

Birgit Heller

Wie Religionen mit dem Tod umgehen
Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung

Mit Beiträgen von Peter Antes, Astrid Eisingerich,
Yasmin Gunaratnam und Andreas Heller

LAMBERTUS

Birgit Heller

Wie Religionen mit dem Tod umgehen

Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung

Mit Beiträgen von Peter Antes, Astrid Eisingerich,
Yasmin Gunaratnam und Andreas Heller

LAMBERTUS

Reihe: Palliative Care und OrganisationsEthik Band 22

Unter der Verwendung einer Radierung von Gertrude Degenhardt
aus dem Zyklus „Vagabondage ad mortem“, Nr. 22 „Eilfertig“.

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2012, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim
ISBN 978-3-7841-2058-4

Inhalt

Vorwort	7
Der Tod hat ein Geschlecht	11
<i>Birgit Heller</i>	
Teil 1: Religiöse Antworten auf den Tod	
Der Tod ist kein natürliches Phänomen	27
<i>Birgit Heller</i>	
Der <i>ātman</i> ist jenseits von Geburt und Tod	
Sterben, Tod und Trauer im Hinduismus	32
<i>Birgit Heller</i>	
Der Tod als Schlüssel zur Befreiung	
Sterben, Tod und Trauer im Buddhismus	58
<i>Birgit Heller</i>	
Das Leben festhalten mit offenen Armen	
Sterben, Tod und Trauer im Judentum	87
<i>Birgit Heller</i>	
Der Tod als Durchgang zum ewigen Leben in der Nachfolge Jesu Christi	
Sterben, Tod und Trauer im Christentum	115
<i>Peter Antes</i>	
Der Tod als Rückkehr zu Gott, der Quelle allen Lebens	
Sterben, Tod und Trauer im Islam	139
<i>Astrid Eisingerich</i>	

Teil 2: Religionen und Medizinethik am Lebensende

(Wann) trennt sich die Seele vom Körper?

Lebensende, Hirntod und Organspende in interreligiöser
Perspektive 169

Birgit Heller

Das Leben ist wertvoll – das Leben ist relativ

Euthanasie in interreligiöser Perspektive 196

Birgit Heller

Teil 3: Palliative Care im Kontext religiös-kultureller Vielfalt

Sterben ist mehr als Organversagen

Spiritualität und Palliative Care 243

Birgit Heller, Andreas Heller

Kultur ist nicht alles

Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care 256

Einführung: *Birgit Heller*

Yasmin Gunaratnam

Kulturen des Sterbens

Widersprüche zum Schema eines guten Todes 283

Birgit Heller

Die Autorinnen und Autoren 299

Kontaktadressen 301

Vorwort

Zu Beginn der 1990er Jahre hat der tibetisch-buddhistische Lehrer Sogyal Rinpoche (1994: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben, 251) den Mangel an spiritueller Hilfe für Sterbende in der modernen westlichen Welt mit den Worten angeprangert: „Was für einen Sinn hat es, Menschen auf den Mond zu schicken, wenn es uns nicht einmal gelingt, unseren Mitmenschen zu helfen, in Würde und Hoffnung zu sterben?“ Diese Schieflage hat wohl damit zu tun, dass viele Menschen im Westen begonnen haben, den Tod als die Endstation des Lebens zu betrachten. Sterben und Tod haben keinen Platz mehr im Leben des modernen Menschen, meint der Historiker Arthur Imhof. Für frühere Generationen ruhte die Welt in Gottes Hand und Gott war Anfang und Ende, Ursache und Ziel. Moderne Menschen hingegen erklären die Welt, finden dafür aber keinen Anfang und kein Ende mehr und haben die Unsterblichkeit verloren. Obwohl Imhof hier sicher treffende Beobachtungen für die modernen, traditionell vor allem christlich geprägten Gesellschaften macht, zeigen aktuelle Wertestudien und Umfrageergebnisse jedoch, dass Religionen und Spiritualität nicht – wie erwartet – aus dem Leben moderner Menschen verschwunden sind. In der Begleitung sterbender Menschen und in der Konfrontation mit dem eigenen Tod werden Religionen und Spiritualität in besonderer Weise bedeutsam. Nicht selten geraten sie dann in eine Feuerprobe der Bewährung, Veränderung oder auch des Versagens.

Dieses Buch ist das Ergebnis einer langjährigen sowohl persönlichen als auch fachlich-interdisziplinären Auseinandersetzung mit verschiedenen Facetten von Sterben, Tod und Trauer. Es ist die aktualisierte und erweiterte Fassung des Buches „Aller Einkehr ist der Tod“, das im Jahr 2003 erschienen ist. Eigene Erfahrungen und die Vertiefung in die Vielfalt der religiösen Deutungsversuche und Umgangsformen mit dem Tod haben mir deutlich gemacht, dass der religiös-spirituellen Dimension von Palliative Care keine Randstellung zukommt. Ein großer Teil der Menschen, die mit dem Tod konfrontiert sind, stellen Fragen nach dem Sinn, dem Woher und dem Wohin menschlichen Lebens. Bewusstes Abschiednehmen und rituelle Formen der Sterbe- und Totenbegleitung bilden ein existentiell-spirituelleres Fundament für die direkte oder indirekte Begegnung mit dem Tod.

In den letzten zehn Jahren hat sich viel bewegt. In der Palliative Care hat das Interesse an interreligiösen und interkulturellen Fragen stark zugenommen und in derselben Zeit ist ein regelrechter Spiritualitätsboom ausgebrochen. Spiritualität ist mittlerweile zu einem selbstverständlichen Thema auf den diversen Fachkongressen geworden oder wird eigenständig im Rahmen von zahlreichen Fachtagungen behandelt. Die traditionelle christliche Sterbebegleitung und Seelsorge scheint allerdings für eine steigende Anzahl von Menschen nicht mehr anschlussfähig zu sein. Das neue Zauberwort heißt nun Spiritual Care, wobei sich dahinter teils eine durchaus traditionelle (christliche, islamische, jüdische) Seelsorge verbirgt, teils der subjektive und ungebundene Charakter von Spiritualität betont wird. Spiritualität ist – besonders im deutschen Sprachraum – fast zu einem Gegenbegriff von Religion geworden, wobei Religion fast immer mit kirchlichem Christentum gleichgesetzt wird. Was dabei meist übersehen wird, ist, dass Spiritualität und Religionen nicht voneinander zu trennen sind. In dieser Situation ist es wichtig, die spirituellen Dimensionen des Sterbens in ihrer ganzen Breite offen zu halten und sie jedenfalls nicht von einem medizinischen Protektorat überlagern zu lassen. Die medizinischen Bemühungen um Schmerz- und Symptomkontrolle im Rahmen der Palliative Care sind wichtig, bleiben als medizinische Interventionen aber auf die fundamentale existentiell-spirituelle Dimension des sterbenden Menschen verwiesen und bezogen. Körperliche Schmerzbekämpfung steht hier immer im Rahmen eines größeren existentiellen Erfahrungszusammenhangs und muss vom Respekt vor dem (vorläufigen?) Ende eines konkreten Lebensweges geleitet sein. Spirituelle Bedürfnisse von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen bilden daher eigentlich die Basis für die Entscheidung, ob und welche Formen medizinischer Intervention sinnvoll sind.

Die Antworten, die in den Religionen und Kulturen auf den Tod, das unausweichliche Ende des menschlichen Lebens, gegeben werden, setzen verschiedene spirituelle Akzente. Der Umgang mit sterbenden und toten Menschen – von der Art der Begleitung, Behandlung, der Todesfeststellung, der Sterbehilfe bis hin zur Organentnahme – ist abhängig davon, wie die Fragen beantwortet werden, was der Tod bedeutet, was ein gutes Sterben ist, was eigentlich beim Tod passiert oder welche Vorstellungen über das Weiterleben nach dem Tod existieren. Der Blick auf verschiedene religiöse Traditionen soll dazu beitragen, das Sterben von Menschen aus dem engen medizinischen Kontext herauszulösen. Sterben ist genau so wenig eine Krankheit wie Gebären, daher kann der Medizin

auch nur – wenn überhaupt nötig – eine begleitende Rolle zukommen, der tragende Boden ist von anderer Art. Die ähnlichen und voneinander abweichenden religiösen Deutungen des Todes müssen nicht nur aus weiter Distanz als fremde Anschauungen betrachtet werden. Als menschliche spirituelle Grundhaltungen können sie sowohl in dem, was sie verbindet als auch in dem, was sie unterscheidet, zur Auseinandersetzung mit dem Tod anregen, zur Ausdifferenzierung der eigenen Einstellungen beitragen und sie vielleicht auch bereichern. So sehr sich Palliative Care nur im Kontext religiös-kultureller Vielfalt angemessen verorten kann, darf darüber aber nicht vergessen werden, dass Kultur nicht alles ist und die Konzentration auf kulturelle Eigenheiten nicht das persönliche mitmenschliche Engagement, die Verbundenheit im gemeinsamen menschlichen Geschick von Krankheit, Leiden und Tod aufhebt. Und dennoch gewinnt, wer Sterbekulturen im Plural wahrnimmt, die wichtige Einsicht, dass es kein Schema für ein gutes Sterben, einen guten Tod, geben kann.

In den Beschreibungen der einzelnen religiösen Traditionen finden sich auch statistische Angaben, die allerdings nur Annäherungswerte darstellen. Zuverlässige Daten über die Anzahl der Gläubigen sind aus verschiedenen Gründen schwierig zu eruieren, weil es unterschiedlich strenge Formen der religiösen Zugehörigkeit gibt, weil Mehrfachzugehörigkeiten vorkommen, weil die Volkszählungen teilweise keine Daten mehr zur Religionszugehörigkeit erheben, weil Kinder oft gar nicht mitgezählt werden, weil die Bevölkerung in vielen Ländern nicht statistisch erfasst wird und so weiter. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Daten, die in diversen Quellen angegeben werden, extrem stark voneinander abweichen können. Ich beziehe mich unter anderem auf Barrett/Johnson¹, auf Ergebnisse von Volkszählungen und auf Angaben von Behörden für Statistik beziehungsweise für Migration oder Integration.

Für die Anregung zur Beschäftigung mit dem Thema Tod in den Religionen, die Einbettung in den Rahmen der Palliative Care und viele wichtige Diskussionen danke ich meinem Mann, Andreas Heller. Ich bezweifle allerdings, dass mich mein zunächst überwiegend intellektuelles Interesse in eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer

¹ David Barrett/Todd Johnson: A Statistical Approach to the World's Religious Adherents, 2000–2050 C.E. In: Melton, J. Gordon/Baumann, Martin (Hg.): Religions of the World. A Comprehensive Encyclopedia of Beliefs and Practices. Santa Barbara, Calif. 2000.

geführt hätte. Dazu bedurfte es einer existentiellen Erfahrungsbasis, die mir unsere toten und unsere lebenden Kinder und eine eigene schwere chronische Erkrankung vermittelt haben. Deshalb widme ich dieses Buch unseren beiden Söhnen Lucian und Salim, die am Tag ihrer Geburt verstorben sind, und unseren beiden wunderbar lebendigen Töchtern Dorina und Milena.

Küb, im Juli 2011

Birgit Heller

Das Leben ist wertvoll – das Leben ist relativ

Euthanasie in interreligiöser Perspektive

Birgit Heller

Der aktuelle Euthanasie-Diskurs im Kontext des religiösen Pluralismus

Die Vehemenz der aktuellen Euthanasie-Diskussion ist entscheidend bedingt durch die Entwicklung der modernen Medizin und die damit verbundene Kostenexplosion im Gesundheitswesen. In Deutschland und Österreich fallen etwa vierzig Prozent der finanziellen Aufwendungen der Krankenkassen im letzten Lebensjahr an. Durch den medizinischen Fortschritt ist das menschliche Sterben zu einem Problem geworden. Die zunehmende Angst der Menschen vor einer unzumutbaren Lebensverlängerung, vor einem würdelosen Dahinvegetieren, resultiert aus der technischen Autonomie der Medizin.

Vor allem in den modernen Staaten des Westens haben die Entwicklung der Medizin einerseits und des Rechts andererseits – in Richtung stärkerer Betonung der Selbstbestimmung des Einzelnen – zu neuen ethischen Problemstellungen im Umgang mit Sterben und Tod geführt. Vor diesem Hintergrund entstand die Forderung des Rechts auf einen natürlichen Tod, das gegen die Möglichkeiten der Medizintechnik eine Sterbehilfe verlangt, besonders die Unterlassung von Maßnahmen, die zu einer sinnlosen Verlängerung des Sterbens führen. Es geht vor allem um die Frage nach einer Behandlungsbegrenzung und erst in zweiter Linie um die aktive Beendigung menschlichen Lebens: „Die Frage der passiven Sterbehilfe stellt in der praktischen Medizin sowohl in ihrer Quantität als auch in ihrer Qualität ein viel größeres Problem dar als die Frage der aktiven Sterbehilfe.“ (Husebø/Klaschik 2006, 60)

Die Diskussion kreist vordergründig um Prinzipien der Humanität, festgemacht zwischen ethischer Verantwortung und Achtung vor dem Leben einerseits und Respekt vor der Selbstbestimmung und Würde der Person

auf der anderen Seite. Unterschwellig und bisher kaum anders als mit ethischer Entrüstung artikulierbar, werden künftige Entscheidungen für das Ende des menschlichen Lebens wesentlich von den Grenzen ökonomischer Belastbarkeit der Sozialsysteme geprägt. Diese Tatsache wird sich nicht mit moralischer Abwehr aus der Welt schaffen lassen, sondern muss als Faktor einer umfassenden gesellschaftlichen Wertediskussion behandelt werden. Auch angesichts des globalen Ungleichgewichts – man vergleiche beispielsweise die extremen Unterschiede in der Lebenserwartung – muss neu überdacht werden, wofür und in welchem Maß die menschliche Gesellschaft ihre finanziellen Ressourcen einsetzen will.

Obwohl das Leben der meisten Menschen heute in einem religiös pluralistischen Rahmen verläuft, sind am aktuellen Euthanasie-Diskurs vorwiegend Christentum und Judentum beteiligt.¹ Diese jüdisch-christliche Dominanz in der Euthanasie-Debatte ist vor allem durch die global unterschiedlichen Entwicklungsstandards in Medizin und Technik bedingt. Die technisch hoch entwickelten westlichen Länder sind traditionell christlich und jüdisch geprägt und der sich ausbreitende religiöse Pluralismus hat bisher nur eine vergleichsweise kleine Rolle in der ethisch-politischen Meinungsbildung gespielt.

Der Blick auf die großen Religionen der Gegenwart zeigt jedoch, dass die Diskussion längst in Bewegung gekommen ist. Vertreter verschiedener Richtungen des Buddhismus äußern sich seit Mitte der 1980er Jahre zur Euthanasie-Thematik, in den letzten Jahren haben die Stellungnahmen deutlich zugenommen. Und obwohl die Medizinethik in Indien primär mit Kindersterblichkeit, mangelhafter Ernährung und der ungleichen Verteilung von Gesundheitsvorsorge und Ressourcen konfrontiert ist, gab es bereits 1980 einen Vorstoß zur Legalisierung von Euthanasie (vgl. Das/Mabry 1982). Die religiösen Traditionen Indiens, die die Praxis des freiwilligen Todes – vor allem in Form des Sterbefastens – unter bestimmten Umständen gutheißen, werden von der indischen „Society for the Right-To-Die-With-Dignity“ zur Legitimierung ihres Anliegens

¹ Es gibt nur wenige Publikationen, die sich ausführlicher und vergleichend mit Euthanasie aus verschiedenen religiösen Perspektiven auseinandersetzen, vgl. z.B. Larue 1986 und das Kapitel „Views of the Major Faith Traditions“ in: Hamel 1991, 51–101, aktueller sind die Hinweise im Sammelband von Körtner 2006, allerdings fehlen hinduistische Positionen. Im Internet werden die Positionen der verschiedenen Religionen – vor allem auf Informationsseiten diverser Bildungseinrichtungen und verschiedener Foren – relativ häufig, aber meist recht kursorisch und plakativ dargestellt.

herangezogen. Ebenfalls seit den 1980er Jahren beziehen islamische Gremien und einzelne Gelehrte Positionen in der Frage der Euthanasie. Ausgehend vom westlichen Diskussionsstand stellt sich die Frage nach dem – in den Weltreligionen vielleicht unterschiedlichen – Stellenwert ethischer Prinzipien, die in der aktuellen Debatte stets genannt werden: Achtung vor dem Leben; Selbstbestimmung und Würde der Person; Recht auf Leben – Recht auf Sterben. Die religiösen Traditionen setzen verschiedene Akzente und liefern Impulse, vielleicht auch Herausforderungen für den gegenwärtigen Umgang mit Sterben und Tod. Sie zeigen jedenfalls die Kontextabhängigkeit medizinisch-juridisch-ethischen Handelns, das eingebettet ist in bestimmte Weltbilder. Weltbilder, in denen auch die Frage nach der Bedeutung menschlichen Lebens und Sterbens jeweils spezifische Antworten findet.

Der *Begriff Euthanasie* bringt etymologisch und historisch betrachtet das bereits in der Antike formulierte Anliegen eines guten Todes zum Ausdruck.² Erst in der jüngsten Vergangenheit wurde der Begriff durch das nationalsozialistische Programm der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ pervertiert. Das ist ein Grund dafür, warum der Begriff Euthanasie und die Thematik der aktiven Sterbehilfe in Deutschland und Österreich mit besonderer Sensibilität behandelt werden. Auf der internationalen Ebene werden die Begriffe (aktive) Euthanasie („euthanasia“/„active euthanasia“) und „mercy killing“ als Synonyme für aktive Sterbehilfe verwendet, häufig ist auch von passiver Euthanasie im Sinn von passiver Sterbehilfe die Rede. Unter *aktiver Sterbehilfe* wird im Folgenden das aktive, ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf Wunsch des Patienten verstanden. Ziel ist es, den schnellen Tod des Patienten herbeizuführen; dazu zählt auch der ärztliche Beistand zum Suizid.

Mit *passiver Sterbehilfe* („passive euthanasia“/„termination of treatment“) ist der Verzicht auf oder die Unterbrechung einer das Sterben verlängernden Therapie gemeint. Ziel ist es, einem schwerkranken, sterbenden Menschen die Möglichkeit zu geben, an seiner Krankheit zu sterben – ihn sterben zu lassen.³ Gerade in Hinblick auf das Verständnis der passiven Sterbehilfe klaffen die Auffassungen weit auseinander. Während der westliche medizinische Standpunkt die Definition der passiven Sterbehilfe eng auf die Entscheidung des Arztes bei einem sterbenden, nicht-autonomen Menschen einschränkt, beziehen sich Rechtsauffassungen und

² Zur Begriffsgeschichte vgl. den Überblick von Benzenhöfer 1999, 13–42; 61–76.

³ Diese Begriffsverwendung orientiert sich weitgehend an Husebø/Klaschik 2006, 59; 73.

ethische Überlegungen in vielen Kulturen auch auf die Frage der Zulässigkeit einer Entscheidung des betroffenen Menschen für einen Behandlungsabbruch oder -verzicht. Vor allem das Abschalten lebenserhaltender Geräte wird häufig zum Problemfall, auch wenn der terminal erkrankte Mensch sich selbst dafür entschieden hat und der Fall einer passiven Sterbehilfe vom Standpunkt moderner, westlicher Medizin aus gesehen gar nicht vorliegt. Die Realität des Sterbens zeigt allerdings, dass auch viele Menschen – autonome schwerkranke Menschen, ihre Angehörigen und involvierte Berufsgruppen – in modernen westlichen Kulturen ethische und spirituelle Probleme haben, die aus den scheinbar (medizinisch und rechtlich) klaren Optionen auf den Verzicht oder Abbruch einer Behandlung entstehen.

Die umfassende medizinisch-pflegerisch-sozial-psychologisch-spirituelle Versorgung des/der Sterbenden (und seiner/ihrer Angehörigen) soll durch eine neue interdisziplinäre Wissenschaft, *Palliative Care*, sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang erhält die Frage nach den Kriterien und den Rahmenbedingungen für ein „gutes Sterben“ einen neuen Akzent, wird doch die palliative Begleitung häufig als Alternative zur aktiven Euthanasie apostrophiert. Betont wird dabei der Prozess des Sterbens, der zu gestalten und begleiten ist. In den letzten Jahren hat die Realität des religiösen Pluralismus auch im Feld der *Palliative Care* Einzug gehalten und deutlich gemacht, dass die kulturell-religiösen Unterschiede im Umgang mit Sterben und Tod aufgenommen werden müssen. In den folgenden Ausführungen werde ich unter dem Thema Euthanasie daher nicht nur die Frage der strikt medizinisch definierten aktiven Sterbehilfe in den Religionen behandeln, sondern – im Sinn der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes – sowohl die passive Sterbehilfe als auch weitere, nicht-medizinische Zugänge zum Problem des guten menschlichen Sterbens einbeziehen.⁴

⁴ Im medizinischen Sprachgebrauch wird der Begriff Euthanasie überwiegend strikt auf die Bezeichnung der *aktiven* Sterbehilfe eingeschränkt. Einen breiten Euthanasiebegriff verwendet hingegen der Medizinethiker Erich H. Loewy (1995, 126ff.), der auch die scheinbar klare Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ethisch problematisiert.

Überblick über die Positionen der Weltreligionen

Hinduismus

Aus der weitverbreiteten brahmanisch-hinduistischen Perspektive hat das Leben einen fundamentalen, hohen Wert, steht aber in einer langen Kette aufeinander folgender Existenzen und ist idealtypisch ausgerichtet auf die Befreiung in eine unvergängliche geistig-spirituelle Wirklichkeit (= *moksha*). Die ewige Norm (*dharma*) und das Handeln (*karman*) des Menschen prägen über den Tod hinaus die Art und Umstände der Wiederverkörperung. Da die Geburt als Mensch im Geburtenkreislauf nur mühsam durch gutes Karma zu erwerben ist, soll der Körper wie ein Schatz gehütet werden (vgl. *Pretakalpa* 16, 13ff. Übers.: Abegg 1956, 215f). Das mehr oder weniger weit entfernte Ziel des Menschen ist die endgültige Befreiung aus dem Geburtenkreislauf. Die Weisen, heißt es, bemühen sich allezeit, sich den menschlichen Leib zu bewahren, weil er das Instrument für die endgültige Befreiung ist. Langes Leben und das Erreichen der natürlichen Lebensspanne bilden zwar einen Grundwert, aber keinen Letztwert. Der Bezugspunkt menschlichen Strebens ist die geistig-spirituelle Welt. Das ethische Handeln des Menschen besteht zunächst in der Erfüllung der gesellschaftlichen Pflichten, dient aber letztlich der Realisierung des *ātman*, des ewigen, geistigen Grundprinzips des Menschen. In dieser Spannung steht die Selbstbestimmung des Menschen.

Der idealtypische Lebenslauf eines männlichen Hindu der oberen drei Gesellschaftsklassen sieht als viertes und abschließendes Lebensstadium den Weg des *samnyāsin*, des Entsagers, vor. Die Lebensform des *samnyāsin*, „der alles von sich geworfen hat“, bildet die konsequenteste Möglichkeit, die Befreiung aus der Welt zu erreichen. Kosmos, Welt und Gesellschaft sind relativ: Das Leben in der Welt muss sich messen lassen am Ideal des Entsagers. Dieses Ideal wurde im Lauf der Zeit auch für den in der Welt Lebenden maßgeblich. So dehnte sich die ursprünglich für den Entsager typische Grundhaltung der Gewaltlosigkeit auf alle Gesellschaftsschichten aus. Das Nicht-Verletzen zählt zu den Grundregeln, die für alle verbindlich sind:

Enthaltung von Gewalt, Wahrhaftigkeit, Enthaltung von Diebstahl, Reinheit, Kontrolle der Sinnesorgane, dies hat Manu zur Zusammenfassung des *dharma* für die vier Kasten erklärt.

(*Manu* 10, 63. Übers.: Bühler 1988, 416. Dt. Übers.: B. H.)

Der *dharma*, die normative Ordnung, auf der menschliches Zusammenleben basiert, ist ewig und gilt absolut, funktioniert aber in spezifischen praktischen Situationen unterschiedlich. *Dharma* besitzt eine klassenspezifische, geschlechtsspezifische und altersspezifische Komponente. So gibt es auch bestimmte Ausnahmen zum Grundprinzip der Gewaltlosigkeit, *ahimsā*, mit der wörtlichen Bedeutung „Nicht-Verletzen, Nicht-töten“. Unter besonderen Voraussetzungen werden bestimmte Formen von Gewalt legitim: Dazu zählen das Töten im Krieg, der Selbstmord als Bußakt für bestimmte schwere Vergehen, der Freitod des Entsagers und das Selbstopfer der Witwe (*Satī*).

Im klassischen hinduistischen Kontext impliziert ein guter, natürlicher Tod das Erreichen der natürlichen Lebensspanne von etwa 100 Jahren und das bewusste Sterben im Kreis der Familie mit den dafür vorgesehenen Riten. Unnatürlich ist hingegen ein vorzeitiger und/oder plötzlicher Tod ohne Riten. Die Hindu-Traditionen kennen darüber hinaus unterschiedliche Formen des „selbst gewählten Todes“: den Selbstmord (Ursache: Leidenschaft, Depression, Kontrollverlust) und den religiös selbst gewählten Tod des Entsagers oder der *Satī*.⁵ *Satī* bedeutet wörtlich „gute Frau“ und bezeichnet die Praxis der Witwenverbrennung, die historisch in Zusammenhang steht mit dem heroisch freiwilligen Tod im kriegerischen Milieu zur Vermeidung von Gefangenschaft und Vergewaltigung. Die Witwenverbrennung ist ein Phänomen, das zeitlich und regional beschränkt großteils in hochkastigen Bevölkerungsgruppen verbreitet war. In Indien selbst seit jeher kontroversiell bewertet und offiziell 1829 durch die britische Gesetzgebung verboten, treten bis heute spektakuläre Einzelfälle auf.

Bereits in Überlieferungen, die aus dem ersten Jahrtausend vor unserer Zeitrechnung stammen, wird dem alt gewordenen Mann generell die Lebensform des Entsagers nahe gelegt – wenn er aus dem aktiven Leben ausscheidet, soll er in das Sterben ausziehen (vgl. Sprockhoff 1987). Der alte Mann konnte wählen zwischen verschiedenen Formen des Freitods und einem Rückzugsort in der Wildnis außerhalb seiner früheren Lebensgemeinschaft. Der Selbstmord wird in der umfangreichen hinduistischen *Dharma*-Literatur, die das Verhalten der Menschen regeln soll, zwar prinzipiell verdammt und mit der Androhung der Hölle für 60.000 Jahre oder

⁵ In den verschiedenen historischen Perioden gab es unterschiedliche Auffassungen über die Bedeutung der natürlichen Lebensspanne und die Annehmbarkeit des heroisch freiwilligen oder religiös selbstgewählten Todes, vgl. dazu Young 1989.

der Verweigerung der Todesriten belegt, aber vom selbst gewählten Tod unterschieden. Euthanasie – im Sinn der aktiven Beendigung des Lebens – findet sich nicht in der Form der Tötung aus Mitleid, sondern nur in der Kategorie des selbst gewählten Todes. Unter bestimmten Voraussetzungen bildet der selbst gewählte Tod eine zulässige Ausnahme zum Grundprinzip *ahimsā*. Zahlreiche *Dharma*-Autoritäten knüpfen die Option des Freitods an Krankheit und Hinfälligkeit. Sie definieren eine Ausnahmebestimmung für Personen über 70 Jahre, die als schwach und krank und ohne Lebensfreude charakterisiert werden und ihre Aufgaben erfüllt haben. Obwohl das Leben grundsätzlich bewahrt werden soll, verliert der Körper in dieser Situation seine Bedeutung als Instrument der Befreiung. Unter diesen Bedingungen wird dem selbst gewählten Tod sogar die Dignität eines religiösen Verdienstes zugesprochen – dieser Tod ist besser als Askese. Es wird versucht, biologische, psychische und soziale Grenzen für das Phänomen Euthanasie zu definieren. Neben dem Sterbefasten (*prāyopaveshana*) sind folgende Mittel erlaubt: in den Tod wandern (nur von Wasser und Luft genährt in Richtung Himalaya gehen, bis man tot umfällt), verbrennen, ertrinken, zu Tode stürzen. Dieser Freitod basiert im Unterschied zum Selbstmord, der von Affekten gesteuert ist, auf einer willentlichen Entscheidung.

Wer an schwerer Krankheit leidet und nicht leben kann oder wer sehr alt ist und kein Verlangen nach Sinnesfreuden mehr hat und seine Pflichten erfüllt hat, kann seinen Tod herbeiführen, indem er Zuflucht nimmt zu *mahāprasthāna* [= wörtlich „große Abreise“, d.i. der Tod], indem er das Feuer oder das Wasser betritt oder sich von einem Steilhang stürzt. Indem er das tut, begeht er kein Vergehen und sein Tod ist weit besser als Askese, und man soll sich nicht wünschen, wertlos zu leben (ohne die Pflichten zu erfüllen, die in den Lehrbüchern vom richtigen Verhalten vorgeschrieben sind).

(Zitiert nach: Kane 1974, 926. Dt. Übers.: B. H.)

Nach dem einflussreichsten Werk der *Dharma*-Literatur, der *Manusmṛiti* (entstanden zwischen 200 v.u.Z. und 200 n.u.Z.), kann auch der Entsager, der ja das für den Großteil der hinduistischen Männer das Ideal des letzten Lebensabschnittes darstellt, sein Leben legitimerweise unter bestimmten Bedingungen beenden:

Lasst ihn seine Wohnstatt verlassen, die zusammengesetzt ist aus den fünf Elementen, wo die Knochen als Balken dienen, von Sehnen gehalten mit Fleisch und Blut als Mörtel. Die Wohnstatt, die bedeckt ist von Haut, die faulig riecht; voll mit Urin und Kot, befallen von Alter und Leid; den Sitz von Krankheit, geplagt von Schmerz, glühend von Leidenschaft und vergänglich. Er, der diesen

Körper verlässt, (notgedrungen) wie ein Baum (der gerissen wird) vom Ufer, oder (freiwillig) wie ein Vogel, der einen Baum verlässt, ist befreit vom Elend (der Welt, schrecklich wie) ein Hai.

(*Manu* 6, 76–78. Übers.: Bühler 1988, 212. Dt. Übers.: B. H.)

Vergleichbar mit diesen hinduistischen Positionen ist die alte jinistische Tradition des Sterbefastens (*sallekhanā*) (vgl. Young 1989, 88f.; 107f.). Der Jinismus ist etwas früher als der Buddhismus entstanden, mit diesem aber in mancher Hinsicht vergleichbar. Diese Religion war in verschiedenen Phasen der indischen Geschichte sehr einflussreich, obwohl sie aufgrund seiner starken monastischen und asketischen Ausrichtung nur eine kleine Minderheit für sich gewinnen konnte. Obwohl der Jinismus das Prinzip der Gewaltlosigkeit ganz extrem vertritt – bekannt ist etwa die Praxis Mundbinden zu tragen, um das Verschlucken von Insekten zu vermeiden – hat er vermutlich als erste indische Religion den religiösen selbst gewählten Tod mit Euthanasie als einer Form des selbst gewählten Todes im Rahmen von Altersschwäche oder schwerer Krankheit assoziiert. Ursprünglich war die Praxis des Sterbefastens eine Option für Mönche, die eine jahrelange Vorbereitung mit Reinigung und Meditation voraussetzte. Unter bestimmten Bedingungen wurde das Sterbefasten bald auch für Laien zulässig. Zu diesen Bedingungen zählen extremes Unglück, Hunger, Alter gekoppelt mit Senilität, Schwäche, Krankheit und schwere Krankheit. Der Verlauf des Sterbefastens wurde streng ritualisiert mit zahlreichen formalen Schritten und unter Anleitung eines Gurus.

Ab dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung sind in etlichen hinduistischen Texten eine starke Kritik an der Möglichkeit der Euthanasie in der Form des selbst gewählten Todes und sogar das Verbot derselben belegt (vgl. Young 1989, 108ff.). Es kann nur darüber spekuliert werden, ob diese Kritik als Folge eines Missbrauchs zu verstehen ist. Der scheinbar selbst gewählte Tod könnte vielleicht häufig das Ergebnis sozialer Druckausübung gewesen sein. Trotz aller Kritik wurde Euthanasie in Form des selbst gewählten Todes weiter praktiziert und erst im Zusammenhang mit dem britischen Recht illegal. Die moderne indische Selbstmorddefinition (Indisches Strafrecht § 309) verbietet auch den religiös selbst gewählten Tod.

Das moderne indische Strafrecht verbietet jede Form der aktiven und passiven Sterbehilfe. Legalisierungsvorstöße oder fallbezogene Gesuche für die Sterbehilfe werden stets abgewiesen. Mit seiner Stellungnahme „*Sallekhanā is not Suicide*“ hat der Richter T.K. Tukol – selbst ein Jaina – 1976 dem modernen indischen Strafrecht widersprochen, das das Sterbe-

fasten als eine Form des Selbstmords verbietet (vgl. Young 1989, 76f.). Die Tradition des Sterbefastens ist im Jinismus nie ganz abgerissen. Allerdings wird im Jinismus heute auch die Position vertreten, dass *sallekhanā* in keiner Weise mit Euthanasie in Verbindung zu bringen ist (vgl. Jain 1989, 83f.). Als Basis der Argumentation dient einerseits das Grundprinzip *ahimsā*, das die Grundlage der Ethik des Jinismus bildet und andererseits die Auffassung, dass das Leiden des Menschen aus seinen eigenen Handlungen resultiert und durch den Tod nicht beseitigt werden kann. Auch in den hinduistischen Traditionen wird das Sterbefasten trotz des Selbstmordverbots bis heute praktiziert. Aufsehen erregt hat das Beispiel des Gandhi-Schülers Vinobha Bhave, der 1982 sein Leben mit Sterbefasten beendete. Im Jahr 2001 unterzog sich Guru Subramuniyaswami, das Oberhaupt eines Hindu-Klosters in Hawaii nach einer infausten Krebsdiagnose dem Sterbefasten.

Sterbehilfe und selbst gewählter Tod werden heute aus hinduistischer Sicht kontroversiell diskutiert. Im Zusammenhang mit den bioethischen Entwicklungen werden in den alten hinduistischen Traditionen Antworten auf moderne Fragestellungen gesucht (vgl. Desai 1991, 54). In den klassischen medizinischen Texten wird deutlich verlangt, die hoffnungslos Kranken sterben zu lassen. Mit höchster medizinischer Autorität wurde empfohlen, einen Sterbenden nicht mehr zu behandeln. Das Ideal des friedvollen Sterbens steht im Widerspruch zu einem künstlich aufrechterhaltenen Leben. Auf dieser Linie argumentiert S. Cromwell Crawford (2003, 198), wenn er in seiner Studie über hinduistische Bioethik feststellt, dass die Verpflichtung der Ärzte auf Gewaltlosigkeit angesichts moderner Medizintechnik über das alte Tötungsverbot hinausgehend nunmehr bedeutet: „Thou shalt not strive intrusively to keep alive.“ Die künstliche Aufrechterhaltung des Lebens wird auch von den religiösen Autoritäten als Intervention in den karmischen Prozess betrachtet. Allerdings gibt es keine klare Meinungsbildung zum Bereich der passiven Sterbehilfe. Hier findet sich beispielsweise die Auffassung, dass die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld gut zu überlegen sei. Der Abbruch bereits getroffener Maßnahmen kann jedoch als problematisch erachtet werden.⁶

⁶ Vgl. dazu die Stellungnahmen moderner hinduistischer in den USA lebender Swamis in: <http://www.hinduismtoday.com/archives/1988/08/1988-08-08.shtml> (Zugriff: 14.11.2007); <http://www.himalayanacademy.com/resources/pamphlets/karmaReincarnation.html> (Zugriff: 16.11.2007).

Die Herbeiführung des Todes durch aktive, ärztliche Intervention wird von den religiösen Autoritäten heute prinzipiell negativ beurteilt. Im Jahr 1988 publizierte die in den USA erscheinende Zeitschrift *Hinduism Today* eine Artikelserie mit dem Titel „Euthanasia“. Dazu wurden auch mehrere in den USA lebende Swamis befragt.⁷ Die Verabreichung einer lethalen Injektion durch den Arzt wird von den Swamis abgelehnt. Begründet wird die Ablehnung mit dem Prinzip der Gewaltlosigkeit und der folgenreichen Beeinflussung der Karmazusammenhänge. Verbreitet ist die Ansicht, dass die aktive Sterbehilfe ein sehr schwerwiegendes Karma darstellt und alle an der Herbeiführung des Todes beteiligten Personen mit der karmischen Situation des Sterbenden belastet werden.

Davon abweichende Meinungen finden einen prominenten Repräsentanten in Mahatma Gandhi. Es steht außer Frage, dass für den Fall der aktiven Unterstützung im Sterbeprozess, das Prinzip der Gewaltlosigkeit zu bedenken ist. Der indische Arzt und Medizinerthiker Prakash Desai (1991, 54) beruft sich auf Mahatma Gandhi als besten modernen Interpreten dieses Prinzips. Obwohl Mahatma Gandhi wie kein anderer moderner Inder vom Nimbus der Gewaltlosigkeit (*ahimsā*) umgeben ist, vertrat er die Auffassung, dass nicht jedes Töten Gewalt impliziere. Am Beispiel eines lahmen Kalbes mit Wundbrand, das nicht fressen und nur schwer atmen konnte, illustriert Gandhi, dass Gewaltlosigkeit manchmal verlangt, das Leben zu beenden (vgl. Gandhi 1972, 207). Nicht-Verletzen ist für Gandhi nicht nur eine passive Haltung, sondern drückt sich konkret im Mitleid und verschiedenen Formen des Dienstes aus. Wenn keine Heilmittel zur Verfügung stehen, ist es nach Gandhi ein Akt der Gewaltlosigkeit das schmerzvolle langsame Sterben eines Tieres oder auch eines Menschen zu beenden:

Should my child be attacked by rabies and there was no helpful remedy to relieve his agony, I should consider it my duty to take his life. Fatalism has its limits. We leave things to Fate after exhausting all the remedies. One of the remedies, and the final one to relieve the agony of a tortured child, is to take his life. (Gandhi 1969, 42)

An diese Tradition können zeitgenössische Hindus anschließen, die die mitmenschliche Pflicht zur Leidensminderung der Karmalehre gegenüberstellen. Eine fatalistische Interpretation der Karma-Vorstellung wird

⁷ Vgl. <http://www.hinduismtoday.com/archives/1988/08/1988-08-08.shtml> (Zugriff: 14.11.2007).

dabei als irreführend zurückgewiesen. S. Cromwell Crawford fasst diese Sichtweise mit den Worten zusammen:

Karma does not give us the right to keep such people alive and in pain when all they want is a peaceful death. Their karma is our dharma. We have a duty to our fellow human beings. If they are suffering because of some sin, it is no less a sin to let them suffer. (Crawford 1995, 129)

Neben der differenzierten Interpretation von Gewaltlosigkeit und Karma knüpfen moderne Hindus an die Tradition des selbst gewählten Todes einer spirituell fortgeschrittenen Person an, um einem Sterbenskranken mit großen Schmerzen die Beendigung des Lebens zuzugestehen. Während aber die Praxis des Sterbefastens durchaus auch von Euthanasiekritikern als seltene Option grundsätzlich für alle Personen akzeptiert werden kann, scheint aktive Sterbehilfe (als ärztlich assistierter Suizid) im Horizont des traditionellen selbst gewählten Todes derzeit eher nur von einer Minderheit befürwortet zu werden. Mit einem deutlichen Votum unterstützt S. Cromwell Crawford letztere Position:

„We are saying that, in keeping with the ancient tradition which allowed for an enlightened person to choose the precise time of his death, it is morally permissible for him [gemeint ist irgendeine Person, B.H.] to do so with medical aid should he find himself terminally ill and in great pain.“ (Crawford 1995, 113)

Der Blick auf die tatsächliche Praxis könnte neue Akzente für die Einschätzung hinduistischer Einstellungen zur Euthanasie erfassen. Befragungen von Hindu-Ärzten, die in den USA und Kuwait durchgeführt wurden, haben ergeben, dass 50 bis 70 Prozent sich für die aktive Sterbehilfe aussprechen.⁸ Möglicherweise würden Umfragen in der Durchschnittsbevölkerung hier auch ein ähnliches Ergebnis erzielen. Der indische Zweig der „Society for the Right-To-Die-With-Dignity“ bezieht sich auf bestimmte Elemente in den religiösen Traditionen Indiens, vor allem die *samnyāsa*-Tradition (Rückzug vom Leben, bestimmte Ebene der spirituellen Reife, Suche nach Selbstbefreiung) und das Sterbefasten (vgl. Larue 1986, 133f.).

Die hinduistische Konzeption des Lebensverlaufs sieht für den alten Menschen den Rückzug aus den weltlichen Bindungen und eine Konzen-

⁸ Vgl. dazu <http://www.hinduismtoday.com/archives/1988/07/1988-07-07.shtml> (Zugriff: 14.11.2007).

tration auf die spirituelle Dimension des Daseins vor. Obwohl die Art der Umsetzung dieses Ideals individuell variiert, fördert es doch eine prinzipiell aktive Einstellung gegenüber dem eigenen Tod. Auch wenn der Lebensstand des *samnyāsin* formell und rituell nicht vollzogen wird, so ist doch die Einstellung in der letzten Lebensphase und gegenüber dem Lebensende von der mentalen Haltung des Entsagers geprägt.

Das gute Sterben ist wesentlich von der Vorbereitung und dem bewussten Gestalten und Erleben des sterbenden Menschen geprägt. In der hinduistischen *ars moriendi* ist der plötzliche, schmerzfreie Tod nicht erwünscht. Die Haltung der älteren Hindu-Männer und Frauen ist beeinflusst von der religiösen Definition dieser Lebensphase, die unter den Vorzeichen der Entsagung, Bindungslosigkeit und dem Rückzug vom Handeln steht. Die Einstellung in dieser letzten Lebensphase und gegenüber dem Lebensende ist von der mentalen Verfassung des *samnyāsin* geprägt. Das ist vermutlich der Grund dafür, warum die Vorstellungen von Wiedergeburt und Karma kein Hindernis für einen aktiven Zugang zum Tod bilden. Theoretisch könnte die Auffassung, dass das Leben und daher auch die Umstände des Todes durch das je individuelle Karma bestimmt sind, jede Form der aktiven Verkürzung des Sterbeprozesses unterbinden. Tatsächlich spielt der Karmazusammenhang jedoch eine umstrittene Rolle in der Frage der Umstände des Sterbens oder der Sterbehilfe. Schlecht ist der Tod, der den Menschen unvorbereitet trifft, gut ist das bewusste Aus-dem-Leben-Scheiden.

Buddhismus

Die buddhistischen Einstellungen zu aktiver und passiver Sterbehilfe sind geprägt durch die weltanschaulichen Grundannahmen von Wiedergeburt und Karma. Das menschliche Leben ist eingebunden in einen Geburtenkreislauf, der geprägt ist durch das Leiden, nämlich Alter, Krankheit und Tod. Leiden ist das Grundübel menschlicher Existenz, das überwunden werden muss. Der Tod bringt *keine* Befreiung vom Leiden, sondern führt zu neuer Geburt, solange der Mensch die wahre Natur des Daseins nicht erkannt hat und sich dementsprechend verhält. Die Geburt in menschlicher Form ist am vorteilhaftesten, weil die endgültige Befreiung vom Leiden und vom Tod (*nirvāṇa*) nur in einer menschlichen Existenzform erreicht werden kann. Da eine Wiedergeburt als Mensch als kostbare und seltene Gelegenheit betrachtet wird, ist die menschliche Existenz hochgeschätzt und zu schützen.

Die Art und Umstände der Wiedergeburt sind durch das Karma, die Folgen des jeweiligen Handelns, bedingt. Konkrete Leidenserfahrungen sind auf schlechtes Karma, auf unheilsames, von Begierde getriebenem Tun des Menschen zurückzuführen und sollen sich durch das Ausleben erschöpfen. Sterbehilfe, die den Sterbeprozess beschleunigt, kann im Rahmen dieser Weltanschauung keine tatsächliche Hilfe sein, da sie den Karmazusammenhang unterbricht und das Leiden nur verlängert (vgl. Lecso 1986, 52f.; Florida 1993, 40). Allerdings stellt der Karmazusammenhang kein absolutes fatalistisches Prinzip dar, das beispielsweise jede Form der ärztlichen Hilfe im Krankheitsfall ausschließen würde. Die Selbstbestimmung des Menschen ist zwar gebunden an den Karmazusammenhang, dieser wird aber nicht nur erlitten, sondern durch Handeln neu geprägt und verändert. Ethik ist die Anwendung der erkannten Wahrheiten über das Wesen der Realität und das Mittel zur endgültigen Befreiung aus dem Geburtenkreislauf. Zentral für die Ethik der Befreiung ist das restlose Aufgeben des Begehrens, des Daseinsdurstes: Auch Begehren nach Untergang und Vernichtung ist eine Form des Durstes und führt zu Wiedergeburt. Restloses Aufgeben des Begehrens ist nur dem möglich, der allem mit absolutem Gleichmut begegnet. Das mentale Training ist auf die Unterscheidung zwischen karmisch heilsam und karmisch unheilsam gerichtet. Nur das heilsame Tun, das immer uneigennützig sein muss, führt zur Befreiung. Auch für den Umgang mit Leiden und Sterben ist die Frage nach dem Bewusstseinszustand der involvierten Menschen zentral, da heilsames Tun davon abhängig ist. Buddhisten sollen darauf achten, heilsam zu handeln. Heilsames Tun ist vor allem durch die Motivation des Handelns, der Worte und der Gedanken geprägt. Heilsam ist ein Handeln, das von Güte, Mitleid und Gleichmut geleitet ist.

Im Kontext der buddhistischen Wahrheitsfindung kommt den Phänomenen Alter, Krankheit und Tod eine wichtige Funktion zu. Der Anstoß für Suche nach der Bedeutung des Lebens kann besonders durch die Begegnung mit Alten, Kranken und Sterbenden ausgelöst werden. Aus diesem Grund weisen Buddhisten die vielfältigen Verdrängungsversuche von Alter, Krankheit und Tod in den modernen Gesellschaften kritisch zurück. Auch aktive Sterbehilfe in Verbindung mit dem Ideal eines komatösen, bewusstlosen Sterbeprozesses wird als Versuch, den Tod zu verdrängen, eingestuft (vgl. Lecso 1986, 56). Euthanasie-Verfechtern wird vorgeworfen, dass sie sich der Realität des Todes im Rahmen eines materialistischen Weltbilds verweigern, das die Integration des Todes und des Ster-

bens in eine umfassendere und erleuchtete Haltung gegenüber dem Ganzen der menschlichen Existenz ignoriert.

Das buddhistische Tötungsverbot bildet einen klaren Rahmen für die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe. Das älteste Kompendium buddhistischer Ethik formuliert als erstes Gebot das Abstehen vom Töten, das auch das Abstehen von der Ermutigung zum Töten und das Abstehen von der Billigung des Tötens umfasst. Die erste Pflicht des Laienanhängers lautet:

Kein atmend Wesen soll er töten oder töten lassen,
Und billige es nicht, wenn andere töten.
Er lasse von Gewalt bei allen Lebewesen,
Bei starken und bei schwachen in der Welt.
(*Sutta-Nipāta* 2, 14. Übers.: Nyanaponika 1996, 394)

Das Basisgebot des Nichttötens wird für ambitionierte Laienanhänger und Mönche allerdings auch positiv definiert: Das Nicht-Töten bedeutet ohne Stock und Waffe voll Zartgefühl und Liebe auf das Wohl aller Lebewesen bedacht sein (vgl. *Anguttara-Nikāya* 8,44. Übers.: Nyanatiloka 1984, 140).

In der buddhistischen Tradition findet sich auch eine deutliche Absage an die aktive Sterbehilfe im Sinn der Beihilfe zum Selbstmord (vgl. dazu Keown 1995, 169ff.). Die kanonischen Mönchsregeln enthalten einen Bericht, wonach Buddha einst die Mönche anwies, über den aus unreinen Substanzen zusammengesetzten und vergänglichen Körper zu meditieren. Darauf zog sich Buddha für zwei Wochen in die Abgeschiedenheit zurück. Die Mönche widmeten sich mit großem Eifer der Kontemplation und entwickelten eine so tiefe Abscheu vor dem Körper, dass sie beschlossen einander beim Selbstmord behilflich zu sein. Ein Scheinmönch namens Migalandika tötete eine große Zahl von Mönchen und erhielt deren Bettelschalen und Gewand. Als Buddha zurückkehrte und erfuhr, was sich zugetragen hatte, verkündete er die Tötung eines Menschen als eines der vier Hauptvergehen, die zum Ausschluss aus dem Orden führen. Dieses Tötungsverbot umfasst in der erweiterten Form neben Mord und Anstiftung zum Mord auch die Verherrlichung des Todes sowie die Aufstachelung zum Sterben:

Welcher Mönch auch absichtlich ein Menschenwesen des Lebens beraubt oder einen gedungenen Mörder dafür aussucht oder den Tod verherrlicht oder (jemand) zum Sterben aufstachelt (indem er sagt): „Hallo, Mensch, was ist dir mit diesem sündhaften, üblen Leben (gedient); der Tod ist für dich besser als

das Leben!“ – wer so denkend, mit einem so gefassten Entschluss, auf verschiedene Arten (des Vorgehens) den Tod verherrlicht oder zum Sterben aufstachelt, auch dessen (Erlösungsstreben) ist vereitelt; er ist ausgestoßen.

(*Pātimokkha: Pāraṇikā Dhammā* 3. Übers.: Mylius 1991, 315)

Dieser Text macht deutlich, dass die aktive Rolle, die ein Arzt oder andere Personen im Rahmen der Sterbehilfe einnehmen sollen, nicht gut geheiß werden kann. Grundsätzlich wird auch der Selbstmord verurteilt, Ausnahmen sind aber belegt für den religiös selbstgewollten Tod von Mönchen mit schwerer Krankheit, die den Daseinsdurst besiegt haben (vgl. Young 1989, 90). Eine Übertragung dieser Fälle auf Laienbuddhist/inn/en hat jedoch nie stattgefunden und bleibt daher auch für heutige Situationen schwierig. Das Tötungsverbot steht in einer gewissen Spannung zur erwünschten Haltung des Mitleids. Ist es denkbar, dass aktive Sterbehilfe ein Ausdruck des Mitleids sein kann? Die physische und spirituelle Beschädigung des anderen und des Selbst stellt einen Verstoß gegen das Ideal des Gleichmuts dar. Auch das Töten aus Mitleid ist nach buddhistischer Auffassung von Hass und negativen Gefühlen gegen das Leiden des Patienten erfüllt, daher wird die gute Absicht hier letztlich zu einer Handlung der Abscheu vor dem Leiden und erzeugt negative karmische Energie. Die unterschiedlichen Ebenen der moralischen und spirituellen Entwicklung erlauben allerdings unterschiedliche Richtlinien (vgl. McFarlane 1994, 34ff.). Während sich gewöhnliche Buddhisten an die moralischen Richtlinien halten müssen, dürfen die erleuchteten Heiligen die traditionellen Normen verletzen, wenn es aus Mitleid für andere geschieht. Nur die erleuchteten Heiligen sind im Vollsinn zum uneigennützigem, begierdefreiem Handeln fähig. Im Mahāyāna-Buddhismus ist das Mitleid (*karuṇā*) allen anderen Werten übergeordnet, was aber keine Blanko-Rechtfertigung für moralische Überschreitungen darstellt. Zu beachten ist stets der Kontext von spirituellem Training und Praxis. Der Bruch der Vorschriften ist in manchen Fällen, aber nur aus Mitleid und im Interesse des Wohlergehens möglich. Zu den Beispielen aus der Tradition zählt etwa der Mord um viele zu retten oder der Tyrannenmord. Auf die Frage, ob der Buddhismus auch im Fall einer geliebten Person, die unerträgliche Schmerzen erleidet und den Tod wünscht, die Sterbeerlaubnis verweigere, antwortete der Generaldirektor der aus Japan stammenden modernen buddhistischen Richtung Soka Gakkai in Amerika:

Ihre Einstellung zur Euthanasie hängt ab von Ihrer Definition von „Leben“. Wenn Sie denken, dass das Leben eines Menschen in dieser Welt ein bloßer Zufall ist, werden Sie natürlich der Meinung sein, dass Sie das Leiden einer geliebten Person durch das Beenden ihres Lebens beseitigen können. Und Sie werden das als einen Akt des Mutes und des Mitleids betrachten. Im Buddhismus wird gelehrt, dass das menschliche Leben durch den physischen Tod nicht endet, sondern sich in Ewigkeit fortsetzt und dass sein gutes und schlechtes Karma mit in die Zukunft genommen wird. Daraus folgt, dass das Leiden eines Menschen nicht mit dem physischen Tod endet, sondern nur verschwindet, wenn dieses Karma zum Guten verändert wird [. . .] Die Leute, die es nicht ertragen können ihre Lieben leiden zu sehen, sind in der Lage ihr eigenes Leiden zu beenden, indem sie einer Person das Sterben erlauben, aber das Karma des Leidens existiert im Leben dieser Person fort. Die einzige mögliche Lösung ist es, der betreffenden Person die Lebenskraft einzuflößen, ihr eigenes Karma zum Guten zu verändern.

(Zitiert nach: Larue 1986, 136f. Dt. Übers.: B. H.)

Bedingt durch die Fortschritte der medizinischen Technik beschäftigen sich besonders japanische buddhistische Bewegungen seit den 1980er Jahren intensiver mit bioethischen Fragen (vgl. Fuji 1991, 63ff.). Aktive Euthanasie ist völlig inakzeptabel, zumal die betroffene Person aufgrund des physischen und emotionalen Schmerzes als nicht entscheidungsfähig angesehen wird. Da sich die Aufmerksamkeit darauf konzentriert, einen friedvollen Bewusstseinszustand in der letzten Phase des Sterbens zu ermöglichen, gilt die Gründung von buddhistischen Hospizen als vordringliche und wichtigste Aufgabe.

Außergewöhnlich ist die Haltung des Dalai Lama, der vor ein paar Jahren in einem Interview grundsätzlich dafür plädierte, jeden Fall für sich zu beurteilen (vgl. Schlieter 2006, 224). Falls eine Person vor Schmerzen nicht mehr denken könne oder sich in einem irreversibel komatösen Zustand befinde, sollte nicht zuletzt unter Bedacht auf die Kostenbelastung der Familie die Suizidbeihilfe oder sogar die aktive Sterbehilfe in Betracht gezogen werden. Grundsätzlich nehmen die verschiedenen buddhistischen Richtungen gegenüber der aktiven Sterbehilfe eine relativ einheitlich ablehnende Haltung ein.⁹

⁹ Damien Keown (1995, 180ff.) referiert als Ausnahme die Position von Louis van Loon, der – ausgehend von der Definition des Todes als „kognitiver Tod“ durch Verlust der höheren Gehirnfunktionen – die aktive Euthanasie im Fall von vegetativ komatösen Patienten aus buddhistischer Perspektive rechtfertigt.

Hinsichtlich der passiven Sterbehilfe gibt es jedoch keinen Konsens (vgl. dazu Florida 1993, 42ff.). Neben der rigorosen Ablehnung findet sich bei modernen Buddhisten auch die Forderung nach sorgfältiger Reflexion, die auf das Gebot des Mitleids einerseits und die Unvermeidbarkeit des Karmazusammenhangs andererseits Bedacht nehmen muss.¹⁰ Für die Unterbrechung überlebensnotwendiger Maßnahmen wird in einem Text aus dem 5. Jahrhundert unserer Zeitrechnung ein Präzedenzfall überliefert, der im Lebenskontext der Mönche angesiedelt ist (vgl. Schlieter 2006, 223). Im Fall eines Patienten, der längere Zeit an einer schweren Krankheit leidet, ist es legitim, die Nahrungs- und Medizingabe einzustellen, wenn sich die betreuenden Mönche erschöpft und über die Heilungsaussicht verzweifelt von ihm abwenden. Passive Sterbehilfe würde demnach dort erlaubt sein, wo sowohl die therapeutischen Möglichkeiten als auch der Glaube der Betreuenden an eine Heilung enden.

Nicht zuletzt die Diskrepanz zwischen der traditionellen buddhistischen Ethik und der tatsächlichen modernen medizinischen Praxis erfordert ein neues Überdenken des Verhältnisses von Tötungsverbot und Sterbehilfe (vgl. z.B. Ratanakul 1988). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, moderne bioethische Probleme, die aus der Entwicklung der westlichen Medizin resultieren, im kulturellen Kontext des Buddhismus zu bearbeiten. Angesichts der modernen Entwicklung wird ein weiser und von Mitleid geprägter Einsatz der Technologie gefordert, der allerdings stets darauf bedacht sein muss, ein Sterben zu ermöglichen, das spirituellen Fortschritt fördert (vgl. Florida 1993, 44ff.). Passive Euthanasie kann demnach unter bestimmten Umständen heilsam sein. Das folgende Beispiel zeigt wie vorsichtig und sorgfältig diese Frage behandelt wird. Wenn etwa ein unheilbar krebserkrankter Mann die weitere Behandlung ablehnt, weil die Therapie sehr schmerzvoll und mit negativen Auswirkungen auf seinen Bewusstseinszustand verbunden wäre, darüber hinaus seine Familie finanziell belasten und sein Leben doch nur wenige Wochen verlängern würde und außerdem sein Spitalsbett einem anderen Kranken von Nutzen sein könnte, so kann diese Entscheidung ein Ausdruck von Weisheit sein. An diesem Beispiel werden unterschiedliche religiös-kulturelle

¹⁰ Keown (1995, 168; 174ff.) beschränkt den Euthanasiebegriff auf das absichtsvolle Töten eines Patienten durch eine Handlung oder Unterlassung im Rahmen der medizinischen Versorgung. Die Unterlassung oder den Abbruch einer Behandlung auf Wunsch des Patienten betrachtet er nur unter der Perspektive des faktisch existierenden Patientenrechts und nicht im Zusammenhang mit der Euthanasiethematik und der buddhistischen Ethik.

Diskussionslinien um die passive Sterbehilfe besonders deutlich sichtbar, da der Therapieverzicht in modernen westlichen Gesellschaften einfach das Recht des kranken Menschen ist und mit passiver Sterbehilfe eigentlich nichts zu tun hat.

Die starken Vorbehalte der vom Theravāda-Buddhismus geprägten Kultur Thailands gegen die passive Sterbehilfe und die vorherrschende Einstellung zur persönlichen Autonomie verdeutlicht der Medizinethiker Pinit Ratanakul (vgl. 2000, 169–182). Am Beispiel des Bhikku Buddhādāsa, eines der führenden Mönchsgelehrten Thailands, der im Alter von 86 Jahren einen Gehirnschlag erlitt, illustriert er die Spannungen und Probleme, die sich aus dem zunehmenden Einsatz moderner Medizintechnik ergeben. Bhikku Buddhādāsa hatte – was in Thailand bislang noch ganz ungewöhnlich ist – eine eindeutige Willenserklärung verfasst und darin festgehalten, dass er im Fall eines irreversiblen Komas keine künstliche Verlängerung des Sterbeprozesses wünsche. Konfrontiert mit der Möglichkeit einer Wiederherstellung des Lehrers und der ungeklärten Frage, wer überhaupt Entscheidungen trifft, stimmten seine Schüler zunächst einem Transfer ins Krankenhaus zu. Als sich im weiteren Verlauf keine Besserung des Zustands einstellte, verlangten sie jedoch den Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen. Bhikku Buddhādāsa sollte ins Kloster zurückgebracht werden, um dort seinem Wunsch entsprechend ohne High-Tech-Medizin friedvoll sterben zu können. Die behandelnden Ärzte weigerten sich nicht zuletzt aus Furcht vor den karmischen Konsequenzen, passive Sterbehilfe zu leisten.

Eine große Offenheit gegenüber den Fragen der passiven Euthanasie zeigt der im Westen lebende tibetisch-buddhistische Lehrer Sogyal Rinpoche (1994, 438ff.). Obwohl auch er betont, dass Leben prinzipiell nicht zerstört werden darf, vertritt er die Auffassung, dass diesbezüglich keine eindeutigen Regeln festgelegt werden können, sondern jede Situation mit Weisheit und Mitgefühl zu betrachten ist. Er weist darauf hin, dass lebensverlängernde Maßnahmen oder Wiederbelebungsversuche, die nur den Todesprozess hinauszögern, als Störung, extreme Belästigung und Ablenkung empfunden werden können, aber auch die Gefahr mit sich bringen, im Sterbenden unnötiges Festhalten, Ärger und Frustration auszulösen. Der Verzicht auf lebensverlängernde medizinische Intervention und Technologie in der engeren Sterbephase, deren Dauer mit Stunden oder Tagen gemessen wird, also im Endstadium einer unheilbaren Krankheit, ist nach Rinpoche statthaft. Allerdings kann auch die künstliche Ver-

längerung der Lebenszeit für einen Sterbenden mit positiver Geisteshaltung sinnvoll sein. Während Rinpoche die passive Sterbehilfe als ein Geschehenlassen des Todes betrachtet, ist das Wählen des Todes als Beihilfe zum Selbstmord oder aktive Sterbehilfe für ihn inakzeptabel. Maßgebliches Argument für die Ablehnung ist wiederum die buddhistische Einstellung zum Leiden, für das der Tod keine Lösung bringt.

Entscheidend für die Beurteilung einer Handlung ist immer die Motivation. Mitleid mit den Sterbenden soll primär zu Sterbebegleitung mit Schmerzerleichterung führen. Medikamente, die das Bewusstsein trüben, sind aber auf jeden Fall zu vermeiden: Die Karmakräfte werden auch geprägt vom Bewusstseinszustand zur Zeit des Todes. Für die meisten Buddhisten dienen alle Maßnahmen, also auch Medikamente, die sich beschleunigend auf den Lebens- und Sterbeprozess auswirken, letztlich nur der Verlängerung des Leidens, das auf eine neue Existenzform verschoben wird. Es zeigt sich allerdings eine vorsichtige Öffnung gegenüber der passiven Sterbehilfe. Unter bestimmten Umständen, die letztlich an den Bewusstseinszustand des betroffenen Menschen gebunden sind, wird auch eine passive Sterbehilfe für heilsam, das heißt der Befreiung förderlich gehalten. Der Tod ist allerdings nicht unmittelbar anzustreben, sondern wird – in der Sterbephase – lediglich nicht hinausgezögert oder als Konsequenz der uneigennützigen Entscheidung gegen die technischen Mittel einer Sterbeverlängerung in Kauf genommen.

Der Tod gilt in den buddhistischen Traditionen als Brücke, für deren Überschreiten Akzeptanz und Wille des/r Sterbenden wichtig sind. Gutes Sterben ist stets und vor allem bewusstes Sterben. Beispielhaft für die Einstellung zum Tod und den konkreten Vollzug des Sterbens gilt der Tod des Religionsstifters selbst. Vor seinem Tod klärt Buddha im Gespräch mit seinem Lieblingsjünger Ānanda den Umgang mit seinem Leichnam und die gewünschte Form seiner Verehrung. Er tröstet den klagenden ānanda mit dem Hinweis auf seine Lehre, auf das Wesen und die Überwindung menschlicher Existenz. Das Sterben Buddhas wird zum typischen Moment radikaler Loslösung, vollzogen als meditativer Weg, der durch verschiedene Versenkungsstufen hindurch zum „großen“, endgültigen Tod führt. Im Gegensatz zum „kleinen“ Tod, der im Rad der Wiedergeburten verhaftet bleibt, wird im guten Tod die Vergänglichkeit überwunden.

Judentum

Für das ethische Handeln im Judentum ist die hohe Wertschätzung des menschlichen Lebens, das als heilig und unantastbar gilt, fundamental. Da das menschliche Leben und seine Dauer in Gottes Hand liegt, ist die Selbstbestimmung des Menschen begrenzt. Das Leben wird nicht als Besitz des Menschen, sondern als Aufgabe betrachtet, wobei die individuelle Verantwortung des Menschen als Ebenbild Gottes prinzipiell von großer Bedeutung ist. Die verschiedenen Richtungen des Judentums schreiben der menschlichen Autonomie aber einen extrem unterschiedlichen Stellenwert zu. Während im orthodoxen Judentum die Autonomie tatsächlich im Vollzug der göttlichen Weisung besteht, wird sie im konservativen Judentum als Wert geschätzt und zugleich an das normative Verhalten gebunden. Im Reformjudentum hingegen kann der Mensch radikal und ohne Traditionsbindung auf seine Freiheit und Verantwortung verwiesen werden.

Eckpfeiler der modernen Euthanasie-Debatte sind die Tradition und der kasuistische Umgang mit konkreten Fragestellungen. Fundamentales Prinzip jüdischer Ethik oder Rechtspraxis – einschließlich der modernen Medizinethik – ist, dass Vorschriften nicht verabsolutiert werden, sondern beim Auftauchen widersprüchlicher Werte individuell und fallspezifisch betrachtet und unter Zuhilfenahme der vorliegenden Tradition entschieden werden (vgl. Steinberg 1991, 181). Der Grad der Autorität, der der Tradition beigemessen wird, differiert allerdings stark zwischen dem orthodoxen, dem konservativen und dem Reformjudentum. Es gibt nun einen relativ breiten Konsens darüber, welche Texte der Tradition zur Argumentation ethischer Probleme im Umgang mit Sterbenden heranzuziehen sind. In den Interpretationsunterschieden spiegelt sich aber eine erstaunliche Bandbreite der Positionen in der aktuellen Euthanasie-Diskussion.

Es lassen sich zwei Kategorien von Texten der rabbinischen Tradition (Tradition der jüdischen Gelehrten) unterscheiden.¹¹ In der ersten Gruppe wird jede *Beschleunigung des Sterbeprozesses* untersagt. Die Beschleunigung des Sterbens gilt dabei de facto als eine Verkürzung des Lebens. Das menschliche Leben darf keinesfalls verkürzt werden und jede Maßnahme, die darauf abzielt, ist ein Mord. Im Talmud ist die Auffassung

¹¹ Eine ausgezeichnete Zusammenstellung sämtlicher Texte, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind und darüber hinaus am Lebensende eine Rolle spielen, bietet die Studie von Jage-Bowler 1999.

überliefert, dass derjenige, der ein Kind, das von einem anderen von einem Dach in den sicheren Tod hinabgeworfen wird, beim Fallen mit einem Schwerthieb tötet, des Mordes schuldig ist, weil er den Tod beschleunigt hat (vgl. *bBaba Qamma* 26b–27a. Übers.: Goldschmidt 1996, Bd. 7, 88). Dasselbe gilt für denjenigen, der einem Sterbenden die Augen zudrückt:

Wer einem Sterbenden die Augen zudrückt, ist ein Blutvergießer. Dies ist ebenso, wie wenn jemand seinen Finger auf ein ausgehendes Licht legt, wodurch es sofort erlischt.

(*bShabbat* 151b. Übers.: Goldschmidt 1996, Bd. 1, 920)

Das Tötungsverbot des Dekalog ist nicht nur auf die Lebenden, sondern in gleicherweise auf die Sterbenden zu beziehen, die in jeder Hinsicht als Lebende zu betrachten sind. Als sterbend gilt ein Mensch im Zeitraum von drei Tagen vor seinem Tod. Wenn ein Sterbender voraussichtlich noch mehr als drei Tage zu leben hat, ist er nach der Halacha, dem jüdischen Gesetz, nicht als „Sterbender“ einzustufen (vgl. Sternbuch 1980, 57). In der rabbinischen Literatur wird hierfür der Terminus *goses* verwendet:

Der sterbende Mensch (*goses*), siehe, er ist in allen Dingen (in jeder Hinsicht) eine lebende Person. (...)

Man soll seine Kiefer nicht hochbinden, seine Körperausgänge nicht verstopfen. Man soll keine metallenen Gegenstände oder irgendetwas Kühlendes auf seinen Nabel legen bis zu dem Moment, da er stirbt. [...]

Man soll ihn nicht bewegen und ihn nicht waschen. Man soll ihn nicht auf Sand oder Salz legen bis zu dem Moment, da er stirbt.

Man soll seine Augen nicht schließen. Derjenige, der ihn berührt oder bewegt, siehe, er vergießt Blut.

R.[abbi] Meir sagte gewöhnlich: Er ist einer tropfenden (flackernden) Lampe vergleichbar. Wenn sie jemand berührt, er würde sie sofort auslöschen. So wird auch jener angesehen, der die Augen eines sterbenden Menschen schließt; so als hätte er dessen Leben genommen.

Man soll die Kleider nicht zerreißen und die Schultern nicht entblößen. Man soll keinen Lobpreis auf ihn sagen, und man soll keinen Sarg mit ihm in das Haus bringen bis zu dem Moment, da er stirbt.

(*bSemachot (Ebel Rabbati)* 1,1–5. Übers.: Jage-Bowler 1999, 57)

Im Mittelalter und in der frühen Neuzeit wurde diese talmudische Tradition durch die großen rabbinischen Autoritäten bekräftigt. In diesem Sinn hat sich etwa Moses Maimonides im 12. Jahrhundert geäußert und genau-

so Josef Karo im 16. Jahrhundert. Rabbi Josef Caro widmet einen Abschnitt seines maßgeblichen Kodex Schulchan Aruch den Gesetzen für eine sterbende Person. Er listet verschiedene bereits in dem talmudischen Traktat Semachot (Ebel Rabbati) verbotene Handlungen auf. Dazu kommen beispielsweise die Verbote, einen Sterbenden zu ölen oder unter seinem Kopf ein Kissen wegzunehmen. Vor allem die beiden oben zitierten Texte werden heute mit Analogieschluss auf die aktive Euthanasie bezogen, womit das Verbot der aktiven Euthanasie als bereits im Talmud, der Hauptquelle der rabbinischen Überlieferung (abgeschlossen im 8. Jahrhundert unserer Zeitrechnung), fixiert gilt.

Auch der Selbstmord wurde im Talmud explizit verboten. Allerdings sind Ausnahmefälle, in denen übergroßes Leid vermieden werden soll, belegt. Diese Fälle der Selbsttötung werden von den meisten rabbinischen Autoritäten nicht als Selbstmord eingestuft (vgl. Sternbuch 1980, 76ff). Berühmtestes Beispiel ist König Saul, der sich nach verlorener Schlacht zunächst selbst zu töten versuchte und dann einen Knappen bat, die Tat zu vollenden. Unter ganz besonderen Umständen in Verbindung mit übergroßem Schmerz ist Selbstmord nach rabbinischer Mehrheitsauffassung gerechtfertigt. Allerdings wird auch die Minderheitsposition vertreten, die Selbstmord unter allen Umständen verurteilt. Diese Haltung spiegelt sich im Fall des Rabbi Chananja ben Teradjon, der bei seiner Verbrennung durch die Römer den Rat seiner Schüler zurückweist, den Mund zu öffnen und einzuatmen, um sein Leiden dadurch zu verkürzen. Auf dem Scheiterhaufen verkündet Rabbi Chananja, dass sich niemand selbst ein Leid antun darf, um sein Leben zu verkürzen. Obwohl die Selbsttötung von der Mehrheit der Rabbiner zumindest in Extremfällen legitimiert wird, ergibt sich hier kein Ansatzpunkt für die moderne Diskussion über Ausnahmen der Lebensverkürzung im Sinn der ärztlichen Beihilfe zum Selbstmord. Der Knappe König Sauls, der den Schwerverwundeten auf seinen Wunsch hin tötete, wird eindeutig verurteilt.

Zu der zweiten Gruppe von Texten, die in der aktuellen Diskussion häufig zitiert werden, gehören jene, die die *Beseitigung von Hindernissen*, die den Tod hinauszögern, erlauben beziehungsweise eine Verlängerung des Sterbeprozesses untersagen. Aus dem 12./13. Jahrhundert stammt die folgende Äußerung des berühmten Rabbi Jehuda ha-Chassid:

Man darf nichts dazu tun, damit der Tod eines Menschen *verzögert* wird. Wenn z.B. in Hörweite eines Sterbenden Holz gehackt wird, so dass der Lärm den Tod aufhält, so entfernt man den Holzhacker. Ebenso darf man kein Salz

auf die Zunge eines Sterbenden legen, um damit den Eintritt des Todes hinauszuschieben.

(*Sefer ha-Chassidim* Kap. 723, 3. Zitiert nach: Sternbuch 1980, 89)

Diese Position wird auch von anderen rabbinischen Autoritäten bestätigt. In der Beweisführung wird auch der bereits erwähnte Fall des Rabbi Chananja ben Teradjon herangezogen. Um dessen Qualen zu verlängern, hatte man nasse Wollsträhnen auf sein Herz gelegt. Rabbi Chananja erlaubte die Entfernung der Wolle, die den Eintritt des Todes hinauszögerte. Im Talmud und in den Kommentaren findet sich auch die Auffassung, dass für einen Sterbenden nicht mehr um Genesung gebetet werden soll. Einen der berühmtesten Fälle stellt Rabbi Judah dar:

Am Tage, an dem Rabbi [= der bedeutende Rabbi Jehuda ha-Nasi] starb, ordneten die Rabbanan [= Titel für rabbinische Gelehrte] ein Fasten an und flehten um Erbarmen. Sie bestimmten: wer da sagt, Rabbi sei verschieden, werde mit einem Schwerte niedergestochen. Die Magd Rabbis stieg auf den Söller und sprach: Die droben verlangen nach Rabbi, und die hienieden verlangen nach Rabbi; möge es dein Wille sein, dass die hienieden die droben besiegen. Als sie aber sah, wie oft er den Abort aufsuchte, und sich damit abquälte, die Tephillin [= Gebetsriemen] ab- und anzulegen, sprach sie: Möge es dein Wille sein, dass die da droben die hienieden besiegen. Da aber die Rabbanan nicht aufgehört hatten, zu beten, nahm sie einen Krug und warf ihn vom Söller hinab; sie stockten, und die Seele Rabbis kehrte zur Ruhe ein.

(*bKetubbot* 104a. Übers.: Goldschmidt 1996, Bd. 5, 332)

In der modernen Diskussion werden diese Texte herangezogen, um einen Behandlungsabbruch im Sinn der passiven Euthanasie zu legitimieren.

Seit den 1960er Jahren sind die Veröffentlichungen zur jüdischen Medizinethik stetig angewachsen (vgl. dazu z.B. die Klassiker von Jakobovits 1975; Rosner 1991). In der modernen jüdischen Diskussion ist die Euthanasie-Problematik angesiedelt zwischen der mahnenden Erinnerung an eine nationalsozialistisch ideologisierte Medizin, die das Konzept wertlosen Lebens schuf und dem Bedarf nach einer neuerlichen Erwägung angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin. Es besteht ein Konsens der Mehrheit aller Rabbiner der verschiedenen Richtungen, dass *aktive Euthanasie* ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Als zulässige Ausnahme zum grundsätzlichen Verbot der aktiven Euthanasie gilt die geringfügige Verkürzung des Lebens als Nebeneffekt schmerzstillender Medikamente. Neben dieser eindeutigen Position steht allerdings eine

ganz offene Diskussion des Reformjudentums in den USA, die in Publikationen, vor allem Zeitschriften, öffentlich ausgetragen wird und den verschiedenen Denkansätzen und Meinungen von Rabbinern, Medizinern, Philosophen und anderen Experten keine Einschränkung auferlegt. Ausgangspunkt aller Überlegungen zur aktiven Euthanasie ist dabei die persönliche Autonomie des Menschen, die als Basisdoktrin des Reformjudentums gewertet wird. So wird aus den Grundprinzipien liberaler jüdischer Ethik – Humanismus, Voluntarismus, Rationalismus und Egalitarismus – beispielsweise folgende Konsequenz gezogen:

Selbstmord, Abtreibung und Euthanasie, sowohl aktiv als auch passiv, ist die Akzeptanz einer frühzeitigen Beendigung des Lebens [...] Unser radikaler Humanismus verlangt, dass wir Individuen die Freiheit und Autonomie zugestehen, diese entsetzlich schmerzhaften Entscheidungen für sich selbst zu treffen.

(Shapiro 1989, 182. Dt. Übers.: B. H.)

Damit ist zugleich evident, dass sich die Diskussion ausschließlich auf die freiwillige aktive Euthanasie entweder als ärztliche Beihilfe zum Selbstmord oder als Vollzug einer Patientenverfügung beschränkt. Die Fragen rund um die zulässigen Bedingungen für eine Beihilfe zum Selbstmord gelten als vielleicht größtes Feld der gegenwärtigen Debatte. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizintechnologie, den Todesprozess zu verzögern, werden etwa folgende Fragen gestellt:

Ist nicht alles Leben ein Geschenk Gottes und ist nicht das Ende letztlich Gottes Entscheidung? Kann es einen Sinn im Leiden geben? Ist es nicht eine größere und bedeutungsvollere Herausforderung für unser modernes Bewusstsein Sinn in unsere letzten Tage oder Stadien des Lebens zu bringen? Oder müssen wir, angesichts der akzeptierten Veränderungen in der Medizintechnologie den Begriff „Selbstmord“ redefinieren und das Konzept „Euthanasie“ überdenken?

(Address 1996, 23. Dt. Übers.: B. H.)

Der Rabbiner Leonard Kravitz plädiert für den Fall eines Patienten bei vollem Bewusstsein, der an einer schwer behindernden, fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leidet, für die Option des ärztlich assistierten Suizids. Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie hält er grundsätzlich für problematisch und zweifelhaft, da es in jedem Fall um Handlungen geht. Hilfreich erscheint ihm vor allem ein Text der Tradition, in dem der berühmte mittelalterliche Tora-Gelehrte Raschi den

Begriff „schöner Tod“ so interpretiert, dass der Betroffene schnell sterben möge. Wenn unkontrollierbarer Schmerz das Leben übertrumpft, Genesung nicht erreicht werden kann und dem Patienten das Leben nicht länger lebenswert erscheint, kann nach Kravitz eine Verkürzung notwendig sein (vgl. Kravitz 2006, 90).

Rabbiner, die die aktive Euthanasie persönlich unterstützen, fragen, ob die Entscheidung für das Leben, in Fällen, wo sie zur Entscheidung für eine „Maschine“ wird, nicht die Heiligkeit des Lebens konterkariert (vgl. Address 1996, 38f.; 41f.). Ganz stark gegen das traditionelle Bekenntnis zur Heiligkeit des Lebens unter Außerachtlassung aller Fragen der Lebensqualität argumentiert Lewis Solomon (2001, bes. 152ff.), der seinen religiösen Hintergrund als „spirituelles Judentum“ definiert. Solomon richtet den Blick vor allem auf den emotionalen und spirituellen Schmerz des terminal oder chronisch degenerativ erkrankten Menschen, der im Gegensatz zum physischen Schmerz durch keine noch so gute palliative Versorgung behandelt werden kann. Er vertritt die Auffassung, dass Lebensqualität nicht vorgegeben werden kann und das Prinzip der Heiligkeit des biologischen Lebens vielleicht nur die menschliche Weigerung spiegelt, sich mit seiner Sterblichkeit zu Recht zu finden. Für Solomon gibt es kein ausreichendes Unterscheidungskriterium zwischen passiver und aktiver Euthanasie, da es in beiden Fällen um Handlungen geht, die verantwortet werden müssen. Als wichtigsten Wert nennt er die persönliche verantwortungsvolle Autonomie, die in der Beziehung zu Gott, auf bestimmten Tugenden und der Suche nach einem sinnvollen Leben beruht (vgl. Solomon 2001, 9f.). Solomon möchte Menschen in ihrer Selbstbestimmung unterstützen, damit sie in der Lage sind, am Lebensende verantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Als interessanter Anknüpfungspunkt für die Euthanasie-Debatte gilt der traditionelle Terminus *terefah*. Ursprünglich ein Begriff aus den jüdischen Speisevorschriften, der ein Tier bezeichnet, das wegen eines schwerwiegenden Defekts, der binnen zwölf Monaten zum Tod führen wird, nicht gegessen werden soll, wird diese Kategorie seit dem Mittelalter für eine Person verwendet, die als bereits tot gilt. Gemeint ist damit ein Mensch, der an einer unheilbaren Krankheit leidet und in absehbarer Zeit – allerdings, da Mensch und Tier sich unterscheiden, nicht notwendigerweise innerhalb von zwölf Monaten – sterben wird. Der Mörder einer solchermassen als „tot“ qualifizierten Person ist daher von der Todesstrafe frei. Die Verwendung der Kategorie *terefah* scheint dafür geeignet, einige Probleme bei der Sterbehilfe unheilbar kranker Menschen mit begrenzter

Lebenserwartung zu lösen (vgl. Address 1996, 42ff.). Dies betrifft vor allem die Straffreiheit für die Beihilfe zum Selbstmord, aber auch die schwierige Frage nach der genauen Definition von „Sterbender“ oder „letzte Lebensphase“, deren zeitliche Dimension sich teilweise nur schwer prognostizieren lässt, was sich aber auf dem Gebiet der passiven Euthanasie weichenstellend auswirkt.

Die vielfältigen Dimensionen der *passiven Euthanasie* stehen in allen Richtungen des Judentums zur Diskussion. Im Zentrum der Überlegungen steht die Frage, ob ein Behandlungsabbruch beziehungsweise ein Abbruch von künstlich das Leben verlängernden Maßnahmen bei Sterbenden zulässig ist. Klar ist jedenfalls, dass sich die Diskussion im orthodoxen und konservativen Judentum lediglich auf den Fall einer schwerkranken, sterbenden Person bezieht, deren Tod unmittelbar, das heißt strenggenommen (wahrscheinlich) binnen drei Tagen, bevorsteht. Eine Minderheit von orthodoxen Rabbinern vertritt die Auffassung, dass Gott die Weisheit zur Erfindung der Lebensverlängerung gegeben hat und daher lebenserhaltende Maßnahmen nicht beendet werden dürfen, wenn sie begonnen wurden (vgl. Trepp 1984, 44). Noch pointierter in diese Richtung weist die Ansicht, dass alle medizinischen Ressourcen, die dem sterbenden Patienten zur Lebensverlängerung dienen, anzuwenden sind ausgenommen gefährliche Prozeduren und experimentelle Therapien (vgl. Steinberg 1991, 191), lediglich bei unerträglichen Schmerzen dürfen lebensverlängernde Maßnahmen vorenthalten werden (vgl. Bleich 2006, 67ff.). Es wird betont, dass die Qualität des Lebens und die Länge der Lebenserwartung in diesem Zusammenhang keine Faktoren sind, die berücksichtigt werden müssen. Viele konservative halachische Autoritäten halten einen Abbruch von bestimmten Behandlungsformen in terminalen Situationen jedoch für zulässig. Die Verlängerung des Lebens ist zwar Gebot, eine Verlängerung des Sterbens im Todeskampf ist jedoch nicht geboten. Unterschieden wird zwischen der direkten Behandlung der terminalen Krankheit, die abgebrochen werden kann (beispielsweise eine Chemotherapie, Dialyse etc.) und der „natürlichen“ Behandlung, die sich auf die Lebensbedingungen des Patienten bezieht. Unter den natürlichen Behandlungsformen ist vor allem die Versorgung des Patienten mit den fundamentalen Lebensgütern Nahrung, Flüssigkeit und Sauerstoff zu verstehen. Es ist erlaubt, Sterbenden Schmerzmittel zu verabreichen, die den Tod beschleunigen könnten; aber nicht mit der Absicht, das Leben zu verkürzen, sondern um Schmerz zu lindern (vgl. Nordmann 2006, 269).

Ausgangspunkt der Debatte im Reformjudentum ist die Auffassung, dass ein hoffnungslos Kranker auf natürlichem Weg in Würde sein Leben beschließen soll. Das Prinzip der menschlichen Autonomie und Würde im Zusammenhang mit den schwierigen Fragen zur Euthanasie hat Ze'ev Falk am Beispiel seines 81-jährigen Vaters kommentiert. Der Vater, der – selbst ein Arzt – nach seiner zweiten Herzattacke ins Krankenhaus kommt, lehnt die Verlängerung seines Lebens ab und will in Frieden sterben: „A prolongation of his life, to him, meant perhaps getting out of hand, the opposite of a life and death in dignity.“ (Falk 1996, 171)

Obwohl grundsätzlich das individuelle Gewissen des Menschen und somit der Patientenwille ausschlaggebend ist, gibt es dennoch ganz unterschiedliche Positionen dazu, welche Maßnahmen wann abgebrochen werden dürfen. Unter Reformrabbinern herrscht ein breiter Konsens für Behandlungsabbruch in der letzten Sterbephase, wenn der Tod nur künstlich hinausgezögert wird. Fraglich geworden ist dabei der traditionelle Ausgangspunkt, der eine Person auf dem Totenbett (*goses*) im Blick hat, deren Tod unmittelbar bevorsteht (Address 1996, 46ff.). Diese traditionelle Vorstellung eines natürlich Sterbenden ist von der modernen Medizintechnik überholt. So wird eine Reinterpretation der Kategorie *goses* gefordert, im Sinne eines irreversibel terminal erkrankten Menschen, da die heutige medizinische Realität keine sichere Todesprognose erlaube und darüber hinaus direkte und indirekte Mittel des Sterbenlassens verschwimmen. In diesem Zusammenhang wird auch von modernen, aber konservativ orientierten Rabbinern empfohlen, neben der Kategorie *goses* auch die traditionelle Kategorie *terefah* heranzuziehen, um zeitgerechte Antworten auf drängende medizin-ethische Fragen zu finden (vgl. die Position von Rabbi Sinclair zusammengefasst von Jage-Bowler 1999, 139ff.). Diese Position ist allerdings genauso umstritten, wie beispielsweise der daraus abgeleitete Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im terminalen Stadium oder im vegetativen Dauerzustand (vgl. dazu die Position von Rabbi Dorff zusammengefasst von Jage-Bowler 1999, 147ff.).

Grundsätzlich ist allen Richtungen des Judentums gemeinsam, dass die künstliche Lebensverlängerung abzulehnen ist, wenn das unabhängige, selbstständige Leben aufgehört hat. Allerdings gibt es keinen Konsens darüber, wie unabhängiges Leben zu definieren ist. Orthodoxe und konservative Rabbiner haben empfohlen, durch periodisches Abschalten der Maschinen zu überprüfen, ob der Patient noch unabhängiges Leben – gemeint ist vor allem selbstständige Atmung und Herzschlag – besitzt (vgl.

Sternbuch 1980, 91ff.). Viele orthodoxe und konservative Rabbiner lehnen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod ab, etliche und vor allem Reformrabbiner hingegen tendieren eher dazu, sich der medizinischen Definition des Gehirntods als Endpunkt des Lebens anzuschließen und die künstliche Verlängerung des bloß vegetativen Lebens auf einen unbestimmten Zeitraum abzulehnen.¹²

Das gute menschliche Sterben ist im Judentum von der hohen Wertschätzung des Lebens und – besonders im Reformjudentum – von der Hochachtung vor der Autonomie und Würde des Menschen geprägt. Obwohl das Leben heilig ist und von unschätzbar hohem Wert, ist es doch für die jüdische Tradition charakteristisch, jeden Fall für sich zu betrachten. So wird auch die Maxime der absoluten Heiligkeit des Lebens von etlichen modernen Rabbinern infrage gestellt zugunsten der Erwägung aller Faktoren eines spezifischen Falles. Das Plädoyer für ein Sterben in Würde angesichts der modernen Medizintechnik, die den Sterbeprozess über den Punkt hinaus verlängert, an dem das Leben noch Bedeutung hat, kann einen modernen religiös orientierten Juden sogar zu der Aussage führen, dass die Heiligkeit des Lebens ohne Rücksicht auf die Qualität nichts als biologischer Götzendienst ist (vgl. Solomon 2001, 11). Menschliches Sterben kann gut sein oder schlecht. Die Gestalt des Moses stellt ein Paradigma des menschlichen Sterbens dar. Der biblische Moses stirbt in hohem Alter, aber sein Tod ist nicht der Endpunkt von körperlichem Zerfall und Krankheit: Er stirbt im Vollbesitz seiner Körperkräfte, würdig und einfach. Ganz anders der Moses der rabbinischen Überlieferung, der schwer stirbt, nach einem zähen Kampf gegen den drohenden Tod. Der Umgang mit dem Tod und seine Rahmenbedingungen sind verschieden, gemeinsam ist beiden Varianten aber die Tatsache, dass Aufgaben und Sehnsüchte des Lebens unerfüllt bleiben. Moses kann das Land der Verheißung nicht betreten. Der Tod selbst ist ein unentrinnbarer Aspekt des Lebens, aber gut ist er nicht in einer Tradition, die sich dem Leben verpflichtet weiß. An dieser Stelle öffnet sich eine wahrscheinlich unüberwindbare Kluft zwischen dem traditionellen Judentum mit seinem leidenschaftlichen Kampf um das Leben und den reformjüdischen Ansätzen, die den Tod „zivilisieren“ und ihm mit dem Blick auf eine unsterbliche Seele den Schrecken einer radikalen Verlusterfahrung nehmen.

¹² Die Frage nach der Akzeptanz der Hirntod-Definition ist bis heute in rabbinischen Kreisen umstritten, obwohl das Oberrabbinat von Israel das Durchführen von Herztransplantationen auf der Grundlage der Harvard-Kriterien bereits 1987 autorisiert hat.

Christentum

Die radikale Abhängigkeit des Menschen von Gott, der als transzendenten Schöpfer aufgefasst wird, bildet ein Grundelement christlicher Anthropologie. Zugleich aber ist der Mensch als Ebenbild Gottes entlassen in die Freiheit und Verantwortung des Handelns, die auf vernünftiger Einsicht in das sittlich Gute beruht. Zwischen diesen beiden Polen der Abhängigkeit und der Verantwortung setzen die christlichen Konfessionen und Theologien verschiedene Akzente, die sich auf den jeweiligen Stellenwert der Gewissensentscheidung des Menschen auswirken. Das Leben gilt prinzipiell als Geschenk Gottes, das nicht eigenmächtig verkürzt werden darf. Das Leiden des Menschen steht im Kontext der Nachfolge Jesu Christi, ist aber nicht abzutrennen von den Fragen nach der Menschenwürde und dem Erbarmen Gottes. Die christlichen Konfessionen lehnen die *direkte* Beendigung des Lebens relativ einheitlich ab. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Einstellung zur passiven Sterbehilfe.

Die hierarchische Struktur der *römisch-katholischen Kirche* mit der Institution eines autoritativen Lehramts führt zu eindeutig definierten Positionen der Amtskirche, die für Katholiken grundsätzlich verbindlich sind. Im Rahmen der katholischen Theologie werden diese Positionen allerdings diskutiert und problematisiert. Die katholische Kirche legt großen Wert auf die Unterscheidung zwischen Euthanasie *im eigentlichen Sinn* – damit ist ausschließlich die *direkte* Euthanasie gemeint¹³ – und dem Verzicht auf „außergewöhnliche Maßnahmen“.

In verschiedenen lehramtlichen Dokumenten wird die direkte Euthanasie klar und eindeutig verurteilt. Nach der Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (1980) und dem Katechismus der katholischen Kirche (2003) ist die Euthanasie sittlich unannehmbar und verletzt die Würde der menschlichen Person:

Die direkte Euthanasie besteht darin, dass man aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Sie ist sittlich unannehmbar. Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen

¹³ Die direkte Euthanasie umfasst sowohl aktive als auch passive Formen der Sterbehilfe, da ihre Definition auf der Handlungsabsicht basiert. Zur Unterscheidung von direkter und indirekter Euthanasie und ihrer Relevanz vgl. Zimmermann-Acklin 1997, 282–350.

Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur der mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.

(Katechismus der katholischen Kirche 2003, 579: Nr. 2277)

In der Enzyklika *Evangelium vitae* (1995, 79ff.) greift Papst Johannes Paul II. diese Positionen auf. Im 3. Kapitel „Du sollst nicht töten“ heißt es, dass der Mensch angesichts der Fortschritte der modernen Medizin versucht ist, sich anstelle Gottes zum Herrn über Leben und Tod zu machen. Euthanasie *im eigentlichen Sinn* ist eine *Handlung oder Unterlassung*, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt. Euthanasie, insofern es sich um die vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, ist Mord oder Selbstmord. Wenn der betroffene Mensch nicht um Euthanasie gebeten und seine Zustimmung nicht gegeben hat, handelt es sich um „Willkür und Unrecht“. Da der Mensch nicht frei über sein von Gott geschenktes Leben verfügen kann, ist auch Euthanasie als Beihilfe zum Selbstmord als „falsches Mitleid“, als „eine bedenkliche Perversion“ zu betrachten. Davon zu unterscheiden ist der Verzicht auf „therapeutischen Übereifer“ – es gilt abzuschätzen, ob die therapeutischen Maßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen – und die Zulässigkeit der begründeten palliativen Behandlung, auch wenn sie eine Trübung des Bewusstseins und Verkürzung des Lebens zur Folge hat.

Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.

(Johannes Paul II. 1995, 80)

Der Katechismus der katholischen Kirche äußert sich ebenfalls in diesem Sinn und betrachtet die Entscheidung über den Abbruch bestimmter medizinischer Maßnahmen als Patientenrecht:

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 damit den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.

(Katechismus der katholischen Kirche 2003, 580: Nr. 2278)

Die Mehrheit der katholischen Theologen versucht zwar die Anliegen, die sich in der Forderung einer Tötung auf Verlangen ausdrücken, aufzugreifen, problematisiert aber sowohl die näheren Umstände als auch die gesellschaftlichen Folgen einer Legalisierung. Bei dem grundsätzlich vorherrschenden Bekenntnis zur Behandlungsbegrenzung werden die verschiedenen Formen der passiven Euthanasie ethisch äußerst differenziert beurteilt. Nach Auffassung des Lehramts ist ja die passive Euthanasie nur dann zulässig, wenn sie nicht Folge einer bewussten Tötungsabsicht, also *indirekt* und daher nicht Euthanasie *im eigentlichen Sinn* ist. Eindeutig befürwortet wird nur die palliative Betreuung von Sterbenden, die geradezu als Ausweg aus der Euthanasiediskussion betrachtet wird: „Die praktische Verwirklichung der Palliativmedizin ist die Alternative zur Euthanasiediskussion“ (Virt 1998, 44). Vereinzelt befürworten auch katholische Theologen unter bestimmten Bedingungen die aktive Sterbehilfe im Sinn der Tötung auf eigenes Verlangen. Öffentliches Aufsehen erregt hat beispielsweise das Plädoyer für Selbstverantwortung von Hans Küng, der sich zwar ganz klar gegen Zwangseuthanasie wendet, aber dem Menschen ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben und auf verantwortungsvolle Selbstbestimmung im Sterben zuspricht (vgl. Jens/Küng 1995).

In ihren offiziellen gemeinsamen Stellungnahmen zum Schutz des Lebens betonen die *katholische* und die *evangelische Kirche Deutschlands* das unbedingte Lebensrecht und das Selbstbestimmungsrecht des Menschen (vgl. Gott ist ein Freund des Lebens 1990). Mit der gemeinsamen Vorlage einer christlichen Patientenverfügung haben die Kirchen jüngst das zunehmende Bedürfnis nach einer selbstbestimmten Einflussnahme auf den Sterbeprozess Ausdruck verliehen. Im evangelischen Erwachsenenkatechismus wird bis zur Auflage aus dem Jahr 1989 unter Bezugnahme auf Erklärungen der Vereinigten Evangelischen Kirche Deutschlands die aktive Sterbehilfe inklusive einer gezielten Beschleunigung des Sterbevorgangs und der Tötung auf Verlangen ausnahmslos abgelehnt. In der Frage der passiven Sterbehilfe wird festgehalten, dass diese jeweils nur fallspezifisch und unter Beachtung der Grenze zwischen Sterben-lassen und Töten zu beantworten ist (vgl. Evangelischer Erwachsenenkatechismus 1989, 1340). Die neu bearbeiteten Auflagen des Evangelischen Erwachsenenkatechismus aus dem Jahr 2000 (791ff.) beziehungsweise jüngst 2010 (927ff.) zeigen hingegen eine veränderte Wahrnehmung der gesellschaftlichen Entwicklung und verzichten auf klare Richtlinien. Der aktuelle Diskussionsstand um die Sterbehilfe wird problemorientiert und

offen beschrieben, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Abgrenzung zwischen aktiv und passiv alles andere als trennscharf sei. Als vorrangig gilt die Frage der angemessenen Therapiemöglichkeiten für einen todkranken Menschen. In der Auflage von 2010 (928) wird die passive Sterbehilfe noch differenzierter als „ein menschenwürdiges Sterbenlassen“ betrachtet, wobei unter anderem der Verzicht auf künstliche Ernährung bei einem unheilbar kranken Menschen angeführt wird. Die passive Sterbehilfe wird – das Einverständnis des kranken Menschen vorausgesetzt – als rechtlich und ethisch zulässig bezeichnet. Festgehalten wird, dass gegen eine ärztlich indizierte Euthanasie nach wie vor die massivsten Bedenken bestünden, einzig die Frage der Tötung auf Verlangen spiele in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskussion eine prominentere Rolle.

Ein Indikator dafür, dass die protestantischen Kirchen in den USA besonders die seelsorglich-praktische Realität der Euthanasie-Debatte aufgenommen haben, ist die Tatsache, dass offizielle Empfehlungen und Vorlagen für die Erstellung von Willenserklärungen zum Lebensende seit geraumer Zeit verbreitet sind. Die verschiedenen Kirchen setzen unterschiedliche Akzente, aber meist wird der moralische Unterschied zwischen Töten und der Erlaubnis zu sterben – ähnlich wie in der katholischen Kirche stark betont.

In der Stellungnahme der Generalversammlung der *Vereinigten Methodistischen Kirche* „Death with Dignity“ (1980, wiederholt 1988) wird ein Sterben in Würde und die Unterlassung der technischen Lebensverlängerung zu einem Recht jeder Person erklärt:

[...] wir bekräftigen das Recht jeder Person in Würde zu sterben, mit liebevoller persönlicher Versorgung und ohne Bemühungen todbringende Krankheiten zu verlängern nur weil die Technologie dafür verfügbar ist.

(Zitiert nach: Larue 1986, 87. Dt. Übers.: B. H.)

Hinsichtlich der aktiven freiwilligen Euthanasie überwiegt zwar eine grundsätzliche Ablehnung, aber zugleich wird die Auffassung vertreten, dass diese unter bestimmten Umständen eine ethisch erlaubte Handlung sein könnte.

Verschiedene *reformierte Kirchen* in der Tradition Calvins unterstreichen die Entscheidungsautonomie der einzelnen Person und unterstützen das Recht des Menschen, in Würde zu sterben. Sie verwerfen die aktive Euthanasie, befürworten aber die passive Sterbehilfe und die Abgabe

einer Willenserklärung. So wird in der Stellungnahme der Generalversammlung der Presbyter „The Covenant of Life and the Caring Community“ (1983) die Entscheidung des Einzelnen unterstrichen und vor einer Vergötzung des körperlichen Lebens, dessen Erhaltung als einziges Gut und primäres Ziel betrachtet wird, gewarnt (vgl. Larue 1986, 78ff.).

Evangelische Theologen vertreten in der Frage der passiven Euthanasie Positionen, die sich auf Überlegungen zur menschlichen Würde und der unmenschlichen Erhaltung des Lebens um jeden Preis stützen. Vorzeitiger Behandlungsabbruch kann demnach zwar durchaus eine Missachtung des Lebens als göttliche Gabe bedeuten, passive Euthanasie wird aber bejaht, wenn der Sterbende andernfalls nur mehr Objekt von medizinischen Interventionen würde, die lediglich den unausweichlichen Tod verhindern könnten (vgl. dazu Körtner 1996, 66f.). Euthanasie als Tötung auf Verlangen findet nur vereinzelt oder stark eingeschränkt theologische Befürwortung. Nach Ulrich Körtner (1996, 70f.) lässt sich zwar aus dem christlichen Lebens- und Todesverständnis kein grundsätzliches Recht einer Tötung auf Verlangen ableiten, bestimmte Einzelfälle dürften aber – vergleichbar dem Suizid – zumindest nicht verurteilt werden. Eine allgemeine ethische Rechtfertigung oder Legalisierung sei dennoch abzulehnen.

In den christlichen Konfessionen wird der Tod Jesu als Heilsgeschehen betrachtet, das den Tod durch die Auferstehung überwindet. Das christliche Todesverständnis ist geprägt durch die Radikalität und Unwiderrufbarkeit des Todes, das mit der Hoffnung auf die Auferweckung durch Gott einhergeht. Leben und Sterben des Menschen liegen in Gottes Hand, deshalb kann es strenggenommen weder ein Recht des Menschen auf Leben noch auf Tod geben. Da aber auch die Verantwortung, Würde und Freiheit des Menschen in den verschiedenen christlichen Traditionen eine große Rolle spielen, werden in offiziellen und in theologischen Texten doch immer wieder das unbedingte Lebensrecht des Menschen und der daraus resultierende Lebensschutz betont. Viel seltener wird aus Selbstverantwortung und Menschenwürde ein Recht auf den Tod abgeleitet. Für ein gutes Sterben sorgt aus der Sicht des Christentums eine Sterbebegleitung, die als *Lebenshilfe* in der letzten Lebensphase eines Menschen betrachtet wird und die den Abschied von persönlichen Verpflichtungen und die Vorbereitung auf die Begegnung mit Gott ermöglicht.

Islam

Im Islam wird Gott als der absolut souveräne Herr über Leben und Tod betrachtet. Der Mensch ist als Statthalter Gottes zwar verantwortlich für sein Tun, zugleich aber fehlbar und radikal verwiesen auf Gottes Barmherzigkeit und Hilfe. Daher ist die menschliche Freiheit und Selbstbestimmung durch den Willen Gottes definiert. Der Mensch hat sein Verhalten einzig und allein am Willen Gottes zu orientieren (Islam = Hingabe), wie er im Koran zum Ausdruck kommt. Auch der sterbende Mensch hat vor allem die moralische Verantwortung, die Souveränität Gottes aufrechtzuerhalten. Der Tod selbst gilt als letztgültige Überprüfung der Fähigkeit eines Muslims, Gottes Entscheidung mit Stärke und Vertrauen zu akzeptieren. Aus dieser theonomen Ausrichtung des menschlichen Lebens resultiert, dass ein Herbeiführen oder Beschleunigen des Todes untersagt ist, denn niemand stirbt ohne Gottes Erlaubnis zu der für ihn festgesetzten Zeit:

Und niemand kann sterben außer mit der Erlaubnis Gottes gemäß einer Schrift mit festgelegter Frist.

(Sure 3, 145. Übers.: Khoury 1992, 51)

Daher ist jedes Töten verboten ausgenommen im Fall der Blutrache, des Krieges und der Todesstrafe für bestimmte Vergehen. Verboten ist auch der Selbstmord:

Wer sich von einem Berg hinabstürzt und Selbstmord begeht, wird im Feuer der Hölle sein und sich auf immer und ewig hineinstürzen. Und wer Gift trinkt und Selbstmord begeht, der behält sein Gift in der Hand, er trinkt es im Feuer der Hölle auf immer und ewig. Und wer mit einem Eisen Selbstmord begeht, der behält sein Eisen in der Hand, er sticht sich damit in den Bauch im Feuer der Hölle auf immer und ewig.

(Zitiert nach: Khoury 1988, 297)

Die Sterbehilfe hat keinen Platz im Islam, da sie im Widerspruch zur Souveränität Gottes steht. Der Mensch ist nur Verwalter, aber nicht Besitzer seines Körpers, mit dem er daher nicht umgehen kann, wie er möchte. Auch im Fall von akutem Schmerz und Leiden sind sowohl aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Selbstmord kategorisch ausgeschlossen. Menschliches Leiden wird prinzipiell als Prüfung oder Sühne interpretiert. Von Muslim/inn/e/n wird eine optimistische Lebenseinstellung verlangt, kein Aufgeben und Kapitulieren vor Schwierigkeiten. Leiden als Sühne für falsches Verhalten muss mit Glaube und Ergebenheit in Gottes

Willen beantwortet werden. Die Art und Weise des Sterbens korreliert nicht unbedingt mit dem Charakter des Sterbenden. Auch ein guter Mensch kann einen qualvollen, gewaltsamen Tod erleiden, obwohl in diesem Fall ein gutes Sterben zu erwarten wäre (vgl. dazu Anisuzzaman 1989, 45f.). Das krankheitsbedingte Leiden wird als Reinigung, Überprüfung von Geduld und Ausdauer oder Gelegenheit zu spirituellem Wachstum gedeutet. Ein gläubiger Mensch, der von einer terminalen Erkrankung heimgesucht wird, kann als Märtyrer betrachtet werden.

Die 1. Internationale Konferenz für Islamische Medizin hat 1981 in Kuwait stattgefunden: Selbstmord und Euthanasie wurden zwar verworfen, aber gleichzeitig wurde für den Verzicht auf künstliche Methoden reiner Lebensverlängerung plädiert:

[Der] Arzt ist gut beraten seine Grenzen zu realisieren und sie nicht zu überschreiten. Wenn es wissenschaftlich erwiesen ist, dass das Leben nicht wiederhergestellt werden kann, dann ist es nutzlos den vegetativen Zustand des Patienten durch heroische Maßnahmen der Wiederbelebung [aufrecht zu erhalten] oder ihn durch Tiefkühlen oder andere künstliche Mittel gewissenhaft zu bewahren. Es ist der Prozess des Lebens, den der Arzt aufrecht erhält und nicht der Prozess des Sterbens. In jedem Fall soll der Arzt keine positive Maßnahme zur Beendigung des Lebens seines Patienten ergreifen.

(Islamic Code of Medical Ethics 1401/ 1981, 65. Dt. Übers.: B. H.)

Demnach ist passive Euthanasie abzulehnen, wo sie das Leben eines Menschen verkürzt. Die Unterlassung medizinischer Maßnahmen ist dort legitim, wo das Sterben eines Menschen verlängert wird. Die rein künstliche Aufrechterhaltung menschlichen Lebens stellt eine ärztliche Grenzüberschreitung dar. Allerdings bleibt offen, wie die Grenze zwischen künstlicher Aufrechterhaltung des Lebens und Behandlungsabbruch, der eine positive Maßnahme darstellt, zu ziehen ist.

Für den islamischen Geistlichen Großayatollah Muhammad Fadlallâh, der im Libanon lebte und 2010 verstarb, gibt es keinen Unterschied zwischen passiver und aktiver Euthanasie – wer die Behandlung eines unheilbar Kranken einstellt, tötet ihn passiv. Nach Fadlallâh kollidiert die Euthanasie mit dem islamischen Prinzip des Respekts vor dem Leben. Kurz und bündig positioniert er sich in der Euthanasie-Debatte mit dem Grundsatz, dass man das Leben weder selbst beenden, noch einen anderen Menschen töten darf (vgl. Fadlallâh 2008). Fadlallâh ist Vertreter einer Position, die der in Deutschland lebende Arzt und Medizinethiker Ilhan Ilkic als „*Therapiepflicht* am Lebensende auch in medizinisch aussichtslosen

Fällen“ bezeichnet (vgl. Ikilic 2006, 169). Die zweite Position spricht nicht von Pflicht, sondern empfiehlt die Zustimmung zu lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen, während die dritte Position die Wünsche des Patienten beziehungsweise der Familie in den Mittelpunkt stellt und die Behandlung – in medizinisch aussichtslosen Fällen – freistellt. „Nicht zuletzt wegen der knappen Ressourcen, aber auch wegen dem Selbstbestimmungsverständnis, das bei den Muslimen stärker wird, findet diese Position immer mehr Zustimmung in den muslimischen und nicht muslimischen Ländern“ (Ikilic 2006, 170). Die derzeit liberalste Einstellung zur passiven Euthanasie vertritt wahrscheinlich der in den USA lehrende Islamwissenschaftler Abdulaziz Sachedina. Auch er stellt grundsätzlich fest, dass der Mensch kein Recht zu sterben hat, weil das Leben eine Gabe Gottes ist. Palliativmedizinische Maßnahmen, die lebensverkürzende Effekte haben können, sind jedoch erlaubt, weil sie mit der Intention verbunden sind, Leiden zu lindern. Auf der Basis einer informierten Entscheidung und der Einwilligung des Patienten und der engen Familienmitglieder hält Sachedina es darüber hinaus nach islamischen Recht für zulässig, dass die medizinische Behandlung eines totkranken Patienten *abgebrochen* wird, wenn das Sterben lediglich hinausgezögert wird: „Der Tod der Person wird durch die Krankheit verursacht, die bereits existierte, bevor der Abbruch der Behandlung durch die Expertenmeinung gerechtfertigt wird“ (Sachedina 2006, 157). Die ethisch-rechtliche Sichtweise des Islam rechtfertigt nach Sachedina zwar nicht die Tötung einer Person, unter bestimmten Umständen wohl aber die Absicht eine Person das Sterben zu lassen.

Die Zeit des herannahenden Todes dient der Vorbereitung durch Gebet und Kontemplation. Der friedvolle Sterbeprozess selbst bedarf der Begleitung durch Verwandte und Freunde, eventuell auch einen religiösen Experten. Der sterbende Mensch soll dabei unterstützt werden, die Todesangst zu überwinden und ein angenehmes Gefühl gegenüber Gott zu entwickeln. Der Tod stellt den Übergang zum wahren Leben dar, das die Rechtgläubigen in Freude erwarten dürfen. Der Vorgang des Sterbens besteht darin, dass der Todesengel die Seele vom Körper trennt. Bei den guten Menschen geschieht dies ohne Mühe, schwierig ist es bei den schlechten. Der psychische Schmerz beim Sterben resultiert vor allem aus dem Gedanken und dem Gefühl der Trennung von allem, womit man in dieser Welt verbunden ist. Insofern Menschen, die mehr Bindungen haben, mehr leiden, wird empfohlen, sich in der Sterbephase geistig von dieser Welt zu lösen.

Zusammenfassung und Ausblick: Anknüpfungspunkte und Impulse für die Euthanasie-Debatte

Alle Weltreligionen betrachten das Leben als ein hohes Gut, das es zu schützen und zu bewahren gilt. Aktive Euthanasie wird daher entweder gänzlich verworfen oder nur sehr vorsichtig – unter bestimmten Umständen beziehungsweise als Ausnahme zur Regel – erwogen und teilweise auch zugelassen. Unterschiede zeigen sich vor allem in den Auffassungen über die angemessenen Formen der passiven Sterbehilfe. Auf einer Skala mit den Polen „Leben bewahren“ und „Sterben zulassen“, würde ich die behandelten religiösen Traditionen folgendermaßen zuordnen:

Leben bewahren		—	Sterben zulassen	
Orthodoxes Judentum	Islam		Protestantisches Christentum	Reformjudentum
Buddhismus	Katholisches Christentum		Hinduismus	

Aktive Euthanasie wird scharf zurückgewiesen von orthodoxem und konservativem Judentum, Buddhismus, Islam und katholischem Christentum. Einen Spielraum für Ausnahmen gibt es in Zweigen des protestantischen Christentums, im Reformjudentum und in der klassischen Tradition des Hinduismus, an die auch manche moderne Hindus anknüpfen.

Die Möglichkeiten der passiven Euthanasie werden am stärksten eingeschränkt im orthodoxen Judentum, das im Extrem den Entzug lebenserhaltender Maßnahmen generell verbietet und im Buddhismus, der bewusstseinstrübende Medikamente ablehnt und nach dominanter Auffassung das Sterben nicht verkürzen möchte. Im Westen lebende buddhistische Lehrautoritäten öffnen sich der passiven Euthanasie vorsichtig und stehen dem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen in der engeren Sterbephase verständnisvoll gegenüber. Für den Islam ist festzuhalten, dass das Leben – zumindest im vegetativen Zustand – nicht künstlich verlängert werden soll. Während extreme Positionen im orthodoxen Islam die Therapiepflicht auch am Lebensende einmahnen, befürworten liberale Positionen einen Behandlungsabbruch, wenn das Sterben nur hinausgezögert wird. Große Teile des Judentums, katholisches und protestantisches Christentum, liberaler Islam und etliche (vor allem im Westen lebende) Vertreter des Buddhismus stimmen darin überein, dass der Ster-

beprozess nicht verlängert werden soll. Patientenverfügungen werden am meisten in den christlichen Konfessionen und im Reformjudentum unterstützt, wobei im Reformjudentum alle Formen der passiven Euthanasie der autonomen Gewissensentscheidung unterliegen. Im Hinduismus werden einerseits bezüglich des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen Bedenken geäußert, andererseits wird der Behandlungsabbruch mit Bezugnahme auf die Tradition gerechtfertigt. Der Therapieverzicht ist hingegen unproblematisch.

Der kleinste gemeinsame Nenner, der sich in der Euthanasiethematik zwischen den behandelten Religionen ausmachen lässt, kann in zwei generalisierenden Thesen zusammengefasst werden. Die erste These lautet: *Das menschliche Leben ist wertvoll*. Lebensschutz ist daher ein Grundwert in den Weltreligionen, der sich zumeist als Tötungsverbot beziehungsweise als Forderung der Gewaltlosigkeit gegenüber allen Lebewesen konkretisiert. Dieses Prinzip lässt teilweise dennoch geringe Spielräume für freiwillige aktive Euthanasie unter bestimmten Bedingungen offen. Die zweite These lautet: *Das menschliche Leben ist relativ*. Menschliches Leben ist abhängig und wird radikal in größere Zusammenhänge verwiesen. So hat die Selbstbestimmung des Menschen Grenzen – es gibt nur ein abgeleitetes Recht auf Leben und auf Sterben, sei es bezogen auf eine personale göttliche Macht oder auf einen größeren kosmischen Existenzenkreislauf, der offen ist für eine geistig-spirituelle Transzendenz. Genauso aber hat die Machbarkeit des Lebens Grenzen. Das Leben ist und bleibt endlich, unvollkommen, leidhaft und zerbrechlich. Keine religiöse Tradition unterstützt den medizinisch-technischen Fortschritt um jeden Preis und die Lebensverlängerung um jeden Preis.

Da die Euthanasediskussion bisher dominant von jüdisch-christlichen Perspektiven beeinflusst wurde, ist es nicht verwunderlich, dass neue Impulse vor allem von den östlichen Religionen ausgehen könnten. Was zunächst auffällt ist, dass die Vorstellung von einem Existenzenkreislauf im Gegensatz zur Auffassung von der Einmaligkeit des Lebens für die Einstellung zum Sterben und seine Bedeutung kaum relevant ist. Der Umgang mit den Sterbenden wird dadurch nicht verändert. Das Sterben hat gewissermaßen dasselbe Schwergewicht, egal ob es vor dem weltanschaulichen Hintergrund eines einzigen Lebens oder aufeinanderfolgender Existenzen stattfindet. Für die moderne Diskussion ist aus den hinduistisch-jinistischen Traditionen des selbstgewählten Freitods insbesondere die Möglichkeit des Sterbefastens von Interesse. Da die Entschei-

dung zu sterben aber unter modernen medizinischen Bedingungen nicht nur der spirituellen Unterstützung bedarf, stellt sich die Frage, ob sich das in der Tradition verankerte Sterbefasten vergleichen lässt mit dem Entzug der Behandlung im Sinn der passiven Euthanasie – bis hin zum Einstellen der künstlichen Ernährung oder sogar zum ärztlich assistierten Suizid. Gerade der hinduistische Kontext zeigt die Ambivalenz einer Legalisierung auch im Bereich der sogenannten passiven Euthanasie. Es besteht Skepsis, ob sich die Euthanasie-Debatte wieder öffnen lässt, ohne zugleich auch *Satī*, die Tradition der Witwenverbrennung, zu unterstützen (vgl. Young 1989, 113ff.). Auch die Bezugnahme auf die Tradition der Entsagung ist zwiespältig, da damit schon in frühester Zeit die Entsorgung der alten Männer verknüpft war. Diese religiös sanktionierte Form der Altersaskese wirkt heute unter dem Vorzeichen der Überalterungsprobleme in den westlichen Gesellschaften besonders makaber, stößt aber durchaus auf Interesse.

Das Argument, das aus der Perspektive des Buddhismus gegen die Forderung nach einem Töten aus Mitleid ins Gespräch gebracht wird, ist die strukturelle und unüberwindbare Leidhaftigkeit des menschlichen Daseins. Leben ist Leiden und Mitleid ist daher nicht auf die Beseitigung, sondern auf die Bewältigung des Leidens zu richten. Da aus buddhistischer Sicht der Tod nicht das Ende des Leidens ist, kann es auch kein unzumutbares Leid geben. Was die Funktion und die Bedeutung der Sterbenden für die Gesellschaft anbelangt, so verstärken buddhistische Perspektiven das *memento mori* der christlichen Traditionen, das einen Störfaktor in der Entwicklung der modernen Medizin bildet: Die Begegnung mit dem Tod ist wichtig, da der Tod ein Disziplinlehrer ist, der die Augen öffnet für die Realität.

Literatur

- Abegg, Emil (Übers.) (1956): *Der Pretakalpa des Garudapurāna. Eine Darstellung des hinduistischen Totenkultes und Jenseitsglaubens.* Berlin: de Gruyter, 2. Aufl.
- Address, Richard (Hg.) (1996): Case No. 2: Voluntary Active Euthanasia – Assisted Suicide. In: *Journal of Psychology and Judaism* 20, 23–57.
- Anisuzzaman, Ahmad Muhawidi (1989): Islamic Perspectives on Death and Dying. In: Berger, Arthur u.a. (Hg.): *Perspectives on Death and Dying. Cross-Cultural and Multi-Disciplinary Views.* Philadelphia: The Charles Press, 38–54.
- Antes, Peter (1984): Islamische Ethik. In: ders. (Hg.): *Ethik in nicht-christlichen Kulturen.* Stuttgart: Kohlhammer, 48–81.
- Benzenhöfer, Udo (1999): *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart.* München: Beck.
- Bleich, J. David (2006): Die Behandlung des Pateinten am Lebensende. In: Hurwitz, Peter u.a. (Hg.): *Jüdische Ethik und Sterbehilfe. Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer, philosophischer und juristischer Beiträge.* Basel: Schwabe, 57–70.
- Bühler, Georg (Übers.) (1988): *The Laws of Manu (Sacred Books of the East 25).* Delhi: Motilal Banarsidass, 9. Aufl.
- Christliche Patientenverfügung (1999). Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland (Gemeinsame Texte 15). Hannover/ Bonn: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland/ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Crawford, S. Cromwell (1995): *Dilemmas of Life and Death. Hindu Ethics in a North American Context,* Albany, NY.
- Crawford, S. Cromwell (2003): *Hindu Bioethics for the Twenty-first Century.* Albany, NY: State Univ. of New York Press.
- Das, Somen/Mabry Hunter P. (1982): Human Rights and the „Mercy-Killing Bill“. In: *Religion and Society* 29, 13–45.
- Desai, Prakash N. (1991): Hinduism and Bioethics in India. In: Brody, Baruch A. u.a. (Hg.): *Bioethics Yearbook 1. Theological Developments in Bioethics: 1988-1990.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 41–60.

- Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (1980) (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 20). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Evangelischer Erwachsenenkatechismus: glauben – erkennen – leben (1989). Im Auftr. der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands, VELKD, hrsg. v. Jetter, Hartmut u.a. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus. 5., neu bearb. u. erg. Aufl.
- Evangelischer Erwachsenenkatechismus: glauben – erkennen – leben (2000). Im Auftr. der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands, VELKD, hrsg. v. Kießig, Manfred u.a. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus. 6., völlig neu bearb. Aufl.
- Evangelischer Erwachsenenkatechismus: glauben – erkennen – leben (2010). Im Auftr. der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands, VELKD, hrsg. v. Brummer, Andreas u.a. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus. 8., neu bearb. und erg. Aufl.
- Falk, Ze ev W. (1996): Euthanasia and Judaism. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 40, 170–174.
- Fadallâh, Muhammad H. (2008): Euthanasie. In: Eich, Thomas (Übers.): Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition. Freiburg/B.: Herder, 144–146.
- Flood, Gavin D. (1994): Hinduism. In: Holm, Jean/Bowker, John (Hg.): Making Moral Decisions. London: Pinter, 68–94.
- Florida, Robert E. (1993): Buddhist Approaches to Euthanasia. In: Studies in Religion 22, 35–47.
- Fuji, Masao (1991): Buddhism and Bioethics. In: Brody, Baruch A. u.a. (Hg.): Bioethics Yearbook 1. Theological Developments in Bioethics: 1988-1990. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 61–68.
- Gandhi, Mahatma (1969): The Collected Works of Mahatma Gandhi 32 (June 17, 1925 – September 24, 1925), New Delhi: Publications Division, Ministry of Information and Broadcasting, Government of India.
- Gandhi, Mahatma (1972): The Collected Works of Mahatma Gandhi 50 (August 23, 1930 – January 5, 1930), New Delhi: Publications Division, Ministry of Information and Broadcasting, Government of India.
- Gilanshah, Farah (1993): Islamic Customs Regarding Death. In: Irish, Donald P. (Hg.): Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality. Philadelphia: Taylor & Francis, 137–145.
- Goldschmidt, Lazarus (Übers.) (1996): Der Babylonische Talmud. 12 Bde. Darmstadt: Wiss. Buchges. 4. Aufl., Nachdr. der 2. Ausg.

- Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens (1991). Gemeinsame Erklärung des Rats der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), hrsg. v. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland/ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus Mohn, 3. Aufl.
- Hamel, Ronald (Hg.) (1991): *Choosing Death. Active Euthanasia, Religion, and the Public Debate*. Philadelphia: Trinity Press International.
- Husebø, Stein/ Klaschik, Eberhard (2006): *Palliativmedizin*. Berlin: Springer, 3. akt. Aufl.
- Ilkic, Ilhan (2006): Wann endet das menschliche Leben? Philosophisch-theologische Reflexionen aus der muslimischen Perspektive. In: Körtner, Ulrich H.-J. u.a. (Hg.): *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verl., 165–182.
- Jage-Bowler, Kerstin (1999): *Fragen des Lebensendes. Spuren und Wurzeln jüdisch-medizinischer Ethik*. Münster: LIT.
- Jain, Prem Suman (1989): *The Ethics of Jainism*. In: Cromwell Crawford, S. (Hg.): *World Religions and Global Ethics*, New York: Paragon House, 65–87.
- Jakovovits, Immanuel (1975): *Jewish Medical Ethics. A Comparative and Historical Study of the Jewish Religious Attitude to Medicine and its Practice*. New York: Bloch, 2. Aufl.
- Jens, Walter/Küng, Hans (1995): *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper.
- Johannes Paul II. (1995): *Enzyklika Evangelium vitae*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Kane, Pandurang V. (1974): *History of the Dharmas'āstra (Ancient Mediaeval Religious and Civil Law)* Bd. 2/2. Poona: Bhandarkar Oriental Research Inst., 2. Aufl.
- Katechismus der Katholischen Kirche (2003). München: Oldenbourg.
- Keown, Damien (1995): *Buddhism and Bioethics*. New York: St. Martin's Press.
- Khoury, Adel Th. (Übers.) (1992): *Der Koran*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus Mohn, 2. Aufl.

- Khoury, Adel Th. (Hg./Übers.) (1988): So sprach der Prophet. Worte aus der islamischen Überlieferung. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus Mohn.
- Körtner, Ulrich (1996): Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik. München: Beck.
- Kravitz, Leonard S. (2006): Einige Gedanken über jüdische Tradition und Patienten am Lebensende. In: Hurwitz, Peter u.a. (Hg.): Jüdische Ethik und Sterbehilfe. Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer, philosophischer und juristischer Beiträge. Basel: Schwabe, 71–90.
- Lapidus, Ira M. (1996): The Meaning of Death in Islam. In: Spiro, Howard M. u.a. (Hg.): Facing Death. Where Culture, Religion, and Medicine Meet. New Haven: Yale Univ. Press, 148–159.
- Larue, Gerald A. (1986): Euthanasia and Religion. A Survey of the Attitudes of World Religions to the Right-To- Die. Los Angeles: The Hemlock Soc., Nachdr.
- Lecso, Phillip A. (1986): Euthanasia. A Buddhist Perspective. In : Journal of Religion and Health 25, 51–57.
- Löwe, Heinrich George F. (Hg./Übers.) (1896): Schulchan Aruch oder die vier jüdischen Gesetzbücher Bd. 1. Wien: Mechitharisten-Buchdruckerei, 2. Aufl.
- Loewy, Erich H. (1995): Ethische Fragen in der Medizin. Wien: Springer.
- McFarlane, Stewart (1994): Buddhism. In: Holm, Jean/ Bowker, John (Hg.): Making Moral Decisions. London: Pinter, 17–40.
- Mylius, Konrad (Hg./Übers.) (1991): Gautama Buddha, Die vier edlen Wahrheiten. Texte des ursprünglichen Buddhismus. München: Deutscher Taschenbuch Verl., 3. Aufl.
- Nordmann, Yves (2006): Das Ende menschlichen Lebens. Aspekte der jüdischen Medizinethik. In: Körtner, Ulrich H.-J. u.a. (Hg.): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 18–34.
- Nyanaponika (Hg./Übers.) (1996): Sutta-Nipāta. Frühbuddhistische Lehrdichtungen aus dem Pali-Kanon. Stammbach: Beyerlin & Stein-schulte, 3. Aufl.
- Nyanatiloka (Übers.)/Nyanaponika (Bearb.) (1984): Die Lehrreden des Buddha aus der Angereichten Sammlung Bd. 4. Freiburg/ B.: Aurum-Verl., 4. überarb. Aufl.
- Parekh, Bhikhu C. (1989): Colonialism, Tradition and Reform: An Analysis of Gandhi's Political Discourse. New Delhi: Sage Publications.

- Ponet, James E. (1996): Reflections on Mortality from a Jewish Perspective. In: Spiro, Howard M. u.a. (Hg.): *Facing Death. Where Culture, Religion, and Medicine Meet*. New Haven: Yale Univ. Press, 129–136.
- Ratanakul, Pinit (1988): Bioethics in Thailand: The Struggle for Buddhist Solutions. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 13, 301–312.
- Ratanakul, Pinit (2000): To Save or Let Go: Thai Buddhist Perspectives on Euthanasia, in: Damien Keown (Hg.), *Contemporary Buddhist Ethics*. Richmond: Curzon, 169–182.
- Rinpoche, Sogyal (1994): *Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod*. Lizenzausg. Wien: Donauland.
- Rosner, Fred (1991): *Modern Medicine and Jewish Ethics*. Hoboken, NJ: KTVA, 2. Aufl.
- Sachedina, Abdulaziz (2006): Das Recht, mit Würde zu sterben. In: Eich, Thomas (Übers.): *Moderne Medizin und Islamische Ethik. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition*. Freiburg/ B.: Herder, 147–158.
- Sakr, Ahmad H. (1996): Death and Dying: An Islamic Perspective. In: Parry, Joan K./ Ryan, Angela Shen (Hg.): *A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion*. 2. Aufl. Chicago: Nelson-Hall Publishers, 47–73.
- Schlieter, Jens (2006): Zwischen Karma, Tod und Wiedergeburt (II). Buddhistische Medizinethik zu Fragen des Lebensendes. In: Körtner, Ulrich H.-J. u.a. (Hg.): *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verl., 209–229.
- Shapiro, Rami M. (1989): Blessing and Curse: Toward a Liberal Jewish Ethic. In: Crawford, S. Cromwell (Hg.): *World Religions and Global Ethics*. New York: Paragon House, 155–211.
- Solomon, Lewis D. (2001): *The Jewish Tradition and Choices at the End of Life. A New Judaic Approach to Illness and Dying*. Lanham, Md.: Univ. Press of America.
- Sprockhoff, Joachim F. (1987): Kathaśruti und Mānavaśrautasūtra – eine Nachlese zur Resignation, in: *Studien zur Indologie und Iranistik* 13/14, 249–262.

- Steinberg, Avraham (1991): Jewish Medical Ethics. In: In: Brody, Baruch A. u.a. (Hg.): Bioethics Yearbook 1. Theological Developments in Bioethics: 1988–1990. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 179–199.
- Sternbuch, Josua (1980): Medizinische Ethik im Judentum am Beispiel der Euthanasie. Zürich: Diss. med.
- Trepp, Leo (1984): Jüdische Ethik. Grundlagen und Lebensformen. In: Antes, Peter (Hg.): Ethik in nichtchristlichen Kulturen. Stuttgart: Kohlhammer, 13–47.
- Verma, Ishwar C. (1992): Bioethical Developments in India: 1989–1991. In: Lustig, B. Andrew u.a. (Hg.): Bioethics Yearbook 2. Regional Developments in Bioethics: 1989–1991. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 309–341.
- Virt, Günter (1998): Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes. Innsbruck: Tyrolia-Verl.
- Young, Katherine K. (1989): Euthanasia: Traditional Hindu Views and the Contemporary Debate. In: Coward, Harold G./Lipner, Julius J./Young, Katherine K.: Hindu Ethics. Albany, NY: State Univ. of New York Press, 71–130.
- Zimmermann-Acklin, Markus (1997): Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung (Studien zur theologischen Ethik 79). Freiburg/Schw.: Univ.-Verl.