

# Körper und Technik

## Sterbehilfe – way of no return ... - im doppelten Sinne des Wortes

Von Heike Knops

Der Europarat strengt eine Vereinheitlichung der Euthanasie an. Welche Entwicklung zu diesem Thema hat die evangelische Kirche hinter sich? Und wie könnte sie ihren Einfluss sinnvoll geltend machen?

Unser Spielraum wird immer kleiner. Längst wird auf europäischer Ebene entschieden, wie sich unsere Gesellschaft - auch im medizinischen Komplex - zu entwickeln hat. Denn ebenso wie die derzeitige Änderung des Transplantationsgesetzes, so sind auch die Regelungen zur medizinischen Praxis am Lebensende eine Auftragsarbeit aus Brüssel. Der internationale Terminus dafür ist Euthanasie. Unter diesem, bei uns belasteten Begriff, diskutierte das „Komitee für soziale, gesundheitliche und familiäre Angelegenheiten“ des Europarates bereits im September 2003 europäische Praxis am Lebensende<sup>1</sup> auf Grund der Bereitschaft von einigen Ärzten und medizinischem Personal, das Leben ihrer Patienten unter bestimmten Bedingungen zu beenden. Dazu gehören unheilbare Krankheiten oder ständige, unerträgliche Schmerzen ohne Aussicht auf Besserung und der daraus resultierende Patientenwunsch nach Euthanasie.

Auf dieser Grundlage erschien es dem Komitee geboten, für Europa eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Praxis am Lebensende anzustreben und diese durch Legalisierung zu kontrollieren. Daher erfolgte 2003 ein konkreter Aufruf an die europäischen Mitgliedstaaten:

1. Die Mitgliedsstaaten sollen empirische Daten sammeln und analysieren über die jeweiligen Entscheidungen am Lebensende, wie: freiwillige, aktive Euthanasie, ärztlich assistierter Selbstmord, passive Euthanasie und verwandte Praktiken. Zu dem Ergebnis soll die Öffentlichkeit sowie Mediziner und Juristen gehört werden.
2. Sie sollen eine öffentliche Diskussion über diese Themen in ihren Ländern anregen, um größtmögliche Transparenz in diesem Bereich zu erzielen. Da er bisher unkontrolliert den Ärzten überlassen wird.

---

<sup>1</sup> Parliamentary Assembly /Assemblée parlementaire

**Euthanasia, Doc. 9898**, 10 September 2003 / **Report:** Social, Health and Family Affairs Committee  
Rapporteur: Mr Dick Marty, Switzerland, L

3. Gleichzeitig soll die Diskussion über diese Fragen auf europäischer Ebene gefördert werden und die Erfahrungen aus den Niederlanden und Belgien ausgewertet werden.
4. Im Lichte der genannten öffentlichen Diskussion soll abschließend überlegt werden, ob die Fragen des Lebensendes nicht in ein gesetzliches Regelwerk überführt werden sollten.

Dem Aufruf folgend wurde in der BRD zunächst die rechtsverbindliche Einführung der Patientenverfügung vorangetrieben und inzwischen installiert. Dies war in allen europäischen Ländern der erste bahnbrechende Schritt vor Einführung der Euthanasie.

In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die seit 1979 fortlaufend aktualisiert werden, ist parallel zu der skizzierten europäischen Initiative eine Ausweitung der sog. Sterbebegleitung zu vermerken auf Menschen, die noch gar nicht im Sterben liegen! Ab 1998 ist diese Entwicklung manifest.

Seither werden unter Sterbebegleitung etwa auch „Neugeborene mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen“ und „Wach-Koma-Patienten“, also nicht Sterbende, genannt. Geht es bei Sterbenden um die Verkürzung des bereits unaufhaltsam begonnen Sterbeprozesses, so geht es bei diesen nicht todgeweihten Patientengruppen jedoch um die Verkürzung des Lebensprozesses durch einen Behandlungsabbruch.<sup>2</sup>

Bei weniger schwer geschädigten Neugeborene votierte die Ärzteschaft 1998 noch für lebenserhaltene Maßnahmen selbst gegen den Elternwillen.<sup>3</sup> Diese Position wird in den BÄK Grundsätzen von 2011 durch die Betonung des Elternwillens aufgegeben. Ersatzlos gestrichen wurde gleichzeitig auch der ärztliche Standpunkt, dass Patienten, die nicht in absehbarer Zeit zwangsläufig sterben, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Ernährung haben.<sup>4</sup>

Der Aufbruch in Richtung Euthanasie wird spürbar.

---

<sup>2</sup> 1998 gelten als Kandidaten für den Behandlungsabbruch: „Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, bei denen nur das Leiden verlängert“ würde sowie „Neugeborene mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht und Vitalfunktionen ungenügend sind oder ausfallen“, darüber hinaus gelten auch „Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben“.

<sup>3</sup> „Eine weniger schwere Schädigung (bei Neugeborenen) ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern.“ BÄK, Grundsätze zur Sterbebegleitung 1998

<sup>4</sup> „Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – gegebenenfalls künstlicher – Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, sogenanntes Wachkoma)“  
aus BÄK Grundsätze Sterbebegleitung von 1998

Die rechtsverbindliche Patientenverfügung und der darin postulierte Patientenwille entlassen den Arzt schließlich aus der Behandlungspflicht. So erfahren wir gleich in der Präambel der BÄK Neufassung von 2011: „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.“<sup>5</sup>

Diese ärztliche Neuorientierung in der sog. Sterbebegleitung wird durch die Kopplung der folgenden drei Phänomene brisant: mit der Ausweitung von Behandlungsabbruch auf immer mehr Patientengruppen geht eine Ausdehnung dieser Praxis auf Nicht-Sterbende einher bei gleichzeitig möglichem Rückgriff auf den nur mutmaßlichen Patientenwillen. So wird gedanklich und praktisch Euthanasie vorbereitet – sprachlich schöngefärbt als „Sterbebegleitung“.

Die politisch gewollte Einführung von Euthanasie in Europa ist auch bei uns in Vorbereitung.

Ob sich die Öffentlichkeit in vom Europarat gewünschten Umfang in den Diskurs eingebunden fühlt und ausreichend informiert wird, ist die Frage. Bei meinen Veranstaltungen zum Thema stoße ich meist auf Verwunderung und Ahnungslosigkeit und eben nicht auf informierte Öffentlichkeit, die sich in einem demokratischen Diskurs über mögliche Euthanasie-Maßnahmen am Lebensende befindet.

Politik und Medizin jedenfalls haben die Richtung schon markiert, in die es gehen wird.

Wird es nur eine Frage der Zeit sein, bis evangelische Theologen und Kirchenleitungen Euthanasie befürworten und biblisch theologisch fundieren? Denn nur die ethische Legitimation einer anerkannten Institution wie der Kirche kann den für Euthanasie nötigen Dambruch bewirken, wie wir aus den Ereignissen im Nachbarland lernen können. In den Niederlanden konnte die Euthanasie auch erst eingeführt werden, als protestantische Theologie diesem Kurs zustimmend folgte.

Wie es ehemals Hofprediger gab, so scheint sich auf diesem Felde eine „Hofethik“ zu konstituieren. Sie stellt bei Bedarf ein ethisches „Unbedenklichkeits-Siegel“ für politische und medizintechnische Vorgaben <sup>6</sup> aus. Solche Hofethik dient dazu, die real existierenden politischen Verhältnisse und ihre Bestrebungen zu flankieren.

Derzeit erleben wir einen sich ausweitenden Zugriff auf das Leben der Bevölkerung, der sich gerade auch in der Euthanasie zeigt. Diese Entwicklung ist systemischer Teil einer sich verändernden Gesellschaft, die immer stärkere Züge eines ungebremsten Kapitalismus trägt. Darin wird alles zur Ware und unter dem Aspekt von Kosten und

---

<sup>5</sup> BÄK Grundsätze Sterbebegleitung 2011

<sup>6</sup> Vgl.: Pränataldiagnostik, Implantationsdiagnostik und damit verbundene Abtreibung von Ungeborenen mit Behinderung (bzw. Nicht-Implantieren genetisch unerwünschter Eizellen)  
Also: Selektion von Menschen

Nutzen organisiert: auch das Leben. Würde zunächst und klassisch nur auf die Arbeitskraft des Menschen rekurriert, so gerät unter medizinischem Kompetenzzuwachs und medizinischer Dominanz mehr und mehr der gesamte Mensch, alle menschlichen Lebensphasen in den Focus.

Mittels Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID) wird eine gesellschaftliche Bewertung von Leben implementiert, da diese Verfahren auch gezielt nach Krankheiten und Beeinträchtigungen vor Lebensbeginn suchen. Werden Veränderungen entdeckt, die unerwünscht sind (die gesellschaftlichem Nutzen und Verwertung zuwiderlaufen, weil sie etwa Pflege und Kosten verursachen werden), so wendet sich diese medizinische Praxis von einer bis dahin öffentlich etablierten zur „rein privaten“. Denn nun sollen plötzlich die Eltern über das Schicksal des bereits medizinisch als „unwert“ definierten ungeborenen Lebens entscheiden. Ihnen wird die Verantwortung aufgebürdet: leben lassen oder abtreiben (bzw. die entsprechende Eizelle verwerfen). Durch dieses Setting verwandelt sich ein von der Krankenkasse bezahltes medizinisches Angebot in eine private Einzelentscheidung.

Andererseits aber gewinnt das Verfahren gerade durch die Standardisierung und den allgemeinen Zugang zu dieser medizinischen Leistung öffentliche Bedeutung. Daher kann nicht unreflektiert bleiben, dass PND (und PID) Selektion und Euthanasie intendiert und insofern eine moderne Form der Eugenik darstellt. Als solche hat diese Praxis bevölkerungspolitische und sozialetische Relevanz und müsste demokratischem Diskurs und Kontrolle unterworfen sein und sich eben nicht als Privatsache im medizinischen Alltag vollziehen.

Diese Art sublimen Fremdbestimmung und bevölkerungspolitische Lenkung des Menschen durch die Logik des medizinisch-technischen Machtblocks wird flankiert durch einen Prozess gesellschaftlicher Ent-Solidarisierung und fand schon früh Eingang in kirchliches Gedankengut.

Im Jahre 1973 legt der Ökumenische Rat der Kirchen eine Expertise vor zum Thema: „Bevölkerungspolitik, soziale Gerechtigkeit und die Qualität des Lebens“. <sup>7</sup> Darin befürwortet der ÖRK vor allem die durch genetische Beratung mögliche Selektion von Menschen so wie die pränatale Euthanasie. Beides will er ausdrücklich in die Entscheidungsfreiheit der betroffenen Eltern gestellt sehen. Jedoch diskutiert er

---

<sup>7</sup> Das ÖRK Dokument stützt sich auf ein Expertenforum zum Thema „Genetics and Quality of Life“, das auf Initiative der Einheit „Church and Society“ des ÖRK in Zusammenarbeit mit der Christlichen Gesundheitskommission unter dem Vorsitz von Charles Birch, dem Leiter der biologischen Fakultät der Universität Sydney/ Australien, 1973 durchgeführt wurde. Etwas gekürzt abgedruckt in: ZEE 19,1975, S.169-184 „Genetik und die Qualität des Lebens“.

„verantwortliche Elternschaft“<sup>8</sup> unter den Prämissen der „Wahrscheinlichkeit eines sinnvollen Lebens“ für das erwartete Kind mit Behinderung, der „physischen, emotionellen und wirtschaftlichen Folgen für die Eltern“ so wie der „Anhäufung schädlicher Gene in der Bevölkerung und der wirtschaftlichen Folgen für die Gesellschaft“.<sup>9</sup> Dass die Interessen der Gesellschaft Vorrang haben können vor privaten, wird - abgeleitet von ansteckenden Krankheiten - vorsichtig auch auf genetische übertragen.<sup>10</sup> Abschließend appelliert der ÖRK an die Kirchen, „das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu schärfen für die impliziten sittlichen Fragen und für die Notwendigkeit, sich ernsthaft mit Dingen auseinanderzusetzen, die wir bisher der Natur überlassen haben, wobei wir auch schlechte Entwicklungen in Kauf nahmen“.<sup>11</sup>

Damit bereitet die ÖRK Expertise das gegenwärtige marktkonforme Menschenbild vor. Es manifestiert sich derzeit in PND, PID, der Selbstwertanalyse durch Patientenverfügungen<sup>12</sup> sowie den Euthanasiebestrebungen und erweist sich darin als interessengeleitet und stigmatisierend. Ein solches Menschenbild verweigert sich einer ganzheitlichen Wahrnehmung und der Prozesshaftigkeit von menschlichem Leben.<sup>13</sup> Damit entspricht es jedoch den an der Marktökonomie orientierten Differenzierungs- und Ausgrenzungsprozessen, die beginnend mit den 70er Jahren gesellschaftlich relevant werden und nachweisbar sind.<sup>14</sup>

Kirche ist den Weg der Marktgesellschaft auf weiten Strecken mitgegangen. Können wir nun trotzdem erwarten, dass evangelische Kirche zur Festen Burg der Euthanasiegegner wird? Oder bleibt unser Leben auch weiterhin widerspruchsfrei medizinischer Normsetzung unterworfen?

Wenn auch die großen Linien schon lange entschieden und vorbereitet sind, so können wir wenigstens versuchen, an den kleinen Schraubchen zu drehen und unsere Möglichkeiten nutzen, auf die juristische Ausprägung von Euthanasie in der BRD Einfluss zu nehmen. Das heißt m.E. vor allem: den Ärzten die Euthanasie aus der Hand nehmen! Wir können von den niederländischen Erfahrungen profitieren und daraus Konsequenzen ziehen. Dort nämlich werden die Regularien von den Ärzten dominiert. Der Arzt selbst hat sowohl die Durchführung als auch die Kontrolle der Euthanasiepraxis in der Hand.

---

<sup>8</sup> Zeitschrift für Evang. Ethik (ZEE) 19, Gütersloh 1975, S.175 und öfter.

<sup>9</sup> EE 19, 1975, S.175 (Zusammenfassung).

<sup>10</sup> ZEE 19, 1975, S.182.

<sup>11</sup> ZEE 19, 1975, S.184

<sup>12</sup> Per Patientenverfügung soll der einzelne selbst bestimmen, wann sein Leben Wert und Würde verloren hat

<sup>13</sup> Damit unterscheidet es sich grundsätzlich vom biblischen Menschenbild.

<sup>14</sup> vgl.: H.Kühn, Ökonomische Moral der Ausgrenzung, S.115-117 in: J.P.Stössel (Hg.), Tüchtig oder tot, Freiburg i.Br. 1991 / vgl.: H.Grewel, Medizin und Menschenbild, a.a.O., 1994, S.45

So darf er die Tötung nur aufgrund wiederholten, ausdrücklichen Verlangens, evt. einer schriftlichen Erklärung des Patienten vornehmen. Ferner muss der Patient an einer nach medizinischer Erkenntnis unheilbaren Krankheit gelitten haben, die er selbst als unerträglich und sinnlos empfunden haben muss. Über mögliche Alternativen muss er aufgeklärt worden sein; jedoch darf es keine Möglichkeit mehr geben, die Situation des Patienten wirksam zu verbessern. Wenn das alles zutrifft, muss der Arzt die Entscheidung zur Euthanasie im Einvernehmen mit einem ärztlichen Kollegen treffen. Dann kann der Patient getötet werden.

Anschließend aber darf der Euthanasie-Arzt keinen Totenschein ausstellen, sondern muss den Leichenbeschauer informieren, der wiederum den Staatsanwalt einschaltet. Der Staatsanwalt überprüft sodann, ob der Euthanasie-Arzt wirklich alle Sorgfaltskriterien erfüllt hat. Wenn nicht, so wird gegen den Arzt ein gerichtliches Verfahren eingeleitet.

Alles hängt nun an der Zuverlässigkeit des Arztes. Ist er bereit in diesen aufwendigen Prozess einzutreten (hat er die Zeit dazu?), oder stellt er nach der Euthanasie einfach einen Totenschein aus?

Diese Praxis wurde in den Niederlanden durch den sog. R Emmelink-Ausschuss<sup>15</sup> überprüft. Er stellte fest, dass 70 % der Ärzte, die Euthanasie geleistet haben, einfach selbst den Totenschein ausstellten. Eine gute Möglichkeit für Euthanasie-Ärzte, der staatlichen Kontrolle zu entgehen.

Nach Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden sind zudem neue Patientengruppen ins Visier genommen worden. Neugeborene mit Behinderung und Menschen mit Demenz können nun bei ähnlicher Rechtslage auch getötet werden.<sup>16</sup> Wenn das Töten beginnt, dehnt sich der Kreis der Betroffenen offenbar unweigerlich aus. Gleichzeitig ist die Kontrolle der Ärzte nur eingeschränkt möglich.

Daraus zu lernen, bedeutet wohl vor allem, Euthanasie nicht allein den Ärzten zu überlassen.

---

<sup>15</sup> Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie, Medische beslissingen rond het levens einde, Onderzoek en Rapport, s`Gravenhage Sdu. 1991. Ähnliche Untersuchungen gab es auch in der Folgezeit mit ähnlichen Ergebnissen.

<sup>16</sup> kobinet-nachrichten / 3. Dez.2005/ Niederlande: Straffreie Kinder-Euthanasie.

Der französische Philosoph Alain Badiou (Ethik, Wien 2003, S.53) macht auf die neue Zäsur aufmerksam, die dort liegt, wo Euthanasie bei Menschen möglich werden soll oder schon ist, die gar nicht sterben, sondern behindert, schwerkrank oder verzweifelt sind. Die Probleme liegen in einer bürokratischen Medizin und einer Gesundheitsökonomie, in der es auf die möglichst effiziente Verteilung von Geld ankommt. Sie liegen in einer Gesellschaft, in der „das Leiden und der Verfall nicht als ‚würdig‘ gelten und nicht übereinstimmen mit dem glatten, jugendlichen, gut ernährten Bild, das wir uns vom Menschen und seinen Rechten machen. Wer sieht nicht, dass die ‚Debatte‘ über Euthanasie vor allem auf das radikale Fehlen einer Symbolisierung für Alter und Tod hinweist?

Heilen und Töten gehören nicht zusammen. Das Töten entspricht nicht dem Hippokratischen Eid.

Und so wäre es sicher klug, mit Einführung der Euthanasie in der BRD einen Berufsstand vorzusehen, der diese Tötungen ausführt. Ärztliche Gutachten zur Euthanasie müssen vom Vollzug derselben abgekoppelt sein. Wer Unheilbarkeit, nahenden Tod oder schwere Behinderung attestiert, darf nicht gleichzeitig derjenige sein, der den Tod vollstreckt und bei der Krankenkasse abrechnet.

Ärztliche Euthanasie kann zudem das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Bei schwerer unheilbarer Krankheit wird der Patient unsicher sein, ob der Arzt an seinem Bett als Helfer oder Exekutor kommt – vor allem wenn sich der Betreffende aufgrund der Krankheit nicht mehr deutlich artikulieren kann. Die bereits in Rede stehende Kombination der Euthanasiepraxis mit Organspende ist ein weiterer wesentlicher Grund, die Dinge zu trennen. In Belgien wurde erstmals am 29.1. 2005 Euthanasie bei einer 43-Jährigen mit zeitgleicher Entnahme von Nieren, Leber und Bauchspeicheldrüse gekoppelt.<sup>17</sup> Vieles wird denkbar, wenn Töten zum ärztlich-medizinischen Geschäft wird.

Eingestellt am: 23.11.2012

---

<sup>17</sup> DIE ZEIT berichtet darüber am 24.10.2011: Sterbehilfe - Carine, 43, lässt sich töten