

Selbstbestimmtes Sterben und Sterbehilfe

Wer sich in der Schule, in der Erwachsenenbildung oder im gemeindlichen Kontext mit dem Thema »Sterbehilfe« befasst, betritt ein heiß diskutiertes Feld. Welche Position ist gut begründet? Welche Argumente überzeugen?

MATTHIAS REMENYI

Wie würden Sie entscheiden? *Eluana Englaro* ist tot. Sie starb am 9. Februar 2009, nur einen Tag, nachdem die 38-Jährige im Pflegeheim von Udine das letzte Mal Nahrung und Flüssigkeit durch eine Nasensonde erhalten hatte. Der Fall spaltete Italien bis in die höchsten Spitzen politischer Entscheidungsträger hinein und befeuerte die Debatte um Sterbehilfe aufs Neue.

Eluana Englaro litt am sogenannten apallischen Syndrom, das bei schwerer Schädigung des Großhirns eintritt, bei dem aber Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark erhalten bleiben. Die Betroffenen wirken wach, haben aber aller Wahrscheinlichkeit nach kein Bewusstsein. Man spricht deshalb von Wachkoma oder – medizinisch korrekter – von permanentem/ständigem bzw. persistentem/andauerndem vegetativem Zustand (PVS). *Eluana Englaro* fiel im Jahr 1992 in Folge eines Autounfalls ins Wachkoma. Ihr Vater, der sich bis zuletzt aufopferungsvoll um die Tochter kümmerte, kämpfte seit zehn Jahren dafür, seine Tochter sterben zu lassen. Er macht dafür frühere Willensäußerungen seiner Tochter geltend: Sie selbst habe vor ihrem Unfall beim An-

blick eines Komapatienten versichert, nie so weiterleben zu wollen. Die Nonnen, die *Eluana* betreuten, baten dagegen um nichts anderes, als einfach in Ruhe die Pflege und Betreuung der Patientin weiter übernehmen zu dürfen. Noch drei Tage vor ihrem Tod versuchte die Regierung *Berlusconi* per Eildekret, den höchstrichterlich genehmigten Abbruch der künstlichen Ernährung zu verhindern. Doch Staatspräsident *Napolitano* verweigerte seine Unterschrift unter diese Notverordnung. Daraufhin wurde die künstliche Ernährung eingestellt.

Wie würden Sie entscheiden? Ich kann Ihnen mit dem Folgenden keine glatte Antwort auf diese Frage liefern. Aber ich möchte einige pointierte Positionen vorstellen und dann Argumente abwägen, die bei der eigenen Urteilsbildung helfen können.

Heiligkeit des Lebens

Die kirchliche, lehramtlich vertretene Position zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Sterbehilfe ist – zumindest auf den ersten Blick – klar und eindeutig. Sie bezieht sich auf den absoluten Schutz des Lebens in allen seinen Stadien und beruft sich auf die Heiligkeit des dem Menschen von Gott geschenkten Lebens sowie auf die unveräußerliche Würde der menschlichen Person.

So ruft das kirchliche Lehramt immer wieder die »überragende Würde der menschlichen Person, besonders ihr Recht auf Leben« in Erinnerung – so die Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre »*Iura et bona*« zur Euthanasie vom 5. Mai 1980. Das menschliche Leben ist, so heißt es dort, »etwas Heiliges«, ein »Geschenk der Liebe Gottes« (*Iura et bona*, I).

Die Doktrin der Heiligkeit des Lebens geht hier engstens zusammen mit der Lehre von der unveräußerlichen Würde und dem unabdingbaren Wert der menschlichen Person. Beides sind Grundpfeiler kirchlicher Argumentation. Der Wille der Kirche, Anwalt für das Leben zu sein, basiert auf einem Menschenbild, das die Würde der menschlichen Person in der Souveränität des Schöpfergottes verankert. Das menschliche Leben ist ein Geschenk Gottes; es ist dem Menschen anvertraut, aber steht ihm nicht beliebig zur Disposition. Dem Geschenkcharakter des Lebens entspricht daher die Verpflichtung, den Tod »mit aller Würde« anzunehmen, »ohne die Todesstunde in irgendeiner Weise zu beschleunigen« (*Iura et bona*, Schluss).

Das Kernargument ist ein theologisches und liegt in der absoluten Souveränität Gottes: Gott ist der Schöpfer allen Lebens, der Schöpfer des Himmels und der Erde und der Schöpfer des Menschen. Deshalb ist er der alleinige Herr über Leben und Tod. Wir Menschen, so formuliert es der Weltkatechismus, sind »nur Verwalter, nicht Eigentümer des Lebens, das Gott uns anvertraut hat. Wir dürfen darüber nicht verfügen« (KKK 2280).

Gewöhnliche und verhältnismäßige Mittel

Wie steht es angesichts dieses Befundes mit dem apallischen Syndrom? Hätte nach vatikanischer Ethik *Eluana Englaro* sterben dürfen? Die Antwort lässt sich bereits erahnen. Anlässlich eines ähnlich gelagerten Falls, der im Jahr 2005 verstorbenen Wachkomapatientin *Terry Schiavo* aus Florida, legte die nordamerikanische Bischofskonferenz der

Kongregation für die Glaubenslehre in Rom zwei Fragen zur künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetativen Zustand zur Beantwortung vor. Die Antwort aus Rom erfolgte am 1. August 2007.

Frage 1 der US-Bischöfe: Ist die Ernährung und Wasserversorgung eines Patienten im vegetativen Zustand verpflichtend? Antwort: »Ja. Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung. Sie ist darum verpflichtend.« Entscheidend bei dieser Begründung ist die Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen bzw.

Der Wille der Kirche, Anwalt für das Leben zu sein, basiert auf einem Menschenbild, das die Würde der menschlichen Person in der Souveränität des Schöpfergottes verankert.

zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln. Da Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe gewöhnliche und verhältnismäßige Mittel sind, sind sie moralisch geboten.

Frage 2: Kann die Verabreichung von Nahrung und Wasser unterbrochen werden, wenn feststeht, dass der Patient das Bewusstsein nie mehr wiedererlangen wird? Antwort: »Nein. Ein Patient im »anhaltenden vegetativen Zustand« ist eine Person mit einer grundlegenden menschlichen Würde, der man deshalb die gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege schuldet, welche prinzipiell die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichem Wege, einschließt.« Hier wird zunächst auf das Basisargument der Menschenwürde verwiesen, sodann aber nochmals daran erinnert, dass es sich bei Ernährung und Flüssigkeitsgabe mitnichten um eine eventuell diskutabile Therapieform handelt, sondern lediglich um die ganz gewöhnliche Pflege. Dahinter steht die Überlegung, dass Patienten im Wachkoma in der Regel stabil sind, d.h. sie atmen spontan und ihre Stoffwechselprozesse funktionieren ganz normal. Ursache für ihren Tod wäre folglich

nicht eine Krankheit oder der vegetative Zustand, sondern einzig das Verhungern und Verdurstern.

Zwischen Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen

Das vatikanische Papier hebt so nachdrücklich auf die Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln ab, weil hier die haarfeine Grenze zwischen dem Sterbenlassen angesichts des unumkehrbar nahenden Todes und einer aktiven Tötungshandlung verläuft. Letztere ist nicht nur von kirchlicher Seite moralisch verworfen, sondern – zumindest in Deutschland – auch verboten und strafbewehrt (§ 216 StGB).

Zwar können beim Suizid wie bei einer Tötung auf Verlangen (diese Formulierung ersetzt zunehmend den missverständlichen Ausdruck der »aktiven Sterbehilfe«) die je individuelle Schuldhaftigkeit und moralische Zurechenbarkeit sehr unterschiedlich gelagert sein und bei subjektiver Gewissensnot der Beteiligten auch ganz ausfallen. Und doch bleibt es dabei: Auch bei einem Handeln aus subjektiv bestem Wissen und Gewissen sind aus Sicht der kirchlichen Morallehre Suizid und Tötung auf Verlangen gleichermaßen in sich schlechte Handlungen. Sie stellen ein sog. *intrinsice malum* dar, das objektiv nie und niemals gerechtfertigt werden kann. Die kirchliche Wortwahl ist hier klar und eindeutig. Bei der Tötung auf Verlangen – das vatikanische Dokument wählt hier den in Deutschland aus historischen Gründen gemiedenen Begriff der Euthanasie – geht es »um die Verletzung eines göttlichen Gesetzes, um eine Beleidigung der Würde der menschlichen Person, um ein Verbrechen gegen das Leben, um einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht« (*Iura et bona*, II).

Anders stehen die Dinge beim Sterbenlassen angesichts des unumkehrbar nahenden Todes, also jenen Handlungsfeldern, die man bisher unter dem Begriff der passiven Sterbehilfe zusammengefasst hat. Dies ist lehramt-

lich ausdrücklich gebilligt. Hierzu erklärt der Weltkatechismus: »Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können« (KKK 2278). Die Aussage zielt auf das Sterbenlassen bei bereits unumkehrbarem Sterbeprozess, unterstreicht also die Legitimität der »passiven Sterbehilfe«. Bedeutsam ist auch hier die Unterscheidung zwischen ordentlichen und außerordentlichen Verfahren. Denn sie zeigt – wie obige Betonung der gewöhnlichen und verhältnismäßigen Mittel – die moralische Wasserscheide der Sterbehilfe an, ab der aus einer (gebotenen) Hilfe im Sterben eine (fragwürdige) Hilfe zum Sterben wird: Eine Vernachlässigung der normalen Basisbetreuung, etwa durch Nahrungsentzug, würde direkt den Tod des Patienten zur Folge haben und wäre so eine fragwürdige Hilfe *zum* Sterben, während die Einstellung

Die Unterscheidung zwischen ordentlichen und außerordentlichen Verfahren markiert für die Kirche die moralische Grenze der Sterbehilfe.

außerordentlicher, nicht mehr zum Ziel führender Maßnahmen den Patienten vor unzumutbaren Belastungen schützt und so eine Hilfe *im* durch die Krankheit verfügbaren Sterben ist. Fraglich ist allerdings immer, wo die sittlich gebotene normale Hilfe endet und das nicht mehr gebotene Außerordentliche und Unverhältnismäßige, das den Sterbeprozess nur künstlich hinauszögert, beginnt.

Gleiches gilt auch für Schmerztherapien am Lebensende, also der »indirekten Sterbehilfe«. Bereits seit einer Erklärung *Pius' XII.* vom 24. Februar 1957 ist kirchlicherseits klar, dass eine Schmerztherapie durch Narcotika oder andere Sedativa auch dann gestattet ist, wenn vorauszusehen ist, dass ihre Anwendung das Leben des Patienten ver-

kürzt. Denn auch hier wird der Tod ja in keiner Weise direkt gewollt, sondern nur als ungewollte Handlungsfolge der eigentlich angestrebten Schmerzlinderung in Kauf genommen. Das gilt übrigens ausdrücklich auch bei Patienten ohne direkte vorherige Willensäußerung, denn – so nochmals die Erklärung der Glaubenskongregation von 1980 – man darf »mit Recht voraussetzen, dass sie diese schmerzstillenden Mittel haben möchten« (*Iura et bona*, III). Die ethisch vertretbaren Handlungsspielräume, gerade auch in der palliativen, schmerzlindernden und pflegenden Medizin sind aus lehramtlicher Sicht weitaus größer, als so manche kirchenkritische Stimme vermuten lässt.

Kritik

Freilich ist diese Argumentation bei näherer Betrachtung mitnichten unanfechtbar. So vermerkt etwa der Freiburger Moraltheologe *Eberhard Schockenhoff*, die Berufung auf die Heiligkeit des Lebens stehe »im Verdacht, eine pathetische Beschwörungsformel zu sein, die zur konkreten Urteilsbildung in ethischen Konfliktfällen nichts beiträgt« (*Schockenhoff* 186). Und in der Tat: Diese Doktrin wäre nur dann eindeutig handlungsleitend, wenn sie ausnahmslos und unbeschränkt gelten würde. Das tut sie aber nicht, sondern wird lehramtlich vielfach eingeschränkt und unter Beachtung anderer Handlungsziele präzisiert. Das verdeutlichen z.B. das Recht auf Tötung eines Angreifers in Notwehr oder Krieg sowie das Recht zum Tyrannenmord. Aber auch die prinzipiell gegebene, weil kirchlich zwar inzwischen abgelehnte, aber immer noch nicht definitiv untersagte Möglichkeit der Todesstrafe setzt die Doktrin von der Heiligkeit des Lebens in – gelinde gesagt – sehr kreativer Weise um. Wenn aber die Heiligkeit des Lebens näherer Präzisierung bedarf, dann stellt sich schon die Frage, weshalb die Grenzen vom Lehramt so gezogen werden, wie gerade dargelegt. Das bedeutet nicht, dass die lehramtlichen Grenzlinien falsch gesteckt sind. Das bedeutet nur, dass

sie über den Verweis auf die Heiligkeit des Lebens und die Souveränität des Schöpfergottes hinaus mit Argumenten begründet werden müssen.

Aus der Rede von der Heiligkeit oder dem Geschenkcharakter des Lebens lassen sich keine unmittelbaren Konsequenzen für das ethisch Richtige in einzelnen Dilemmasituationen ableiten. Diese Aussagen erläutern vielmehr positiv und grundsätzlich die christliche Haltung der Dankbarkeit gegenüber dem Schöpfergott. Es handelt sich dabei um grundlegende Maximen, die all unser Handeln leiten sollen. Als solche sind sie wahr und wertvoll und unaufgebbar. Aber sie können nicht jeden einzelnen Handlungsschritt mit hinreichender Präzision und Sicherheit ausloten. Ein sittliches Urteil darf angesichts der ganz unterschiedlichen Situationen nur je individuell gefällt werden und kann nur über einen Vergleich konkurrierender Werte bzw. Übel gewonnen werden. Und hier ist es eben nicht von vornherein so klar ausgemacht, wie z.B. der Wert der Patientenautonomie (immerhin in der Personwürde und theologisch in der Gottebenbildlichkeit verankert) oder der Wert der bewussten Lebensqualität ethisch einzuordnen und in ein richtiges Verhältnis zur Unantastbarkeit des Lebens zu setzen ist. Es wird also gut sein, in einem weiteren Schritt einige der konkreten Konfliktfelder und unterschiedlichen Argumentationsstrukturen in den Blick zu nehmen, in denen ethische Entscheidungssituationen am Lebensende situiert sind.

Das Mitleidsargument

Eines der gängigsten Argumente für die Freigabe der Tötung auf Verlangen ist der Verweis auf das unerträglich Leiden der Betroffenen. Ist es nicht grausam, Menschen in ihrem Leid zu belassen und die Erlösung durch den Tod zu verweigern, obwohl sie in aussichtsloser Situation oder wegen starker Schmerzen danach verlangen? Im Gegenzug ist zunächst einmal darauf hinzuweisen, dass sich die Schmerzen in der Regel durch die mo-

derne Palliativmedizin gut in den Griff bekommen lassen. In den allermeisten Fällen ist eine weitestgehende Schmerzfreiheit möglich. Vor allem aber ist kritisch zu fragen, ob das Argument nicht auf eine Abschaffung des Leids durch die Beseitigung des Leidenden hinausläuft – eine Forderung, die die Medi-

zin und die sie Anwendenden gleichermaßen missbraucht.

Mit Blick auf unser Eingangsbeispiel verkompliziert sich die Situation dadurch, dass Wachkomapatienten sich nicht über ihre Befindlichkeit äußern können. Wir wissen daher nicht mit Sicherheit, ob und, wenn ja, was

und wie viel sie fühlen. Aber die Ausfälle in der Großhirnrinde und die daraus resultierende Bewusstlosigkeit lassen vermuten, dass sie keinem subjektiven Leidempfinden ausgesetzt sind. Neuere Forschungsergebnisse

Geht es vielleicht um eine Abschaffung des Leids durch die Beseitigung des Leidenden?

lassen darauf schließen, dass ihre Lebensqualität eventuell sogar höher ist als bislang vermutet. Bezieht sich vielleicht das Mitleidsargument in Wirklichkeit gar nicht auf den Kranken, sondern auf die Situation der leidenden Angehörigen? Ist vielleicht für uns Außenstehende die Vorstellung, in eine solche Situation zu geraten, derart unausdenkbar, dass wir diese Unausdenkbarkeit auf die konkret Betroffenen projizieren?

Töten oder Sterbenlassen: einerlei?

Die kirchliche Morallehre streicht mit Nachdruck den grundlegenden Unterschied zwischen der Tötung auf Verlangen und dem bloßen Sterbenlassen bei nahendem Tod heraus: Erstere sei ethisch unverantwortbar, Letzteres könne unter Umständen sogar ein Gebot der Menschlichkeit sein. Aber ist diese Differenzierung nicht eine haarspalterische Fiktion? Ist es nicht einerlei, ob ich einen Menschen in seinem Sterben belasse oder ihn auf sein Verlangen hin töte? Oft wird argumentiert, eine Tötung auf Verlangen sei ethisch gerechtfertigt, weil kein moralisch relevanter Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen bestehe: Beides geschehe vorsätzlich, und beide Male sei das Resultat das gleiche – der Tod.

Im Gegenzug verweisen die Kritiker dieser Position mit Nachdruck auf die fundamentale ethische Differenz zwischen Tötungshandlungen und Therapiebegrenzungen. Es geht nämlich gar nicht um eine einlinige Folgenabschätzung (tot ist tot), sondern um die komplexe ethische Bewertung der vollen Handlungsstruktur. Und hier unterscheiden

sich Töten und Sterbenlassen erstens hinsichtlich der Todesursache: Ist der Tod auf das Handeln des Arztes zurückzuführen oder auf den natürlichen Desintegrationsprozess des sterbenden Organismus? Sie unterscheiden sich zweitens hinsichtlich der Handlungsabsicht: Geht es um die Herbeiführung des Todes oder um das Zulassen des Sterbenskönnens? Drittens unterscheiden sie sich hinsichtlich der grundsätzlichen Einstellung zu Tod und Sterben: Soll über das Sterben eines Menschen verfügt werden können, soll der Tod »gemacht« werden können, oder werden lediglich die Grenzen ärztlicher Heilkunst akzeptiert?

Patientenwille als oberstes Gebot?

Eines der Hauptargumente des Vaters von *Eluana Englaro* war der einstmals geäußerte Wille seiner Tochter, niemals so leben zu wollen. Er verweist damit auf die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht seiner Tochter – sie allein habe das Recht, darüber zu entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen an ihr vorgenommen werden sollen oder nicht. Das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten ist einer der wichtigsten Faktoren in der Arzt-Patient-Beziehung überhaupt und erlangt in der ethischen Diskussion um das Lebensende immer mehr Gewicht. So betont der nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme von 2006, »dass der autonome Wille des Patienten Grund und Grenze ärztlicher Intervention bildet« (33). Freilich muss dem Arzt das gleiche Recht zugestanden werden. Er ist nicht der blinde Erfüllungsgehilfe des Patientenwunsches. Deshalb kann er zu keiner Maßnahme gezwungen werden, die seinen ethischen Maximen oder den Standesregeln widerspricht, selbst wenn sie juristisch rechtens wäre. Kein Patient hat das Recht auf eine Maßnahme, die der Arzt für unverantwortlich hält.

Aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten resultiert die hohe Bedeutung der Patientenverfügung. Erst unlängst hat das deutsche Parlament die Verbindlichkeit solcher Doku-

mente gestärkt. Doch hier wie im Falle von *Eluana Englaro* ergibt sich die Schwierigkeit der zeitlichen Distanz und der völligen Unvergleichlichkeit der Situation: Was ich heute hypothetisch als meinen Willen für den Fall der Fälle bekunde, muss im Jahre später eintretenden Fall der Fälle noch lange nicht mein Wille sein. *Walter Jens* ist das prominenteste Beispiel. Und selbst wenn die Willensbekundung ganz zeitnah und mitten in der konkreten Krankheitssituation erfolgt: Wer will entscheiden, ob der Todeswunsch wirklich einer nüchtern abgewogenen Lebensbilanzierung entspringt? In aller Regel beruht die Idee einer wohl abgewogenen, selbstbestimmten Entscheidung angesichts der extremen Belastung und der existenziellen Ausnahmesituation auf einer abstrakten Konstruktion, die die Klinikrealität in keiner Weise widerspiegelt. Vor allem aber stecken hinter dem Todeswunsch oft ganz andere Motive: die Angst vor Schmerzen und Siechtum etwa oder der Wunsch, niemandem zur Last zu fallen und keine unnötigen Kosten zu verursachen. Oft spielt auch der Wunsch nach Zuwendung und Kommunikation mit hinein. All das schließt natürlich die Möglichkeit einer abgewogenen Bilanzierung, die frei von verinnerlichter oder von außen herangetragenener Fremdbestimmung erfolgt, nicht kategorisch aus. Aber eine solche Möglichkeit erscheint realiter extrem unwahrscheinlich.

Nichteinwilligungsfähigkeit?

Was geschieht, wenn die betreffende Person nicht einwilligungsfähig ist und keine entsprechende Willensbekundung vorliegt? Was wäre geschehen, wenn *Eluana Englaro* sich zuvor nicht geäußert hätte? Der Bundesgerichtshof hat im sog. Kemptener Urteil 1994 entschieden, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme bei einem nicht entscheidungsfähigen Patienten auch ohne das Vorliegen eines ausdrücklichen Behandlungsverzichts grundsätzlich statthaft sein kann. Leitend im konkreten Fall – auch hier ging es um eine Wachkomapatientin – war die Annahme des mutmaßlichen Patientenwillens. Wer garantiert aber, dass der mutmaßliche Wille wirklich der des Patienten und nicht der Angehörigen ist? Und was soll geschehen, wenn – wie im Fall der 2005 nach erbittertem Rechtsstreit verstorbenen Wachkomapatientin *Terri Schiavo* aus Florida – die nächsten Angehörigen zu unterschiedlichen Einschätzungen des mutmaßlichen Patientenwillens gelangen? Ist ein Sterbenlassen in solchen Situationen moralisch zulässig? Hinzu kommt die bleibende Unsicherheit, ob der augenblickliche vegetative Zustand persistierend (erhalten über Zeit) oder permanent (irreversibel) ist; eine Unterscheidung, die kaum mit der nötigen Sicherheit zu bestimmen sein dürfte. Aus diesem Grund wird es wohl sinn-

voll sein, für den Grundsatz zu plädieren: *in dubio pro vita* – im Zweifel für das Leben.

Subjektive Lebensablehnung ausreichend?

Aufsehenerregend war das oben erwähnte Urteil des BGH auch deshalb, weil im fraglichen Fall der eigentliche Sterbeprozess noch nicht begonnen hatte. Erstmals hat ein deutsches Gericht die Zulässigkeit einer lebensverkürzenden medizinischen Maßnahme nicht vom akuten Sterbeprozess abhängig gemacht. Die damit verbundene Problematik zeigt das Beispiel Belgien. Dort wurde 2002 ein Gesetz verabschiedet, das bei Einhaltung gewisser Vorgaben die Zulässigkeit einer Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke vorsieht. Die Straffreiheit ist nicht an das unmittelbare Bestehen des Todes geknüpft, sondern erstreckt sich auch auf Fälle dauerhaften und unerträglichen physischen oder psychischen Leidens.

Damit wird die subjektive Lebensablehnung ausreichend für die Straffreiheit einer Tötung auf Verlangen. Wo aber und nach welchen Kriterien ist die Grenze zu ziehen? Weitergehende Interpretationen werden nötig: Fällt eine Alzheimererkrankung generell oder erst ab einem bestimmten Stadium darunter? Solche Zusatzkriterien sind weich und schwer zu kontrollieren. Mit anderen Worten: Was ist und wer definiert dauerhaftes und unerträgliches Leid? Die meisten Medizinethiker plädieren deshalb gegen eine Freigabe der Tötung auf Verlangen.

Grundsätzliches zum Schluss

All das sind Konfliktfelder, die in der individuellen Einzelsituation von Belang sind und bedacht werden müssen. Daneben gibt es aber auch grundsätzliche Erwägungen, die gegen eine Freigabe der Tötung auf Verlangen sprechen: Läuft eine solche Freigabe nicht dem ärztlichen Standesethos diametral zuwider und untergräbt so auf lange Sicht das

Vertrauen in den Ärztestand? Erschiene die Garantenstellung des Staates, der für ausreichend ausführende Ärzte sorgen müsste, nicht in einem zweifelhaften Licht, weil sie die staatliche Schutzpflicht zugunsten des Lebens relativierte? Und stünde nicht zu befürchten, dass der soziale und gesellschaftliche Druck auf Patienten wächst, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen, um den nächsten Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen? Der Wille, trotz Krankheit und Leid weiterleben zu wollen, würde plötzlich legitimationsbedürftig. Besteht bei einer Lockerung der Grenzen nicht die Gefahr eines Dammbrochs, der auf Dauer den Lebensschutz zunehmend aushöhlen könnte?

All das kann hier nicht weiter ausgeführt werden, aber es zeigt, dass sich hinter jeder konkreten Einzelentscheidung noch eine weitere, grundlegende Dimension auftut, die unser gesellschaftliches Zusammenleben insgesamt berührt. Die Entscheidung des Vaters, *Eluana Englaro* sterben zu lassen, ist zu respektieren. Aber sie geht uns alle an.

Dr. Matthias Remenyi, Theologe und Pädagoge, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für systematische Theologie an der RWTH Aachen.

LITERATUR

Kongregation für die Glaubenslehre, Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung (1.8.2007, einsehbar unter www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith).

Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie vom 5. Mai 1980 (*Iura et bona*), in: AAS 72, 1 (1980) 542–552 (ebenfalls auf Deutsch abrufbar unter der oben angegebenen Vatikan-Homepage).

Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, Berlin 2006.

Pöltner, Günther, Grundkurs Medizin-Ethik. Wien 2002.

Schockenhoff, Eberhard, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss, Mainz 1993.