

## HIPPOKRATES UND TÖTUNGSPRAXIS: WO IST DER AUSWEG?

### WIE SCHÜTZT SICH DER ARZT VOR INSTRUMENTALISIERUNG?

#### Einleitung

#### Hauptteil

1. Analyse: *Gerechtigkeit in der Medizin? - Euthanasie (Definition) – Berufsspezifische Problematik – Versuchungsszenarien – Auswege?*

2. Synthese: *Leitlinien aus Humanität und ärztlichem Ethos: Menschsein in Gleichheit – Fragilität des Menschenlebens – Salus aegroti: Sinnsuche – Gewissen und Fremdbestimmung – Christliches Menschenbild*

#### Schluss

In seinem 2002 erschienenen Band mit dem als Frage formulierten Titel: *Medizin ohne Ethik?* schreibt der Philosoph Otfried Höffe:

*„Die medizinische Ethik erfreut sich einer Konjunktur, um die jeder Wirtschaftsminister sie nur beneiden kann. Während dieser nämlich mit Konjunkturschwankungen rechnen muss, wächst der Bedarf an medizinischer Ethik stetig an.“*

Trotz des hohen Maßes an staatlich garantiertem Schutz, den das Individuum in demokratischen Gesellschaften genießt, entstehen zunehmend Bedrohungen menschlichen Lebens anderer Art: neben straffreien Abtreibungen und Embryonenforschung nun auch die gesetzliche Regelung aktiver Euthanasie. Man meint, für allseitige Toleranz einstehen zu müssen, gießt Meinung, Wunsch und Forderung in Gesetze, was schließlich zur Akzeptanz ungerechten Handelns führt. Einzelfälle werden zu Tabubrechern. Eine Umfrage der Universität Tübingen unter Ärztinnen im vorigen Jahr ergab, dass aktive Euthanasie von 64% eindeutig abgelehnt wird. Immerhin haben sich 11% der Befragten für deren uneingeschränkte Legalisierung ausgesprochen.<sup>1</sup> Die Einstellungen zu Leben und Tod haben sich – historisch gesehen: wieder einmal! – verändert. Wie kommen Ärzte auf solche Fahrten des Todes? Diese Frage ist offenbar von bleibender Aktualität. Obwohl die Würde des Menschen verfassungsgemäß als unantastbar gilt und sie „auch dem ungeborenen Leben“<sup>2</sup> zukommt, verletzen die *Abtreibungsregelungen* in Deutschland das Prinzip der Gleichbehandlung eklatant, indem sie Menschenleben in unfairer Weise gegen soziale Verhältnisse und „Zumutbarkeit“ abwägen. Welche Eingriffsmöglichkeiten dem Gesetzgeber nach Artikel 2 Abs.2 GG<sup>3</sup> in diesem Zusammenhang eröffnet werden, ist heute juristisch umstritten und stellt derzeit den eigentlichen Kampfplatz um das „Recht auf Leben“ dar.<sup>4</sup> Hat das „Volksempfinden“ inzwischen eine „veränderte Verfassungswirklichkeit“ (Rita Süßmuth) geschaffen?

Das Unrecht wider die stumme Minorität der ungeborenen Menschen ist aus der gesellschaftlichen Wahrnehmung geraten. Verwundert es nicht, dass es außer einzelnen Solo-Stimmen<sup>5</sup> keinen geeinten Chor von Protesten gab, als jüngst die Finanzierung von Abtreibungen bekannt wurde, die bisher zu 90% über die Länderregierungen an die gesetzlichen Krankenkassen geleistet wurde: in den letzten 5 Jahren 197 Millionen Euro – für etwa 1 Million Kindstötungen!? Die Kostenerstattung erfolgte überwiegend ungeprüft! Sie bleibt auch wie bisher geregelt, „da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgemeinschaftlichen Interesse sind“, - versichert das Gesundheitsministerium ungeachtet der Demografie. Es interessiert niemanden, ob eine existentiell bedrohliche Notlage vorliegt. Dem staatlich-sozialen Eintreten für diesen Tötungsapparat folgen wie selbstverständlich die medizinischen Tötungsakte. Weite Kreise der Gesellschaft schauen weg. Auch kirchlichen Beratungsstellen gilt angesichts des autonomen Feminismus allein die Perspektive der Frau als Maß. Dass die Geburt eines behinderten Kindes ein Schaden, im Umkehrschluss seine Tötung ein Nutzen, vielleicht sogar ein „Segen“ sein soll, ist dem seit der Antike schwelenden apollinischen Trend erwachsen und manifestiert

---

<sup>1</sup> DÄB vom 13.2.2004, S. C-333

<sup>2</sup> lt. Urteil des BGH

<sup>3</sup> „Jeder hat das Recht auf Leben....In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

<sup>4</sup> Aussage Prof. Kluth bei der JVL am 7.4.04

<sup>5</sup> von Bischof Schick, Bamberg unmittelbar, später Kardinal Meisner, und im Mai 04 von Kardinal Wetter, s. Die Tagespost v. 6.5.04

sich immer deutlicher in einer akribisch betriebenen pränatalen Eugenik. Der Behinderte wird noch immer als „Übel“ und wieder als zu verhinderndes *Monster* angesehen.

**Hauptteil. 1.** (Wird Medizin dem Leben gerecht?) Wie fordern biotechnische Themenkreise die ärztliche Ethik heraus? Das möchte ich an einzelnen Beispielen erläutern!<sup>6</sup> 1978 entsteht der erste Mensch aus der *Retortenbefruchtung*. Der Forscher Lee Silver kommentierte das 1998 so: „IVF bringt den Embryo aus der Dunkelheit der Gebärmutter ans Tageslicht“ und „liefert den Zugang zum genetischen Material“. Von dessen Beurteilung wird sein Überleben, eine eventuelle Manipulation oder sein Verbrauch abhängig gemacht. Nach dem Nobelpreisträger James D. Watson hat der medizinische Berater heute Eltern davon zu überzeugen, dass sie durch Selektion an ihrem Nachwuchs die menschliche Evolution vorantreiben sollten: Watson propagiert die *Frühst-Euthanasie* im Reagenzglas. Aber auch die sanften Töne, in denen sog. dringende Patientenwünsche mitschwingen, modulieren das Töten noch nicht zu einem moralisch gerechten Akt: Die *pränatale Diagnostik* erlaubt es dem Kliniker und dem Molekularbiologen, Diagnosen zu stellen, aus denen sie die „Indikationen“ zur Tötung des behinderten Kindes, sogar noch bis zur Geburtsreife, oder zum Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften ableiten. Manchmal ist es allein die *vermutete* Behinderung, die sich gegen das Lebensrecht wendet und Euthanasie mit einem „das ist doch besser so!“ fordert. Mit *PID* wird die „Leidvermeidung“ durch Selektion propagiert. „Are we forced to prevent diseases?“ fragt der PID-Befürworter van den Daele in einem Symposium in Bielefeld<sup>7</sup> rhetorisch - aber denkt er auch über das „Wie“ einer solchen *Prävention* nach? Das Sich-zurück-Nehmen und das Innehalten in der Forschung zugunsten der Reflexion, wer der Mensch ist, - *der* im Reagenzglas, *der* im Mutterleib und wir als sein Gegenüber - fällt offenbar immer schwerer. Den künstlichen Embryo haben wir in der Hand! Wir können ihn handhaben. Die *Biowissenschaft* führt den Forscher – weltweit - in Labors, die sich den Tausenden überzähliger Embryonen aus den Befruchtungszentren als Tatort ihrer wissenschaftlich motivierten Massenverwertung erweisen, in Labors, die zu Orten der Vergehen an der Menschlichkeit und zum Grab der Nächstenliebe werden. Philosophen und mancher Theologe suchen im Verein mit juristischen „Deutungskünstlern“ nach definitiven „Auswegen“ aus dieser Erbärmlichkeit, indem sie sich hinter dem angeblich minderen „Status des Reagenzglas-Embryos“ verstecken.

Andere Probleme sind mit der *Organtransplantation* verbunden. Wie viele Tode stirbt der Mensch eigentlich: ist der Hirntod der Ganztod des Menschen oder nehmen wir das nur „praktischer“ Weise so an? „Wie viel Etagen hat der Tod“, hat schon Jean Paul Sartre gefragt. Der Hirntod kann nur unter klinischen Verhältnissen mittels apparativer Technik sicher festgestellt werden. Welche Rückschlüsse ergeben sich daraus für die Entscheidung des Arztes zu lebenserhaltenden Maßnahmen *in der freien Praxis*? Und der Kliniker, darf, - muss er abwägen, ob seine Intensivmaßnahmen wünschbare Folgen für den Patienten haben? Taucht da nicht notwendig die *Lebenswertfrage* auf? – Wie lässt sich diese umgehen, wenn von allen Toden nur 1/3 spontan eintreten, 2/3 aber derzeit eine ärztliche Entscheidung fordern?<sup>8</sup>

Aufgrund mangelnder Orientierung, zunehmender Spezialisierung und medialer Beeinflussung geht die Tendenz weg vom allgemeinen Bürgerschutz, weg von der „Heiligkeit des Lebens“ als dem gegenseitigen Versprechen der Gerechtigkeit, hin zum Expertenwissen einer *Iatrokratie*, die sich wissentlich oder halb bewusst für tödliche Selektionen aller Art einspannen lässt. „Die Ärzte machen das schon“, ist sich der Bonner Strafrechtler Günther Jakobs im Hinblick auf aktive Sterbehilfe sicher.<sup>9</sup> Der niederländische Kollege Gunning schrieb: in Holland schützt das Gesetz „den *Arzt*, nicht den *Patienten*. Der *Patient*, der nicht euthanasiert werden will, ist seines Lebens nicht mehr sicher“. Auf seinen Einwand, inzwischen seien 20% aller Todesfälle in den Niederlanden auf aktive Euthanasie zurückzuführen, habe ihm 1995 ein jüngerer Kollege geantwortet, es sollten besser 100% werden! Kritiker meinen, dass praktizierende Ärzte Euthanasie nicht mehr als besondere Aktion betrachten, sondern als zu ihrer gewöhnlichen Praxis gehörend, als „Endpunkt eines Spektrums“ innerhalb der

<sup>6</sup> Anlässlich der bislang nicht sehr erfolgreichen *Gentechnologie* ist zu fragen, ob sie dem Organismus gerecht wird, wenn sie das Knock-out und Knock-in von Genen wie ein Baukastenspiel betreibt. Hat man sich gefragt, ob man durch solche Eingriffe nicht genetische Funktionszusammenhänge stört, verschiebt oder zerreißt, die zu einer lebendigen und individuellen Ganzheit gehören?

<sup>7</sup> Programm zu „Public Health Genetics“ vom 19.2.-21.2.2004 in Bielefeld

<sup>8</sup> The Lancet Vol 361, August 2003 S. 345ff: End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study

<sup>9</sup> vgl. Lebensforum 2/2004

medizinischen Betreuung todkranker Patienten<sup>10</sup>. Man hört davon, dass nicht wenige Niederländer inzwischen eine Lebenserhaltungsverfügung bei sich tragen.<sup>11</sup>

Gunnings Fazit:

*„Wer wollte es der jüngeren Generation eigentlich verübeln, die >unzumutbaren< Alten zu euthanasieren, sind die Jungen doch selbst nur die Überlebenden eines vorgeburtlichen Selektionsprozesses – haben also gelernt“.* In der Tat: Die „Unzumutbarkeit“ hat sich zum Todesurteil ausgewachsen. Sie, die „Unzumutbarkeit“, ist anscheinend das einzige „Delikt“, das in Demokratien der EU die Todesstrafe nach sich zieht! Und der Arzt ist ihr Vollstrecker? Das also nennt man *Euthanasie*?

**(2.) Was ist Euthanasie?** Sie ist zunächst das Wissen um den guten Tod, das gute „Ableben“ des Menschen. Jahrhunderte lang haben sich Menschen mit der *ars moriendi* beschäftigt, in Literatur, Dichtung, Musik, Malerei, Reflexion und Gebet.<sup>12</sup> In den Pestepidemien des Hochmittelalters entstanden die Darstellungen der Totentänze, welche die Todesanfälligkeit jedes Menschenlebens, ob Kind, Jugendlicher oder Erwachsener, expressiv ausmalten. Wir aber haben uns dank Medizin und Pharmakologie „auf Jahre hinaus“ unabhängig und „unsterblich gemacht“<sup>13</sup>. Jetzt steht für uns die willentliche Gestaltung unseres eigenen Endes an. Die Differenzen im Verständnis vom guten Tod, der Euthanasie, ergeben sich aus den Wegen und Grenzmarken, die man zum Erreichen dieses Ziels anzuerkennen bereit ist. So ergibt sich ein fünffacher Sprachgebrauch: Euthanasie wird verstanden 1. als Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung, als die helfende Betreuung des Sterbenden; 2. als passive Euthanasie: d.h. als der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen; 3. als indirekte Euthanasie, was die unbeabsichtigte, aber mögliche Nebenwirkung der Schmerzbekämpfung meint, die den Sterbeprozess beschleunigen kann; 4. als aktive, direkte Sterbehilfe, welche auf Wunsch des Kranken die Lebensverkürzung beabsichtigt und aktiv herbeiführt; und 5. als Tötung des Patienten oder Behinderten ohne oder gegen dessen Willen. Die ethisch entscheidende Grenze verläuft zwischen dem „passiven“ Sterbenlassen einerseits und dem „aktiven“ Tötenwollen andererseits. Im ersten Fall lassen Patient und Arzt das Sterben „geschehen“, sie vermeiden nach reiflicher Abwägung im Einzelfall Verzögerungen durch weitere - mögliche - medizinische Maßnahmen. Dabei soll der Patient, soweit möglich über Willensbekundung oder über Testament, Vorsorge-, Betreuungsvollmacht oder Patientenverfügung, Subjekt bleiben! „Passiv“ verhält man sich der Grundkrankheit gegenüber z.B. dem Carcinom im fortgeschrittenen Stadium. Der Kranke selbst bedarf jedoch umso größerer Zuwendung.

Im Fall der „aktiven Sterbehilfe“ agiert der Mediziner als Tötungskompetenz.<sup>14</sup>

Anders als die ambivalenten Begriffe „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ meint „Sterbebeistand“ oder „Sterbebegleitung“ eindeutig die umsichtige Betreuung des todkranken Menschen durch konsequente ärztliche Basistherapie, Pflege und, soweit möglich, durch Gespräch. Der Sterbende wird nicht aufgegeben. Er ist uns aufgegeben.

In ökonomisch schwierigen Zeiten gerät dieses ärztliche Verhalten gegenüber den als aussichtslos bezeichneten Fällen von Schwerkranken, Schwerstbehinderten und Lebensunwilligen auch jenseits der niederländisch-belgischen Grenzen in die gesellschaftliche Diskussion.<sup>15</sup>

*„Wir können - und wir müssen – uns heute sehr viel mehr Freiheit des Einzelnen leisten als in den Gründertagen der Bundesrepublik“*, führte Bundeskanzler Schröder in seiner Regierungserklärung vom März diesen Jahres aus. Denn *„dem mehr an Freiheit entspricht auch ein Mehr an Verantwortung. Verantwortung jedes einzelnen für sich selbst. Aber auch für seine Lebenspartner und*

<sup>10</sup> SCHMITZ P. in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1993 Heft 1, S. 38

<sup>11</sup> Derzeit werden dort 1000 Patienten pro Jahr ohne ihren Willen getötet

<sup>12</sup> OHLER N., Sterben und Tod im Mittelalter, 1990, S. 160f: Schon Bonifazius hat über die Nahtod-Vision eines schwerkranken Mönchs im südenglischen Kloster Wenlock berichtet – und man liest von Sünde und Gericht, letztlich aber von Licht und vom Sieg lieblich singender Engel, welche die Menschenseele entschuldigen und den Höllengeistern abringen..

<sup>13</sup> IMHOF A., *Ars moriendi*. Die Kunst des Sterbens einst und heute, Wien 1991

<sup>14</sup> Dies ist durch § 216 StGB in Deutschland unter Strafe gestellt.

<sup>15</sup> An die Verhaftung einer Internistin aus der Paracelsusklinik in Langenhagen sei erinnert, deren überhöhte Dosierungen von Morphin und Diazepam Mitarbeitern der ortständigen AOK aufgefallen waren.

*seine Familie. Für das Gemeinwesen.*“ So ermutigt, trat der SPD-Bundestagsabgeordnete Rolf Stöckel, der zugleich Bundesvorsitzender des Humanistischen Verbands Deutschland war, im April mit seiner Initiative „Autonomie am Lebensende“ an die Öffentlichkeit: das Strafgesetz müsse geändert werden; bei vorliegender entsprechender „Patientenverfügung“ dürfe ein Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen in keinem Fall mehr rechtswidrig sein (also nicht mehr zu einer Freiheitsstrafe zwischen 6 Monaten und fünf Jahren führen); vielmehr sollten Ärzte und Betreuer bestraft werden können, wenn sie ohne oder gegen den „ausdrücklichen Willen“ einen lebenserhaltenden medizinischen Eingriff vornehmen bzw. zulassen. Erscheint dies jetzt als sozial verantwortungsbewusst? Besonders sensibel ist die Einbeziehung Minderjähriger in solche Regelungen (z.B. bei Wachkoma). Die Arbeitsgruppe um Klaus Kutzer will den Paragraphen 216 so ändern, dass passive und indirekte Sterbehilfe ausdrücklich straffrei bleiben. Kommt hier nicht „aktive“ Sterbehilfe im „passiven“ Gewand zum Zug? Und dies nicht auch dann, wenn Patientenverfügungen rechtsverbindlich werden und man Komatösen, Schwerkranken, also noch nicht Sterbenden, auf „vermutetes“ Verlangen hin den fachmedizinischen Beistand entziehen soll?<sup>16</sup> Wiederholt brachte auch der Berichterstatter des Ausschusses über soziale Fragen, Gesundheit und Familie, der Schweizer Dick Marty, seine Anträge auf Legalisierung aktiver Euthanasie in den Mitgliedstaaten der EU ein. Das scheint vorerst abgewehrt. Monate zuvor hatte man ironisch vom „sozialverträglichen Frühableben“ gesprochen, als es um die Altersbegrenzung medizinischer Maßnahmen in unserer „unterjüngten“ Gesellschaft ging.

(3. Die berufsspezifische Problematik). Das ärztliche Grundethos, im sog. Eid des Hippokrates formuliert und immer wieder, besonders nach Katastrophen der Inhumanität, revidiert und innoviert, umfasst die Spanne ärztlichen Helfens zwischen dem „salus aegroti“ als der „suprema lex“ und der Basis des „nihil nil nocere“. Ärztliche Hilfe richtet sich auf das Menschenleben als ontologisch hochrelevantes Gut. Seinem Erhalt dienen ärztliche Prophylaxe, Diagnose, Prognose, Therapie bzw. Rehabilitation. Das beinhaltet die Garantenpflicht der Ärztlichen Berufsordnung. Erst im letzten Jahrhundert ist die Beachtung der Autonomie des Kranken und seiner Entscheidung im „informed consent“ ins medizinethische und juristische Blickfeld getreten. Der früher geübte ärztliche Paternalismus wurde seit etwa 1970 zugunsten der Partnerschaft zwischen Patient und Arzt verlassen. Für die aktuelle Fähigkeit zur Selbstbestimmung sind als Mindestbedingungen aber Freiwilligkeit und volle Einsichtsfähigkeit des Kranken vorausgesetzt. Ein gewisses Ungleichgewicht in der Beurteilung der jeweiligen Situation kann auch heute noch zu einem „milden“ ärztlichen Paternalismus berechtigen, da der Arzt als Fachmann mit Erfahrung die Situation beurteilt. Selbstbestimmung kann dann zur Mitbestimmung werden. Und in der Regel ist der Patient dankbar dafür.

Häufig stellt sich auf den *Intensivstationen* die Frage nach dem *Procedere*. Eine Checkliste, aus der für den Einzelfall eine verbindliche Differenzierung zwischen einer therapiepflichtigen Erkrankung oder der aufgehobenen Therapiebedürftigkeit<sup>17</sup> zu entnehmen wäre, existiert nicht. Könnte es sie überhaupt geben? Die „Patientenverfügung“ – in derzeit 180 Versionen - trägt nicht uneingeschränkt zur Problemlösung bei oder liegt erst gar nicht vor.<sup>18</sup> Überdies seien Patientenverfügungen „dubiose Instrumente“ und allenfalls geeignet, sich über das eigene Sterben Gedanken zu machen, meint Prof. Student von der Hospiz Stuttgart. Wie im Leben, so könne auch im Sterben die individuelle Situation nicht antizipiert werden. Sollte deshalb nicht dem Arzt in jedem Einzelfall die Entscheidung zwischen der Pflicht zu einer intensiven Weiterbehandlung oder einem möglichen Behandlungsverzicht überlassen bleiben, Letzteres immer unter der Gewissens-Frage, ob man sich nicht unterlassener Hilfeleistung schuldig macht?. Nach wiederholt geäußerten Zweifeln an den standardisierenden Richtlinien der Bundesärztekammer von 1998 sind diese zum 7. Mai dieses Jahres präzisiert worden.<sup>19</sup> Vor der Presse sagte Professor Dr. Hoppe, ärztliche Hilfe beim Todkranken besteht „in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten.“ Richtig! Die Patientenverfügung und die Autonomie des Patienten werde aufgewertet. Das aber erscheint erläuterungsbedürftig. Was heißt „mutmaßlicher Wille“, wenn dabei dann doch die Vorstellungen der Angehörigen einfließen? Ist damit nicht die Tür zur Fremdbestimmung schon geöffnet? Und ist der

<sup>16</sup> Erika Feyerabend: „Wer Patientenverfügungen rechtsverbindlich macht, erlaubt faktisch, dass Menschen, die sich nicht äußern können, auf vermutetes Verlangen getötet werden.“

<sup>17</sup> Diese ist anzunehmen, wenn der Tod des Gesamthirns eingetreten ist

<sup>18</sup> The Lancet, a.a.O.: der „Living will“ lag nach dieser Studie (2001) nur in 5% vor

<sup>19</sup> DÄB v. 7. 5. 2004

Abbruch von „lebenserhaltenden Maßnahmen“ wirklich schon vertretbar bei infauster Prognose, bei „schwerster cerebraler Schädigung mit anhaltender Bewusstlosigkeit“? Also schon präfinal? Im Wachkoma? Lautet die entscheidende Frage nicht: ab wann beginnt beim Kranken der unumkehrbare Sterbeprozess, der „point of no return“? Wann ist das Sterben „todsicher“?

Dem Behandlungsabbruch – der nie ein Pflegeabbruch sein darf – ist vielmehr immer eine reife Abwägung unter Einschaltung aller Mitbeteiligten, besonders der Pflegekräfte, vorzuschalten. Auch altes, belastetes und schwerleidendes Leben verlangt nach ärztlichem Schutz und medizinischer Hilfe.<sup>20</sup> Und dem Wunsch eines todkranken Patienten auf eine kurzfristige Lebensverlängerung muss entsprochen werden, wenn er noch etwas Wichtiges für sich zu regeln hat. Gutes und gerechtes Handeln bedeutet längst nicht immer, dass es nur einen „richtigen“ Weg geben muss. Menschliches Sterben verträgt keine Standardisierung. Erst recht keine weitere Legalisierung zur sog. Euthanasie in sog. Extremfällen, wie Politiker aus Rheinland-Pfalz sie unlängst forderten!

Allerdings treffen heute gewisse Tendenzen zu einer „Todesmentalität“ (Gunning) zusammen: einerseits der Autonomie-Gedanke in seinen Selbstverwirklichungswünschen, ein bürgerlich äußerst verengter, auf Empirie beschränkter Würdebegriff und der Mangel an Selbstreflexion, d.h. der Einsicht, ein geschöpfliches und damit an allgemeine Normen gebundenes Wesen zu sein. Ferner scheint die Abhängigkeit von einem transzendenten Du, die Verantwortlichkeit IHM, aber auch den Angehörigen und der Gesellschaft gegenüber, - wie sie Immanuel Kant zum Suizid<sup>21</sup> etwas rigide, aber vernünftig erörtert hat – nicht mehr relevant zu sein. Das Urvertrauen, das sich an die Transzendenz bindet und die daraus resultierende Gelassenheit sind weitgehend aus dem Blick geraten. Wie viele Menschen erhoffen die Auferstehung der Toten? Eine Frage, die in dieser Problematik nicht zu unterschlagen ist: ist der Tod das radikale Ende?

Nicht mehr als deus secundus, als zweiten Gott, sondern als Alleingestalter des Selbst versteht auch eine weltweite Liga von Bevölkerungspolitikern den Menschen. In einem Artikel der „California Medicine“ von 1970 glaubte sie sich berechtigt, eine „neue Ethik für Medizin und Gesellschaft“ zu entwickeln<sup>22</sup>. Wegen der drohenden Überbevölkerung, so ihr Argument, könne man sich nicht mehr mit jedem Niveau der Lebensqualität zufrieden geben. „Wir brauchen Maßstäbe um zu entscheiden, wer leben darf und wer nicht“. Zwar erachteten selbst die Autoren dies als ein grauenhaftes Zukunfts-Programm, aber letztlich sei es unvermeidlich! Um es akzeptabel zu machen, muss solcher „Fortschritt“ kleine Schritte tun. Der weitgehend akzeptierten „*birth control*“ habe in einem nächsten Schritt die „*death control*“ zu folgen. „Ärzte“, deren Zuständigkeit für die Tötungsmechanik man stillschweigend voraussetzt, müssten darauf vorbereitet werden<sup>23</sup>, und zwar über Kulturen und Traditionen, Weltanschauungen und Religionen hinweg.<sup>24</sup> – Sind nicht längst „Lebenswertentscheidungen“ in unserem Denken vorprogrammiert, wenn Schwerkranken allzu plakativ die Wahl zwischen „Würde“ oder „Maschine“, zwischen „individueller Entscheidungsfreiheit“ oder „seelenloser Apparatedizin“ überlassen wird? Sind Infusionen und Sonden eigentlich „entwürdigend“? Wird Sterben zur Konsumententscheidung für den schnellen, leichten, unauffälligen und kostengünstigen Tod? Lässt sich das Lebensende ausdenken und in einer Doppelblindstudie prüfen??

(4. Der Arzt in beruflichen „Versuchungsszenarien“) Kein Zweifel, der Arzt steckt beruflich in Versuchungsszenarien. Wie ist die von ihm geschuldete Hilfe zu gestalten, ohne zum Anwalt der Todesmentalität zu werden? Wie sind die Intensivmedizin und Geriatrie auszuformen, die in immer

---

<sup>20</sup> The Lancet, a.a. O., S. 347: Bei den über 80-Jährigen wurde weitaus am häufigsten für die Nicht-(weiter-) Behandlung entschieden

<sup>21</sup> KANT I., Metaphysik der Sitten, hsg. v. Hans Ebeling, Reclam-Ausgabe 1997, S. 304: „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist ebensoviel als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach, soviel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist; mithin über sich als bloßes Mittel zu ihm beliebigem Zweck zu disponieren, heißt die Menschheit in seiner Person (homo noumenon) abwürdigen, der doch der Mensch (homo phaenomenon) zur Erhaltung anvertrauet war“.

<sup>22</sup> S. Näheres bei [www.aerzte-fuer-das-leben.de](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de), Beitrag zu Euthanasie in Holland von K. F. Gunning

<sup>23</sup> Laut Internet-Angaben von „euro-fam“ soll dies über demokratische Entscheidungen auch in der EU lanciert werden.

<sup>24</sup> Euronews [euronews@t-online.de](mailto:euronews@t-online.de) vom 6.2. 2004/ [info@euro-fam.org/](mailto:info@euro-fam.org/) Congressional Record – Extension of remarks, Dec. 8, 2003 : Derzeit wirbt man mit dem verbrämenden Begriff „*reproduktive Gesundheit*“ für ein weltweites Abtreibungsrecht als „Menschenrecht“<sup>24</sup>. Das ist Strategie. In einem „vertraulichen“ Sitzungsbericht des US-Abgeordnetenhauses vom Dezember 2003 fiel ein spontaner Vermerk in der Zusammenfassung auf: „We have to fight harder, a little bit dirtier“ („Wir müssen härter kämpfen, ein bisschen unsauberer“)

neue Problematiken münden und nicht nur dem Theologen Hans Küng und Walter Jens Angst machen:<sup>25</sup> Angst, dem Erfolgszwang von Medizinern ausgeliefert zu sein, Angst vor dem endlosen „Hängen an Apparaten“, vor einem „Dahinvegetieren“ durch „alle Techniken pharmakologischer Ruhigstellung“<sup>26</sup>, die Angst, die geistige Präsenz zu verlieren und nicht mehr akzeptiert zu werden! Zugegeben: In einem hektischen Krankenhausbetrieb und hinter einer spanischen Wand – diese als Symbol für den „sozialen Tod“ - wird beim Patienten der Wunsch nach einem rasch herbeigeführten Tod vermutlich eher reifen als bei aufmerksamer Zuwendung und Begleitung.

Faktisch aber helfen und heilen Ärzte doch viel öfter und nachhaltiger, als das ihre Kollegen vor Jahrzehnten konnten! Warum dann soviel Skepsis und Abwehr dem Fortschritt gegenüber? Welche „Gesundheit“ ist denn gemeint, welches *Leben*, welches *Heil*, das der Arzt garantieren soll? Besteht es in der Utopie vom fortwährend leistungsstarken Bürger? Ist Behinderung schon Krankheit? Ist Alter Pathologie, - geistige Behinderung subhuman? Der Langzeitkranke nur eine soziale Bürde? Macht die Sonde sein Leben „unwert“?

Natürlich helfen wir, natürlich heilen wir, natürlich sorgen wir vor.

Aber schon seit 3 Jahrzehnten gilt: - „natürlich töten wir“! Krass formulierte es ein führender Gynäkologe in einer Ausgabe des Lebensforum von 1998: „Beim Schwangerschaftsabbruch lösen wir das Problem einfach durch Abtöten des Kindes“. Und zum Dilemma der Mehrlingsreduktion bemerkte er: „Welches Kind soll man nehmen?... Jenes dort oben?... Aber nein, gerade steckt es seinen Daumen in den Mund, dann nehmen wir lieber das andere...“. Und der frühere Präsident der DGGG bekannte: wir schultern „die Last des Tötens... im Dienst für die Frauen“. Der Bonner Humangenetiker Propping gestand offen: „Pränatale Diagnostik ist auf die selektive Tötung eines heranwachsenden Kindes gerichtet.“<sup>27</sup> „Wir töten, natürlich töten wir. Wir töten nach der 20. Schwangerschaftswoche und wir töten davor“, so Professor Hackelöer aus Hamburg bei einem Fortbildungskongress 1998 in Mainz.<sup>28</sup> Sind das öffentliche Bekenntnisse, - Einsichten - oder nur Statements mit einem „Weiter so!“? Warum sollte dies nicht auch am Ende eines Menschenlebens gelten, wenn in Wachkoma oder Demenz die verschreckende Ohnmacht, der Verlust von Kontaktfähigkeit und Selbstbeherrschung so hart vor Augen tritt? „Natürlich töten wir“ auch schon mal mittendrin im Leben, heißt es seit 2002 in Holland und Belgien, wenn es der ausdrückliche Wunsch unserer depressiven, drogenabhängigen oder einfach lebensmüden Patienten ist! Selbst wenn sie erst 12 Jahre jung sind und das altersabhängige Anrecht auf den Weltschmerz haben! Ihr letztlich doch absurder Wunsch, sich aus diesem Erdental davon zu machen, ist Medizinern anscheinend zur Todes-Indikation geworden<sup>29</sup>.

Es waren nicht vorrangig die unerträglichen Leiden, die Ärzte in den Niederlanden zur aktiven Euthanasie motivierten. Nach einer Umfrage im Rahmen einer Dissertation<sup>30</sup> galt für 32% der Ärzte die Überforderung der Angehörigen als Motiv, für 31% die als zu niedrig eingeschätzte Lebensqualität des Patienten. Schmerz und Leiden des Patienten gaben nur 30% der befragten Ärzte als Grund für den Tötungsakt an.<sup>31</sup>

Wie kann es ein halbes Jahrhundert nach dem Schrecken des Naziterrors zu gesetzlichen Regelungen kommen, die das „mercy killing“ zur ärztlichen Aufgabe machen? Das ärztliche *Helpersyndrom zum tödlichen Ausgang* begann früher wie heute verbrämt mittels Bezeichnungen, welche die Realität unserer Eingriffe zu entschärfen versuchen: „interruptio“ statt „abruptio“, „Diagnostik“ anstelle von „Selektion“, „Prävention“ von Behinderungen mittels hoher „Detektionsraten“, „Leidvermeidung“ und „Sterbehilfe“ dort, wo man das aktive Töten, den sogenannten „guten Tod“ herbeiführt! Wir erliegen dem „humanitaristischen Fehlschluss“<sup>32</sup>, wenn wir den Lebensschutz dem Hilfsgebot nachordnen und

<sup>25</sup> Walter Jens, Hans Küng (Hg.), Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995

<sup>26</sup> ebd., S. 50

<sup>27</sup> PROPPING P., in: Genwelten, Ausstellungskatalog der Kunst- und Ausstellungshalle der BDR Deutschland, Bonn 1998, S. 86

<sup>28</sup> Lebensforum 1/99 S. 28f

<sup>29</sup> vgl. den Casus des Psychiaters Chabot im Fall der 50-jährigen „Boomsma“ (um 1990)

<sup>30</sup> 38% der Ärzte waren für Euthanasie, wenn eine weitere medizinische Behandlung als sinnlos beurteilt wird. Für 33 % sollte das Sterben nicht verzögert werden

<sup>31</sup> Dissertation Birgit Reuter, 2001. Nach dem Urteil von Dr. Bert Dorenbos, Präsident des Vereins „Schrei um Leben“ („Schreeuw om Leven“) in Hilversum können Ärzte nicht mehr länger als die wahren Protektoren des menschlichen Lebens angesehen werden.

<sup>32</sup> HÖFFE O., Medizin ohne Ethik?, Frankfurt 2002, S. 44ff.

„zum Tod verhelfen“.<sup>33</sup> Bei der Schwangerschaftsbetreuung wird vom Arzt erwartet, und sie erfolgt de facto so, dass Ärzte versichern sollen, - „müssen“ -, es sei ein gesundes Kind zu erwarten. Für dieses „Sollen und Müssen“ stehen Gesetz und Justiz Pate. „Mal ehrlich – wir wollen doch auch alle kein Kind mit Down-Syndrom, oder?“ Das war die widerspruchlos hingenommene rhetorische Frage eines Berliner Professors beim oben genannten Mainzer Fortbildungskongress.<sup>34</sup> Der diagnostische Eifer gerade zur Selektion des Down-Syndrom-Kindes wurde mir anhand eines Kurzartikels im DÄ vom März 2000 klar, – man achte auf die Wortwahl: „Das Pränatal-Screening auf Morbus Down konnte in den vergangenen Jahren deutlich verbessert werden...Der Doppeltest auf Alpha-Fetoprotein und humanem Choriongonadotropin (hCG) brachte eine Erhöhung der Sensitivität auf 35%“, die Zusatzbestimmung „des konjugierten Estriols im Tripeltest... auf 46%. Wird auch der Serummarker Inhibin A bestimmt“, im sog. Quadrupeltest, „beträgt die Sensitivität sogar 54%. Noch bessere Ergebnisse erzielt der kombinierte Test“, nämlich 72%, hierbei werden 2 andere ähnliche Marker „im Serum bestimmt und per Ultraschall in der 10.-14. Woche nach einem Nackenödem gesucht... Möglicherweise geht es noch besser“ mit einem integrierten „Down-Syndrom\_Screening“ nämlich, „mit einer Sensitivität von 85%“. Bei der Lektüre hätte man sich die „Sensitivität“ nicht auf der Seite der „Detektionsrate“ gewünscht, sondern auf der Seite des ärztlichen Detektivs und seiner Sympathie für jene Kinder, die der Volksmund noch immer als „mongoloid“ bezeichnet, obwohl Mongolen i.a. kein dreifaches Chromosom 21 haben!<sup>35</sup>

(5. Auswege?). Wie mit diesen Fakten umgehen? Führt ein Weg aus dem moralischen Wirrwarr? Zunächst sind die „Versuchungsszenarien“ zu analysieren, in die der Arzt als Berater und Helfer gerät.

a) Unter der Chiffre der Nützlichkeit wird in Parallele zur Unfallforschung und -prophylaxe nach Vermeidungsstrategien in bezug auf Behinderungen gefragt. Philosophisch wird dies durch den Utilitarismus eines Peter Singer, Norbert Hoerster, Reinhard Merkel u.a. unterfüttert, der auf eine latente Eugenik-Tradition seit der Antike zurückgreifen kann. Kostenstatistiken sollen die „raschen Lösungen“ dann sozialökonomisch als richtig und moralisch plausibel erweisen.

b) Unter der Chiffre des Mitleids und der verständnisvollen Aufnahme der „Ängste“ der Frau pervertiert die Fürsorge zur panisch betriebenen Absicherung vor dem „Risiko behindertes Kind“! Schwangerschaft rückt in die Nähe von „Krankheit“! Das wird für Arzt und Mutter zum ethischen Fallstrick: hat man die Gravidität schon nicht „verhütet“, so soll doch keiner von beiden die „Schuld“ haben, die Gesellschaft etwa mit behindertem Leben zu belasten. Streng genommen, bleiben für Eugenik und Euthanasie nur zwei Motivationen: der Eigennutz, wenn man Behinderung als zu belastend für sich selbst empfindet – oder das Mitleid, das die Tötung als die „bessere Lösung“ für das Kind oder den „abständigen“ Kranken ansieht. Dieser humanitaristische Fehlschluss beruht auf der Identifikation von Krankheit und Behinderung als ausweglosem „unendlichem Leid“. Zu Beginn der Neuzeit hatte Francis Bacon für die freie Forschung als „Samariterdienst“ plädiert und behauptet: „of charity, there is no excess“. Für die Liebe also gibt es „keinen Exzess“: also ist auch Tötung aus Mitleid vom Gebot der Caritas und damit moralisch gestützt?! Ganz in dieser Linie liegt es, wenn heute der Philosoph Volker Gerhardt aus Mitleid mit künftigen nicht benennbaren Kranken das deutsche EschG zum Unrecht erklärt, weil es Therapiechancen verhindere; in Menschen-Embryonen sieht der Philosoph „Heilmittel“.

c) Die Eugenik der früheren Jahrhunderte versuchte sich *philosophisch* zu begründen. Im Neodarwinismus am Ende des 19. Jahrhunderts gerät sie unter den *naturwissenschaftlichen* Einfluss wie unter einen „Starkstrom“<sup>36</sup>, der sich schließlich in der T4-Aktion der Nazis entlud und allgemein Abscheu erregte. Subkutan aber zündelt die Aufbesserungs-Programmatik in der Ärzteschaft weiter. Sie nährt Träume, die auf dem faszinierenden Boden der Molekularbiologie gedeihen. Nach Hitlers Unmenschlichkeitsexzessen im Namen der „Volksgesundheit“ kommt die Eugenik in der Postmoderne nicht als propagandistisch aufgeblähter Rassenwahn daher, sondern „rein wissenschaftlich“ und „von unten“, auf leiseren Sohlen, welche als Spur verständliche Elternwünsche benutzen und die Fährte

<sup>33</sup> Schon in der Alltagsmoral gibt es den Vorrang der Rechtspflichten vor den gleichwohl gebotenen Mehrleistungen in den sog. Tugendpflichten.

<sup>34</sup> s. Fn 32

<sup>35</sup> Diese Bezeichnung hat ihre eigene Geschichte von Diskriminierung.

<sup>36</sup> Vgl. Friedrich Nietzsche, Alfred Ploetz, Erich Haeckel, Adolf Jost, AlexanderTille, der Monistenbund u.a.

weiterziehen zu einer „viel versprechenden“ Gendogmatik. Deren Sprache ist mittlerweile die der Werbung geworden (Dietmar Mieth).

So setzte unter der Chiffre des „Gattungsinteresses“ vor 25 Jahren auf Zypern das Screening der Bevölkerung auf Thalassämie als staatliche Maßnahme ein. Zum Einsatz kamen Sterilisation, PID, PND und Abtreibung.<sup>37</sup> Während das Ausland die „Zwangsinformation“ der Zyprioten kritisierte, behauptete ein griechischer Experte, diese negative Eugenik sei „Notwehr“, jeder 7. Zypriote trage schließlich dieses Gen. Das Leben der Kranken sei „zu wenig lebenswert“. Genchek und PID sind staatlich finanziert und von der orthodoxen Kirche insofern mitgebilligt, als dadurch Abtreibungen verhindert würden. Man scheint hier kirchlich nicht nach den neuen Erkenntnissen der Embryologie, sondern nach der Beseelungstheorie des Aristoteles zu urteilen, der es vor 2 Jahrtausenden eben nicht besser wissen konnte. Tatsächlich erreichen in Deutschland therapierte Thalassämie Kranke inzwischen ein Lebensalter von 50-60 Jahren.<sup>38</sup> - Wenn man das Wissen der modernen Medizin und Anthropologie nicht übermittelt oder unterschlägt - wie steht es dann um die Echtheit des „Informed consent“?

d) Doch kehren wir vor der eigenen Tür! Unter der Chiffre der Selbstbestimmung demonstrierten 1971 zahlreiche in der Öffentlichkeit bekannte Frauen mit aufwendigem Pathos für die Straffreiheit der Abtreibung. Die öffentliche Selbstanklage: „Ich habe abgetrieben“ wurde zur Einklage des Rechts auf Gewissensfreiheit umformuliert. In der beanspruchten Autorität des eigenen Gewissens wurde Abtreibung zur „verantworteten“ Maßnahme der reifen Frau!<sup>39</sup> Da zu dieser Zeit das Unrechtsempfinden bei Abtreibung in der Gesellschaft bereits merklich abgesenkt war, ging jeglicher Widerstand der Vernunft im Spektakel unter. Heute ist Autonomie, die „Selbstbestimmung am Lebensende“, das Werbelogo für den ärztlich eingeleiteten Exitus und die sog. Sterbekliniken.

e) unter der Chiffre psychologischer Wissenschaftlichkeit wird eine Halbwahrheit über den Menschen verbreitet. James Watson wie Peter Singer, Hans Martin Sass, Nida-Rümelin und nicht wenige Juristen gehen von einem segmentierten Personbegriff aus, indem sie Lebensrecht und Würde des Menschen an Indikatoren festmachen: an „Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Sinn für Zukunft und Vergangenheit, Kommunikation und Neugier“, an der sozialen Fähigkeit, mit anderen Beziehungen zu knüpfen, für manche beginnend mit der Aufnahme der Beziehung zur Mutter zum Zeitpunkt der Nidation. Das verfestigt sich zum Bild von der handhabbaren Blastozyste im Labor, die man als „beziehungslose“ Noch-Nicht-Person aus der menschlichen Kommune ausschließt. Der Theologe Prof. Richard Schröder stellte unlängst das Papier der „Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland“ vor, nach welchem die biologische Zugehörigkeit „bestimmter Zellen und Organismen“ - mit Letzteren waren auch die sog. Prä-Embryonen gemeint - zur Spezies Mensch keinen Lebensschutz verlange; der Ausdruck „Mensch als Person“ erschließe sich erst in der „Perspektive personaler Kommunikation“, frühestens ab der Nidation also! - Müssen sich die Theologen nicht aus Gründen der Logik fragen lassen, wie ein apersonaler Organismus sich plötzlich „personal“ verhalten und wie aus einem Etwas ein Jemand werden soll? Kommt die Personalität des Menschen mit der Nidation als Automatismus „zur Tür herein“? Ist sie nur Eigenschaft, ein Akzidenz? Kein Essential des Menschen? Unschwer wird sich der Bogen von den Noch-Nicht-Personen zu den Nicht-Mehr-Personen spannen, den Altersdementen, den kontaktlosen Geistig Schwerstbehinderten, denen man aus einem Motivationsgefüge von Abwehr, Ohnmacht, Gefühllosigkeit, Überforderung und Selbstmitleid, und einem Quantum an Gewaltbereitschaft zum Sterben verhelfen möchte.

(6. Synthese: Leitlinien aus Humanität und ärztlichem Ethos). Nach dieser kurzen Analyse von Fakten und Argumentationsstrategien für das Euthanasieren ist zu fragen, wie sich der Arzt der Instrumentalisierung durch Wissenschaft und Gesellschaft entziehen kann.

(a. Menschsein in Gleichheit) Zunächst gilt es, sich auf das Mensch-Sein in Gleichheit zu besinnen. Es geht um die Gleichheit der Menschen in ihrem Sein und ihrem „Status“ im Spiegel der Gerechtigkeit, die dieses Sein auf Augenhöhe ebenbürtig respektiert. Es ist die Perspektive der Teilhabe am Leben als Grundrecht. Das lehren uns Bibel und aufgeklärte Vernunft, die uns beide auf die praktische Vernunft

<sup>37</sup> Die einstmals „günstige“ Genmutation hatte sich allmählich zur „Erbkrankheit“ entwickelt. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Muskoviszidose-Gen, das dem Träger einmal Vorteile bei Dysenterie - Epidemien gebracht hatte.

<sup>38</sup> Vgl. DÄ, Jg. 101 v. 5. 1. 2004 S. C16

<sup>39</sup> 1935 bereits hatte der Genetiker und Nobelpreisträger Muller in USA an die „emanzipierte“ Frau appelliert, doch nichts dem Zufall zu überlassen und für die Wunschkindthese mittels Fremdsamenspende geworben.



verpflichten: die Ethik der vorbedingungslosen zwischenmenschlichen Achtung. Die Gleichheit der Menschen in der Perspektive der Gerechtigkeit ist vor Gesetz und Gesellschaft – und gelegentlich auch gegen diese – zu bezeugen! Wir brauchen keinen absoluten Souverän als Übergott, wie Thomas Hobbes meinte, um uns vor einander zu schützen und der verhindert, dass wir einander fressen. Nach John Locke sollen wir vielmehr der natürlichen Vernunft und der Vernünftigkeit des christlichen Glaubens vertrauen, die beim Nächsten das Recht auf die Unverletzlichkeit der Person<sup>40</sup> wahrnehmen. Gerechtigkeit macht mich selbst zum Nächsten der Anderen, macht mich ihnen gleich. Der Abschied vom Begriff der Gerechtigkeit und der Menschenwürde als der achtenden Bekundung des Menschen als Selbstzweck liefert die Menschen einander aus. Einst hatte Karl Kraus<sup>41</sup> sarkastisch formuliert „Die Überwindung der Menschenwürde ist die Voraussetzung des Fortschritts“. Das läuft heute so: Eine Lebensphase wird „unterbewertet“ und der Mensch zum „Präembryo“ deklariert. Er kann dann verdinglicht und zu Proteinen, Stammzellen und Experimentiermaterial zerkleinert werden. Demgegenüber sah Karl Jaspers die Aufgabe des Arztes, - und da ist der medizinische Forscher eingeschlossen - darin, „Existenz für Existenz“ zu sein.

An die gebotene Gerechtigkeit könnte z.B. auch das Gespräch mit den Angehörigen eines chronisch Leidenden anknüpfen, die glauben, dessen „erbärmliches“ Verlöschen nicht weiter mittragen zu können. Schließlich brechen diese wie auch abtreibungswillige Eltern,

*„die sich >im Gewissen< gegen das Lebensrecht ihres ungeborenen Kindes entscheiden, das ursprüngliche Band menschlicher Solidarität, das allein darin besteht, dass wir einander leben lassen und unsere unverfügbaren Lebenschancen gegenseitig achten“.* In diesen Fällen verfehlt sich das Gewissen, „wenn es gegen die in ihm angelegte Gegenseitigkeitsforderung“, das ist die nach der Gerechtigkeit, „verstößt“.<sup>42</sup>

Eine Anmerkung: Oft wird die päpstliche Stellungnahme in der Enzyklika „Evangelium vitae“ als rigoristische Ethik diffamiert. Doch bewahren gerade ihre Leitlinien von der „Kultur des Lebens“ das Grundprinzip unserer rechtsstaatlichen Verfassung, dass jedem Menschen gleiche Gerechtigkeit zukommen muss, die Unmündigen und Schwachen eingeschlossen. Jegliche Willkür, selbst wenn sie sich Forschungsfreiheit oder Selbstbestimmung nennt, gegenüber schwachen Minoritäten muss staatlich abgewehrt werden. Der von John Locke und Montesquieu eingeführte Konstitutionalismus, der die Beziehung von Personen im Staatswesen möglichst *gerecht* und allgemeingültig zu regeln versucht und der unsere Verfassung mitgeprägt hat, wird derzeit von keiner anderen Institution so stringently vertreten wie vom Vatikan.

**(b. Fragilität des Menschenlebens).** Menschsein bedeutet ferner: unser Leben ist fragil. Leid ist urmenschliche Erfahrung, die in früheren Zeiten und in vielen anderen Kulturräumen als Prüfung verstanden wurde. Der Existenzanalytiker Viktor E. Frankl spricht von drei Wertekategorien unserer Lebenserwartung. „Das Leben verlangt vom Menschen... eine elastische Anpassung an die Chancen, die es ihm gibt.“<sup>43</sup> Es gibt Werte, die sich durch Leistung in einem Aufgabenkreis verwirklichen lassen. Außer diesen *schöpferischen* Werten finden sich solche *des Erlebens* – die „Hingabe an die Schönheit von Natur oder Kunst“. Zweifellos ist der Tod die gewaltigste Herausforderung an uns. Ihn können wir nicht besiegen. Nun liegt zwischen Leben und Tod die Erfahrung von Einschränkung und begrenzter Möglichkeiten. Frankl's Logotherapie spricht drittens von *Einstellungswerten* dann, wenn der Mensch sich einem Schicksal in Abhängigkeit gegenüber sieht: „*Wie er es nun... auf sich nimmt, darum geht es... um Haltungen wie Tapferkeit im Leiden, Würde auch noch im Untergang und im Scheitern*“. So kann – und das ist Frankl's zentrale Aussage – „*die menschliche Existenz eigentlich niemals wirklich sinnlos werden... Das Leben behält seinen Sinn bis >in ultimis< - demnach solange*“ der Mensch „*atmet*“. Die Botschaft: Behinderung, Krankheit und Sterben sind Ausgeliefertsein – und zugleich der Gestaltungsmöglichkeit offen!

Unsere Zeit stellt Wissen über Weisheit. Verfügungswissen erscheint rentabler als Orientierungswissen. Wie sich die Theologie ihrerseits den Anforderungen der Moderne zu stellen hat,

<sup>40</sup> John Locke (1632-1704): Sein Personenverständnis ist allerdings eingeschränkt: Person identifiziert sich nach L. mit der Erinnerung der eigenen Biografie. Das allerdings lässt sich (psychoanalytisch) nicht halten: unerinnerte Schuld wäre demnach keine persönliche Schuld!

<sup>41</sup> Karl Kraus (1874-1936)

<sup>42</sup> SCHOCKENHOFF E., Wie gewiss ist das Gewissen? Eine ethische Orientierung, Freiburg 2003, S. 211

<sup>43</sup> FRANKL V. E., Ärztliche Seelsorge, Frankfurt a.M. 1987, S. 81f.

muss vom Dialogpartner Medizin immer ehrlicher anerkannt werden, dass kirchliche Institutionen „ein Sinnwissen vom Menschen“ bewahren, „das über die begrenzte Perspektive wissenschaftlicher Einzelerkenntnis hinausweist“<sup>44</sup> und der schleichenden Verknappung der Ressource Sinn entgegenwirkt.

(c. Salus aegroti) Was folgt daraus für das ärztliche Handeln? Nach Frankl ist „*der Arzt nicht dazu berufen..., über Wert oder Unwert eines Menschenlebens zu Gericht zu sitzen. Er ist von der menschlichen Gesellschaft lediglich dazu eingesetzt, zu helfen, wo er kann, und Schmerzen zu lindern, wo er muss; zu heilen, soweit er es kann, und Menschen zu pflegen, sobald er sie nicht mehr heilen kann.*“ Denn „*wären die Patienten und ihre Angehörigen nicht davon überzeugt, dass der Arzt dieses sein Mandat ernst und wörtlich nimmt, dann wäre es mit dem Vertrauen zu ihm ein und für allemal dahin. Ein Kranker wüsste in keinem Augenblick, ob der Arzt sich ihm noch als Helfer naht – oder schon als Henker.*“.

Mit dem *salus aegroti* ist nicht gemeint, unter keinen Umständen behindert, leidend, geschwächt oder dyspnoisch zu sein. Es geht nicht um *unbegrenzte* Gesundheitsunterstützung mittels Anti-Aging und hochmoderner Technik. *Heil* liegt darin, selbst in Extremsituationen Sinn zu erkennen. Das Gewissen, ein spezifisch menschliches Phänomen, beschreibt Frankl als die intuitive Fähigkeit, den verborgenen Sinn jeder Situation, - das „Gesollte“ – aufzuspüren: Gewissen ist das „Sinnorgan“. Wir können uns irren, auch in unserem Gewissen, ja, - aber trotz dieser „Unsicherheit“ sind wir existentiell zum „Wagnis“ aufgefordert, dem Gewissen zu folgen. Die uns geschenkte geschöpfliche Freiheit verpflichtet allerdings, nicht nur „irgendwie“ nach dem Gewissen, sondern „nach bestem (!) Wissen und Gewissen“ zu entscheiden.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens sei zudem falsch gestellt, so Frankl, „*wenn sie... nicht konkret >je meine < Existenz*“ meint. Hier komme es auf die „kopernikanische Wendung“ an: „*Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der Befragte.*“ Und in seiner „*Existenz.... >vollzieht< der Mensch das Beantworten.*“ Theologie sagt: „*Menschliches Leben hat sich im Hinblick auf sein Gelingen oder Nicht-Gelingen vor einer letzten... Sinninstanz zu verantworten. Angesichts dessen ist die Möglichkeit einer totalen Autonomie menschlicher Selbstverfügung schon im Ansatz ausgeschlossen, denn Sinn wird entdeckt und nicht autonom gesetzt.*“<sup>45</sup> Aktive Euthanasie und autonomer Suizid bedeuten nach Frankl die Zurückweisung dieser Chance des Entdeckens: sie gehören als „letzte Ausflucht“ zu den „gesellschaftlichen Pathologien“.

Die Existenzanalyse des Logotherapeuten Frankl hängt eng mit jenem anderen Text zusammen, den Sie bestens kennen:

„*Ich will*“ die Kranken „*vor Schaden und Unrecht bewahren.*“

*Ich will weder irgend jemandem ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. Ebenso will ich keiner Frau ein abtreibendes Mittel geben.*

*In alle Häuser, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen, mich frei haltend von allem vorsätzlichen Unrecht, von aller Schädigung.....*

Nur wenige der insgesamt 60 Schriften des ‘corpus hippocraticum’ aus dem 3./4. Jahrhundert vor Christus stammen von Hippokrates selbst. Das ist insofern von Bedeutung, als der sog. Eid des Hippokrates nicht auf die autoritäre oder elitäre Aussage eines Einzelnen zurückgeht, sondern der Überzeugung einiger oder gar vieler Heilkundiger seiner Zeit entsprach. Man wollte Krankheiten „verstehen“ lernen. In der Schrift „*über die Krankheiten*“ hieß es: „*Fachgerecht ist es, bei der Behandlung diejenigen Krankheiten, die heilbar sind, bis zur Heilung zu behandeln, von den unheilbaren aber zu wissen, warum sie unheilbar sind, und bei der Behandlung der Patienten, die an*

---

<sup>44</sup> SCHOCKENHOFF E., a.a.O., S. 61. Die Grenzen der Verfügbarkeit über das Leben haben für Patient und Arzt medizintechnisch eine Erweiterung erfahren und verlangen nach Neu-Positionierung. Tötungsaktionen allerdings scheiden aus allen Abwägungsinteressen aus, sei es im Bezug auf Prävention von Krankheit (Abtreibung) oder Heilungschancen Dritter (Forschungsklonen) oder der Leidensverkürzung.

<sup>45</sup> SCHALLENBERG P., Liebe und Subjektivität. Das Gelingen des Lebens im Schatten des „amour pur“ als Programm theologischer Ethik, Münster 2003

derartigen Krankheiten leiden, zu nützen, indem man die Behandlung nach der Heilbarkeit ausrichtet.“<sup>46</sup>

Wenn man die Krankheit nicht überwinden könne, heißt es in der Schrift „Über die inneren Leiden“, solle man vor allem den Schmerz lindern, denn „auf diese Weise dürfe“ der Patient sein Leiden „am leichtesten ertragen“<sup>47</sup>.

Das genau strebt die Palliativmedizin an. Wo aktive Euthanasie unter bestimmten Voraussetzungen straffrei bleibt wie in den Niederlanden, traut man diesem Fachgebiet nicht viel zu und vernachlässigt es.<sup>48</sup> Doch hat sich diese alte Tradition als gut erwiesen. Sie weiß sich dem Nächsten geschwisterlich verantwortlich und im rechten Verhältnis zur Natur.<sup>49</sup> So konnte trotz des in der Philosophiegeschichte dominanten Plato, der seinerseits aktive Sterbehilfe nicht ausgeschlossen hatte, der deutsche Theologe Johann Valentin Andreä schon 1619 sein Christianopolis als Gegenentwurf jeglicher euthanasiastischen Utopie so vorstellen:

„Menschen, deren Geist verwirrt oder gestört ist, dulden sie unter sich wenn es erträglich ist; ist dies nicht der Fall, so gelangen sie unter gelinde Aufsicht.“ In diesem Sinn bezeichnete auch Otto Lubarsch, - 12 Jahre vor dem eugenischen Manifest der Herren Bindung und Hoche, - in seiner „Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde“ Euthanasie als die „Kunst, dem Sterbenden den Austritt aus dem Leben zu erleichtern“, nicht aber als „Verkürzung des Lebens“.<sup>50</sup> Diese Tradition weist den falschen „Samariterdienst des Tötens“ als Versuchung entschieden zurück. Es ist kein humaner oder ärztlicher Dienst, dem Menschen die Zeit des Sterbens zu ersparen, vielmehr ist das Sterben lebbar zu machen.

(d. Gewissen und Fremdbestimmung) Die große Gefahr in der globalen Kommunikation ist die bild- und werbungsintensive Beeinflussung von Patient und Arzt durch weltanschauliche Trends. So kann Wissenschaftlichkeit als Alleininstanz Intuition, Affekt und Erfahrung abschwächen oder irreleiten. Die vorrangige Ökonomisierung der Gesundheitspolitik oder höchstrichterliche Gerichtsurteile, welche die Trisomie 21 als „verhängnisvoll“ einstufen und Geburt und Leben eines behinderten Kindes mit einem Schadensersatz durch den Arzt oder die Hebamme bestrafen, sind irreführende Wegweiser. Auch wäre manch hochgelobte „Autonomie“ als psychosoziales „Schmiermittel“ für Heteronomie zu entlarven: Wird nämlich Menschenwürde mit absoluter oder empirischer Autonomie identifiziert, hat man gefälligst „in Ehren“ abzutreten, sobald Abhängigkeit auftritt, und andere von sich zu befreien, wenn man zur ökonomischen Last wird. Die unter der Bevölkerung gängige Floskel, das und jenes „müsse jeder mit seinem Gewissen ausmachen“, - der Arzt, der Patient, der Angehörige, - hat zwar einen wahren Kern, bedeutet aber nicht, dass jede sog. Gewissensentscheidung schon als solche unstrittig wäre oder vor Bestrafung schützen müsste.<sup>51</sup> Es besteht die Gefahr, das Gewissen zur Leerformel zu machen und mit einem Hauch des Pathetischen auszus schmücken<sup>52</sup> - somit aktive Sterbehilfe zu naturalisieren, d.h. Tötung nach Vereinbarung und natürliches Sterben als ethisch gleichrangige Optionen zu bewerten.

Die Gewissensfreiheit gehört zu den Menschenrechten. Es ist die Freiheit, welche sich an der Freiheit des anderen zu orientieren hat. Kein moderner demokratischer Staat kann auf deren Achtung verzichten.<sup>53</sup> Das schließt nicht aus, dass man auch in liberalen Demokratien für die Freiheit des Gewissens einen Preis zu zahlen hat, weil Zeittrends in Politik und Gesetzgebung eingehen und der persönlichen Überzeugung vielleicht entgegenstehen. Die Weigerung, während der ärztlichen Ausbildung oder später an einer Abtreibung mitzuwirken<sup>54</sup> oder als Molekularbiologe menschliche Embryonen zu zerlegen, kann u. U. die berufliche Karriere beeinträchtigen.<sup>55</sup> Dem Gynäkologen, der

<sup>46</sup> zit. n. BENZENHÖFER U., *Der gute Tod?* München 1999, S. 39

<sup>47</sup> ebd.

<sup>48</sup> The Lancet, a.a.O. S. 345f.: nur 1/3 der Ärzte vertrauen der Palliativ-Care

<sup>49</sup> v. LUTTEROTTI M. in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1993 Heft 1, S. 12f.

<sup>50</sup> zit. n. v. ENGELHARDT D. in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1993 Heft 1 S. 20

<sup>51</sup> SCHOCKENHOFF E., a.a.O., S.14: Skeptisch hat sich Schopenhauer geäußert, Gewissen „sei ein Fünftel Menschenfurcht, ein Fünftel... Götzenfurcht, ein Fünftel Vorurteil, ein Fünftel Eitelkeit und das letzte Fünftel schließlich Gewohnheit“!

<sup>52</sup> im Gegensatz zu Boethius und Thomas v. Aquin, Jan Hus, Martin Luther

<sup>53</sup> SCHOCKENHOFF E., a.a.O., S.22

<sup>54</sup> trotz des im § 218 beschriebenen Weigerungsrechts

<sup>55</sup> Eingeschoben sei hier die Frage, ob und wie man sich als freier Bürger der Bundesrepublik der bereits faktischen staatlichen Finanzierung von vorgeburtlicher Kindestötung oder den angestrebten Verbrauch menschlicher Embryonen in der

seine lebensbejahende Haltung auch im Fall einer kindlichen Behinderung konsequent durchhält, droht womöglich noch im Nachhinein eine Schadensklage, wenn sich der Einfluss von Angehörigen langfristig als stärker erweisen sollte. Die individuellen Kosten für eine klare Gewissensentscheidung können somit auch in der Demokratie hoch liegen. Dabei lässt sich das moralische Urteil weder an einen Ethikrat noch eine Ethikkommission, und sei diese noch so kompetent besetzt, delegieren.

„Wer heute die Moral oder das Gesetz darauf ein schwören möchte, Tötung auf Verlangen zuzulassen, geht mit größter Selbstverständlichkeit davon aus, dass es Ärzte sind, die für dieses Geschäft zur Verfügung stehen. Aber was hat eigentlich die Absicht zu töten mit der Aufgabe des Arztes zu tun?“<sup>56</sup>  
„Was ist human am Töten?“ fragt eine Internistin, die 8 Jahre in einem kalifornischen Gefängnis gearbeitet und sich stets der Henkerarbeit mittels Giftspritze verweigert hatte. Konträr dazu sorgen in China und Taiwan Mediziner für eine Allianz zwischen Todesstrafe und Organerwerb. Dort hatten mit Blick auf Transplantationen „bereits 1989 Krankenhausärzte dafür plädiert, zum Tode Verurteilte nicht mehr ins Herz, sondern in den Kopf zu schießen“<sup>57</sup>: D.h., die Todesstrafe zu bejahen, da sie eine Quelle der Organerwerb ist!

Die Ur-Erfahrung, dass wir Gewissens-Appelle hören<sup>58</sup>, verweist auf den „Gott in Dir und mir“, sagt Seneca.<sup>59</sup> Würden wir diese Instanz als Ärzte preisgeben, werden andere Instanzen - politische, soziale, fundamentalistische und positiv-rechtliche - gern an ihre Stelle treten.

Gewissensbildung setzt die Selbstreflexion und die Ehrlichkeit gegenüber dem eigenen Tun voraus. Nicht wenige Spätabtreibungen erscheinen heute als „Totgeburten“ getarnt in den Statistiken. So wird eigene Schuld vertuscht. Man schmiedet eine Art „Komplot“ unter den Beteiligten gegen mögliche Anklagen der eigenen inneren Stimme, und so verwischt man den nicht kleinen Unterschied zwischen Abtreibung und Spontanabort und benennt die eigene Handlung „Schicksal“.<sup>60</sup> Abtreibungsgelder, vom Staat großzügig gewährt, und flächendeckende Abtreibungskliniken tragen das Ihre zu diesem Ausblenden bei. Das ist offen zu legen – durch unvoreingenommenen Journalismus, dem wir Ärzte gemeinsam zuarbeiten müssen.

(e. Christliches Menschenbild). Die christliche Anthropologie geht vom Menschen als Person aus. Ordnet man den Menschen nur bei den leidensfähigen Wesen, also den animalia ein, dann ergibt sich kein Sinn-Zusammenhang von Leben, Sterben und einmaliger Würde. Sieht man ihn als Gottes Bild, als *imago dei*<sup>61</sup>, das Gott in Beziehung zu sich selbst erschaffen hat, dann versteht man die Weite des menschlichen Herzens und sein Sehnen, das Gute, das Wahre und das Schöne zu finden. Dann ist Menschenwürde keine zugesprochene oder versagbare Eigenschaft, kein bloßes Akzidenz, kein empirisches Merkmal. Sie ist ihm wesenseigen und unabhängig von seiner Situation, Lebensphase, von Ansprech- oder Kontaktfähigkeit. Sie darf nicht aberkannt werden: sie kann es gar nicht! Sie ist unabhängig von Verletzungen durch andere. Man kann sie missachten, aber sie bleibt auch den Sklaven, den Exkludierten und Verurteilten. Sie ist spiritueller Art. Jesus ist keinen unwürdigen Tod gestorben, da irrt Walter Jens. Wie kann ein Leiden und Sterben aus vollendeter Liebe „unwürdig“ sein? <sup>62</sup> In christlicher Perspektive ist Menschenwürde de facto unantastbar – sie ist göttliche Mitgift. In solchem Zusammenhang ist der Mensch Person, weil er in intensiver einmaliger Relation zu seinem Schöpfer steht. Gott hat ihn gewollt.

---

Forschung der EU-Länder und dem diesbezüglichen gesellschaftlichen Anpassungsdruck entziehen kann. Sich für das Leben eines wahrscheinlich behinderten Kindes zu entscheiden, wird zwar (noch) nicht verboten, aber man erwartet die Tötungszustimmung von Eltern und betreuendem Arzt. Hier wird noch kein Diktat ausgesprochen, aber eine spürbar schleichende Manipulation auf unser Gewissen ausgeübt.

<sup>56</sup> MÜLLER A.W., in: Die neue Ordnung 5/2003

<sup>57</sup> Kim Thornburn, zitiert nach DÄ vom 7. Mai 1999.

<sup>58</sup> „Gott ist dir nahe, er ist mit dir, er ist in dir...: ein heiliger Geist wohnt in uns (sacer intra nos spiritus sedet), ein Wächter und Beobachter aller unserer Fehler und Vorzüge. Wie wir ihn behandeln, so behandelt er uns. Vor allem: ohne Gott ist niemand ein vollkommener Mensch... In jedem einzelnen vollkommenen Menschen... wohnt Gott.“ Das schreibt kein heiliger Kirchenvater, sondern Seneca an Lucilius und stützt sich dabei auf Quellen, die älter sind als die Stoa.

<sup>59</sup> SCHOCKENHOFF E., Wie gewiss ist das Gewissen? Eine ethische Orientierung, Freiburg 2003 S.85

<sup>60</sup> Eine Wahrnehmungsstörung, die sich auch gelegentlich im Gespräch mit Beraterinnen zeigt: der Begriff Abtreibung wird „peinlichst“ vermieden.

<sup>61</sup> „Imago dei“ meint, bei der Erschaffung des Menschen nahm Gott „Maß an sich selbst“, Bezug auf sich.

<sup>62</sup> Es ist gerecht, wenn der Mensch aus jeder abwägenden Berechnung seiner Mitwelt ausscheidet, weil „er selbst *Subjekt und Maßstab der Berechnung ist*“, so LOEW R., Philosophische Aspekte der Behindertenproblematik, Stuttgart 1990 in: Zeitschrift für medizinische Ethik, a. a.O., S. 40

Dann steht auch der Andere, der Nächste, in Relation zu mir als Person. Er verlangt nach meiner Zuwendung, meinem Rat, genau so, wie ich selbst irgendwann solcher Aufmerksamkeit bedürftig bin. Mit der Selbstverwirklichung als Solipsismus, der sich nur um das *Ich* dreht, sind wir nicht gemeinschaftsfähig. Das Du ist für das Verständnis des Ich und seine Entfaltung unerlässlich. Wie der Arzt niemanden gegen dessen Willen behandeln darf, verlangt es das Prinzip der Gerechtigkeit, dass dem Arzt auch keine Handlung aufgezwungen wird, die sein Gewissen nicht rechtfertigen kann. Dieser jüdisch-christliche Aspekt der Gerechtigkeit im Miteinander ist nach Jürgen Habermas im Pluralismus der Moderne von entscheidender Bedeutung.<sup>63</sup> Eine falsch verstandene Solidarität kann mich dazu verführen, das Leiden dadurch zu beheben, das ich den Leidenden töte. Doch der Realität des Menschen angemessen ist die Bewahrung der *humanitas*. Dies bedeutet, eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher letztlich jedes DU sich angenommen weiß: im Zuhören und Verstehen, im Lindern von Schmerz und Halten der Hand, im pflegerischen Waschen, Abtrocknen, im Gespräch, im Gebet.

### Schluss.

Es ist der alte problematische Traum, mit dem Griff nach der verführerischen Frucht des Lebens am Baum der Erkenntnis ein Paradies zu schaffen. Eine entgleisende Modernisierung entwirft den Menschen hochtrabend als *ihr* Experiment und als *ihr* Produkt. Das führt peu à peu in die Sackgasse hybrider Selbstbemächtigung. Unser Problem vertieft sich in der Tragik eines Hiob, der ganz früh in der Menschheitsgeschichte angesichts von Krankheit und Schuld die Theodizeefrage stellt, die Frage, warum die Welt so ist, wie sie ist. Ist sie wirklich Kosmos und von einem guten Gott geschaffen? Überwiegt nicht das Chaotische, nicht zuletzt in Handeln und Geschichte des Menschen selbst? Ist diese Welt, in der das Sterben als massenhaftes Phänomen alltäglich geschieht, und an vielen Orten auch der Mord und Todschatz, sei es im Terrorismus, in Stammeskriegen, in der Todeszelle oder durch einen „Todesengel“ in der stillen Kammer des Altenheims, - ist diese Welt die beste aller möglichen Welten?

Wie ich glaube, hat die hippokratische Tradition dieser Erfahrung der Grenze Rechnung getragen und war sich intuitiv in dem ihr sozial zugewiesenen Feld der Heilkunde, in den Situationen zwischen Zeugung und Tod, der Grenzmarke menschlichen Handelns bewusst: unsere Vorgänger wollten sich weder als Zuchtmeister von Gezüchteten aufspielen - noch wollten sie Henker von sog. Unzumutbaren sein. Der Achtung der Menschheit im Menschen ist nur die Annahme angemessen, - die ganz präzise Annahme gerade dieses Mit-Menschen, für den ich aktuell verantwortlich bin. Wenn diese Idee der unbedingten gegenseitigen Annahme um der Würde willen aus unserer Weltanschauung schwindet, wird es kalt und gefährlich für jedermann. Dann gilt die Pseudo-Ethik der Erfolgsinteressenten mit ihren Optimierungphantasien. Sie schätzt das sittlich-geistige Heilsein nicht. Sie steht für eine „Gesundheitsreligion“, die auf Kosten anderer erkaufte wird, für Eugenik und eine sog. Euthanasie, die man eigentlich „Dysthanasie“ nennen muss. Gerade die Einbeziehung des noch immer gesellschaftlich geachteten Arztes in die Tötung soll das Verbrechen am Leben beschönigen und Lebensverweigerung im medizinisch unterstützten „Exit“ als „Dignitas“ positivieren. Dagegen müssen wir uns entschieden und gemeinsam wehren.

Vielleicht gilt derzeit ja, was der Trierer Sozialethiker Ockenfels kritisch so formuliert: „Christlich konditionierte Menschenwürde kann einstweilen politisch abdanken“. Denn: „abgeschnitten von ihrer göttlichen Herkunft, losgelöst aus ihrem sozialen Zusammenhang und aufgesplittert in die vielen kleinen Menschenrechte, die sich gegenseitig den Rang ablaufen, hat es die Menschenwürde nicht leicht sich zu behaupten. Unter Einschluss der Öffentlichkeit, die an Fragen... universaler Geltung kein Interesse zeigt, gelingt es den Interpreten, die Menschenwürde inhaltlich so zu verbiegen..., dass sie in die Schablone des zivilisatorischen Fortschritts passt. Juristen wie Theologen haben es schließlich gelernt, mit Texten ‚umzugehen‘; umzuspringen! Wie Walter Jens seit 10 Jahren versuchte auch Volker Gerhardt im letzten Jahr in der Presse, Euthanasie derart zu plausibilisieren, dass er sie dem Suizidwilligen unter ausdrücklicher Berufung auf dessen Menschenwürde (!) zugesteht. Ockenfels kommentiert: „Die Willenserklärung des Patienten erhält das letzte Wort, wonach die letzte Hilfe für sterbewillige Kranke darin besteht, ihnen den Garaus zumachen“<sup>64</sup>.

<sup>63</sup> Rheinischer Merkur, No 4 v. 22.1.2004, S.52.

<sup>64</sup> OCKENFELS W., in: Die Neue Ordnung, Jahrgang 57 Nr. 5/2003

Mein Resümee: „Wo der Arzt sich von der Pflege verabschiedet“ und sich nur noch als Heiler versteht, „lauert die Katastrophe“. Vielmehr ist das Naturgegeben in seiner ganzen Vielfalt als Aufgabe anzunehmen. Entscheidend ist, wie wir unabhängig von Zeittrends die Menschenwürde leben und uns bewusst bleibt, dass die Gleichheit der Personen, die aus ihrer Würde kommt, absolut ist. Deshalb soll an Stelle aktiver Sterbehilfe, der sogenannten Euthanasie, „*der rückhaltlose Schutz chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Patienten sowie die adäquate menschliche und medizinische Begleitung Sterbender ärztliche Aufgabe und Verpflichtung*“ (J. Hoppe) bleiben. Durch Schmerzlinderung und umfassende Betreuung wird das Sterben aus der vielfach beklagten Anonymität und sozialen Isolation herausfinden. Indem Ärzte das Sterben nicht abbrechen, sondern Ängste aufnehmen und Schmerzen lindern, bringen sie den Abschied zur Sprache, der dem Menschen als Kreatur abverlangt ist. Wir erlernen und vollziehen mit dem Patienten und seiner Familie das Loslassen in der „Euthanasia interior“. Wir begleiten ihn bis zu seiner „letzten Reise“<sup>65</sup> - und hoffen, dass er das „Zeitliche segnen“ kann.

*Dr. Maria Overdick-Gulden, Trier*

---

<sup>65</sup> als „grundlegendste Fürsorge“ bezeichnet Papst Johannes Paul II. die Versorgung mit Wasser und Nahrung vgl. Tiroler Tageszeitung v. 21.3.2004