

EUTHANASIE ZWISCHEN LEBENSVERKÜRZUNG UND STERBEBEISTAND

Prof. Dr. Dietrich v. Engelhardt

I. Kontext und Aktualität

Sterben und Tod sind Grenzsituationen für jeden Menschen - wie auch für die moderne Medizin, die Gesellschaft und die Kultur. Die meisten Menschen werden heute im Krankenhaus geboren und sterben auch dort. Damit hat sich eine Kluft zwischen der normalen Lebenswelt und diesen zentralen Situationen der menschlichen Existenz aufgetan, die zu schließen oder zu verringern eine der großen Aufgaben unserer Zeit darstellt.

Sterben wurde seit der Antike bis in das 20. Jahrhundert im Kreise der Familie, Freunde und Nachbarn erlebt. Sterben war ein soziales Ereignis, äußere Form und geistige Deutung, vor allem aber die religiöse Perspektive boten dem Sterbenden wie dem Überlebenden Halt und Trost. Sinngebung schloss Angst und Leiden allerdings nicht aus; wer den Tod bejaht, kann sich vor dem Sterben fürchten, wer dem Tod einen Sinn abgewinnt, kann über den Verlust eines Angehörigen oder Freundes tiefen Schmerz empfinden. Das Spektrum der Reaktionen auf Sterben und Tod war in der Vergangenheit groß und ist auch heute noch weitgespannt.

Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand berührt zutiefst das Selbst- und Weltbild des Menschen, das Verständnis von Krankheit und Tod, von Freiheit und Abhängigkeit, von Natur, Gesellschaft und Kultur. Euthanasie stellt durch den technisch-naturwissenschaftlichen Progress und den demographischen Wandel mit der Zunahme alter und behinderter Menschen und der Kostenexplosion der Medizin wie des Gesundheitswesens verstärkt eine Herausforderung an die Humanität in der Medizin und der Gesellschaft dar, eine Herausforderung an den Arzt, die Pflegekraft und den Kranken, eine Herausforderung an alle Menschen und ihre Mitmenschlichkeit.

Neue Initiativen und neue Gesetze manifestieren unübersehbar die Aktualität dieses Themas. Die Bevölkerung des Staates Washington verwarf in den USA vor wenigen Jahren mit nur 55% gegen 45% die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte bei schwerkranken Patienten ohne Heilungschancen. In den Niederlanden hat die Gesetzgebung mit der Notstandsregelung oder – im holländischen Rechtsverständnis – der "Billigung" eine Möglichkeit geschaffen, die Strafverfolgung bei aktiver Euthanasie unter bestimmten Bedingungen auszusetzen und zugleich an der Strafbarkeit dieses Eingriffes festzuhalten. Eine analoge Situation wurde in Belgien geschaffen.

Hier bahnen sich Entwicklungen an oder breiten sich Einstellungen weiter aus, die grundsätzliche Überlegungen über das Menschsein, über Sterben und Tod, über das ärztliche Handeln nahe legen und vor allem auch die Frage aufwerfen, ob und wie auf Veränderungen in der Medizin und Gesellschaft überhaupt Einfluss genommen und ihnen entgegengetreten werden kann.

Stets von neuem muss untersucht werden, welche geistigen Werte und Normen welche Formen der Euthanasie nicht nur theoretisch gerechtfertigt oder unmöglich gemacht, sondern auch konkret eine entsprechende Praxis herbeigeführt haben und auch in Zukunft herbeiführen können. Der Blick auf philosophische, theologische und literarische Positionen und Plädoyers der Vergangenheit wie ebenfalls ökonomisch-politische und sozialpsychologische Hintergründe erfolgt deshalb auch und vor allem aus der Sorge um die Gegenwart und Zukunft.

II. Historische Voraussetzungen

Euthanasie kommt als Sache und Wort bereits in der Antike vor. Mit dem griechischen Ausdruck "Euthanasia" bezeichnet der römische Kaiser Augustus (Sueton, *Caesarenleben*, um 120 n.Chr.) sein Ideal des Sterbens, das er im Alter von 76 Jahren wohl auch erlebt hat. "Livia, gedenke unserer glücklichen Ehe und lebe wohl!" sollen die letzten Worte des Kaisers zu seiner Frau gewesen sein. Bei verschiedenen Dichtern wie Philosophen der Antike findet sich ebenfalls dieser Ausdruck als Adjektiv oder Substantiv. Euthanasie bedeutet in dieser Perspektive ein angenehmes und ehrenvolles Sterben ("felici vel honesta morte mori"), nicht aber die aktive Lebensbeendigung.

Für den *Eid des Hippokrates* oder Eid im hippokratischen Geist aus dem 5./4. vorchristlichen Jahrhundert sind die Verbote der aktiven Euthanasie und der Beihilfe zum Selbstmord zentral: "Ich werde auch niemandem eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, auch nie einen Rat in dieser Richtung erteilen." Der Arzt darf Leben nur erhalten und schützen, nie aber gefährden oder gar beenden. Noch das *Genfer Ärztegelöbnis* von 1948 zeigt sich dieser Tradition verpflichtet: "Ich werde das menschliche Leben von der Empfängnis an bedingungslos achten."

Der hippokratische Eid ist allerdings keineswegs für alle Ärzte der Antike bindend gewesen. Bereits in jener Epoche werden auch andere Positionen vertreten. In Platos Staatsschrift *Politeia* (um 375 v.Chr.) wird unmissverständlich, wenn auch ohne Verwendung dieser Begriffe, zu passiver und aktiver Euthanasie aufgerufen: "Also nächst solcher Rechtskunde wirst du auch wohl eine Heilkunde, wie wir sie beschrieben haben, in der Stadt einführen, damit beide diejenigen unter den

Bürgern, die gutgeartet sind an Leib und Seele, pflegen mögen, die es aber nicht sind, wenn sie nur dem Leibe nach solche sind, sterben lassen, die aber der Seele nach böseartig und unheilbar sind, selbst umbringen". Auch nach der philosophischen Richtung der Stoa ist dem Arzt ebenfalls aktive Sterbehilfe erlaubt, wenn vernünftiges Bewusstsein und sittliches Handeln durch physisches oder seelisches Leiden bedroht oder aufgehoben sind. Berühmte Beispiele aus jener Zeit sind Cato d.J. und Seneca.

Das christliche Mittelalter bringt für den Umgang mit Sterben und Tod weitreichende Veränderungen mit sich. Eine der Antike unbekannt Tiefe des Mitleids und der Nächstenliebe – "misericordia" und "caritas" - wird mit dem Prinzip der Transzendenz eingeführt. Euthanasie, Suizid und Abtreibung gelten als Sünde, da der Mensch über das Leben, das ihm von Gott geschenkt ist, nicht frei verfügen darf. Der Mensch kann sich bemühen, Behinderung, Leiden und Krankheit mit Hilfe der Medizin zu lindern; ihnen durch Selbsttötung oder Tötung durch den Arzt zu entgehen, ist ihm aber nicht erlaubt. Christus wird mit seiner Verzweiflung und zugleich Zuversicht im Gang in den Tod zur kraftbringenden und trostspendenden Gestalt, auch er ist dem Leiden und dem Tod durch Lebensverkürzung nicht ausgewichen. Sterbekunst ("ars moriendi") gehört zur Lebenskunst ("ars vivendi"); wer zu leben versteht, muss auch zu sterben wissen. Der plötzliche oder unvorhergesehene Tod ("mors repentina et improvisa"), eine Wunschvorstellung für viele Menschen der Gegenwart, gilt als schlechter und hässlicher Tod ("mala mors"). Bewusst soll der Mensch von seinen Angehörigen und Freunden Abschied nehmen, "mit warmer Hand" das Erbe verschenken und sich im klaren Wissen des Endes auf das Jenseits einstellen können.

Säkularisierung, Naturalisierung und Individualisierung der Neuzeit lassen Sterben und Tod zunehmend zu einem privaten und diesseitigen Ereignis werden, immer mehr auch zu einem einsamen und stummen Geschehen, nicht selten zu einem bloß biologischen und objektiven Faktum. Nur zu bezeichnend sind die Todesanzeigen der Gegenwart ("auf Wunsch des Verstorbenen hat das Begräbnis in aller Stille stattgefunden", "von Beileidsbesuchen bitten wir abzusehen") wie ebenfalls die sich ausbreitenden Formen der Beerdigung (anonyme Beerdigung, Drive-in-Service). Das Diesseits, die Natur, der einzelne Mensch treten in den Vordergrund. Gesundheit, Jugend und ewiges Leben sollen mit Hilfe der Technik, der Naturwissenschaften und der Medizin erreicht werden.

Von den Utopisten Morus und Bacon der Renaissance wird die aktive Lebensbeendigung nach ihrer Verurteilung während des Mittelalters wieder gerechtfertigt und mit dem Ausdruck Euthanasie verbunden. Bacon greift in der Schrift *De dignitate et augmentis scientiarum* aus dem Jahre 1623 zum ersten Mal in der Geschichte wieder die antike Bezeichnung Euthanasie auf, die sich im Mittelalter nicht findet, und unterscheidet zwei Typen: die „äußere Euthanasie“

("euthanasia exterior") als direkter Lebensbeendigung ("excessus e vita lenis e placidus") und die „innere Euthanasie“ ("euthanasia interior") als seelischer Vorbereitung auf das Sterben ("animae praeparatio"). Entscheidende Bedingung der aktiven Euthanasie ist für Bacon wie ebenfalls schon für Morus aber die Freiwilligkeit (Autonomie); gegen den Willen des Kranken darf aktive Euthanasie nicht erfolgen (Heteronomie). Wer nicht aus dem Leben scheiden will, soll nach Morus (1516) uneingeschränkt weiter gepflegt werden: "Wen sie damit überzeugt haben, der endigt sein Leben entweder freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder wird eingeschläfert und findet Erlösung, ohne vom Tode etwas zu merken. Gegen seinen Willen aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig."

Die Ärzte der kommenden Jahrhunderte sind Morus und Bacon nicht gefolgt; äußere Euthanasie wird abgelehnt, passive Euthanasie dagegen gerechtfertigt, vor allem aber wird innere Euthanasie gefordert. Seit jener Zeit wird Euthanasie im Spektrum dieser Bedeutungsvielfalt zwischen den Extremen einer Lebensbeendigung und eines Sterbebestandes verwandt. Unmissverständlich und weitsichtig stellt um 1800 der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland fest: "Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht. Dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweiser Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden." Für den französischen Arzt Maximilien Isidore Simon kann es, wie er in seiner *Déontologie médicale* von 1845 ausführt, ebenfalls nur erlaubt und geboten sein, dem Kranken das Sterben mit physischen und seelischen Mitteln zu erleichtern, nicht aber sein Leben aktiv zu beenden; Medizin sei ein "Zweig der Caritas" ("branche de la charité"), die "wahre Euthanasie" liege im Glauben, in der Einheit mit Gott ("une union intime avec Dieu; là est la véritable euthanasie").

Besondere Beachtung verdienen die Darstellungen und Deutungen in den Künsten, der Philosophie und Theologie. In Zedlers berühmten *Universal-Lexicon* der Aufklärung wird Euthanasie 1734 als "ein ganz leichter und geringer Tod, welcher ohne schmerzhaftes Convulsiones geschieht", bestimmt. Bei dem Dichter Hölderlin findet sich der bemerkenswerte Vers: "Die Seele, der im Leben ihr göttlich Recht nicht ward, sie ruht auch drunten im Orkus nicht." Für den Philosophen Hegel heißt menschliche oder vom Geist bestimmte Existenz die bewusste Integration des Todes in das Leben: "Aber nicht das Leben, das sich vor dem Tode scheut und von der Verwüstung rein bewahrt, sondern das ihn erträgt und in ihm sich erhält, ist das Leben des Geistes. Er gewinnt seine Wahrheit nur,

indem er in der absoluten Zerrissenheit sich selbst findet." Arthur Schopenhauer versteht unter Euthanasie den naturgemäßen Tod in hohem Alter: "ein allmähliches Verschwinden und Verschweben aus dem Dasein auf unmerkliche Weise." Dichter Rilke bittet in einem Gebet: "O Herr, gib jedem seinen eignen Tod. Das Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not" Nach dem Schriftsteller Josef Conrad weckt Kunst "das in jedem vorhandene Gefühl für die Zusammengehörigkeit aller Geschöpfe dieser Welt, die zarte, doch unbesiegbare Gewissheit einer Gemeinsamkeit, die zahllose einsame Herzen verbindet - in ihren Träumen, in Freud und Leid, in ihren Sehnsüchten, Hoffnungen, und Ängsten, die Mensch mit Mensch, die ganze Menschheit vereinigte: die Toten mit den Lebenden und die Lebenden mit den noch Ungeborenen." Hermann Hesse verleiht in seinem Gedicht *Stufen* (1941) allen Abschieden und selbst dem Ende des Lebens einen tröstlichen Sinn: "Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde uns neuen Räumen jung entgegen senden, des Lebens Ruf an uns wird niemals enden ... Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde."

Von der Angst vor dem Sterben und Tod kann nach dem Mediziner und Philosophen Karl Jaspers "keine ärztliche Therapie befreien, sondern nur das Philosophieren." Über den kommunikativen Beistand mit dem Sterbenden heißt es bei ihm 1932: "Der Sterbende läßt sich nicht mehr ansprechen, jeder stirbt allein; die Einsamkeit vor dem Tode scheint vollkommen, für den Sterbenden wie für den Bleibenden. Die Erscheinung des Zusammenseins, solange Bewusstsein ist, dieser Schmerz des Trennens, ist der letzte hilflose Ausdruck der Kommunikation. Aber diese Kommunikation kann so tief gegründet sein, dass der Abschluss im Sterben selbst noch zu ihrer Erscheinung wird und Kommunikation ihr Sein als ewige Wirklichkeit bewahrt." Heidegger will das Kapitel über Sterben und Tod in *Sein und Zeit* (1927) vor allem für Ärzte geschrieben haben. "Das verdeckende Ausweichen vor dem Tode beherrscht die Alltäglichkeit so hartnäckig, dass im Miteinandersein die 'Nächsten' gerade dem 'Sterbenden' oft noch einreden, er werde dem Tod entgehen und demnächst wieder in die beruhigte Alltäglichkeit seiner besorgten Welt zurückkehren."

III. Gegenwart

Unterschiedliche Ursachen lassen es im 19. und 20. Jahrhundert bei Ärzten und Patienten, in der Öffentlichkeit und Kultur zu neuen Einstellungen kommen; wer Theorie und Praxis der Euthanasie verstehen und auf sie einwirken will, muss diese materiellen wie ideellen Voraussetzungen gleichermaßen berücksichtigen.

Von großer Bedeutung sind die Rassenhygiene und der Sozialdarwinismus um 1900, die zu den programmatischen Schriften von Alfred Ploetz (*Die Tüchtigkeit*

unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, 1895), Alexander Tille (*Volksdienst. Von einem Socialaristokraten*, 1893), Wilhelm Schallmayer (*Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker*, 1903), Adolf Jost (*Das Recht auf den Tod. Sociale Studie*, Göttingen 1895), Elisabeth Rupp (*Das Recht auf den Tod*, Stuttgart 1913) sowie auch Karl Binding und Alfred Hoche (*Von der Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920, 21922) führt. Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Utilitarismus treten in einen verhängnisvollen Zusammenhang; aber auch hier muss differenziert werden.

In der Bevölkerung werden ähnliche Auffassungen vertreten. Von dem Kinderpsychiater Ewald Meltzer wird in den 20er Jahren vor dem Dritten Reich an die Eltern der Pfleglinge in dem von ihm geleiteten Katharinenhof bei Großhenndorf ein Fragebogen in der Perspektive einer späteren gesetzlichen Regelung verschickt, die nach seiner Überzeugung allerdings zu einem Verbot führen sollte. Die Frage: "Würden Sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens Ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, dass es unheilbar blöd ist?" wird nach dieser Umfrage und zur Bestürzung von Meltzer von 73% der Eltern mit Ja und 27% mit Nein beantwortet. "Das hatte ich nicht erwartet. Das Umgekehrte wäre mir wahrscheinlicher gewesen."

Unter dem Nationalsozialismus pervertiert Euthanasie bekanntlich zur Bezeichnung für die verbrecherische Tötung von Kranken und leidenden Menschen durch Ärzte und Krankenschwestern. In den Jahren 1940-41 wird im Deutschen Reich offiziell aktive Euthanasie betrieben, ohne gesetzliche Grundlage oder allein unter Berufung auf einen auf privatem Briefbogen Hitlers Ende Oktober geschriebenen und auf den 1.9.1939 zurückdatierten Befehl: "Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann." Unter dem Druck der katholischen wie evangelischen Kirche kommt es am 24. August 1941 zum offiziellen Abbruch der Tötungsaktionen, denen weit über 70.000 Personen zum Opfer fallen. Inoffiziell werden diese Tötungen ("wilde Euthanasie") allerdings bis zum Ende des Krieges fortgesetzt. Im Nürnberger Ärzteprozess (1946/47) wird über diese gesetzlose und unethische Form der aktiven Euthanasie ohne Aufklärung und Einwilligung oder sogar gegen den Willen der Betroffenen zu Gericht gesessen und entsprechend geurteilt. Vielfältig verlief die historische Entwicklung in den Bewertungen und Anwendungen. Bedrückend und eine Mahnung für die Zukunft bleibt diese Erfahrung des verbrecherischen Umgangs mit Euthanasie als Tötung von Kranken, Behinderten und Sterbenden ohne ihre Einwilligung oder gegen ihren Willen, die zu Unrecht mit diesem Namen bezeichnet wird.

Mit verschiedenen Eiden und Deklarationen wird nach diesen Erfahrungen allgemein wie speziell für verschiedene medizinische Einzeldisziplinen eine Wiederholung einer *Medizin ohne Unmenschlichkeit* – so der Titel eines Buches von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke aus dem Jahre 1946 - zu vermeiden gesucht. Unterschiedliche Auffassungen über Euthanasie werden in der Gegenwart vertreten; ebenso vielfältig ist die Realität in den verschiedenen Ländern der Welt. Wiederholt kommt es zu Initiativen, die aktive Euthanasie zu legalisieren.

In Holland und Belgien ist unter bestimmten Bedingungen die Tötung durch den Arzt erlaubt oder wird von der Strafverfolgung abgesehen: freier Wunsch des durch den behandelnden Arztes informierten Patienten, für den Patienten untragbares Leiden, irreversibel unheilbarer Zustand, Hinzuziehung eines zweiten in die Therapie nicht einbezogenen Arztes, Durchführung durch den behandelnden Arzt bei größtmöglicher Sorgfalt, schriftlicher Bericht, Meldung an Leichenbeschauer und Staatsanwalt. Nach einer empirischen Befragung wurde in den Niederlanden 1995 bei 3.200 Personen von 136.000 Sterbenden aktive Euthanasie, die von der Mehrzahl der holländischen Ärzte bejaht wird, durchgeführt; 9.700 Patienten hatten um diese Tötung gebeten; 900 Patienten waren von den Ärzten, die eine weitere Behandlung für sinnlos hielten, ohne ausdrückliche Bitte getötet worden; bei 41% waren die Ärzte der Meldepflicht nachgekommen.

Bewegungen wie die Hospizbewegung, die Palliativmedizin und Selbsthilfegruppen, setzen sich für eine Humanisierung im Umgang mit dem sterbenden Menschen ein und wollen auf diese Weise auch zur Überwindung der Trennung von Medizin und Lebenswelt beitragen sowie zugleich der Ausbreitung der aktiven Euthanasie entgegenwirken.

Auf Sterben und Tod wird zwar in der Gegenwart vermehrt wieder die Aufmerksamkeit gelenkt - mit Publikationen, Symposien, in den Medien, mit entsprechenden Vereinigungen und institutionellen Initiativen. Weiterhin kennzeichnen aber Verdrängung und Sprachlosigkeit im Allgemeinen den Umgang mit Sterben und Tod. Die wenigsten Menschen haben Sterben und Tod unmittelbar erlebt, sind auf ihn eingestellt, kennen Formen des Verhaltens, bei vielen herrscht im Blick auf den Tod ein Gefühl von Verlorenheit und Sinnlosigkeit vor, das in der Gedichtzeile des Arztes und Dichters Gottfried Benn einen angemessenen Ausdruck gefunden hat: "Ob Rosen, ob Schnee, ob Meere, was alles erblüht, verblich, es gibt nur zwei Dinge: die Leere und das gezeichnete Ich".

Gleichzeitig sind die Möglichkeiten der Medizin beeindruckend gewachsen, das Leben zu verlängern, den Tod hinauszuschieben wie aber auch sein Eintreten

vorherzusagen. Aller medizinischer Fortschritt wird die Grundbedingungen des menschlichen Lebens allerdings nicht aufheben können: ein Ende zu haben und um dieses Ende auch zu wissen. Die Medizin muss diese Grundparadoxie oder dieses Grunddilemma substantiell anerkennen: heilen zu wollen, was letztlich nicht zu heilen ist. Nur zu schmerzlich erfährt der Arzt im Umgang mit dem Sterbenden die Grenzen seines eigenen Wissens und Könnens.

Sterben bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche: physische Auflösung, soziale Isolation, Lebenstrauer und Todesangst. Diese Bereiche verwirklichen sich keineswegs immer in Parallelität oder in Harmonie. Der soziale Tod kann vor dem physischen Tod eintreten, der geistige Tod vor dem seelischen Tod. Dem natürlichen steht der unnatürliche und gewaltsame Tod gegenüber. Angst vor dem Sterben ist nicht identisch mit der Angst vor dem Tod, Schmerzen können sich auf den Leib wie die Seele beziehen.

Große Resonanz fand weit über die Medizin hinaus die Gliederung von Elisabeth Kübler-Ross (*Interviews mit Sterbenden*, 1969): Verleugnung, Trotz, Verhandeln, Resignation, Annahme. Diese Phasen müssen nicht alle und in dieser Reihenfolge durchlebt werden; sie können übersprungen wie auch erweitert oder erneut aufgegriffen werden. Neben den Phasen und Dimensionen des Sterbens stehen unterschiedliche Stufen des Erlebens: das Bewusstsein kann in seiner Klarheit vorhanden sein, ebenso möglich sind aber auch zeitweilige oder grundsätzliche Einschränkungen - bis hin zum körperlichen und seelisch-geistigen Verfall.

Allen Besonderheiten und Abweichungen in den Stadien und Stufen des Sterbens kann mit Empathie und Humanität begegnet werden. Immer gibt es Formen des Beistandes und Trostes; auf der untersten Stufe allein schon die Anwesenheit, die körperliche Berührung, der Klang der Stimme, der Blick der Augen, auf der obersten Stufe die Verbundenheit im Medium der Sprache und des Geistes. Von besonderer Bedeutung für die Begleitung des Sterbenden, für sein Weiterleben in der Erinnerung und die Vorbereitung auf das eigene Sterben sind der soziale Kontext und die Welt der Kultur.

Die Grenzen der Anteilnahme und Kommunikation aber dürfen nicht übersehen werden; über die Tiefen der Existenz und den Tod mit sich und anderen sprechen zu können, ist nicht jedem Menschen gegeben. Aber auch Schweigen und Einsamkeit besitzen einen Wert. Zutreffend heißt es bei dem katholischen Religionsphilosophen Romano Guardini (*Tugenden. Meditationen über Gestalten sittlichen Lebens*, 1963): "Das Leben des Menschen vollzieht sich zwischen dem Schweigen und dem Sprechen, der Stille und dem Wort."

Sterben und Tod bedeuten Vorwegnahme, Geschehen und Erinnerung. Sterben wird vom Betroffenen vorweggenommen und meist nicht im unmittelbaren

Vollzug erlebt; der Tod ist ein Geschehen für den Anderen oder die Mitwelt, die sich später auch an ihn und das vorangegangene Sterben erinnern. Euthanasie ist nicht nur eine Frage der individuellen Autonomie, sondern steht in einem Zusammenhang mit der Reaktion von Familie und Gesellschaft auf Krankheit, Behinderung und Alter; Sterben und Tod haben ihre ökonomische Seite, werden geprägt vom Verhältnis unter den Generationen. Suizidversuche signalisieren individuelle, aber ebenso soziale und kulturelle Konflikte, sind oft vor allem Appelle an Angehörige und Freunde.

Der Mensch lebt und stirbt in der Gesellschaft; die Gesellschaft ist ihrerseits aufgehoben in die Welt der Kultur. Der Sterbende erhält Anteilnahme und Beistand nicht nur von der Familie, den Freunden, den Arbeitskollegen, Trost und Beruhigung kann er auch aus den zeitlosen und überindividuellen Werken der Kultur gewinnen - der Literatur, der Malerei, der Musik, der Philosophie und Theologie. Neben der Transzendenz des Glaubens gibt es die unbezweifelbare immanente Transzendenz der Kultur, die jedem Menschen zugänglich ist und zugänglich gemacht werden kann, die hilfreiche Orientierungen für Körper, Seele und Geist besitzt.

Sterben und Tod verlangen als soziale Phänomene Formen des Verhaltens, die sich in den vergangenen Jahrzehnten in den westlichen Ländern verloren, eingeschränkt oder privatisiert haben. Aber auch hier gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern, zwischen gläubigen und glaubenslosen Menschen, zwischen Menschen der Tradition und des Augenblicks, zwischen Menschen des Geistes und des Konsums. Nietzsches Wendung vom Tode Gottes besitzt angesichts der Lebendigkeit der Religionen und der neuen fundamentalistischen Strömungen einen historisch wie regional begrenzten Wert.

Vielleicht lassen sich auch Stile und Rituale wiederbeleben - aus der Vergangenheit oder aus gelebten Erfahrungen der Gegenwart; künstliche Formen werden sich allerdings kaum durchsetzen. Vielleicht können auch Anregungen aus anderen Kulturen aufgegriffen werden. Individuelle Orientierung und allgemeine Werte müssen sich nicht ausschließen, der Prozess des Sterbens ist der letzte Dialog zwischen Subjektivität und Objektivität, zwischen Bewusstsein und Natur.

IV. Perspektiven

Verständnis und Bewertung der Euthanasie sind heute ebensowenig einheitlich wie in der Vergangenheit. Euthanasie kann keineswegs mit aktiver Euthanasie gleichgesetzt werden, noch weniger mit der Tötung ohne Einwilligung oder gegen

den Willen.

Zentral sind die folgenden Unterschiede oder Typen der Euthanasie:

1. physische (äußere) und geistige (innere) Euthanasie;
2. passive und aktive Euthanasie;
3. direkte und indirekte Euthanasie;
4. unfreiwillige (heteronome) und freiwillige (autonome) Euthanasie;
5. Anlass der Euthanasie;
6. ausführendes Subjekt der Euthanasie.

Nicht immer lassen sich in der Realität die Grenzen zwischen diesen verschiedenen Typen einhalten; das spricht aber nicht unbedingt schon gegen ihre begriffliche Unterscheidung. Neben den Übergängen und Verbindungen gibt es im übrigen weitere Unterdifferenzierungen.

Aktive Euthanasie gegen den Willen des Betroffenen kann von niemandem gerechtfertigt werden; das Urteil über die heteronome aktive Euthanasie muss einhellig und unmissverständlich negativ ausfallen. An aufgeklärter Einwilligung muss bei passiver Euthanasie im Prinzip ebenfalls festgehalten werden; auch bei dieser Form der Euthanasie kann es zu Inhumanität und Missbrauch kommen. Hinter Euthanasie kann eugenisches Denken stehen; den Unterschied zu den staatlichen Anordnungen einer Diktatur wie des Dritten Reiches wird allerdings niemand übersehen können. Es gibt in der Gegenwart aber ohne Zweifel die Gefahr einer individuellen, freiwilligen und demokratisch legitimierten Eugenik.

Über die vom Patienten gewünschte, also autonome aktive Euthanasie durch den Arzt gehen die Meinungen auseinander. Zunehmend setzen sich Menschen der Gegenwart für diese Möglichkeit ein. Die Bedenken gegen die Legalisierung wiegen aber schwer. Die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis sind gefährlich: Kranke und Sterbende können das Vertrauen in die Medizin und die ärztliche Lebenserhaltung verlieren; bereits jetzt wird bei aktiver Euthanasie auch an Menschen gedacht, die sich keineswegs im Sterbeprozess befinden.

Der Autonomie des Patienten steht die Autonomie des Arztes gegenüber; vom Arzt kann der Akt der Tötung auf Wunsch des Patienten nicht verlangt werden. Mit der Pluralität ethischer Orientierungen und religiöser Überzeugungen muss gelebt werden, zu suchen ist nach einem ethischen Minimalkonsens und seiner juristischen Absicherung durch Gesetze; wo es dazu nicht kommen kann, muss der Patient wissen, was die ethische Orientierung des ihn behandelnden Arztes oder des für ihn zuständigen Krankenhauses ist.

Die substantielle Herausforderung der Zukunft liegt für die Medizin, die Gesellschaft und den Staat wie für jeden einzelnen Menschen in der Euthanasie als seelisch-geistiger Begleitung des Sterbenden mit einer eventuellen Unterstützung durch Schmerzmittel; das Gelingen dieser seelisch-geistigen Begleitung wird die Bitte um Lebensverkürzung oft gar nicht erst entstehen lassen oder überflüssig machen. Den Überlegungen, wie Sterbebegleitung innerhalb und außerhalb der Medizin verwirklicht werden kann, kommt quantitativ und qualitativ eine größere Bedeutung zu als den Diskussionen über das Pro und Kontra der Legalisierung der aktiven Euthanasie.

Mit der Euthanasie stellt sich die Frage nach dem Menschenbild und dem Umgang mit Behinderung und Leiden, Sterben und Tod - auf der Seite der Laien wie der Ärzte und Pflegepersonen, auf der Seite der Gesellschaft wie des Staates. Am Umgang mit Sterben und Tod mißt sich die Höhe der Humanität in der Medizin wie in der Gesellschaft. Von Albert Camus stammt die Einsicht: "Die einzig wirkliche Solidarität zwischen den Menschen ist die Solidarität gegenüber dem Tod."