschiede bei der Bewertung des diffizilen Themas.

2.5.2 Deskriptive Analyse

Zusätzlich zu den 10 Fragen sollte auch die Verteilung der Studenten bezüglich der Semesterzahl und des Geschlechts erfasst werden. Die Angabe des Alters konnte nicht berücksichtigt werden, da es dort zu viele verschiedene Angaben gab, so dass dies nicht analysiert werden konnte. Es ist jedoch zu einem gewissen Teil möglich aus den Schwerpunkten bei der Semesterverteilung auf das Alter zurück zuschließen.

Insgesamt nahmen 241 Medizinstudenten und je 78 Psychologie und Jura Studierende (n = 397 Befragte) an der Umfrage teil.

I. Semesterverteilung

Insgesamt ist die Semesterverteilung sehr gestreut, so dass eine Graphik sehr unübersichtlich gewesen wäre. Dennoch sind einige Aussagen anhand der Fragebögen zu treffen; die Jurastudenten haben den Fragebogen eher in unteren Semestern ausgefüllt (Schwerpunkte im 4. und 6. Semester). Ausgefüllt wurde der Fragebogen in der Vorlesung „Rechtsmedizin für Juristen“. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Studenten entweder jüngeren Alters sind, oder aber später mit dem Studium begonnen haben.

Bei den Medizinstudenten gibt es einen eindeutigen Gipfel im 10. Semester. Dies liegt vor allem an der Tatsache, dass der Fragebogen im Rechtsmedizin-Seminar ausgefüllt wurde,

welches im 10. Semester stattfindet, also am Ende des theoretischen Abschnittes des Studiums, danach beginnt das sog. ‚Praktische Jahr‘.

Die Psychologiestudenten befinden sich in der Semesterverteilung zwischen den Medizinerinnen und Juristen. Es gibt drei wesentliche Schwerpunkte (6., 8. und 10. Semester). Auch hier ist es so, dass der Fragebogen in eher höheren Semestern in einer Vorlesung ausgefüllt wurde. Insgesamt entstehen daraus folgende Fragen, die bei der Analyse später berücksichtigt werden sollten:

- Beeinflusst der Semesterunterschied die Bewertung und somit die Beantwortung der Thematik?
- Kann man von Medizinstudenten kurz vor dem Praktischen Jahr eher eine gefestigte Meinung erwarten als von Jurastudenten in eher niedrigeren Semestern?
- In wieweit spielen die relativ ausgeglichenen drei Gipfel bei den Psychologiestudenten eine Rolle? Immerhin liegt die maximale Differenz bei 4 Semestern, also 2 Jahren.

II. Verteilung des Geschlechts

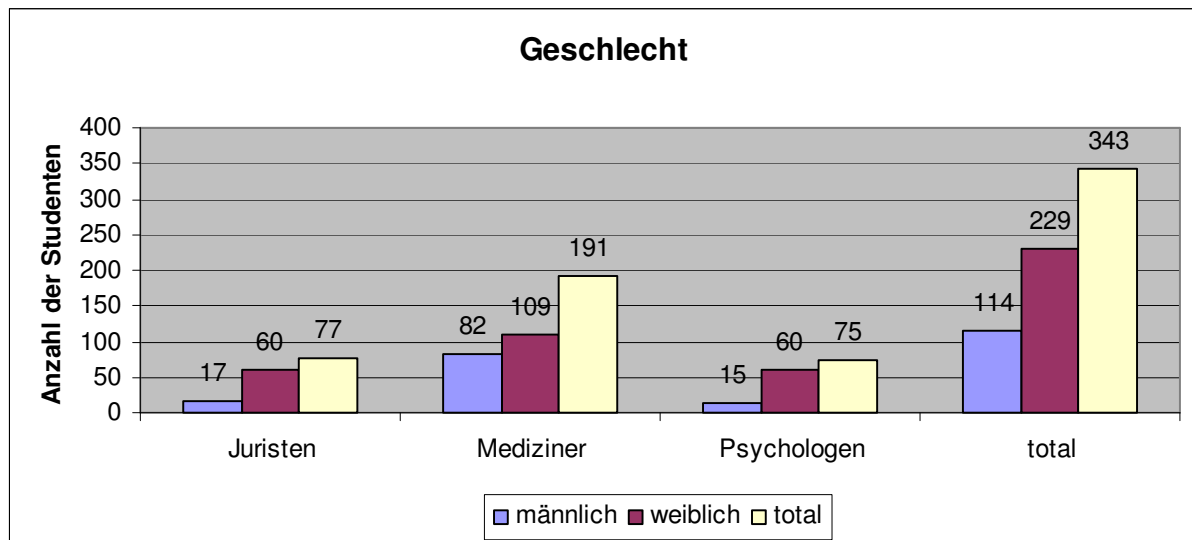


Abb.1: Anteile „männlich“ und „weiblich“ an der Gesamtteilnehmerzahl

Anhand der Graphik (Abb.1) ist erkennbar, dass in allen Studiengängen deutlich mehr weibliche Vertreter sind bzw. die Fragen beantwortet haben. Unter den Medizin-Studenten sind 109 Personen weiblich, 82 Befragte männlich. Bei den Juristen sind 60 von 77

Teilnehmern weiblich und unter den Psychologie Studierenden gaben 15 von 75 Befragten männliches Geschlecht an.

Insgesamt sind 67% (n=229) der Fragebögen von Studentinnen beantwortet worden. Den größten Anteil haben die Frauen unter den Psychologie-Studenten (80%, n=60), gefolgt von den Juria-Studenten (78%, n=60). Bei den Medizinstudenten macht der Anteil 57% (n=109) aus.

Die Gründe dafür sind schwierig auszumachen; haben Mädchen bzw. junge Frauen zu Schulzeiten mehr Ehrgeiz und somit bessere Chancen den notwendigen Numerus Clausus für diese Studiengänge zu erreichen? Eine weitere mögliche Erklärung dieser Verteilung könnte sein, dass die Studentinnen häufiger die Bögen ausgefüllt haben als ihre männlichen Kommilitonen. Zwar waren es jeweils Pflichtveranstaltungen, die Teilnahme an der Erhebung jedoch war freiwillig.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob und wenn ja, in wie weit das Geschlecht die Beantwortung der Fragen beeinflussen könnte.

1. Frage: Aussage zum Selbstbestimmungsrecht bezogen auf den eigenen Tod

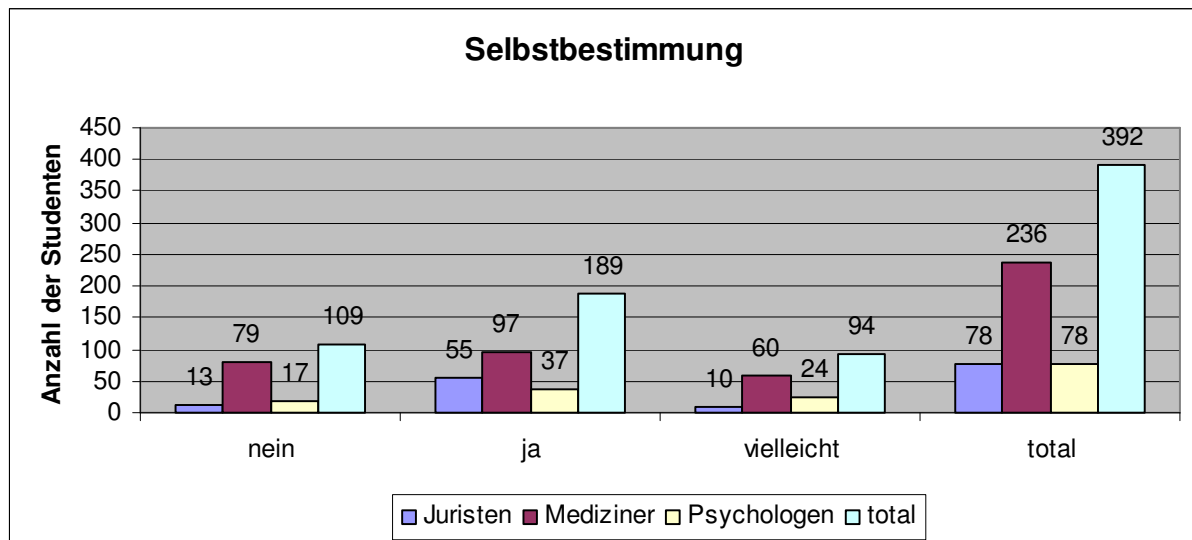


Abb.2: Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts bezogen auf den eigenen Tod

Die Frage, ob der verfassungsrechtliche Grundrechtsschutz auch den Tod als sehr abstrakten Teil des Lebens juristisch genau definieren kann, wird immer wieder öffentlich in der Gesellschaft diskutiert. Dabei geben Mediziner, Juristen und auch Soziologen sowie religiöse Vertreter der großen Glaubensrichtungen sehr unterschiedliche Stellungnahmen ab.

Insgesamt sind unter den befragten Studenten ca. 25% unentschieden (n=94 „vielleicht“), davon tragen die Psychologen den größten Anteil mit 31% (n=24) ihrer Stimmen; nahezu 50% (n=189 „ja“) der Befragten vertrauen der deutschen Gesetzgebung, dass diese ein so schwieriges Thema mittels entsprechender Gesetze genau eingrenzen könnte. Unter den Befürwortern sind vor allem die Jurastudenten.

Jedoch sind auch ca. 28% (n=109) der Befragten der Meinung, dass man das grundrechtliche Selbstbestimmungsrecht jedes einzelnen Menschen nicht auf einen rechtlichen Anspruch auf aktive Sterbehilfe ausweiten kann, da der Tod nicht mit Gesetzen und Regeln festzulegen ist. Medizinstudenten haben demnach den größten Vorbehalt (33%, n=79) gegenüber einer rechtlich verbindliche Regelung des Umgangs mit dem Sterben.

Unter rein deskriptiven Gesichtspunkten spricht das Vertrauen der Jurastudenten in die Möglichkeiten der Gesetzgebung für ihren zukünftigen Berufsstand. Dass 41% (n=97) der Medizinstudenten ebenfalls davon überzeugt sind und 33% (n=79) von ihnen nicht an eine Definition von einem sehr persönlichen und ethisch schwierigen Bereich des Lebens glauben, lässt vermuten, dass eine neue Generation von Ärzten und Ärztinnen nicht mehr konsequent gegen aktive Sterbehilfe ist.

2. Frage: Aussage zur Definition von Lebensqualität

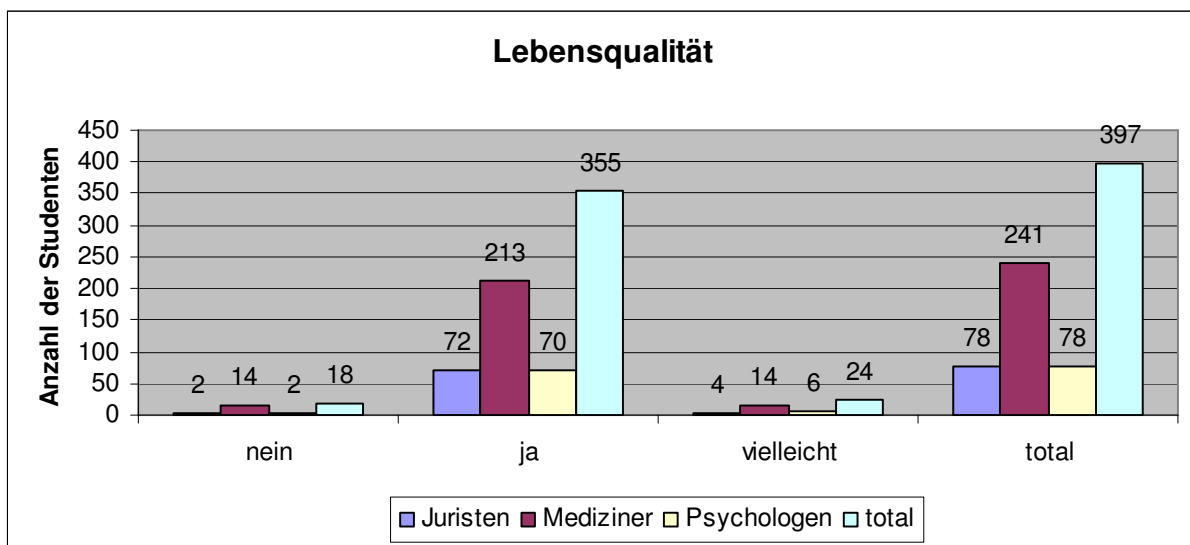


Abb.3: Rechtliche Definierbarkeit „Lebensqualität“ möglich?

Die Frage, ob die Lebensqualität des Einzelnen durch die Gesellschaft genau definiert werden kann, scheint sehr eindeutig zu beantworten sein; 89% (n=355) der befragten Studenten bejaht

die Möglichkeit der Festlegung der Lebenszufriedenheit, wobei auch bei dieser Frage die Jurastudenten mit 92% (n=72) ihrer Stimmen am deutlichsten davon überzeugt sind. An zweithäufigster Stelle stehen die Psychologiestudenten (90%, n=70), dicht gefolgt von den Medizinstudenten (89%, n=213).

Insgesamt glauben nur 18 der 397 Befragten (ca. 5%) nicht an die rechtlich verbindliche Definierbarkeit der Lebensqualität jedes einzelnen Bürgers. Lediglich 6% aller befragten Studenten legt sich nicht genau auf eine Aussage fest (n=24 „vielleicht“-Stimmen).

Wie auch bei der Frage zuvor scheint unter den Studenten der drei Fachgebiete geschlossen ein großes Vertrauen in die Möglichkeiten der Gesetzgebung zu bestehen.

3. Frage: Aussage zur Euthanasie-Problematik

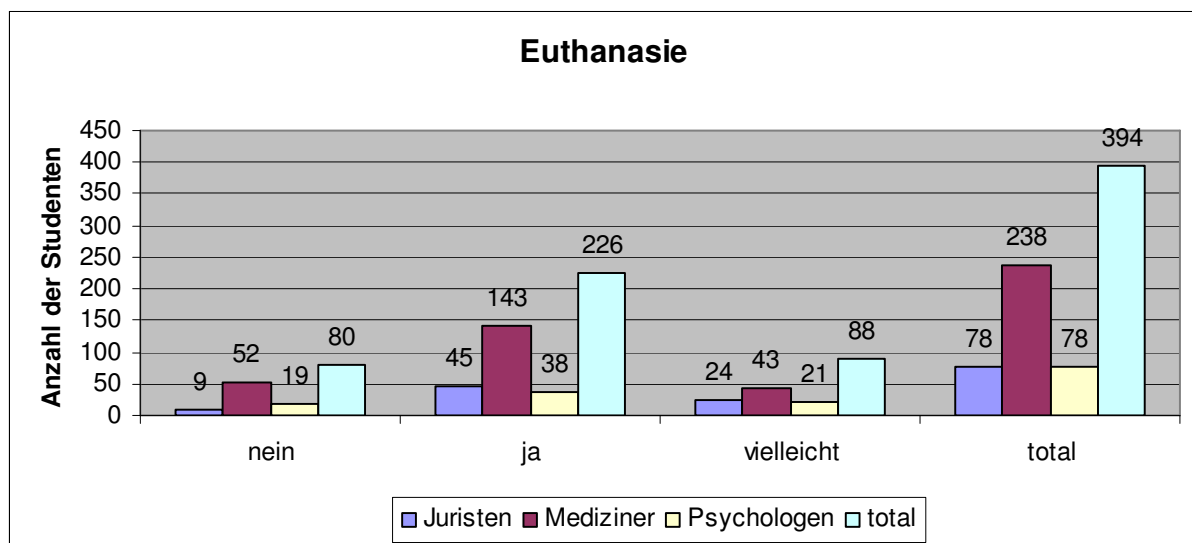


Abb.4: Stellungnahme zur Euthanasie-Problematik

Wenn in Deutschland über aktive Sterbehilfe diskutiert wird, kommt zwangsläufig die der Problematik der Euthanasie-Morde im Nationalsozialistischen Reich auf. Dieser sensible Punkt spielt in kaum einem anderen Land eine so große Rolle bei der Betrachtung des Themas wie in Deutschland. Dabei ist ein wesentlicher Punkt, ob die Ärzteschaft so gut zu kontrollieren ist, dass ein Missbrauch, wie er zu NS-Zeiten vorlag, ausgeschlossen werden kann.

Von den Studenten bejahen insgesamt ca. 57% (n=226) die Möglichkeit einer ausreichenden Kontrolle der Ärzte/-innen. In allen drei Fachrichtungen wird eine Kontrolle für möglich gehalten, wobei die Medizinstudenten mit 60% (n=143) der Stimmen den größten Anteil

haben, gefolgt von den Jurastudenten (58%, n=45). Unter den Psychologen sind es anteilig deutlich weniger Überzeugte mit 49% (n=38) der Stimmen.

Von den 80 Stimmen, die mit „nein“ geantwortet haben (ca. 20%), glauben Psychologiestudenten am wenigsten (ca.24%, n=19) an eine ausreichende Kontrollierbarkeit der Ärzteschaft. Insgesamt wollen oder können ca. 22% (n=88) der Studenten keine genaue Aussage treffen; dabei sind die Jurastudenten mit 31% (n=24) führend, gefolgt von den Psychologiestudenten (27%, n=21). Unter den Medizinstudenten sind es nur 18% (n=43), die mit „vielleicht“ antworten.

Auch hier erscheint es berufsgemäß, dass unter den Befürwortern der Kontrollmöglichkeit den größten Anteil die Medizinstudenten haben, dicht gefolgt von den Jurastudenten. Ist man mit dem Thema nicht so direkt beruflich in Kontakt, wie angehende Psychologen, scheint die Beantwortung der Frage nicht mehr so einfach zu sein.

4. Frage: Aussage zum sozialen Druck

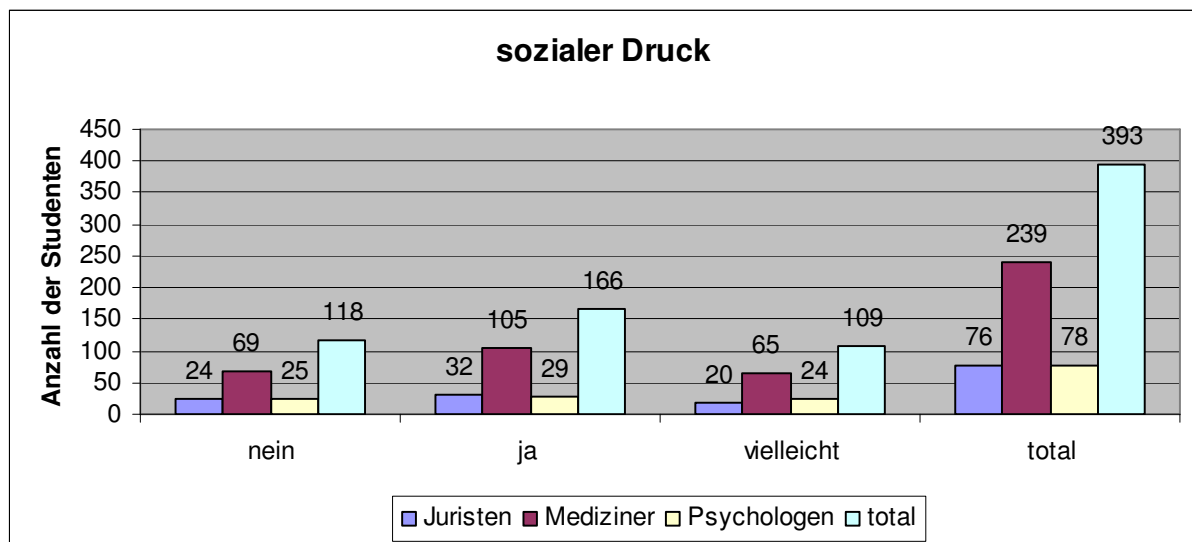


Abb.5: Aussage zur Existenz eines sog. „sozialen Drucks“

Ein weiterer Diskussionspunkt ist, dass alte, kranke oder behinderte Menschen sich durch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe genötigt fühlen könnten, diese in Anspruch zu nehmen, um die Gesellschaft nicht zu belasten. Wiederum ergibt sich die Frage, ob man durch entsprechende Einschränkungen einer möglichen gesetzlichen Legitimierung der aktiven Sterbehilfe diesen sozialen Druck vermeiden könnte.

Da die Verteilung der „ja“- „nein“- und „vielleicht“- Stimmen sehr ausgeglichen ist, scheint die Beantwortung der Frage nicht so einfach zu sein. Zwar entscheiden sich in allen drei Fachbereichen die Studenten mehrheitlich für die Möglichkeit der rechtlichen Absicherung gegen einen möglichen sozialen Druck, dennoch sind es insgesamt nur 42% (n=166) der Stimmen. Dabei liegen die Medizinstudenten mit 44% (n=105) vor den Jurastudenten (42%, n=32). Bei den Psychologiestudenten bejahen 37% (n=37) die Frage.

Des Weiteren glauben 30% (n=118) aller Befragten nicht an eine ausreichende gesetzliche Grundlage und mit 28% (n=109) ist auch die Häufigkeit der Unentschlossenen relativ hoch, wobei wieder die Psychologen mit 31% (n=24) der Stimmen den Hauptanteil ausmachen.

Die Ursachen für die uneinheitliche Beantwortung und den relativ hohen Anteil der Unentschlossenen könnten zum einen darin liegen, dass es (noch?) nicht bewiesen ist, dass der soziale Druck tatsächlich besteht. Des Weiteren ist es eventuell für junge Menschen schwer vorstellbar, dass so ein Druck, wenn er denn entstände, ausreicht, um aktive Sterbehilfe zu verlangen.

5. Frage: Aussage zu Schmerzen als ursächlicher Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

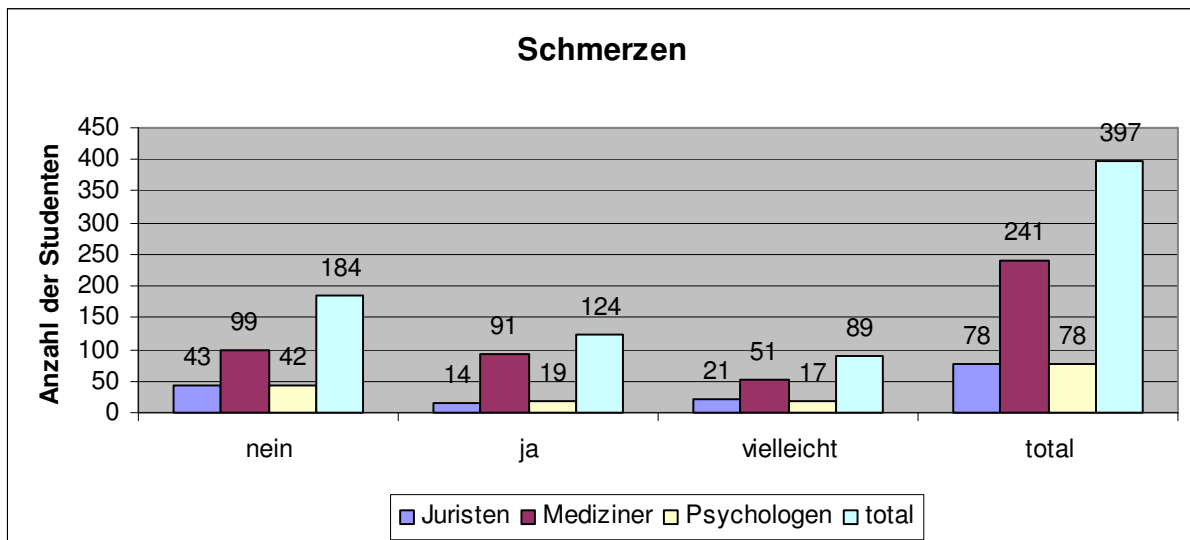


Abb.6: Bedeutung von Schmerzsymptomatiken

Lange Zeit bestand ein großes Problem in der medizinischen Unterversorgung von chronisch kranken Patienten, vor allem in der Verordnung von starken Schmerzmitteln (u.a. Morphinum bzw. Morphin-Derivate). Die Angst, dass der Patient psychisch und körperlich von den

Schmerzmitteln abhängig werden könnte, begründete häufig den sparsamen Gebrauch. Die heutige Medizin, vor allem im Palliativbereich, setzt diese starken Medikamente zeitiger ein, damit die Patienten nicht an extremen Schmerzen leiden müssen. Die Gefahr der Abhängigkeit stellt sich zu dem Zeitpunkt, wo der Sterbeprozess beginnt, ohnehin nicht mehr. Dennoch wandelt sich das Denken der Mediziner oft nur langsam und somit besteht in der Bevölkerung immer noch häufig die Angst, im Sterben an qualvollen Schmerzen leiden zu müssen.

Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob auch für junge Menschen die Angst vor qualvollen Schmerzen ein Grund ist, die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu bejahen.

Die meisten der Studenten (46%, n=184) verneinen die Frage, davon haben Jurastudenten (55%, n=43) und Psychologiestudenten (54%, n=42) den größten Anteil. Unter den Medizinstudenten sind es lediglich 41% (n=99), für die die Angst vor starken Schmerzen kein Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe spielt.

Ein weiteres Drittel der Befragten bejaht die Angst vor Schmerzen und würde aus diesem Grund Sterbehilfe befürworten. Diesmal sind die Mediziner mit 38% (n=91) anteilig am meisten vertreten, gefolgt von Psychologiestudenten (24%, n=19). Die Jurastudenten liegen mit 18% (n=14) deutlich zurück. Dennoch sind 27% (n=21) von ihnen unentschlossen, während der Anteil bei den Medizin (n=51)- und Psychologiestudenten (n=17) bei ca. 20% liegt.

Insgesamt halten viele die Angst vor extremen Schmerzen für ein weniger überzeugendes Argument. Beobachtet man das Thema in den öffentlichen Medien, ließe sich eher auf Gegenteiliges schließen. Dabei stellt sich wieder die Frage, ob und wenn ja welche Bedeutung das doch recht junge Alter der Studierenden hat. Eine weitere Frage ist, ob ein persönlicher Schicksalsschlag zu einer Änderung der Meinung in späteren Lebensjahren führen kann und wenn ja, wie häufig das geschieht.

Bei dieser Verteilung verwundert ebenfalls der recht hohe Anteil der Medizinstudenten unter den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe aufgrund von starken Schmerzen. Es drängt sich die Vermutung auf, dass einige Mediziner von ihren (medikamentösen) Therapien selbst nicht überzeugt sein könnten.

6. Frage: Aussage zum Hospiz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe

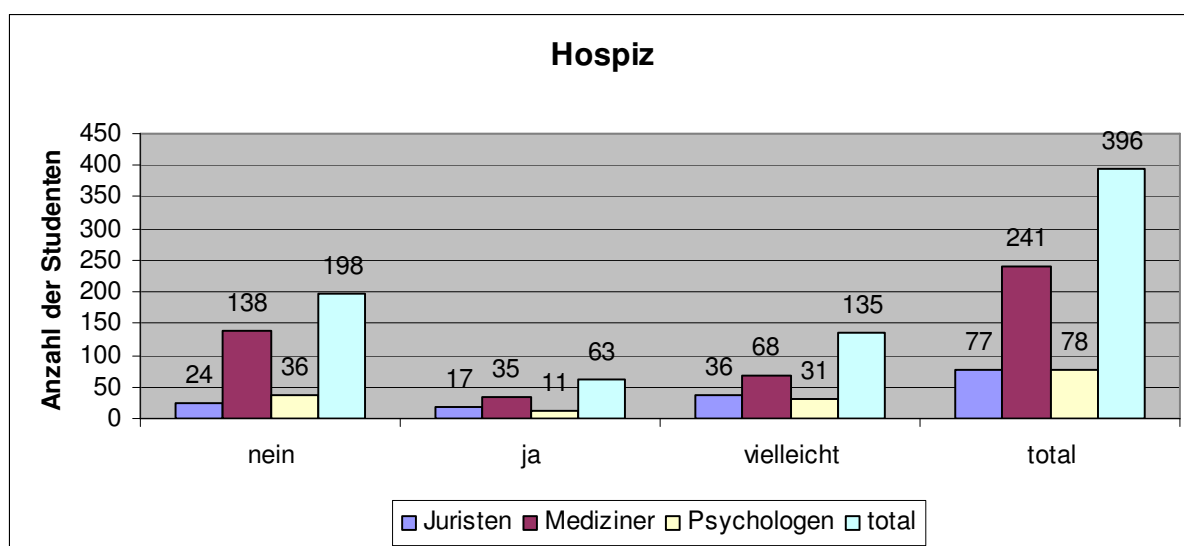


Abb.7: Alternative Hospiz

Ein Hospiz (lat. *hospitium* „Herberge“) ist eine Einrichtung der Sterbebegleitung.

Deutschlandweit werden immer mehr Hospize (auch für Kinder) eingerichtet, um sterbenden Menschen ganzheitliche Hilfe und Unterstützung zu geben. Häufig wird in der öffentlichen Diskussion die Erweiterung der Hospize als wichtiges Gegenargument zur Forderung nach einer aktiven Sterbehilfe genannt. Somit ist es eine wichtige Frage, ob auch für junge Menschen ein Hospiz mit guter medizinischer Betreuung und geschultem Pflegepersonal eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe darstellt.

50% (n=198) der befragten Studenten sind nicht der Meinung, dass ein Hospiz eine Alternative ist; darunter bilden die Medizinstudenten mit 57% (n=138) ihrer Stimmen den größten Anteil. Auch 46% (n=36) der Psychologie- und 31% (n=24) der Jurastudenten sind dieser Meinung.

Das Hospiz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe sehen nur 16% (n=63) der Befragten als solche an. Am meisten sind noch die Jurastudenten (22%, n=17) von dieser Möglichkeit überzeugt, die anderen beiden Gruppen zu jeweils 14% (Mediziner n=35, Psychologen n=11). Insgesamt ist der Anteil der Unentschlossenen mit 34% (n=135) relativ hoch; 47% (n=36) der Jurastudenten machen den Hauptteil der Unentschlossenen aus. Doch auch 40% (n=31) der Psychologie-Studenten und immerhin 28% (n=68) der Medizinstudenten sind hinsichtlich dieser möglichen Alternative unentschlossen.

Es verwundert, dass der Anteil der Medizinstudenten, der nicht von einer ausreichenden ganzheitlichen Versorgung sterbender Menschen in Hospizen überzeugt ist, so groß ist. Wird dieses Thema in der Öffentlichkeit diskutiert, sprechen sich führende Persönlichkeiten für diese Alternative aus. Auffällig ist weiterhin, dass 34% (n=135) der jungen Studenten keine eindeutige Meinung zu dieser Thematik haben. Offenbar spricht das Alter eine Rolle, da man sich in jungen Jahren vielleicht noch nicht so ausgiebig mit Hospizen beschäftigt hat.

7. Frage: Aussage zum ärztlichen Gelöbnis

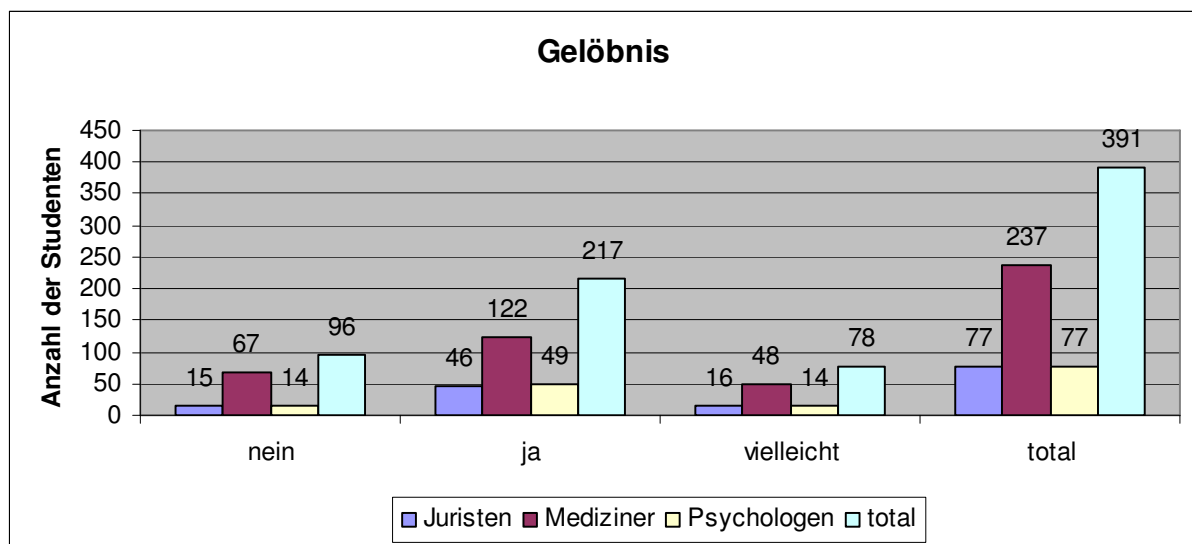


Abb.8: Bedeutung des „Genfer Gelöbnis“

Das heutige ärztliche Gelöbnis im Sinne des Hippokratischen Eides, verankert in der Berufsordnung für Ärzte, strebt nach der Katastrophe von Nationalsozialismus und Zweitem Weltkrieg eine bewusste Rückbesinnung auf die Grundsätze der ärztlichen Ethik an. Rechtlich verbindlich ist das Gelöbnis nur im Kontext der Satzungen der einzelnen

Landesärztekammern und geht zuletzt auf die Deklaration von Genf (1948) durch den Weltärzteverband zurück. Dies bildet quasi die Präambel der Berufsordnung für die in der Bundesrepublik Deutschland praktizierenden Ärzte.

Demnach steht der Arzt im Dienste der Menschlichkeit und verpflichtet sich, die Gesundheit der Menschen zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Fraglich ist es dabei, ob ärztlich ausgeführte aktive Sterbehilfe diesem Gelöbnis widerspricht, da vorsätzlich bei Patienten der Todeszeitpunkt vorverlegt wird.

Mehrheitlich wird diese Frage von den Studenten bejaht: ca. 55% (n=217) sind demnach davon überzeugt, dass aktive Sterbehilfe und das ärztliche Gelöbnis im Widerspruch zueinander stehen. Den größten Anteil haben diesmal die Psychologiestudenten mit 64% (n=49), gefolgt von den Jurastudenten (60%, n=46) und ca. 52% (n=122) der Stimmen der Medizinstudenten.

Ein Viertel der Befragten ist der Überzeugung, dass aktive Sterbehilfe nicht unvereinbar mit dem ärztlichen Gelöbnis ist. 28% (n=67) der Medizinstudenten bilden hierbei den Hauptanteil, Jurastudenten blieben bei knapp 20% (n=15) und die Psychologen sind mit 18% (n=14) dieser Ansicht.

Insgesamt sind nur ca. 20% (n=78) der Befragten aller drei Fachgebiete unentschlossen, in wie weit das ärztliche Gelöbnis aktive Sterbehilfe zulässt oder unvereinbar damit ist.

Studenten der Rechtswissenschaft und die der Medizin liegen fast einheitlich bei 20% (n=16, n=48) (bei den Psychologie-Studenten sind nur etwa 18% (n=14) unentschlossen).

Auffällig ist, dass mehr als die Hälfte aller Stimmen eine Diskrepanz zwischen dem ärztlichen Gelöbnis und aktiver Sterbehilfe sieht, da der öffentlich geäußerte Wunsch nach Legitimierung von aktiver Sterbehilfe immer lauter zu werden scheint.

Daraus kann man folgende Fragen als mögliche Gründe ableiten:

- Soll das Gelöbnis geändert werden, wenn man aktive Sterbehilfe legalisiert?
- Lehnen die Befragten aktive Sterbehilfe ab?
- Gibt es einen neuen Zweig einer Berufsgruppe, die bei einer Einführung der Sterbehilfe diese praktizieren sollte?

8. Frage: Aussage zum Verhalten eines Christen

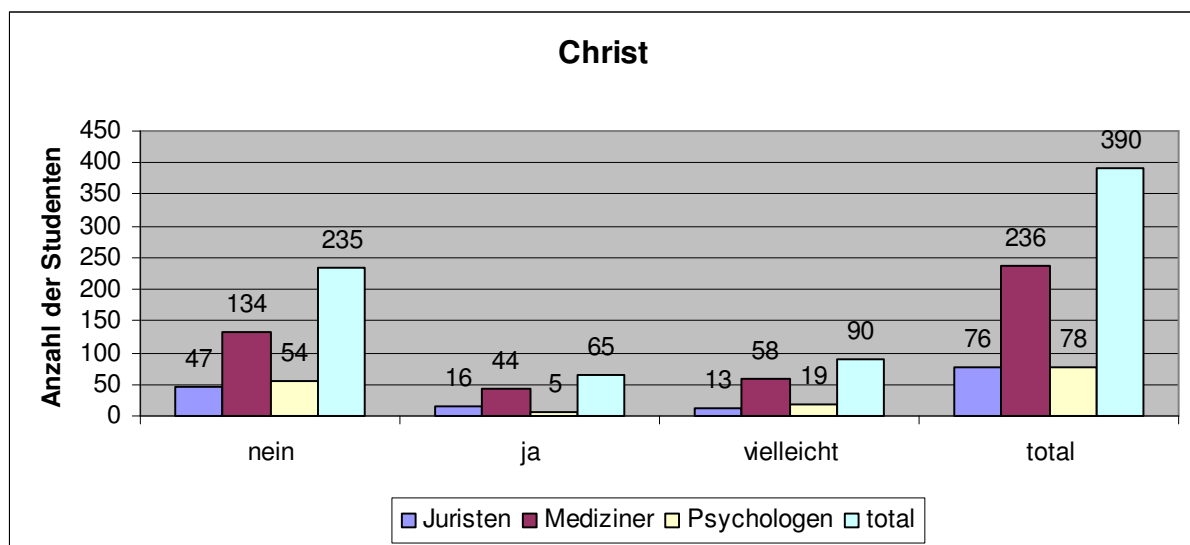


Abb.9: Beurteilung des Haltung eines gläubigen Christen

Es ist ein fester Bestandteil christlichen Glaubens, dass Gott dem Menschen das Leben geschenkt hat und dieser es nicht eigenhändig beenden darf, da er sich damit über Gott hinweg setze. Sind junge Menschen, die häufig nicht mehr in einem religiösen Umfeld aufwachsen, der Meinung, dass ein bekennender Christ sich über das Tötungsgebot hinweg setzen darf?

Mehr als die Hälfte der befragten Studenten (60%, n=235) verneinen diese Frage; ein bekennender Christ darf sich nach der Ansicht dieser Studenten nicht über das Gebot hinwegsetzen und sein Leben eigenhändig beenden. Fast 70% (n=54) der Psychologiestudenten bilden den Hauptanteil der „nein“- Stimmen, gefolgt von 62% (n=47) der Jura- und 57% (n=134) der Medizinstudenten.

Als zweithäufigste Antwort wird „vielleicht“ angekreuzt (23%, n=90), darunter sind Mediziner (n=58) und Psychologen (n=19) mit ca. 25% ihrer Stimmen fast gleich oft vertreten, unter den Jurastudenten sind lediglich 17% (n=13) unentschlossen.

Dass ein bekennender Christ sich über das Gebot hinweg setzen darf, denken ca. 17% (n=65) aller Befragten, darunter sind mit 21% (n=16) die Juristen am häufigsten vertreten.

Aus dieser Verteilung lassen sich einige Thesen für die Gründe ableiten: Zum einen könnten die Psychologiestudenten religiöser sein oder aber es haben sich nur wenige mit der religiösen Sichtweise der Thematik beschäftigt und antworten „logisch“. Ein weiterer Aspekt könnte sein, dass die Anzahl der gläubigen Christen in Deutschland immer weiter abnimmt und diejenigen, die sich in der heutigen Zeit noch zu ihrem Glauben bekennen, dürfen sich aus der Sicht der Studenten auch nicht darüber hinweg setzen. Die Frage impliziert ja nicht, dass sie selbst gläubig sind und somit das Verbot auf sich selbst beziehen (müssen).

9. Frage: Aussage zur Position der christlichen Kirche

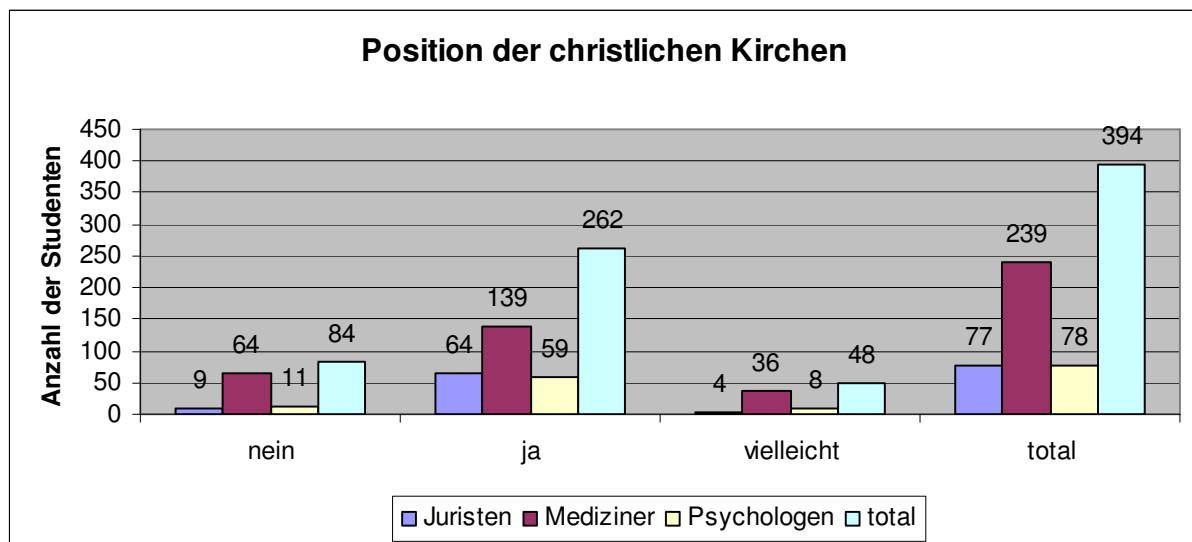


Abb.10: Haltung der Christlichen Kirchen

Die Position der christlichen Kirchen in Politik und Wirtschaft ist in Deutschland nicht genau auszumachen. Der gesellschaftliche Einfluss der Kirchen scheint nachzulassen. Ist die Position der christlichen Kirchen wichtig bei der Bewertung eines ethisch so umstrittenen Themas, wie es die aktive Sterbehilfe ist?

Mehrheitlich (67%, n=262) geben die Befragten aller drei Fachrichtungen an, dass die Position der christlichen Kirchen für sie eine Rolle bei der Bewertung des Themas spielt. Mit 83% (n=64) der eigenen Stimmen bilden die Jurastudenten den Hauptanteil, gefolgt von 76% (n=59) der Psychologie-Studenten, und 58% (n=139) der Medizinstudenten sind eben dieser Meinung.

Des Weiteren stimmten 21% (n=84) der Studenten mit „nein“ ab, für sie spielt die Position der Kirchen offenbar keine Rolle. Darunter waren mit 27% (n=64) am häufigsten Medizinstudenten vertreten.

Insgesamt sind nur wenige Studenten unentschlossen (12%, n=48); auch bei dieser Antwortmöglichkeit sind die Mediziner am meisten vertreten (15% ihrer Stimmen, n=36). Bei diesem doch sehr eindeutigen Ergebnis bleibt die Frage offen, in welche Richtung die Position der christlichen Kirchen eine Rolle spielt. Ist es bei jungen Studenten gewünscht, dass sich die Kirchen konsequent gegen die Legalisierung aktiver Sterbehilfe äußern oder spielt die konservative Position insofern eine Rolle, als dass sie junge Menschen gegen sich und für aktive Sterbehilfe stimmen lässt? Von den 21% (n=84), die sich gegen die Bedeutung der christlichen Kirche ausgesprochen haben stammen die meisten Stimmen von Medizinern. Ist es typisch, dass Studenten aus rein naturwissenschaftlichen Fächern weniger religiös sind?

10. Frage: Aussage zum Engagement der christlichen Kirche

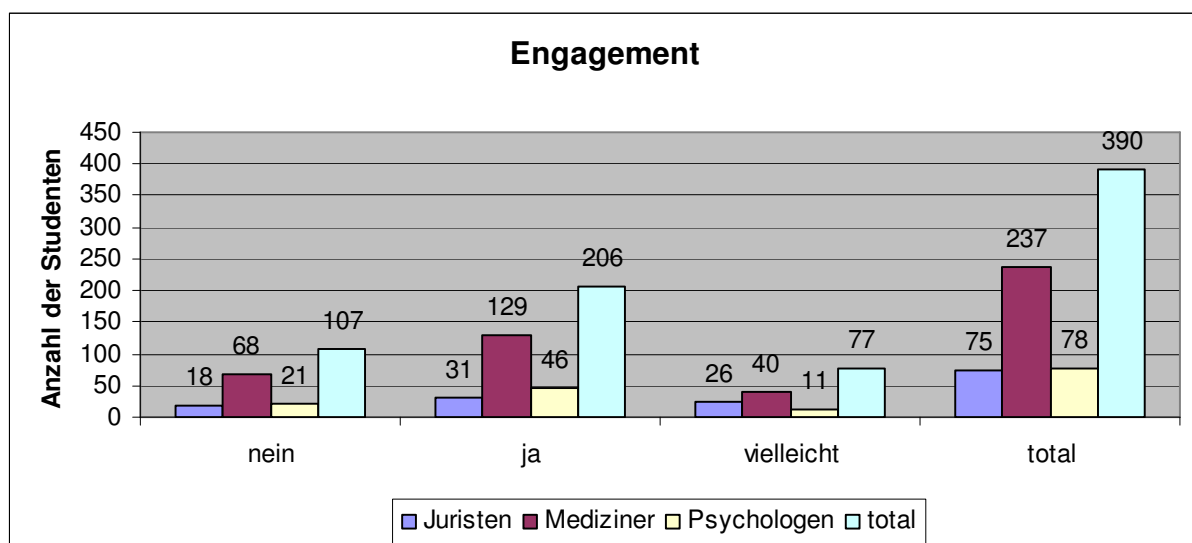


Abb.11: Engagement der Christlichen Kirchen

Die Rolle der Katholischen Kirche und die des Papstes, ist in Deutschland umstritten. Das oberste Kirchenhaupt, derzeit vertreten durch Papst Benedikt XVI., lehnt aktive Sterbehilfe konsequent und ohne Einschränkungen ab. Ist von jungen Menschen mehr Engagement der christlichen Kirchen gewünscht?

Insgesamt wünschen sich ca. 53% (n=206) der Studenten mehr Engagement der christlichen Kirchen in Deutschland, davon 59% (n=46) der Psychologiestudenten, 55% (n=129) der Medizin- und 41% (n=31) der Jurastudenten.

Unter den 27% (n=107), die mehr Engagement ablehnen, sind wiederum Mediziner (29% ihrer Stimmen, n=68) und Psychologen (27% der Stimmen, n=21) anteilig fast gleich häufig vertreten. Unter den Jurastudenten verneinen 24% (n=18) einen Wunsch nach größerem kirchlichem Engagement bei gesellschaftlichen Themen wie dem der aktiven Sterbehilfe. Unentschlossen sind bei dieser Frage ca. 20% (n=77) aller Befragten, davon machen die Jurastudenten (35% ihrer Stimmen, n=26) den größten Anteil aus.

Auch hier ist wiederum die Frage, in welche Richtung das gewünschte Engagement der christlichen Kirchen gehen soll; ist es eine Forderung, von der streng konservativen Handlungsweise abzurücken oder sollen wieder vermehrt konservative Wertvorstellungen unterstützt werden, was den Umgang mit dem eigenen Leben und dem der Mitmenschen angeht?

Abschließend sei an dieser Stelle daran erinnert, dass 67% der Fragebögen von Studentinnen ausgefüllt wurden. Schon jetzt drängt sich die Frage auf, ob Frauen in der heutigen Zeit religiöser sind bzw. ob sie bei ethischen Fragen konservativere Einstellungen vertreten als ihre männlichen Kommilitonen.

2.5.3 Vergleichende Datenanalyse

Im Anschluss an die deskriptive Datenanalyse sollen zunächst die Aussagen der Medizinstudenten mit denen der Jurastudenten verglichen werden. Anschließend wird untersucht, ob und wenn ja, in welchen Punkten die Aussagen der Mediziner von denen der Psychologiestudenten differieren. Dabei sollen die ausgearbeiteten Fragen berücksichtigt werden.

2.5.3.1 Aussagen der Medizinstudenten verglichen mit denen der Jurastudenten

I. Verteilung des Geschlechts

Tab.1: Geschlechterverteilung			
Studiengang	Geschlecht		Total
	männlich	weiblich	
Frequency Row Pct			
Juristen	17 22.08	60 77.92	77
Mediziner	82 42.93	109 57.07	191
Total	99	169	268
Enthaltungen = 51			

Es gibt einen deutlichen Hinweis darauf, dass die Studiengänge Medizin und Jura sich bezüglich der Geschlechterverteilung unterscheiden; von den teilnehmenden Medizinstudenten sind 57,07% weiblich, bei den Jurastudenten sind es dagegen 77,92%. Bei dieser Verteilung muss jedoch bedacht werden, dass nicht eindeutig ist, ob mehr Frauen Jura studieren, oder ob sie häufiger an der Umfrage teilgenommen haben.

Wie schon in der deskriptiven Auswertung angedeutet, muss diese Verteilung bei der abschließenden Interpretation der Studie berücksichtigt werden.

1. Frage: Aussage zum Selbstbestimmungsrecht bezogen auf den eigenen Tod

Tab.2: Selbstbestimmung des eigenen Todes				
Studiengang	Selbstbestimmung			Total
	nein	ja	vielleicht	
Frequency Row Pct				
Juristen	13 16.67	55 70.51	10 12.82	78
Mediziner	79 33.47	97 41.10	60 25.42	236
Total	92	152	70	314
Enthaltungen = 5				

Auch bei dieser Frage gibt es einen deutlichen Unterschied bezüglich der Tragweite des Grundrechtsschutzes bezogen auf das Selbstbestimmungsrecht über die eigenen Todesumstände. Von den Jurastudenten sind 70,51% von der Definierbarkeit des Todes überzeugt, bei den Medizinstudenten jedoch nur 41,10%. Interessant ist weiterhin, dass die unentschlossenen Mediziner und diejenigen, welche eine genaue Festlegung vom Ende des Lebens ablehnen („nein“- Stimmen) anteilmäßig zweifach so häufig sind wie der prozentuale Anteil unter den Juristen.

Daraus kann man ableiten, dass die Jurastudenten gemäß ihrem (zukünftigen) Beruf antworten und mehr von der Gesetzgebung überzeugt sind als die Mediziner.

2. Frage: Aussage zur Definition von Lebensqualität

Studiengang	Lebensqualität			Total
	nein	ja	vielleicht	
Juristen	2 2.56	72 92.31	4 5.13	78
Mediziner	14 5.81	213 88.38	14 5.81	241
Total	16	285	18	319

Bei der Frage, ob Lebensqualität per Gesetz genau festgelegt werden kann, ist kein eindeutiger Unterschied zwischen den Studiengängen zu erkennen. Beide Gruppen bejahen die gesetzlichen Möglichkeiten eindeutig (Juristen: 92,31%, Mediziner: 88,38%). Auch die Anteile der Unentschlossenen und die mit ablehnender Meinung sind sehr ähnlich zwischen den Gruppen verteilt.

Bei dieser Frage zeigen auch die Medizinstudenten ein großes Vertrauen in die deutsche Gesetzgebung. Es scheint eine klare Vorstellung von „Lebensqualität“ in beiden Gruppen zu bestehen. Ist folglich Lebensqualität nicht so abstrakt wie das Lebensende aus Sicht der Mediziner?

3. Frage: Aussage zur Euthanasie-Problematik

Tab.4: Stellungnahme zur NS-Euthanasie-Problematik				
Studiengang	NS-Euthanasie			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	9 11.54	45 57.69	24 30.77	78
Mediziner	52 21.85	143 60.08	43 18.07	238
Total	61	188	67	316
Enthaltungen = 3				

Wenn man die Problematik der NS-Euthanasie betrachtet, wird erkennbar, wie viel Macht Ärzte durch ihr Wissen und den Zugang zu Arzneimitteln bzw. auch toxischen Präparaten haben. Diese Macht könnte theoretisch zu einer Gefahr des Missbrauchs bei Legalisierung der aktiven Sterbehilfe führen. Unter den zwei Studentengruppen ist kein deutlicher Unterschied bezüglich der Kontrollmöglichkeiten der Ärzte erkennbar; mehrheitlich (57,69% der Juristen und 60,08% der Mediziner) wird von Kontrollmöglichkeiten ähnlich denen der beschriebenen in Belgien oder den Niederlanden ausgegangen.

Dennoch sind 30,77% der Juristen unentschlossen, aber „nur“ 11,54% ausdrücklich nicht davon überzeugt. Ist der hohe Anteil der un schlüssigen Rechtswissenschaftstudenten durch einen tieferen Einblick in die Schwierigkeit der Rechtsgebung zu erklären, oder muss man davon ausgehen, dass die NS-Problematik unter den heutigen Studenten (ca. 60Jahre nach Kriegsende) nicht mehr vordergründig aktuell ist?

4. Frage: Aussage zum sozialen Druck

Tab.5: Aussage zum Gesellschaftsdruck				
Studiengang	Gesellschaftsdruck			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	24 31.58	32 42.11	20 26.32	76
Mediziner	69 28.87	105 43.93	65 27.20	239
Total	93	137	85	315
Enthaltungen = 4				

Es wird immer wieder öffentlich diskutiert, dass durch Legalisierung von aktiver Sterbehilfe ein Druck seitens der Gesellschaft auf kranke oder behinderte Menschen ausgeübt werden kann. Mehrheitlich sind beide Studentengruppen davon überzeugt, dass diese Gefahr durch entsprechende Gesetze abgewendet werden kann.

Insgesamt sind die prozentualen Verteilungen bei den einzelnen Antwortmöglichkeiten sehr ähnlich. Bemerkenswert ist, dass eine relativ große Streuung innerhalb der Fachrichtungen herrscht und der Anteil der Unentschlossenen jeweils ca. 25% beträgt.

Ist möglicherweise das Alter der Studenten entscheidend? Haben sie sich (noch) nicht mit der Komplexität und der möglichen Reichweite von aktiver Sterbehilfe auseinander gesetzt?

5. Frage: Aussage zu Schmerzen als ursächlicher Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

Tab.6: Bedeutung von starker Schmerzsymptomatik				
Studiengang	Schmerzen			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	43 55.13	14 17.95	21 26.92	78
Mediziner	99 41.08	91 37.76	51 21.16	241
Total	142	105	72	319

Bei der Frage, ob Schmerzen ursächlich für den Wunsch nach Legitimierung von aktiver Sterbehilfe sind, ist deutlich ein Unterschied zu erkennen. Zwar sind Juristen und Mediziner

mehrheitlich gegen Sterbehilfe aufgrund von Angst vor Schmerzen; jedoch verneinen von den Jurastudenten 55,13% diese Frage, bei den Medizinerinnen sind es „nur“ 41,08%.

Betrachtet man den Anteil der „nein“- und der „ja“- Stimmen bei den Medizinstudenten, so beträgt die Differenz lediglich 3,32%. In der anderen Gruppe liegt diese bei 37,18%.

Aufgrund dieser Unterschiede kann man vermuten, dass angehende Ärzte durch ihr Studium mit diversen Praktika mehr Erfahrung mit dem möglichen Ausmaß von chronischen Schmerzen vorweisen können. Möglicherweise haben die Jurastudenten eher nach der Theorie geantwortet, dass man auch starke Schmerzen mit Medikamenten ausreichend behandeln kann. Jedoch beträgt der Anteil Unentschlossener unter ihnen immerhin gut 25%.

6. Frage: Aussage zum Hospiz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe

Tab.7: Hospiz als Alternative				
Studiengang Frequency Row Pct	Hospiz			Total
	nein	ja	vielleicht	
Juristen	24 31.17	17 22.08	36 46.75	77
Mediziner	138 57.26	35 14.52	68 28.22	241
Total	162	52	104	318
Enthaltungen = 1				

Auch bei dem Diskussionspunkt „Hospiz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe“ differieren die Aussagen der beiden Fachrichtungen. Die meisten Medizinstudenten (57,26%) sind nicht vom Hospiz als Alternative überzeugt; dagegen ist die Mehrheit der Juristen (46,75%) unentschlossen bzw. möchte sich nicht festlegen.

Es scheint verwunderlich, dass angehende Ärzte ein Hospiz nicht als Alternative zur aktiven Sterbehilfe sehen. Sind sie von ihren eigenen Möglichkeiten, wie palliative Schmerztherapie, in der modernen Medizin nicht überzeugt?

Ist der hohe Anteil der unentschlossenen Jurastudenten ein weiteres Mal damit zu erklären, dass sie sich noch nicht so ausgiebig mit Hospizen beschäftigt haben?

7. Frage: Aussage zum ärztlichen Gelöbnis

Tab.8: Ärztliches Gelöbnis				
Studiengang	Gelöbnis			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	15 19.48	46 59.74	16 20.78	77
Mediziner	67 28.27	122 51.48	48 20.25	237
Total	82	168	64	314
Enthaltungen = 5				

Mehrheitlich sind beide Studentengruppen überzeugt, dass aktive Sterbehilfe dem ärztlichen Gelöbnis widerspricht (59,74% der Juristen, 51,48% der Mediziner); folglich ist kein Unterschied zu erkennen. Sehr ausgeglichen sind die jeweiligen Anteile der Unentschlossenen (beide um 20%).

Haben die Juristen ein etwas idealistischeres Bild von der Ärzteschaft (fast 60% „ja“-Stimmen)? Werden die Mediziner immer progressiver, da immerhin fast 30% geantwortet haben, dass aktive Sterbehilfe nicht dem ärztlichen Gelöbnis widerspricht?

8. Frage: Aussage zum Verhalten eines Christen

Tab.9: Christliches Verhalten				
Studiengang	Christ			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	47 61.84	16 21.05	13 17.11	76
Mediziner	134 56.78	44 18.64	58 24.58	236
Total	181	60	71	312
Enthaltungen = 7				

Auch bei dieser Frage ist kein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen erkennbar: 61,84% der Jura- und 56,78% der Medizinstudenten denken, dass ein gläubiger Christ sein Leben nicht eigenhändig beenden darf. Der Anteil der nicht entschlossenen Studenten bei den Medizinern beträgt immerhin ca. 25%.

Insgesamt ist überraschend, dass der Anteil der verneinenden Stimmen deutlich über 50% liegt. Welche Rolle spielt Religion wirklich? Würde die Verteilung genauso ausfallen, wenn die Frage auf sie selbst und nicht auf „einen Christen“ bezogen wäre? Spielt speziell bei dieser Frage eine Rolle, dass der Anteil der Studentinnen so groß ist?

9. Frage: Aussage zur Position der christlichen Kirchen

Studiengang	Position			Total
	nein	ja	vielleicht	
Frequency Row Pct				
Juristen	9 11.69	64 83.12	4 5.19	77
Mediziner	64 26.78	139 58.16	36 15.06	239
Total	73	203	40	316
Enthaltungen = 3				

Bei der Bewertung der Rolle der christlichen Kirchen ist wiederum ein deutlicher Unterschied feststellbar: Für 83,12% der Juristen spielt die Position der Kirchen eine Rolle bei der Bewertung der Thematik, bei den Medizinern sind es dagegen 58,16%. Nur 5,19% der Jurastudenten sind unentschlossen, der Anteil unter den Medizinern ist dreimal so groß. Die Juristen zeigen eine doch sehr eindeutige Meinung bei dieser Frage. Wie schon bei der deskriptiven Analyse angesprochen, bedarf es einiger Überlegungen, welche Rolle die christliche Kirche spielt und ob das für oder gegen die Kirche spricht.

10. Frage: Aussage zum Engagement der christlichen Kirche

Tab.11: Wunsch nach Engagement der Christlichen Kirchen				
Studiengang	Engagement			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Juristen	18 24.00	31 41.33	26 34.67	75
Mediziner	68 28.69	129 54.43	40 16.88	237
Total	86	160	66	312

Mehrheitlich wünschen beide mehr Engagement der christlichen Kirche bezüglich aktiver Sterbehilfe. Jedoch sind deutlich Unterschiede erkennbar; während 54,43% der Mediziner die Frage bejahen, sind es bei den Juristen 41,33%.

Auch bei den unentschlossenen Stimmen differieren die Studentengruppen: Der Anteil unter den Juristen (34,67%) ist etwa doppelt so groß wie der bei den Medizinerinnen (16,88%).

Wie bei der Frage zuvor ist es auch hier nicht klar, in welche Richtung das Engagement gewünscht wird. Möglicherweise ist die doch recht große Streuung auch begründet durch eine unterschiedliche Interpretation der Frage. Es ist aber auch möglich, dass die Rolle der christlichen Kirchen bei jungen Erwachsenen sehr wohl eine Rolle spielt und dadurch mehr Engagement gewünscht wird.

2.5.3.2 Aussagen der Medizinstudenten verglichen mit denen der Psychologiestudenten

I. Verteilung des Geschlechts

Tab.12: Geschlechterverteilung			
Studiengang	Geschlecht		Total
Frequency Row Pct	männlich	weiblich	
Mediziner	82 42.93	109 57.07	191
Psychologen	15 20.00	60 80.00	75
Total	97	169	266

Bei der Verteilung des Geschlechts innerhalb der Gruppen der Medizin- und Psychologiestudenten ist ein deutlicher Unterschied erkennbar: Von den Medizinstudenten sind 57.07% weiblich, bei den Psychologie-Studenten beträgt der weibliche Anteil 80%. Wiederum muss diese Verteilung bei der abschließenden Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

1. Frage: Aussage zum Selbstbestimmungsrecht

Tab.13: Selbstbestimmung des eigenen Todes				
Studiengang(Studiengang)	Selbstbestimmung(Selbstbestimmung)			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	79 33.47	97 41.10	60 25.42	236
Psychologen	17 21.79	37 47.44	24 30.77	78
Total	96	134	84	314

Bei der Frage nach der Tragweite des verfassungsrechtlich festgelegten Selbstbestimmungsrechts auch über das Leben hinaus, ist kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Fachrichtungen erkennbar. Unter den Medizin- und auch den Psychologie-Studenten wird mehrheitlich für ein rechtlich definiertes Selbstbestimmungsrecht auf den eigenen Tod gestimmt.

Jedoch sind die Antworten insgesamt sehr uneinheitlich; dies deutet darauf hin, dass die Frage sehr individuell beantwortet wurde und somit unabhängig von der Studienrichtung. Ebenso ist der doch in beiden Gruppen recht große Anteil der Unentschlossenen (25,42% der Mediziner, 30,77% der Psychologen) ein Hinweis darauf, dass Tod und Sterben in diesem Lebensabschnitt noch nicht so in das Bewusstsein der Studenten reichten.

2. Frage: Aussage zur Definition von Lebensqualität

Studiengang	Lebensqualität			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	14 5.81	213 88.38	14 5.81	241
Psychologen	2 2.56	70 89.74	6 7.69	78
Total	16	283	20	319

Vergleicht man die Antworten bezüglich der Frage nach der Definierbarkeit von Lebensqualität per Gesetz, erkennt man eine eindeutige Antwort bei Medizin- und Psychologiestudenten: Beide Gruppen bejahen die Konkretisierung des abstrakten Terminus „Lebensqualität“ mit 88,38% (Mediziner) und 89,74% (Psychologen).

Obwohl die Studenten insgesamt noch recht jung sind, scheinen sie dennoch schon eine sehr genaue Vorstellung von Lebensqualität zu besitzen. Ebenfalls erweckt diese Verteilung den Eindruck, dass junge Menschen sich mehr mit den Fragen des Lebens („wie definiere ich Lebensqualität für mich?“) auseinandersetzen, als mit dem Tod (die Verteilung ist bei den Fragen zum Tod viel uneinheitlicher).

3. Frage: Aussage zur Euthanasie-Problematik

Studiengang	NS-Euthanasie			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	52 21.85	143 60.08	43 18.07	238
Psychologen	19 24.36	38 48.72	21 26.92	78
Total	71	181	64	316

Die speziell in Deutschland existierende Euthanasie-Thematik wird in ihrer Tragweite immer wieder öffentlich diskutiert. Dabei ist ein Streitpunkt, ob und wenn ja in welchem Maße dieser Abschnitt deutscher Geschichte mehr als 60 Jahre nach Kriegsende bei der Diskussion um eine mögliche Legalisierung aktiver Sterbehilfe eine Rolle spielen muss.

Die befragten Medizin- und Psychologiestudenten unterscheiden sich bei der Frage nach ausreichenden Kontrollmöglichkeiten durch das Gesetz nicht wesentlich; beide Gruppen bejahen mehrheitlich die Möglichkeit der Kontrolle der Ärzteschaft durch entsprechende rechtliche Grundlagen. Dabei sind die Medizinstudenten mit 60,08% überzeugter als die Psychologen (48,72%).

Ebenfalls ist auffällig, dass die Psychologiestudenten anteilig etwas häufiger Kontrollmöglichkeiten der Ärzte ablehnen, aber dennoch auch den größeren Anteil der Unentschlossenen aufweisen.

Aufgrund dieser Verteilung kann man vermuten, dass die angehenden Ärzte von einer Kontrolle ihrerseits überzeugter sind, als Nicht-Mediziner (in diesem Falle Psychologiestudenten). Möglicherweise sind die angehenden Ärzte sich ihrer „Macht“ über das menschliche Leben und die damit verbundenen Gefahren noch nicht so bewusst.

Die Psychologiestudenten scheinen die Kontrollmöglichkeiten etwas kritischer zu sehen; dennoch spricht der relativ hohe Anteil der unentschlossenen Befragten unter ihnen (26,92%) auch dafür, dass diese Problematik noch nicht so ausgiebig thematisiert wurde.

4. Frage: Aussage zum sozialen Druck

Studiengang	Gesellschaftsdruck			Total
	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	69 28.87	105 43.93	65 27.20	239
Psychologen	25 32.05	29 37.18	24 30.77	78
Total	94	134	89	317

Als eine weitere potenzielle Gefahr wird die Entstehung von sozialem Druck auf kranke, alte oder behinderte Menschen öffentlich diskutiert. Mit sozialem Druck ist gemeint, dass die

angesprochenen Personengruppen sich genötigt fühlen könnten, aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, um die Gesellschaft nicht zu belasten.

Die Frage, ob durch eine gesetzliche Grundlage diese mögliche Gefahr vermieden werden kann, wird von beiden Gruppen bejaht. Dabei sind die Mediziner deutlicher davon überzeugt (43,93%) als die Psychologiestudenten (37,18%).

Insgesamt fallen die Antworten recht gleichmäßig verteilt auf die drei Antwortmöglichkeiten aus, der Anteil der Unentschlossenen ist relativ groß.

Wiederum liegt die Vermutung nahe, dass diese Frage von den einzelnen Studenten sehr individuell beantwortet wurde und man nicht auf einen Unterschied aufgrund des späteren Berufes schließen kann.

5. Frage: Aussage zu Schmerzen als ursächlicher Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

Studiengang	Schmerzen			Total
	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	99 41.08	91 37.76	51 21.16	241
Psychologen	42 53.85	19 24.36	17 21.79	78
Total	141	110	68	319

Verfolgt man die Diskussion um aktive Sterbehilfe in den Medien, so wird die Angst vor chronisch starken Schmerzen häufig als Hauptargument für die Legalisierung aktiver Sterbehilfe genannt. Die befragten Studentengruppen sind nur begrenzt einer Meinung; beide verneinen Angst vor Schmerzen als Grund, aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen mehrheitlich, doch mit einiger Differenz in den Anteilen (Mediziner: 41,08%, Psychologen:

53.85%). Dementsprechend variieren auch die Quoten der Befürworter; die der Unentschlossenen ist sehr ähnlich (ca. 21%).

Sind die angehenden Ärzte nicht von den Optionen der modernen (Schmerz-) Medizin überzeugt? Oder haben sie einen realistischeren Einblick in die medizinischen Fähigkeiten? Sind Psychologiestudenten optimistischer bzgl. ihrer Erwartungen an die medizinischen Künste, weil sie häufig weniger Einblick haben?

6. Frage: Aussage zum Hospiz als Alternative zur aktiven Sterbehilfe

Tab.18: Hospiz als Alternative				
Studiengang(Studiengang)	Hospiz(Hospiz)			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	138 57.26	35 14.52	68 28.22	241
Psychologen	36 46.15	11 14.10	31 39.74	78
Total	174	46	99	319

Ein Hospiz als Alternative zu aktiver Sterbehilfe wird von beiden Studentengruppen mehrheitlich abgelehnt, so dass auch bei dieser Frage kein eindeutiger Unterschied zwischen den Aussagen von Medizinern (57,26% dagegen) und Psychologen (46,15% dagegen) festzustellen ist. Die Befürworter der Hospizbewegung sind mit jeweils ca.14% deutlich in der Minderheit. Dagegen ist der Anteil der Unentschlossenen bei dieser Frage sehr hoch; 28,22% der Medizin- und 39,74% der Psychologiestudenten können oder wollen sich nicht genau festlegen.

Ist der hohe Anteil Nichtentschlossener unter den Psychologen mit mangelnder Kenntnis oder mangelndem Interesse an der Thematik verbunden? Sind Psychologen kritischer, dass eine ganzheitliche Fürsorge, wie sie von den Hospizstiftungen propagiert wird, wirklich greift und „das Beste“ für sterbende Menschen ist?

7. Frage: Aussage zum ärztlichen Gelöbnis

Tab.19: Ärztliches Gelöbnis				
Studiengang	Gelöbnis			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	67 28.27	122 51.48	48 20.25	237
Psychologen	14 18.18	49 63.64	14 18.18	77
Total	81	171	62	314

Die Frage, ob aktive Sterbehilfe dem ärztlichen Gelöbnis widerspricht, da vorsätzlich Menschen durch Mediziner getötet werden, wird mehrheitlich von beiden Fachrichtungen bejaht, jedoch mit auffällig unterschiedlichem Anteil: 51,48% der Mediziner und 63,64% der Psychologiestudenten. Die restlichen Stimmen verteilen sich in der jeweiligen Gruppierung ziemlich gleichmäßig auf die Antwortmöglichkeiten.

Sind heranwachsende Ärzte nicht mehr so konservativ wie noch wenige Generationen zuvor? Von den Psychologiestudenten sind fast 2/3 davon überzeugt, dass ärztlich durchgeführte aktive Sterbehilfe nicht dem ärztlichen Ethos widerspricht. Ist das möglicherweise die „logische“ Schlussfolgerung getreu dem Motto (bei Befürwortung der aktiven Sterbehilfe):
Wer soll es sonst machen?

8. Frage: Aussage zum Verhalten eines Christen

Tab.20: Christliches Verhalten				
Studiengang(Studiengang)	Christ(Christ)			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	134 56.78	44 18.64	58 24.58	236
Psychologen	54 69.23	5 6.41	19 24.36	78
Total	188	49	77	314

Unterschiedlich wird die Fragestellung nach dem „richtigen“ Verhalten eines bekennenden Christen im Punkte aktive Sterbehilfe bewertet: Während 69,23% der Psychologiestudenten der Meinung sind, dass ein gläubiger Christ sich nicht über das Gebot (das gottgeschenkte Leben darf nicht eigenhändig beendet werden) hinwegsetzen darf, teilen diese Meinung deutlich weniger Medizinstudenten (56,78%). Jeweils fast 25% sind bei der Beantwortung unentschlossen.

Kann man daraus ableiten, dass Psychologiestudenten religiöser sind bzw. nicht so naturwissenschaftlich / theoretisch denkend sind wie Mediziner? Oder haben sie sich mehr mit Religion auseinandergesetzt? Oder aber antworten sie „logisch“ im Sinne der Fragestellung?

9. Frage: Aussage zur Position der christlichen Kirchen

Tab.21: Position der Christlichen Kirchen				
Studiengang(Studiengang)	Position(Position)			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	64 26.78	139 58.16	36 15.06	239
Psychologen	11 14.10	59 75.64	8 10.26	78
Total	75	198	44	317

Ein weiterer Unterschied zwischen den Gruppen ist erkennbar bei der Frage nach der Relevanz der Position der christlichen Kirchen zur Bewertung dieser Thematik. Für 75,64% der angehenden Psychologen ist die Position der Kirchen von erheblicher Bedeutung, bei den angehenden Medizinerinnen bejahen 58,16% die Frage. Ca. 25% von ihnen lehnen eine Bedeutung ab.

Diese Verteilung unterstützt die Überlegungen der Frage zuvor.

10. Frage: Aussage zum Engagement der christlichen Kirche

Tab.22: Wunsch nach Engagement der Christlichen Kirchen				
Studiengang(Studiengang)	Engagement(Engagement)			Total
Frequency Row Pct	nein	ja	vielleicht	
Mediziner	68 28.69	129 54.43	40 16.88	237
Psychologen	21 26.92	46 58.97	11 14.10	78
Total	89	175	51	315
Enthaltungen = 4				

Mehrheitlich wird von den Befragten mehr Engagement von Seiten der christlichen Kirche gewünscht. Dabei ist die Verteilung prozentual relativ gleichmäßig; 54,43% der Medizin- und 58,97% der Psychologiestudenten bejahen die Frage. Auch die Anteile der verneinenden und der unentschlossenen Stimmen sind relativ ähnlich.

Der Wunsch nach erhöhtem Engagement der christlichen Kirchen ist recht eindeutig, nur bleibt die Frage der Richtung offen: Wird mehr die Verstärkung der konservativen Sichtweise zum Schutz des Lebens gefordert oder die weltliche Öffnung der christlichen Kirche?

2.5.4 Auswertung der Ergebnisse

2.5.4.1 Isolierte Betrachtung der Aussagen der Medizinstudenten

Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so fällt ins Auge, dass der Arztberuf nicht mehr von Männern dominiert wird, wie es noch vor Jahren gewesen ist. Der Trend scheint sogar in einen erhöhten Anteil von Ärztinnen (57,07% weibliche beantwortete Bögen) überzugehen (unter der Voraussetzung, dass die Verteilung bei der Beantwortung auch der Geschlechtsverteilung insgesamt entspricht). Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes (Jg. 105, Heft 47, 21.11.2008) waren 2007 42,4% aller gemeldeten Ärzte Frauen; dies bedeutet einen Anstieg um 0,4% im Gegensatz zu 2006.

Weiterhin ist erkennbar, dass sehr theoretisch - rechtswissenschaftliche Fragen wie die nach der möglichen genauen Definierbarkeit der Selbstbestimmung bis zum Recht auf einen individuellen Tod (Frage 1) oder jene nach der Vermeidung des (möglicherweise entstehenden) sozialen Drucks per Gesetzesgrundlage (Frage 4), von angehenden Ärzten als nicht einfach zu beantworten bewertet wird. Dies wird darin deutlich, dass die „Mehrheit“ bei

der Beantwortung jeweils unter 50% der Stimmen liegt und der Anteil der Unentschlossenen jeweils relativ hoch ist.

Erstaunlicherweise kann die Frage nach der genauen rechtlichen Festlegung von Lebensqualität (Frage 2) mit 88% bejahend beantwortet werden. Folglich scheint Lebensqualität nicht so abstrakt beurteilt zu werden wie der eigene Tod. Weiterhin spielt wohl das Alter bei dieser Frage eine Rolle: Studenten überdenken bei der Berufswahl ihre späteren Möglichkeiten und damit auch, ob dies den eigenen Ansprüchen für ihr Leben genügt; also, ob damit die individuell gewünschte Lebensqualität erreicht werden kann. Folglich beschäftigen sich junge Menschen mehr mit Lebensqualität als mit dem (eigenen) Versterben. Da in der Nationalsozialistischen Zeit viele Ärzte, sei es aus „Forschungsinteresse“ oder aus politischen oder sonstigen Gründen, Menschen getötet haben, sollte die Gefahr, die von der möglichen Legalisierung aktiver Sterbehilfe ausgeht, Medizinstudenten bekannt sein.

Dementsprechend auffällig ist, dass ca. 60% von ausreichenden Kontrollmöglichkeiten der Ärzteschaft per Gesetzesgrundlagen überzeugt sind. Wiederum scheint das Alter und auch die Aktualität dieser Problematik eine wesentliche Rolle zu spielen. Ebenso wird der Reichweite der Gesetzgebung großes Vertrauen zugestanden. Die Überzeugung von guten Kontrollmöglichkeiten spricht auch dafür, dass immer mehr Mediziner aktive Sterbehilfe befürworten (im Gegensatz zu den offiziellen Stimmen der Bundesärztekammer).

Des Weiteren auffällig sind die Antworten bei der Frage nach Angst vor Schmerzen als Grund für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe (Frage 5) und bezüglich der Hospizidee als Alternativmöglichkeit (Frage 6). Die Differenz zwischen dem Anteil der Studenten, die Angst vor qualvollen Schmerzen im Sterben haben und dem, der dieses verneint, beträgt lediglich 3,32%. Damit wird deutlich, dass angehende Ärzte anscheinend den eigenen Möglichkeiten nicht vertrauen und unter Umständen auch selbst aktive Sterbehilfe beanspruchen würden. Obwohl Hospize durch Ärzte palliativmedizinisch betreut werden, scheinen Jungmediziner nicht durchweg von der Idee überzeugt zu sein (57% glauben nicht an die Alternativlösung Hospiz). Man könnte dies auch vorsichtig dahingehend deuten, dass diese, da sie die Möglichkeiten und Wirkungen entsprechender Medikamente kennen, lieber die „bequeme“ und schnelle Lösung dem langsamen Einstellen des (eigenen) Todes vorziehen.

Die Theorie, dass angehende Ärzte, wie vorhin erwähnt, immer progressiver bezogen auf die Legalisierung aktiver Sterbehilfe sind, wird durch die Antwortverteilung bei der Frage nach der Bedeutung des ärztlichen Gelöbnisses unterstützt; ca.52% der Medizinstudenten bejaht, dass Ärzte nicht widersprüchlich zum Gelöbnis handeln, wenn sie vorsätzlich Patienten durch aktive Sterbehilfe töten.

Die letzten drei Fragen nach der Bedeutung der Religion wurden schon zuvor ausgiebig behandelt. Hierbei ist vor allem auffällig, dass für Mediziner die Position der christlichen Kirchen zwar mehrheitlich eine Rolle spielt (für ca. 58% von ihnen), aber der Anteil doch im Gegensatz zu *beiden* anderen Gruppen deutlich geringer ist (Juristen: 83,12%, Psychologen: 75,64%). Folglich kann man daraus ableiten, dass angehende Ärzte diese Thematik weitgehend unabhängig von der Position der christlichen Kirche bewerten und auch unabhängig handeln würden.

Eine Umfrage des „Spiegel“ zum Thema Sterbehilfe unterstützt in ihrem Ergebnis diese regionale Erhebung: Befragt wurden 483 Ärzte (darunter Hausärzte, Internisten, Onkologen, Anästhesisten und Palliativmediziner), von denen 35% *„eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglicht, Patienten mit fortgeschrittener, schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu helfen. Für aktive Sterbehilfe ist immerhin noch jeder sechste Mediziner (16,4%).“* (zitiert nach: <http://www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,druck-592070,00.html>, gedruckt am 26.11.2008)

2.5.4.2 Auswertung der vergleichenden Analyse der drei Gruppen

Der Auswertung und Diskussion der Umfrageergebnisse soll eine provokante Charakterdarstellung der 3 Gruppen vorangehen. Dies soll dazu dienen, die Resultate zu präzisieren und auch möglicherweise die eingefahrenen Vorstellungen der Berufsgruppen zu widerlegen.

- Moderne Mediziner gelten häufig als naturwissenschaftlich orientiert, z.B. dass sie in dem Patienten oft nur die Krankheit sehen ohne ihn ganzheitlich zu betrachten (ein Beispiel aus dem Alltag: „Der Galle auf Zimmer 14 geht es besser“).
- Juristen werden als nicht selten theoretisch denkende Menschen eingestuft, die in „Sachverhalten“ und Paragraphen Thematiken beurteilen unter Ausschluss von Emotionen oder individuellen Handlungsoptionen.

- Psychologen gelten von den drei Gruppen am ehesten als emotional und den Menschen als Ganzes betrachtend. Ihnen wird unterstellt, Themen zu hinterfragen und aus jeder erdenklichen Sichtweise zu diskutieren.

In der vergleichenden Analyse wird deutlich, dass Medizinstudenten und Jurastudenten mehr Unterschiede hinsichtlich der gestellten Fragen aufweisen (in sechs Merkmalen bzw. Fragen existieren Differenzen), als Mediziner und Psychologen (unterscheiden sich nur in 3 untersuchten Bereichen). Daraus könnte man schlussfolgern, dass, obwohl Jura- *und* Psychologiestudenten keinen expliziten medizinischen Hintergrund aufweisen (können) wie angehende Ärzte, diese in ihrem Denken bezogen auf die vielschichtige Thematik der aktiven Sterbehilfe doch eher der Persönlichkeitsstruktur der angehenden Psychologen ähneln als derer der Juristen.

Dies wird deutlicher, wenn man die unterschiedlich beantworteten Fragen hinzu zieht: In der Umfrage differieren die Ergebnisse der Psychologen von denen der Mediziner bezüglich der Geschlechtsverteilung (deutlich mehr Frauen unter den psychologisch Beantwortenden), und hinsichtlich der auf die christliche Religion (ein ohnehin sehr persönlicher Lebensbereich) bezogenen Fragen 8 und 9 (Psychologiestudenten sind häufiger davon überzeugt, dass ein gläubiger Christ sein Leben nicht selber beenden darf und für sie spielt die Kirche eine weitaus größere Rolle bei der Beurteilung der aktiven Sterbehilfe).

Betrachtet man nun die oben aufgeführte Charakterkurzbeschreibung und besinnt sich zurück auf die Auswahlkriterien der Probanden (eine „menschlichere“ Beurteilung der aktiven Sterbehilfe), so lässt sich aussagen, dass Mediziner nicht in dem Ausmaße wie manchmal vielleicht vermutet die Krankheiten (und damit verbunden aktive Sterbehilfe) isoliert betrachten, sondern durchaus auch emotionale Sichtweisen in ihre medizinischen Entscheidungen einfließen lassen. Ebenfalls ist den angehenden Psychologen ein medizinisches Interesse zuzuschreiben, dass sich nicht nur auf eine gefühlsbetonte bzw. irrationale Sichtweise bezieht.

Dagegen heben sich die Mediziner von den Juristen in über diese beiden Bereiche hinausgehenden Fragen voneinander ab. Bei der Frage 1 (gesetzliche Möglichkeiten zur Definition von Selbstbestimmung bis in den eigenen Tod) bejahen mehr Jurastudenten die rechtlichen Optionen. Dies unterstützt die oben aufgeführte Persönlichkeitsbeschreibung sowie die Auswahlkriterien. Dabei sollte die eher sachliche Orientierung der angehenden Juristen nicht zu negativ beurteilt werden, da gesetzliche Grundlagen, die für eine große Gesellschaft (=ein Volk) gelten sollen, frei von Emotionen sein sollten. Neben dieser Frage ist

ein weiterer deutlicher Unterschied zu den Medizinerinnen im Bezug auf Relevanz zu Angst vor Schmerzen als maßgeblicher Faktor zur Befürwortung von aktiver Sterbehilfe zu erkennen; dabei liegt der Unterschied vor allem in der (von der Minderheit geäußerten) Befürwortung. Juristen vertrauen viel mehr in die Möglichkeiten der Schmerzmedizin als angehende Ärzte (s. Kapitel zuvor). Anscheinend sind angehende Ärzte durch ihren beruflichen Werdegang mit den realen Möglichkeiten der modernen Medizin vertrauter als Juristen.

Eine weitere Differenz zwischen diesen beiden Gruppen liegt in der Einschätzung des Hospizes als Alternative zu aktiver Sterbehilfe; Mediziner sind deutlich weniger von der Hospizidee überzeugt, dagegen äußern sich fast die Hälfte der Jurastudenten unentschlossen (= mit „vielleicht“ geantwortet). Einerseits spricht das Ergebnis gegen eine ausgiebige Vertiefung der Hospizidee unter den jungen Rechtswissenschaftlern. Andererseits kann man den jungen Medizinerinnen unterstellen, dass sie in Bereichen, die nicht mehr die rein „handwerkliche“ (= operieren, gezielt, in ihrer Wirkung genau erforschte Medikation einsetzen) Medizin betreffen (Hospiz steht für ganzheitliche Betrachtung des Menschen), skeptisch gegenüber den eigenen Möglichkeiten sind. Hospize und ganzheitliche Medizin ist (immer noch) nicht fest in den Gegenstandskatalog der Ausbildung aufgenommen!

2.5.4.3 Zusammenfassende Beurteilung

Zusammenfassend zeigt die Umfrage unter jungen Menschen unterschiedlicher Studienrichtung die Tendenz, dass aktive Sterbehilfe längst nicht mehr kategorisch abgelehnt wird. Anstelle einer Ablehnung (vor allem durch Mediziner) rückt wachsendes Vertrauen in die rechtlichen Möglichkeiten in den Vordergrund, vermutlich nicht zuletzt aufgrund der Beispielsituationen in Belgien, der Niederlande und in der Schweiz und der von dort relativ seltenen, uns erreichenden negativen Schlagzeilen.

Zwar unterscheiden sich die einzelnen Studentengruppen verglichen mit der Meinung der Medizinstudenten bezogen auf die Befürwortung aktiver Sterbehilfe, dennoch wächst allseits die Bereitschaft zur Legalisierung.

Etwas schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob die Position der christlichen Kirchen für junge Menschen eine Rolle bei der Bewertung des Themas spielt. Betrachtet man die

Ergebnisse, so müssten die Kirchen sich, bezogen auf dieses komplexe Thema, eigentlich keine Nachwuchssorgen machen (das Gegenteil ist der Fall). Vielmehr scheint die Tatsache eine Rolle zu spielen, dass die Fragen nicht explizit genug darauf zielen, in welche Richtung sich die Kirchen entwickeln bzw. engagieren sollten. Vermutlich käme dann zum Vorschein, dass nur durch eine gewisse Modernisierung der alten Strukturen und Öffnung für die Bedürfnisse und Vorstellungen von Leben und Tod junger Menschen die Stellung und Bedeutung als maßgeblich beeinflussend bei der Thematik bewertet werden würde. Es ergibt sich daraus, dass die offiziellen deutschen Vertreter von Ethikkommissionen, Bundesärztekammer und auch die der Juristen, in der Zukunft zum Handeln gedrängt werden; entweder, es wird sich dem immer größer werdenden Ruf nach der Legalisierung von aktiver Sterbehilfe gebeugt, oder aber es müssen verstärkt in allen Bereichen Alternativen gefördert und optimiert, bzw. entwickelt werden.

3.1 Resümee

Die Problematik der Sterbehilfe, vor allem in der aktiven Form, wird seit der Antike heftig diskutiert und ist in allen Ländern und Religionen bzw. Glaubensrichtungen ein aktueller Diskurs.

Mit der Verfassung des Hippokratischen Eids als zunächst unverbindliche Forderung an die Ärzteschaft und der wachsenden Bedeutung dieses Eides ab dem 16. Jahrhundert in Europa wurde klar Stellung bezogen. So heißt es unter Punkt 4: *„Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen (...).“*²³⁹

Dieser Eid wurde von jungen Medizinern in Deutschland bis 1948 feierlich geschworen.

Ein weiterer bedeutsamer geschichtlicher Eckpunkt, der vor allem in Deutschland eine essenzielle Rolle spielt, sind die Tötungen von kranken und behinderten Menschen in der Nationalsozialistischen Zeit. Es wird dabei immer häufiger von jungen Menschen diskutiert, ob diese mehr als 60 Jahre nach dem Krieg immer noch ein berechtigtes Argument mit sehr hohem Stellenwert gegen aktive Sterbehilfe ist oder nicht mehr bzw. nicht mehr mit so gewichtiger Position. Man darf jedoch nicht außer Acht lassen, dass auch heute noch Spuren deutlich sichtbar sind, wie beispielsweise in der hessischen Kleinstadt und Gedenkstätte Hadamar.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde dann der Hippokratische Eid durch das so genannte „Genfer Gelöbnis“ ersetzt. Mit dieser Änderung begann der Vormarsch der „modernen Medizin“ im Sinne von ausgiebiger technischer und pharmazeutischer Forschung und auch experimenteller Klinik. Ebenfalls ebnete dies den Weg für ethische Reformen; beispielsweise ist die Abtreibung im Genfer Gelöbnis nicht mehr ausdrücklich verboten, genauso wenig wie aktive Sterbehilfe!

In Deutschland ist man geteilter Meinung: Führende Institutionen finden sich sowohl auf der ablehnenden Seite wie auch unter den Befürwortern. Die Bundesärztekammer (BÄK) und auch die Vertreter des Deutschen Juristen Tages (DJT) lehnen nach wie vor aktive Sterbehilfe kategorisch ab und fordern stattdessen eine verstärkte Initiative hinsichtlich Palliativmedizin und der Hospizbewegung. Die BÄK äußerte, *„jeder Mensch habe das Recht auf Leben und Sterben in Würde, nicht aber das Recht getötet zu werden. Patienten müssten sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärzte konsequent für das Leben einträten und das Recht auf Leben auch nicht aus wirtschaftlichen Gründen zu Disposition stellen.“*²⁴⁰

Der bedeutsamste Vertreter unter den Befürwortern aktiver Sterbehilfe ist die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). Sie fordert eine rechtlich verbindliche Regelung bzw. Legalisierung aktiver Sterbehilfe wie in unseren Nachbarländern Belgien und den Niederlanden.

Ein weiter Diskussionspunkt ist die Patientenverfügung. Sie ist in Deutschland rechtlich verbindlich seit dem 01.09.2009. Für medizinische Laien ist dieser Punkt dennoch extrem schwierig einzuschätzen und zu formulieren, da man die kommenden Situationen einer Krankheit nur grob abschätzen kann. Schon sei Jahren wurde die Patientenverfügung immer häufiger von Ärzten und Gerichten anerkannt, wenn sie den formalen Anforderungen entsprach (vor allem: Schriftlich und bei vollständiger geistiger Klarheit formuliert und unterschrieben). Ein Beispiel, was die Problematik verdeutlicht:

„Krankenseinweisung trotz gegenteiliger Bestimmung in einer Patientenverfügung:

Die 75-jährige X hat schriftlich bestimmt, dass für den Fall einer akut auftretenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eine Verlegung auf die Intensivstation eines Krankenhauses nicht erfolgen dürfe. Zur Begründung ist ausgeführt, sie wolle nicht am Ende ihres Lebens u. U. einen langen Zeitraum nur durch Maschinen am Leben erhalten werden und auf der Intensivstation verbringen müssen. Als X dann tatsächlich einen Kreislaufkollaps erleidet und bewusstlos gefunden wird, veranlasst die Tochter, in Kenntnis der Verfügung ihrer Mutter, eine Verlegung in das Krankenhaus. Dort wird die Patientin auf die Intensivstation aufgenommen. Am Tag nach der Einlieferung erscheint die Tochter und verlangt nunmehr unter Hinweis auf die Patientenverfügung ihrer Mutter das Einstellen jeglicher intensivmedizinischer Maßnahmen. Die Mutter hatte sich jedoch inzwischen erholt und wartete auf die Verlegung auf die Normalstation.“²⁴¹

Wie die erstellte Umfrage zeigt, befürworten junge Menschen immer häufiger eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Gleichzeitig rücken konservative, religiöse Werte verstärkt bei jungen Menschen in den Hintergrund.

Bemerkenswert bei der Umfrage ist, dass auch die Mehrzahl der befragten angehenden Ärzte und Juristen aktive Sterbehilfe nicht mehr kategorisch ablehnen, wie es die BÄK und der DJT äußern. Das Vertrauen an medizinische Therapiemöglichkeiten vor allem im Hinblick auf Linderung starker chronischer Schmerzen ist unter Jungmedizinerinnen erstaunlich gering. Ist das ein Ausdruck dafür, dass möglicherweise die Hemmschwelle, aktive Sterbehilfe zu bejahen und auch zu praktizieren, sinkt? Provokant formuliert: Entweder es wird in Deutschland zu einer Legitimierung kommen, oder aber die Dunkelziffer steigt!?

Absolut wahrscheinlich ist, dass dieses Thema auch weiterhin an Brisanz gewinnen wird und die Diskussionen verschärft werden. Selbst innerhalb der Zeit, in der diese Arbeit entstanden ist, hat sich die beispielsweise die erwähnte Rechtslage bzgl. der Verbindlichkeit der Patientenverfügung maßgeblich geändert; zunächst als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt ist sie nun verbindlich und kann bzw. wird rechtliche Folgen bei nicht Einhaltung mit sich bringen.

3.2 Persönliche Stellungnahme

Als ich mich um diese Arbeit bemüht habe, war ich am Anfang meiner klinischen Ausbildung zur Ärztin. Für mich hat dieses Thema schon immer eine enorme Bedeutung gehabt, weniger aus persönlicher Erfahrung als aus Interesse an der Vielschichtigkeit der Materie. Zu diesem Zeitpunkt lehnte ich aktive Sterbehilfe konsequent ab und mir war auch nicht verständlich, wie Ärzte diese dennoch im Verborgenen durchführen und ihre Approbation aufs Spiel setzen konnten.

Jetzt, nach Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit mit einiger klinischer Erfahrung, betrachte ich die Problematik nicht mehr so schwarz-weiß. Zwar lehne ich als gläubige Katholikin aktive Sterbehilfe immer noch ab und könnte mir persönlich als Ärztin auch nicht vorstellen, einen Patienten auf seinen Wunsch hin zu töten; dennoch kann ich manche Argumentation der

Befürworter besser nachvollziehen als noch zu Beginn dieser Arbeit. Beispielsweise habe ich gelernt, dass es Schmerzen gibt, die auch mit den modernsten Medikamenten in speziellen Schmerzkliniken nicht ausreichend gelindert werden können und das Leben dieser Patienten sehr stark einschränken. Nicht selten erleiden diese Menschen zusätzlich eine Depression, da ihr Leben von Schmerzen bestimmt wird und häufig werden diese Patienten dadurch einsam. Diese Situationen regen zum Nachdenken an; auch darüber, wie man für sich selbst in so einer schwierigen Situation entscheiden würde

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis niedergelegt sind, eingehalten.“

Datum:

Unterschrift:

Katrin Uebbing

4. Literaturverzeichnis

001. www.3sat.de/SCRIPTS/print.php?url=/specials/97473/index.html, S.1, gedruckt am 16.04.07
002. Hirsch, Der sterbende Mensch: Rechtliche Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, in: ZRP, Heft 9, 1986, S.240
003. http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24808527_kw25_patientenverfuegung/index.html, am 12.11.2009
004. Hirsch, Der sterbende Mensch: Rechtliche Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, in: ZRP, Heft 9, 1986, S.239
005. zitiert nach: Schell, Werner: Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements), Werner Schell.

- Unter Mitarbeit von Wolfgang Schell, 3. aktualisierte Auflage, Hannover: Schlütersche, 2002, S.21
006. zitiert nach: Werner Schell, S. 24-26
007. zitiert nach: Werner Schell, S. 26-29
008. zitiert nach: www.jura.uni-bonn.de/institute/oerecht/loewer/linke/download/kas_sth.pdf,
gedruckt am 16.04.07
009. zitiert nach: http://bundesrecht.juris.de/stgb/_224, gedruckt am 04.12.2008
010. zitiert nach: http://bundesrecht.juris.de/stgb/_225, gedruckt am 04.12.2008
011. zitiert nach: http://bundesrecht.juris.de/stgb/_226, gedruckt am 04.12.2008
012. zitiert nach: ebenda
013. zitiert nach: Werner Schell, S. 29-30
014. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin: Ärztliche Moral von der Antike bis heute,
Verlag C.H. Beck oHG, München, 2004, S.41
015. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S.40
016. ebenda
017. zitiert nach: Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 40
018. <http://www.philolex.de/platon.htm>, S.1, gedruckt am 25.08.07
019. ebenda
020. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 34
021. zitiert nach: Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 35
022. zitiert nach: ebenda
023. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 35
024. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 36
025. <http://www.textlog.de/6176.html?print>, S.1, gedruckt am 25.8.07
026. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 36
027. ebenda, S. 37
028. ebenda
029. zitiert nach: Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 37
030. <http://www.textlog.de/6176.html?print>, S.1, gedruckt am 25.8.07
031. <http://www.medizin-ethik.ch/publik/hyppokrates.htm> , S.1, gedruckt am 24.08.07
032. Beckmann, Dorothee: Hippokratischer Ethos und ärztliche Verantwortung:, Zur Genese
eines anthropologischen Selbstverständnisses griechischer Heilkunde im Spannungsfeld
zwischen ärztlichem Können und moralischer Wahrnehmung / Dorothee Beckmann.
Lang: Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, 1995, S.323

033. zitiert nach: Beckmann, Dorothee: Hippokratischer Ethos und ärztliche Verantwortung:
S. 439-440
034. Beckmann, Dorothee: Hippokratischer Ethos und ärztliche Verantwortung: S.331
035. ebenda, S. 332
036. ebenda, S. 332
037. Berdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 48
038. Bergdolt, Klaus. Das Gewissen der Medizin, S. 50
039. Bergdot, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S.82-83
040. ebenda, S.85
041. ebenda, S. 88-89
042. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 109
043. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 110
044. ebenda, S. 114
045. ebenda, S. 116-118
046. <http://www.aekhs.de/shae/2002/200207/h027058a.html>, S.4, gedruckt am 28.08.07
047. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S. 121
048. <http://www.aekhs.de/shae/2002/200207/h027058a.html>, S.4, gedruckt am 28.08.07
049. Rolf Winau, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, in: Winau, Rolf und
Rosemeier, Hans Peter (1984): Tod und Sterben, Berlin: Walter de Gruyter, S. 27-50
050. zitiert nach: Karl Binding und Alfred Hoche: Die Freigabe der Vernichtung
lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920, 2.Auflage 1922, S.40
051. zitiert nach: Karl Binding und Alfred Hoche, S.51
052. Rolf Winau, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, in: Winau, Rolf und
Rosemeier, Hans Peter (1984): Tod und Sterben, Berlin: Walter de Gruyter, S.38
053. zitiert nach: Joachim Müller: Wegstationen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken
Nachwuchses. Sterilisation und Gesetzgebung bis 1933, Husum 1984 (= Abhandlungen
zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 49)
054. zitiert nach: Gerhard Baader: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in: Medizin im
Nationalsozialismus, Protokolldienst Bad Boll 23/82, 1982, S.150
055. Verlegt nach Hadamar. Die Geschichte einer NS-„Euthanasie“-Anstalt, bearbeitet von
Bettina Winter, Kassel: Eigenverlag 1991, S.29-181
056. zitiert nach: Verlegt nach Hadamar. Die Geschichte einer NS-„Euthanasie“-Anstalt,
bearbeitet von Bettina Winter, Kassel: Eigenverlag 1991, S.29
057. Verlegt nach Hadamar, S. 31

058. zitiert nach: Nassauische Erziehungsheime, Im Auftrage des Nassauischen Landesjugendamtes, hrsg. von Landeserziehungsrat Dr. Friedrich Stöffler, Düsseldorf 1929, S. 64
059. Verlegt nach Hadamar, S. 31-32
060. zitiert nach: Adolf Hitler, Mein Kampf, 390/394. Auflage, München 1939, S. 279
061. zitiert nach: Hitler, Mein Kampf, S.282
062. zitiert nach: Verlegt nach Hadamar, S.79
063. zitiert nach: Verlegt nach Hadamar, S. 107
064. Verlegt nach Hadamar, S.110
065. Verlegt nach Hadamar, S.109f.
066. Verlegt nach Hadamar, S.152
067. ebenda
068. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=3799>, S.1, gedruckt am 24.08.2007
069. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S.286
070. ebenda
071. zitiert nach: [http:// www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf), am 14.10.09
072. Bergdolt, Klaus: Das Gewissen der Medizin, S.292-293
073. zitiert nach.: Madea, Burghard: Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, Springer – Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, 2003, S.539
074. zitiert nach: <http://kirchensite.de/index.php?myELEMENT=66563>, am 01.10.07
075. zitiert nach: <http://www.betreuerlexikon.de/bak.html>, am 01.10.07
076. ebenda
077. <http://www.djt.de/index.php>, gedruckt am 17.04.2007
078. zitiert nach: <http://www.djt.de/index.php>, gedruckt am 17.04.2007, S.9-10
079. zitiert nach: <http://www.djt.de/index.php>, gedruckt am 17.04.2007, S.12
080. Informationsmaterial der DGHS, Lange Gasse 2-4, 86152 Augsburg
081. Gespräch mit der Koordinatorin des Hospiz-Verein Giessen e. V. Frau G. Rodemeier-Jäger am 19.09.2007
082. <http://lexikon.meyers.de/meyers/Hospiz>, am 25.09.07
083. <http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,druck-458667,00.html>, gedruckt: 27.02.2007
084. http://zeus.zeit.de/text/2005/44/KastenSchweiz_2fHolland, gedruckt: 13.03.07
085. Redmann, Jutta: Ich möchte über mein Ende selbst bestimmen, Der Tagesspiegel Nr. 19081, 22.01.06, S.8

086. zitiert nach: <http://www.dignitas.ch/we/seite05.html>, S. 2 von 2, gedruckt: 11.01.2006
087. zitiert nach: <http://www.dignitas.ch/we/seite05.html>, S. 1 von 2, gedruckt: 11.01.2006
088. ebenda
089. Sterbehilfe bedingt erlaubt, Die wichtigsten Bestimmungen des umstrittenen Gesetzes,
in: Grenz-Echo, 24.09.02
090. 30 Euthanasie-Anträge pro Monat, Dunkelziffer soll deutlich höher liegen, in: Grenz-
Echo, 7.09.2005
091. ebenda
092. ebenda
093. Sterbehilfe bedingt erlaubt, Die wichtigsten Bestimmungen des umstrittenen Gesetzes,
in: Grenz-Echo, 24.09.02
094. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.1
095. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.1-3
096. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.3-5
097. zitiert nach: www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt:
06.03.07, S.4
098. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.5
099. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.5-9
100. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408, gedruckt: 06.03.07, S.9
101. Ihr kehrt alles unter den Teppich, Ein Gespräch mit dem niederländischen
Sterbehilfeadvokaten Rob Jonquière über Euthanasie, deutsche Tabus und die Zukunft des
Sterbens, FAZ, 14.11.2005
102. zitiert nach: Ihr kehrt alles unter den Teppich, Ein Gespräch mit dem niederländischen
Sterbehilfeadvokaten Rob Jonquière über Euthanasie, deutsche Tabus und die Zukunft des
Sterbens, FAZ, 14.11.2005
103. http://zeus.zeit.de/text/2005/44/KastenSchweiz_2fHolland, gedruckt: 13.03.2007
104. zitiert nach: FAQ Sterbehilfe, Fragen und Antworten zum niederländischen Gesetz über
die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung:
Abteilung Auslandsinformation des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten
(deutsch), 2001, S. Anhang
105. zitiert nach: ebenda
106. zitiert nach: www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1407, gedruckt:
06.03.2007, S.1
107. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1407, gedruckt: 06.03.2007, S.1

108. www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1407, gedruckt: 06.03.2007, S.2-5
109. FAQ Sterbehilfe, Fragen und Antworten zum niederländischen Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung: Abteilung Auslandsinformation des Ministeriums für auswärtige Angelegenheiten (deutsch), 2001, S.7
110. ebenda, S.7
111. ebenda, S.8
112. ebenda, S.15
113. ebenda, S.16
114. ebenda, S.17
115. schriftliche Auskunft von Salvador Rueda (Spanische Botschaft in Berlin), am 11.04.2007
116. http://www.europolitan.de/cms/?s=ep_tagesmeldungen&mtid=3976, gedruckt am 04.09.07
117. http://www.welt.de/print-welt/article704196/Sterbehilfe_beendet_Todesdrama_von_Piergiorgio_Welby.html, gedruckt am 04.09.07
118. http://www.welt.de/print-welt/article704196/Sterbehilfe_beendet_Todesdrama_von_Piergiorgio_Welby.html, gedruckt am 27.01.2007
119. zitiert nach: gedruckt am 27.01.2007 http://www.welt.de/print-welt/article704196/Sterbehilfe_beendet_Todesdrama_von_Piergiorgio_Welby.html,
120. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/19/070a0301.asp>, gedruckt am 30.08.07
121. ebenda
122. http://www.welt.de/print-welt/article191863/Britische_aerzt_leisten_illegale_Sterbehilfe.html, gedruckt am 03.04.07
123. zitiert nach: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,395951,00.html>, gedruckt am 19.01.2006
124. <http://hpd-online.de/node/519>, gedruckt am 09.09.07
125. http://www.schule-bw.de/schularten/berufliche_schulen/berufsschule/hls_berufe/sozialpaed/mensch/sterbehilfe_anderer_laender.html#_ftn26, 09.09.07
126. zitiert nach: <http://hpd-online.de/node/1828>, S.1, gedruckt am 09.09.07

127. schriftliche Auskunft von Kenji Tamino (Japanische Botschaft in Berlin), am 07.02.2006
128. ebenda
129. www.focus.de/panorama/welt/urteil_aid_52676.html, gedruckt am 17.04.2007
130. www.katolsk.no/nyheter/2002/09/23-0029.html, gedruckt am 17.04.2007
131. www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=27722, gedruckt am 06.03.2007
132. schriftliche Auskunft von Nicole Fries (Botschaft der United States of America in Frankfurt), am 07.02.2006
133. <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,509036,00.html>, am 09.09.07
134. http://www.dieterwunderlich.de/Terri_Schiavo.htm, am 09.09.07
135. <http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=1963>, am 10.09.2007
136. <http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docId=103979>, am 10.09.07
137. http://www.spkpfh.de/Volksentscheid_gegen_Euthanazi.htm, am 10.09.07
138. http://www.bpb.de/popup_druckversion.html?guid=KNCEFS&page=1, gedruckt am 03.04.2007
139. <http://www.wdr.de/themen/kultur/stichtage/2004/12/18.jhtml>, S.1, gedruckt am 29.04.2008
140. Ludwig Haas: Für kranke Menschen sorgen. Die Bedeutung der „Cura“ für ethisches Handeln im Gesundheitswesen, Münster 2000 (=StdM 17), S.268
141. zitiert nach: Christoph Götz: Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum, Münster 2000 (=StdM 15), S. 15
142. Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (05.05.1980), in: Sekretariat der DKB (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 20, Bonn 1980
143. Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, Einleitung (1980), S.5-6
144. zitiert nach: Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, II (1980), S.8
145. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_ge.html, 13.03.08
146. zitiert nach: Götz: Ethik (2000), S. 267
147. Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, II (1980), S.8
148. zitiert nach: Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, II (1980), S.9
149. zitiert nach: Johannes Paul II.: „Evangelium vitae“ an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie alle Menschen guten Willens über den Wert

- und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens (25.03.1995), in : Sekretariat der DBK (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120, Bonn 1995, Nr. 20, S.27
150. zitiert nach: Johannes Paul II.: Evangelium vitae, Nr. 64 (1995), S.79
151. zitiert nach: ebenda
152. ebenda
153. zitiert nach: Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, III (1980), S.9
154. Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, III (1980), S.10
155. zitiert nach: Götz: Ethik (2000), S. 271
156. Kongregation für die Glaubenslehre: Euthanasie, IV (1980), S.11f
157. DBK: Menschenwürdig sterben und christlich sterben (20. November 1978),
Schwerstkranken und Sterbenden beistehen (20. Februar 1991), Die Hospizbewegung.
Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis, Erklärungen der
Pastoralkommission (23. September 1993), Im Sterben. Umfängen vom Leben,
Gemeinsames Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen
Kirche in Deutschland zur Woche für das Leben (1996), Bonn ⁶2001 (=Die deutschen
Bischöfe 47)
158. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.14
159. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.15
160. Elisabeth Kübler-Ross: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart ¹⁰1977, S.41-119
161. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.20
162. Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.20
163. Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.6, 13
164. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.7
165. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.9
166. Die deutschen Bischöfe (47): Menschenwürdig sterben (⁶2001), S.13
167. DBK: Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, Bonn 01.06.1975 (=Die
deutschen Bischöfe 4)
168. Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.4f
169. zitiert nach: Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.6
170. zitiert nach: DBK (Hg.): Katholischer Erwachsenenkatechismus. Leben aus dem
Glauben, Bd.2, Bonn 1995, S.308
171. zitiert nach: ebenda
172. Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.6
173. Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.7

174. ebenda
175. Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.9
176. Die deutschen Bischöfe (4): Lebensrecht (1975), S.9f
177. <http://www.wdr.de/themen/kultur/stichtage/2004/12/18.jhtml>, S.1, gedruckt am 29.04.2008
178. zitiert nach: Walter Jens: Si vis vitam para mortem. Die Literatur über Würde und Würdelosigkeit des Sterbens, in: Ders., Hans Küng (Hg.): Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995, S.87-131
179. zitiert nach: Jens: Si vis vitam para mortem (1995), S.119
180. zitiert nach: Jens: Si vis vitam para mortem (1995), S.125
181. zitiert nach: Hans Küng: Sterbehilfe? Thesen zur Klärung, in: Rundbrief des Verbandes der katholischen Religionslehrerinnen und Religionslehrer an Gesamtschulen e.V. (VGR-Rundbrief), 2/2001, S.5-12, hier: S.5
182. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.52, 56f.
183. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.17
184. zitiert nach: ebenda
185. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.20f.
186. Hans Küng: Ewiges Leben?, München ⁸2002, S.203ff.
187. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.22ff
188. ebenda
189. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.24ff.
190. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.27
191. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.36
192. Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.200ff.
193. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.38
194. Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.206ff.
195. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.40
196. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.41f.
197. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.42
198. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.58
199. zitiert nach: Walter Jens: Samariter in der letzten Stunde, in: Süddeutsche Zeitung, Nr. 249/2003 (29.10.2003), S.2

200. zitiert nach: Hans Küng: Palliativmedizin. Keine Antwort auf alle Sterbewünsche. Prof. Dr. Hans Küng über „Sinn des Lebens – Sinn des Sterbens“, in: Humanes Leben – Humanes Sterben, Nr.4/2000, S.25
201. Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.213ff; Vgl. ebenso: Küng, Menschenwürdig sterben (1995), S.43ff.
202. zitiert nach: Küng: Palliativmedizin (2000), S.25
203. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.49
204. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.48
205. Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.213 und vgl. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.49f
206. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.53
207. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.54
208. zitiert nach: Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.215
209. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.55
210. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.56
211. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.57
212. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.59f
213. Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.216
214. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.62f
215. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.66
216. zitiert nach: Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.67
217. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.66
218. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.77ff
219. zitiert nach: Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.200
220. Küng: Menschenwürdig sterben (1995), S.72
221. zitiert nach: Küng: Ewiges Leben (⁸2002), S.200
222. zitiert nach: Ruth Scholz: Die Diskussion um die Euthanasie. Zu den anthropologischen Hintergründen einer Ethischen Fragestellung, Münster 2002, S.204
223. zitiert nach: ebenda
224. Deutscher Bundestag (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin): Zwischenbericht. Patientenverfügungen, Drucksache 15/3700, Berlin 2004
225. EKD, DBK: Christliche Patientenverfügung. Mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Hannover/Bonn ²2003 (=Gemeinsame Texte 15)
226. zitiert nach: EKD, DBK (15): Patientenverfügung (²2003), S.8f

227. zitiert nach: Uwe Gerstenkorn: Hospizarbeit in Deutschland. Lebenswissen im Angesicht des Todes, Stuttgart 2004, S.22
228. zitiert nach: ebenda
229. ebenda, S.22f und Ruth Scholz: Die Diskussion um die Euthanasie. Zu den anthropologischen Hintergründen einer Ethischen Fragestellung, Münster 2002, S. 352f.
230. Gerstenkorn: Hospizarbeit (2004), S.26
231. Scholz: Euthanasie (2002), S.352
232. Scholz: Euthanasie (2002), S.367
233. zitiert nach: Schara, Beck: Art. Sterbehilfe (2000) S.447
234. zitiert nach: Gerstenkorn: Hospizarbeit (2004), S.23
235. Gerstenkorn: Hospizarbeit (2004), S.24
236. zitiert nach: Gerstenkorn: Hospizarbeit (2004), S.30
237. zitiert nach: Gerstenkorn: Hospizarbeit (2004), S.33 und vgl. Deutsche Hospiz Stiftung (DHS): Hospiz Info Brief 03/2004 zur Patientenautonomie am Lebensende, Dortmund 2004
238. Scholz: Euthanasie (2002), S.354
239. zitiert nach: Beckmann, Dorothee: Hippokratischer Ethos und ärztliche Verantwortung; zur Genese eines anthropologischen Selbstverständnisses griechischer Heilkunde im Spannungsfeld zwischen ärztlichem Können und moralischer Wahrnehmung / Dorothee Beckmann. Lang: Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, 1995, S. 439-440
240. zitiert nach: <http://kirchensite.de/index.php?myELEMENT=66563>, am 01.10.07
241. zitiert nach: Dettmeyer, Reinhard: Medizin & Recht; Rechtliche Sicherheit für den Arzt. Bonn, Springer: Heidelberg 2006, 2. Auflage, S.106