

Zur Einführung

Die Bewegungen der Kranken hatten zugenommen. Eine schreckliche Unruhe, eine unsägliche Angst und Not, ein unentrinnbares Verlassenheits- und Hülfslosigkeitsgefühl ohne Grenzen mußte diesen, dem Tode ausgelieferten Körper vom Scheitel bis zur Sohle erfüllen. Ihre Augen, diese armen, flehenden, wehklagenden und suchenden Augen schlossen sich bei den röchelnden Drehungen des Kopfes manchmal mit brechendem Ausdruck oder erweiterten sich so sehr, daß die kleinen Adern des Augapfels blutrot hervortraten.¹

Verlassen wir die um das Bett der Konsulin versammelte Familie für den Moment, nicht ohne das Versprechen, später wieder zurückzukehren. Es ist ein ungutes Gefühl, das uns auf dem Weg über die herrschaftlichen Treppen hinunter auf die Mengstraße befällt. In das Mitleid mischt sich wohl auch die bange Frage, ob einem selbst das Schicksal, die Vorsehung oder der Plan Gottes ein solches Ende bereithalten mögen.

Diese Szene vor Augen beginnt hier ein Rundgang durch die bundesdeutsche Sterbehilfe-Debatte, immer mit Seitenblicken auf Situationen und Diskurse in unseren Nachbarländern. Den Ausgangspunkt bildet dabei eben dieses ungute Gefühl, dem zwei Grundängste zugeordnet werden können.

Zwar kennt wohl jeder die Hoffnung auf einen „guten Tod“², oder, wie es Johann Sebastian Bach singen lässt, auf einen „süßen Tod“³: die Hoffnung, am Ende des Lebens einem schmerzvollen Leiden entgehen zu können und nicht bis zuletzt im Räderwerk einer als fremdbestimmend empfundenen Geräte- und Arzneimittellmedizin gefangen zu bleiben, die nicht nur das Leben, sondern auch das Leiden verlängern kann. Doch immer wieder setzt sich das Unbehagen der Verunsicherung durch, die Angst vor Hilflosigkeit, Entmündigung, Autonomieverlust.

Auch die zweite Grundangst speist sich aus der Befürchtung, den eigenen Willen und die eigenen Wünsche nicht durchsetzen zu können. Doch nicht das potenzielle Grauen medizinischer Überversorgung, sondern die Schrecken einer Unterversorgung beherrschen hier die Fantasie. Es ist die Angst, dass nicht mehr alles für eine mögliche Heilung und eine würdevolle Pflege unternommen werden könnte, weil die Gesellschaft dem Einzelnen nur eine begrenzte Einladung zum Leben ausspricht. Alte oder behinderte Menschen, so die bange Vermutung, könnten des Ressourcenmangels wegen nicht mehr adäquat medizinisch versorgt werden. Der Begriff der „Euthanasie“ öffnet die dunkelsten Assoziationsräume deutscher Geschichte und verbalisiert diese zweite Befindlichkeit.

Vor dem Hintergrund dieser doppelgesichtigen Angst, am Ende sinnlos leben zu müssen oder nicht mehr leben zu dürfen, soll der Versuch unternommen werden, sachlich und reflektiert das weite Feld der Sterbehilfe-Debatte zu durchschreiten, ein Feld, das Risiken birgt und zumal in der bundesdeutschen Diskurslandschaft mit allerlei Minen bestückt ist. Doch gerade die Unübersichtlichkeit des Geländes fordert zu neuer Orientierung heraus, und Wegweiser sind gefragter denn je. Anders gesagt: Die Argumente im Streit um die Sterbehilfe verdienen sorgfältigste Prüfung, weil sie längst nicht mehr nur Spezialistenzirkel beschäftigen, sondern mitten hinein in die Alltagswelt jedes Einzelnen zielen. Die Menschen in Europa leben inzwischen nicht nur länger als früher, sondern sie sterben auch länger. Die Spanne zwischen Erstdiagnose, Therapie und Tod hat sich erweitert, und so müssen viele Patienten und deren Angehörige lernen, einen neuen Abschnitt ihrer Biografie – Leben mit tödlicher Diagnose – zu bewältigen. Dies schafft unweigerlich den Raum, darüber nachzudenken, wie diese Phase autonom mitgestaltet werden muss oder kann.

Luxemburg legalisierte 2008 die aktive ärztliche Sterbehilfe und folgte damit zwei Nachbarländern Deutschlands, in denen es bereits seit 2002 Ärzten erlaubt ist, ihre unheilbar kranken und schwerst leidenden Patienten auf deren Wunsch hin zu töten. In die Schweiz reisen jedes Jahr fast 50 Bundesbürger, um dort, begleitet von einer Sterbehilfeorganisation, assistierten Suizid zu begehen. Einem zunehmenden Sterbehilfe-Tourismus steht bislang noch keine einheitliche europäische Regelung gegenüber. Das zusammenwachsende Europa verstärkt somit die Notwendigkeit für die Gesellschaft, für verschiedenste Institutionen und Verbände, letztlich für die bundesdeutsche Politik, sich intensiver mit einer Neuregelung der Sterbehilfe-Formen befassen zu müssen. In die nationalen Debatten schalteten und schalten sich, mit ganz unterschiedlichen Positionen, auch die christlichen Kirchen immer wieder ein. Für den Diskurs in Deutschland wurden kirchliche Äußerungen aus der Schweiz, den Niederlanden oder England bis jetzt noch nicht fruchtbar gemacht – ein Defizit, das hier besonders deshalb behoben werden sollte, weil durch die liberale Sterbehilfe-Position etwa der Niederlande Hervormde Kerk, die der ablehnenden Haltung der katholischen Kirche oder der Evangelischen Kirche in Deutschland diametral gegenübersteht, die Debatte aufgebrochen und um neue Facetten bereichert wird.

Der katholische Theologe Hans Küng forderte bereits Mitte der 80er-Jahre zu einem innertheologischen Umdenken auf und sprach sich für die Legalisierung von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe aus.⁴ Aus der amerikanischen Philosophie kamen zur selben Zeit durch Peter Singer und Helga Kuhse weitere Impulse, die das christliche „Prinzip der Heiligkeit des Lebens“ – gedacht als Argument für einen uneingeschränkten Schutz jedes menschlichen Lebens – heftig kritisierten.⁵

Im Folgenden sollen die Denkanstöße Küngs und die Kritik Kuhses aufgenommen und erstmalig zu den europäischen kirchlichen Stellungnahmen in Bezug gesetzt werden. Es ist notwendig und bereichernd zugleich, material-theologisch weiter zu denken und die Frage zu beantworten, welche Konsequenz die Forderung, der Mensch dürfe selbst über sein Lebensende bestimmen, für die theologische Anthropologie und die Vorstellung vom Wirken Gottes in der Welt hat. So werden Ergebnisse aus den juristischen, exegetischen, besonders aber den fundamental-theologischen Diskursen vorgestellt und in die Sterbehilfe-Debatte eingebracht.

Sich stetig erweiternde medizinische Möglichkeiten machen eine Novellierung der gesetzlichen Regelungen notwendig. Dem muss immer ein breiter gesellschaftlicher Diskurs vorweg gehen, in dem tiefgehende ethische und theologische Reflexion erkennbar wird. Dies ruft die Ethiker auf den Plan, die bei diesem Thema wohl weniger als Grenzwächter des vermeintlich Bekannten denn als Kundschafter fungieren sollten, die neues Terrain denkend erforschen und so neue Lösungsvorschläge suchen. Dabei müssen sie bisher gültige und verlässliche Wertungssysteme in Frage stellen, was zu Verunsicherung, Stress und Nervosität, nicht zuletzt auch in Fachdebatten und öffentlich ausgetragenen Diskussionen, führt. Die medizinethische Aufarbeitung wird so zu einer „akademisch kanalisierten Stressreaktion“⁶ auf die veränderten Deutungen und Gestaltungsmöglichkeiten von Lebensende und Lebensanfang.

Am Ende des jetzt beginnenden Weges wird es keine argumentativ entwickelte und für alle nachvollziehbare „Lösung“ geben. Es spricht alles dafür, dass Gesellschaft und Kirchen mit einem Dissens leben müssen. Die Hoffnung, durch das Hinterfragen der Argumente auf deren material-theologische Voraussetzungen und Konsequenzen hin und durch die Einbringung von Elementen außerdeutscher Diskurse die Debatte öffnen, transparenter und ein wenig problemsensibler gestalten zu können, ist Ansporn genug. Dabei kann eine juristische, ethische oder theologische Bewertung der Sterbehilfe-Thematik nur gelingen, wenn sie sich einer weitreichenden Differenzierung bedient. Drei bewusst unspezifisch gewählte Leitbegriffe helfen bei der Erschließung der komplexen Problematik: Situation, Art und Form. Zu unterscheiden sind etwa Situationen der Sterbehilfe, in denen der Tod unmittelbar bevorsteht, von solchen, in denen sich der Patient noch nicht in der Sterbephase befindet; Arten der Sterbehilfe, in denen Menschen bei klarem Verstand zu Entscheidungen kommen, von Arten, bei denen der mutmaßliche Wille eines Bewusstlosen eruiert werden soll; Formen der Sterbehilfe, bei denen eine Behandlung abgebrochen werden soll, von Formen, bei denen ein Mensch sich selbst töten will. Das erste Kapitel wird versuchen, eine Matrix aus zwei Situationen, drei Arten und fünf Formen zu skizzieren, um so alle 30 Fälle der Sterbehilfe darstellen und einordnen zu können. Dabei werden Seitenblicke in die Praxis die definitorischen Grauzonen aufzeigen.

Das zweite Kapitel bietet als Vorbereitung für die Darstellung der kirchlichen Stellungnahmen eine Übersicht über die gegenwärtige Rechtsdiskussion, Rechtsprechung und Rechtslage in der Bundesrepublik, ergänzt durch eine Einführung in die Praxis und rechtliche Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz und den Beneluxstaaten. Erst wenn man die Rechtslage, die gesellschaftliche Stimmung und die Sterbehilfepraxis etwa in der Schweiz kennt, kann man die Stellungnahme einer reformierten Kirche verstehen, in der sie sich dafür ausspricht, auch in kirchlichen Pflegeheimen ärztlich assistierten Suizid zu ermöglichen.

Das dritte Kapitel wird verschiedene kirchliche Äußerungen in der Sterbehilfe-Debatte vorstellen. Es bietet die Möglichkeit, die einander widersprechenden Einschätzungen großer Volkskirchen unmittelbar in einen Vergleich treten zu lassen. Die Vorstellung kirchlicher Äußerungen konzentriert sich dabei auf die römisch-katholische Kirche, die evangelischen Kirchen in Deutschland, die reformierten Kirchen in der Schweiz und die protestantischen Kirchen in den Niederlanden: Kirchen aus drei Ländern, die je unterschiedlich auf die divergierenden gesetzlichen Regelungen, Tendenzen und Sterbehilfepraktiken ihrer Gesellschaften reagieren. Aus den kirchlichen Stellungnahmen werden die im Kern theologischen Argumente herausgearbeitet und systematisch vorgestellt. Während vor allem niederländische und schweizerische Stimmen mit Verweis auf die gottgegebene Autonomie die gängige Praxis in ihren Ländern auch theologisch verteidigen, insistieren die kirchlichen Liberalisierungsgegner darauf, dass Gott allein Herr über Leben und Tod sei, und stellen das Postulat der absoluten Gültigkeit des biblischen Tötungsverbotes ins Zentrum ihrer Argumentationslinien, was die Reichweite menschlichen Entscheidens und Handelns klar begrenzen soll.

Die Kapitel vier und fünf werden die beiden letztgenannten Argumente aufnehmen und kritisch aus theologischer Sicht hinterfragen: Auf welchem biblischen Fundament ruhen diese Aussagen? Wie wurden sie im Lauf der Kirchengeschichte verwendet, und können sie heute die Last tragen, die ihnen in der Diskursstrategie aufgeladen wird? Zudem: Lassen sie sich stringent in die medizinethischen Positionierungen der jeweiligen Kirchen einordnen? Auch der Versuch, die Autonomie der Kreatur theologisch begründet derart auszuweiten, dass diese über den Zeitpunkt des eigenen Lebensendes mitbestimmen kann, soll hinterfragt werden. Wie muss etwa das Wirken Gottes auf den Menschen und in der Welt gedacht werden, wenn theologische Reflexion dem Glaubenden aktive Sterbehilfe als Handlungsoption eröffnet? Welche christlich-anthropologischen Implikationen müssen gemacht und bedacht werden? Welche Auswirkungen hat dies für die Ausrichtung der Vorsehungslehre?

Der Anfang des Weges wird bestimmt durch das Wissen darum, dass die deutsche Sterbehilfe-Debatte – und das unterscheidet sie von den Diskursen

in anderen Ländern – unüberhörbar durch den Verweis auf die Verbrechen während der nationalsozialistischen Herrschaft geprägt wird. Es muss aber betont werden, dass damals Kranke und Behinderte gegen ihren Willen oder gegen den Willen von Angehörigen ermordet wurden. In der gegenwärtigen Diskussion geht es um etwas gänzlich anderes: Es geht darum, ob ein unheilbar Kranker und schwer leidender Mensch selbst – für sich – entscheiden darf, dass er sterben will, und danach legale ärztliche Sterbehilfe in Anspruch nehmen kann. Diese aktuelle ethische Fragestellung ist sehr weit von den Massenmorden entfernt, die im Namen der Rassenhygiene und des Sozialdarwinismus im Dritten Reich begangen wurden.

1 Formen, Arten und Situationen der Sterbehilfe

1.1 Die 30 Fälle der Sterbehilfe

Das weite Feld der Sterbehilfe wird hier in 30 Fälle gegliedert. Aber sollte man als übergeordneten Begriff überhaupt noch auf die vorbelastete Bezeichnung „Sterbehilfe“ zurückgreifen? Ein Versuch, zur Entemotionalisierung der Debatte beizutragen, ist der weitgehende Verzicht der Bundesärztekammer auf die Verwendung des Ausdrucks „Sterbehilfe“ zugunsten von „Sterbebegleitung“. Mit Claus Roxin⁷ kann aber gesagt werden, dass damit zwar die belasteten Begriffe „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ umgangen werden, die Alternative „Begleitung“ jedoch verschleiert, dass auch in Deutschland legales und praktiziertes ärztliches Handeln, etwa im Fall der Einstellung von künstlicher Ernährung, durchaus ein aktiver, den Tod beschleunigender Akt sein kann. In Bezug auf die niederländische oder schweizerische Praxis von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid wäre der Begriff „Sterbebegleitung“ ohnehin ungeeignet, da Ärzte und Helfer zum Teil direkt den Tod des Patienten herbeiführen. Der Begriff „Euthanasie“ ist dagegen im historischen Kontext und in der europäischen Diskussion enger zu fassen und auf die aktive Sterbehilfe zu begrenzen, was der Verwendung im Niederländischen entspricht. Um das ganze Feld der Thematik zu umfassen, kommt man nicht umhin, für alle vorzustellenden Fälle die Bezeichnung „Sterbehilfe“ zu verwenden, wobei die beiden Nuancen „Hilfe zum Sterben“ und „Hilfe beim Sterben“ im Blick sind.

1.2 Fünf Formen der Sterbehilfe

Äußerungen und Veröffentlichungen zum Bereich der Sterbehilfe in deutschen kirchlichen Medien bedienen sich gern der subtilen Möglichkeit, über die Wahl und die Formulierung der Definition von Begriffen die eigene Position zu verabsolutieren. In den Nachrichten der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern kommentiert der Münchner Theologe und Medizinethiker Traugott Roser die Ergebnisse der sogenannten „Kutzer-Arbeitsgruppe“⁸ und stellt fest, dass die Arbeitsgruppe durch die Wahl der Begrifflichkeit Standards setze, hinter die man in Zukunft nicht mehr zurückfallen solle. „Was gemeinhin als ‚aktive Sterbehilfe‘ bezeichnet wird, ist in Wahrheit nichts anderes als die ‚gezielte Tötung von Patienten‘ –, und so wird es im Bericht auch bezeichnet.“⁹

Roser vertritt an dieser Stelle nichts anderes als die in den deutschen Kirchen weit verbreitete Position, die jede Form der aktiven Sterbehilfe katego-

risch als Mord ablehnt. Interessant jedoch ist der Aufbau der Argumentation: Jeder, der weiter von „aktiver Sterbehilfe“ spricht, widersetzt sich der von einer renommierten Arbeitsgruppe gesetzten Definition und zeigt damit, dass er den wahren Kern der Handlung nicht erkannt hat oder bewusst verschleiern will. Roser suggeriert, dass man hinter diese Definition nicht zurückfallen kann und dass eine andere Sicht der Dinge als die der kirchlichen Stellung zur aktiven Sterbehilfe schlecht denkbar ist. Der von Roser aufgegriffene Abschnitt enthält aber gar keine inhaltliche Positionierung, sondern lediglich eine Vorstellung der Strafrechtslage in Deutschland. Die Begriffe „aktive Sterbehilfe“ und „passive Sterbehilfe“ werden im Kutzer-Bericht weiter verwendet und an den zitierten Stellen lediglich erläutert und aus juristischer Sicht kommentiert.

Die Begriffsklärung muss an dieser Stelle nichts wesentlich Neues schaffen. Die internationale Diskussion konzentriert sich auf die drei klassischen Formen der Sterbehilfe: „passive Sterbehilfe“, „indirekte Sterbehilfe“ und „aktive Sterbehilfe“. Um die Breite der Thematik abzudecken, werden hier zwei weitere Formen der Sterbehilfe in die Systematik aufgenommen: „assistierter Suizid“¹⁰ und „palliative Begleitung“.

Neue Terminologien, die sich von den weit verbreiteten und bekannten unterscheiden, müssen klare Präzisionsvorteile aufweisen, um die anderen Begriffe verdrängen zu können. Sonst verkomplizieren sie nicht nur das ohnehin komplexe und unübersichtliche Diskursfeld. Dies sei exemplarisch am Beispiel des Nationalen Ethikrates gezeigt.

Die vom Nationalen Ethikrat vorgeschlagene neue Terminologie ist nicht überzeugend. Der Rat kritisiert beispielsweise am Terminus „indirekte Sterbehilfe“, dass eine suffiziente Schmerztherapie keine Hilfe zum Sterben, auch nicht indirekt, sei, sondern eine Schmerzbekämpfung in der Sterbephase darstelle. Er möchte deshalb von „Therapie am Lebensende“ sprechen.

Entscheidend größere Klarheit bietet diese versuchte Novellierung allerdings nicht. Der Begriff „Therapie“ trägt in erster Linie die Konnotation „Heilungsabsicht“ in sich, was gerade im Zusammenhang mit unheilbar kranken Menschen missverständlich ist. Dass „Therapie am Lebensende“ hier Therapieverzicht (im Sinne von Behandlungsziel: Heilung der Grundkrankheit) unter alleiniger Konzentration auf eine Symptomkontrolle bedeutet, wird prima facie nicht deutlich. „Indirekte Sterbehilfe“ rückt entsprechende Handlungen dagegen deutlich in die sachlich angemessene Nähe zur „aktiven Sterbehilfe“, da in beiden Fällen einem Patienten Medikamente verabreicht werden, die in einem mehr oder weniger engen Kausalzusammenhang mit dem Todeseintritt stehen. Der Terminus „Sterbenlassen“, an Stelle von „passiver Sterbehilfe“, trifft die meisten Handlungen zwar gut, ist seinerseits aber wieder missverständlich verharmlosend, bedenkt man, dass damit auch eine Entscheidung zur Einstellung der künstlichen Ernährung gemeint ist, bei der ein seit langer Zeit bewusstloser Patient, der bei weiterer

Ernährung noch jahrelang leben könnte, aufgrund des Einstellungsbeschlusses nach einigen Tagen sterben wird. Es handelt sich in diesem Fall um eine Entscheidung, die den Tod eines Menschen herbeiführt, was mit dem Ausdruck „passive Sterbehilfe“ besser charakterisiert wird als durch „Sterbenlassen“.¹¹

Diese Begrifflichkeiten finden sich in der Literatur¹²:

Palliative Begleitung:

Sterbebegleitung / Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung / Sterbehilfe ohne Todesbeschleunigung / echte reine Sterbehilfe / personorientierte Begleitung von Sterbenden / orthothanasie (franz.).

Passive Sterbehilfe:

Sterbenlassen / Sterbehilfe durch Sterbenlassen / Sterbehilfe mit Todesbeschleunigung / negative euthanasia (engl.) / euthanasie passive (franz.)

Indirekte Sterbehilfe:

Therapie am Lebensende / Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung / Sterbehilfe mit Todesbeschleunigung / Euthanasie als Lebenshilfe in der letzten Lebensphase / unechte Sterbehilfe / euthanasie indirecte (franz.)

Aktive Sterbehilfe:

Tötung auf Verlangen / Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung / gezielte vorzeitige Tötung / Euthanasie als Sterbenmachen / unechte Sterbehilfe / positive euthanasia (engl.) / mercy killing (engl.) / killing on demand (engl.) / euthanasie active (franz.)

Assistierter Suizid:

Beihilfe zum Suizid / Sterbehilfe mit Todesbeschleunigung / physician-assisted suicide (engl.) / suicide euthanasique (franz.)

1.2.1 Palliative Begleitung

Noemi de Stoutz fasst sehr prägnant die Sterbehilfe-Debatte zusammen und stellt fest, dass die Befürworter und Gegner der Euthanasie drei gemeinsame Anliegen hätten: Menschen sollen in Würde sterben können, unnötiges Leiden soll verhindert und der Wille des Sterbenden respektiert werden. Sie hätten aber grundverschiedene Ansätze, das zu bewerkstelligen.¹³ Die drei genannten Gemeinsamkeiten sind Ausdruck der Überzeugung, dass eine umfassende Betreuung von schwer kranken, sterbenden Patienten durch ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen die unter den gegebenen Umständen bestmögliche Art der Begleitung ist.

„Allgemein akzeptiert wird die (echte) Sterbehilfe, oder Euthanasie ohne Lebensverkürzung, bei der der Arzt sich auf die Verabreichung schmerzstillender oder betäubender Mittel beschränkt. Solche Sterbehilfe ist rechtlich unbedenklich, ethisch verantwortbar und medizinisch geboten.“¹⁴ Sie entspringt aus christlicher Sicht der „geordneten Nächstenliebe (caritas), dem Gehorsam gegenüber dem Schöpfer, der sozialen Gerechtigkeit und selbst der Gerechtigkeit schlechthin“¹⁵, so Papst Pius XII.

Klassischerweise wird das Feld der Sterbehilfe in drei Formen aufgeteilt: aktive, passive und indirekte Sterbehilfe. Diese Trias muss um das Feld des assistierten Suizids erweitert werden. Zudem: Die Grundform aller Sterbehilfeformen ist die der palliativen Begleitung. Der Name leitet sich vom lateinischen „pallium“, dem Mantel, ab und verbildlicht, dass Schmerztherapie und psychosoziale Betreuung wie ein Mantel den Todkranken umhüllen sollen.

Allen Formen der Sterbehilfe, der aktiven, der passiven, der indirekten und dem assistierten Suizid, liegt der Wunsch zugrunde, auf die Bedürfnisse des Patienten so weit wie möglich einzugehen. Palliative Begleitung heißt dann: psychologische, wenn erwünscht, seelsorgerliche Betreuung des Patienten und der Angehörigen, bedarfsgerechte körperliche Pflege, Symptomkontrolle der Grunderkrankung, Kontrolle auftretender Probleme mit Schwerpunkt auf einer ausreichenden Schmerztherapie und die Durchsetzung des Patientenwillens beispielsweise bezüglich der Annahme oder Ablehnung von Therapieversuchen oder lebenserhaltenden Maßnahmen. Letzteres klingt selbstverständlich, gerade aber die Frage, unter welchen Umständen bei einem seit Monaten im Wachkoma befindlichen Patienten die künstliche Ernährung eingestellt werden darf, ob das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden muss und ob das Pflegepersonal zur Absetzung der Ernährung verpflichtet werden kann, beschäftigt deutsche Gerichte,¹⁶ geht doch mit der Einstellung der künstlichen Ernährung das Leben des in diesem Zustand nicht mehr befragbaren Patienten binnen weniger Wochen zu Ende. Die Durchsetzung des zum Teil schriftlich festgehaltenen, zum Teil mutmaßlichen Patientenwillens stößt hier vor allem im klinischen Bereich auf erheblichen Widerstand.

Unter „palliativer Begleitung“ sei im folgenden also das Bemühen verstanden, auf die psychischen, körperlichen, sozialen, juristischen, pflegerischen und medikamentösen Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen individuell einzugehen.¹⁷

In seiner Darstellung der Palliativmedizin beschreibt Thomas Binsack aus der Sicht eines Arztes die erwähnenswerten Besonderheiten: Das Behandlungsziel klassischer Medizin sei die erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung. Im Bereich der Heilung und Wiederherstellung des Patienten habe die

Medizin beinahe unglaubliche Fortschritte erzielt. Erkrankungen wie Tuberkulose oder Diabetes galten noch vor 60 Jahren als unheilbar oder unheilbar und führten rasch zum Tod. Trotz aller stetig weiterentwickelten Behandlungsmethoden gebe es aber immer noch deutliche Grenzen der Machbarkeit. Gerade im Bereich der Onkologie müsse oft vor bösartigen, metastasierenden Krebserkrankungen trotz Operation, Strahlen- oder Chemotherapie kapituliert werden. Palliative Medizin heiße dann, das Therapieziel zu ändern: „Nicht mehr Heilung oder langfristige Besserung, sondern Linderung steht im Vordergrund.“¹⁸

Diese Form der Begleitung Sterbender ist die Grundform der Zuwendung, die allen Patienten zukommen sollte und deshalb Teil aller anderen Formen der Sterbehilfe sein muss. Somit ist es völlig überflüssig, eine künstliche Opposition von Palliativmedizin und aktiver Sterbehilfe zu postulieren und erstere als klare Absage an die aktive Sterbehilfe zu werten. Auch wer sich zu einem späteren Zeitpunkt von seinem Arzt töten lässt, muss vorher mit allen nötigen Mitteln ganzheitlich versorgt werden.

1.2.2 Passive Sterbehilfe

„Schon in der klassischen Moralthologie galt der Satz, daß der Mensch zur Erhaltung des Lebens nicht ‚media extraordinaria‘, ‚außerordentliche Mittel‘, anwenden muß.“¹⁹ Über eine möglichst optimale palliative Versorgung hinaus kann es Situationen geben, in denen es sinnvoll erscheint, eine Therapie abbrechen oder sie gar nicht erst zu beginnen, auch wenn damit das Leben des Patienten terminiert wird. Das sah auch Papst Pius XII. so und räumte sogar den Angehörigen ein weitreichendes Mitentscheidungsrecht ein. Pius XII. stellte auf Anfrage vor Anästhesisten 1957 mit Blick auf bewusstlose Patienten fest, dass der Arzt zwar zur Hilfe und Behandlung verpflichtet sei, dazu aber nur die nach Umständen, Ort, Zeit und Kultur üblichen Mittel verwenden müsse, Mittel also, die weder für ihn noch für andere – insbesondere Angehörige – eine außergewöhnliche Belastung darstellen würden. Sollte es sich zeigen, dass die künstliche lebenserhaltende Weiterbehandlung „in Wirklichkeit für die Angehörigen eine derartige Belastung darstellt, daß man sie ihnen nicht mit gutem Gewissen zumuten kann, so können sie [die Angehörigen] rechtmäßigerweise darauf bestehen, daß der Arzt seine Versuche abbricht“²⁰.

Unter passiver Sterbehilfe versteht man vor allem ärztliches Handeln, das auf einen bestimmten Therapieanfang verzichtet oder eine bereits bestehende Therapie abbricht. Bereits in diesem Satz fällt auf, dass „passiv“ und „Handeln“ sich – streng genommen – widersprechen. Passive Sterbehilfe, so betont Markus von Lutterotti²¹ zu Recht, bedeutet keineswegs eine passive Haltung gegenüber den Kranken und ihren Leiden im Sinne von Nichtstun und