

Lars Reuter

Euthanasie in Europa

Wie der moderne Mensch stirbt, ist zumindest in den westlichen Industrienationen Gegenstand eines großen Interesses. Deutlich wird das etwa an den vielen Veröffentlichungen, die sich mit diesem letzten Lebensabschnitt beschäftigen. Berichte über den einsamen Tod in Krankenhäusern, Altenheimen oder zu Hause schrecken auf. Auch die gute medizinische Versorgung in unserer Gesellschaft, die den Tod unter Umständen lange warten läßt, gibt einigen zu denken, zumal die dadurch geschenkte Lebenszeit sehr schmerzvoll sein kann. Hinzu kommt die Wahrnehmung einer angeblich vorhandenen Verdrängung des Leidens, die auch seine verdichtetste Form, den Tod, umfaßt.

Die hier nur angerissenen Themenfelder inspirieren offensichtlich zu Initiativen, die Schieflagen oder Mängel beheben wollen. Dazu gehört die Suche nach einer Antwort auf die Frage, wann denn die „Apparatemedizin“ zurückstehen müsse zugunsten eines „würdigen“ Todes, ein Wort, das allerdings nur mit Vorsicht zu gebrauchen ist, da es eine Vielzahl pejorativer Verwendungsmöglichkeiten birgt. Ganz einfach gesprochen geht es um die Bereitschaft, einen Todkranken auch wirklich sterben zu lassen. Die Kongregation für die Glaubenslehre formuliert dieses Anliegen so: „Es ist in unserer Zeit sehr wichtig, gerade in der Todesstunde die Würde der menschlichen Person und die christliche Bedeutung des Lebens zu wahren und sich vor einer gewissen ‚Technisierung‘ zu hüten, die der Gefahr eines Mißbrauchs ausgesetzt ist. So spricht man ja heute auch vom ‚Recht auf Tod‘, ... das Recht, in ruhiger Verfassung mit menschlicher und christlicher Würde sterben zu können.“¹ Dies ist also ein Aufruf zu einem moralischen Handeln, das die Verhältnismäßigkeit der Mittel berücksichtigt.

Dieses Sterben ist für viele Kranke aber mit erheblichen Schmerzen verbunden. Sie weitestgehend zu lindern, ist das Anliegen der „Palliativmedizin“ bzw. der „palliativen Behandlung“. Im weiteren Sinn umfaßt sie auch die Schulung und Begleitung derjenigen, die mit sterbenden Menschen umgehen, insbesondere des Pflegepersonals und der Familienangehörigen. Als bekanntes Beispiel für eine solche Behandlung läßt sich etwa die Einrichtung der Hospize (Sterbekliniken) anführen, die seit etwa fünfundzwanzig Jahren bestehen. Das erste Haus dieser Art, das „St. Christopher's Hospice“, wurde 1967 in England eröffnet. Inzwischen gibt es allein in Großbritannien und Irland einhundert unabhängige Hospize und vier unterschiedlich institutionalisierte Formen der Sterbebegleitung, nämlich Hospiz, Hauspflege, Krankenhausgruppen und Tageshospize.

Diese Einrichtungen besitzen natürlich historische Vorläufer. Dazu zählen die „Gasthäuser“ und „Hospize“ des Mittelalters ebenso wie die „Hospizbewegung“ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die durch Ordensschwestern insbesondere in Großbritannien, im geringeren Umfang auch in Frankreich initiiert wurde und bald zu vielen Neugründungen führte.

Innerhalb der „palliativen Behandlung“ gibt es auch die Praxis, den Patienten durch die Verabreichung von Beruhigungsmitteln in einen künstlichen Schlaf zu versetzen, weil der Patient aufgrund unerträglicher Schmerzen darum bittet. Ein solches Verfahren heißt zum Beispiel die französische Bischofskonferenz gut, sofern die verabreichten Mittel nur zur Schmerzlinderung dienen, sie also nicht (direkt) zum Tod führen.

Allerdings wächst von diesem Punkt ausgehend auch die Gefahr, die Grenze zur aktiven vorzeitigen Beendigung des Sterbens zu überschreiten, wenn auch vorzugsweise auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin, zur Sterbehilfe also, die auch „Euthanasie“ genannt wird. Es handelt sich dann um einen Akt der aktiven oder passiven Tötung bzw. Hilfe zur Selbsttötung, je nachdem, wie sehr der Kranke noch zu eigenen Handlungen fähig ist, also ob er beispielsweise in der Lage ist, selbst ein Medikament zu nehmen oder nicht. Allgemeiner ausgedrückt bezieht sich dieser Begriff auf jede Handlung, die darauf abzielt, den Tod eines Kranken, der das freiwillig wünscht, aktiv oder passiv, das heißt durch Unterlassung, herbeizuführen, um ihm ein weiteres Leiden zu ersparen. Diese Definition findet sich in dieser oder ähnlicher Form in etlichen Stellungnahmen.

Die Erlaubtheit bzw. Straffreiheit einer solchen Handlung wird zur Zeit in der EG diskutiert, genauer gesagt in den Ausschüssen des Europaparlaments. Gleichzeitig gibt es in einigen Ländern Europas Bestrebungen, eine solche Diskussion im Hinblick auf eine Änderung der geltenden Rechtsprechung auch auf nationaler Ebene zu führen. Wie ist nun der gegenwärtige Stand der Dinge?

Das Wort „Euthanasie“ wird zur Bezeichnung unterschiedlicher Inhalte benutzt. Das Deutsche Universalwörterbuch des Duden gibt drei Bedeutungen an. „1. (Med.) a) Erleichterung des Sterbens, bes. durch Schmerzlinderung mit Narkotika; b) absichtliche Herbeiführung des Todes eines unheilbar Kranken durch Anwendung von Medikamenten od. durch Abbruch der Behandlung. 2. (ns. verhüll.) (= nationalsozialistisch verhüllend) Vernichtung von für lebensunwert erachtetem menschlichem Leben.“ Verständlicherweise wirft nationalsozialistischer Wortgebrauch noch immer seine Schatten auf den heutigen, wie sich gerade hier zeigt. Daher ist im deutschen Sprachraum der Gebrauch des Wortes Euthanasie mit Konnotationen versehen, die sich unter Umständen auch auf die Beurteilung der Fälle, die heute mit diesem Namen bezeichnet werden, übertragen. Das mag eine sachliche Auseinandersetzung etwas erschweren. Die erste Definition bezieht sich auf das, was wir „palliative Behandlung“ genannt haben, während die zweite dem hier verwendeten Gebrauch entspricht.

Die Definition des Duden besticht durch ihre Sachlichkeit, die man ein wenig im französischen Äquivalent, dem „Petit Robert“, vermißt. Dort heißt es: „1° Méd. ... Mort douce et sans souffrance. 2° Cour. Usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes, ou pour tout motif d'ordre éthique.“ Die Formulierung „mort douce“ ist zwar durchaus eine gängige Vokabel zur Bezeichnung eines schmerzlosen Todes; aber könnte ihre leicht positive Konnotation nicht die eigentliche Kernfrage dieser Handlung verschleiern?

Besonders kurz, aber dennoch pejorativ, gibt sich das „Oxford Dictionary“: „(bringing about of a) mercifully easy and painless death (for persons suffering from an incurable and painful disease)“.

Man sieht: Es ist offensichtlich schwierig, eine Handlung ohne deren zugrundeliegenden Motive zu beschreiben. Es versteht sich von selbst, daß diese nicht Bestandteil einer ethischen Untersuchung sind, insofern man vom Handeln in guter Absicht, von der sittlichen Güte auszugehen hat. Betrachtet man die Gestalt der unterschiedlichen Fälle, die unter dem Thema Sterbehilfe subsumiert werden, lassen sich, wie schon kurz angeschnitten, typischerweise drei verschiedene Formen dieser Handlung unterscheiden: aktive Euthanasie, passive Euthanasie und Hilfe zur Selbsttötung.

Aktive Euthanasie

Mit diesem Namen wird landläufig die absichtliche Tötung eines Kranken auf dessen eigenen Wunsch hin bezeichnet. Fehlt die Einwilligung des Patienten, weil er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, spricht man von der „unfreiwilligen“ aktiven Euthanasie. Das Attribut „(in-)direkt“ kennzeichnet, ob der Kranke durch die Verabreichung einer in sich tödlichen Substanz oder durch eine letztlich zum Tod führende Dosis an Beruhigungs- bzw. Schmerzmitteln stirbt.

Diese Form der Sterbehilfe ist in keinem Land, also auch nicht innerhalb der EG, legal. Sie stellt stets eine strafbare Handlung dar, da sie mangels spezifischer Gesetze unter die Straftitel (Selbst-)Tötung, Totschlag oder Mord fällt. Das gilt auch für die „Tötung aus Mitleid“, die ein Arzt auf ausdrücklichen Wunsch des Kranken hin begeht. Es verwundert daher nicht, daß der Weltärztebund in seiner Deklaration von 1987 die aktive Euthanasie ablehnt.

Jede Form der absichtlichen Tötung, um die es sich ja hier handelt, wird ebenfalls in der europäischen Menschenrechtskonvention vom 4. November 1950 verurteilt: „Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt. Abgesehen von der Vollstreckung eines Todesurteils..., darf eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden“ (Abschn. I, Art. 2,1). Im schweizerischen,

griechischen, dänischen, isländischen, finnischen, österreichischen, deutschen und niederländischen Strafrecht wird allerdings die – verbotene – „Tötung auf Verlangen“ eigens als strafmildernd aufgeführt⁴. Gelegentlich wird aber diese Gesetzgebung durch die tatsächliche Rechtsprechung abgeschwächt. Insbesondere ist das in Großbritannien der Fall, wo Ärzte nur selten für eine aktive Euthanasie belangt werden, aber auch in Belgien und Frankreich, während spanische Gerichte eher eine enge Auslegung betreiben.

Die Niederlande stellen inzwischen einen Sonderfall dar. Zwar verbietet Art. 293 des Strafgesetzbuchs die „Tötung auf Verlangen“, implizit also die aktive Euthanasie, aber der Oberste Gerichtshof billigt, auf der Grundlage einer „Pflichtenkollision“, seit Anfang der achtziger Jahre die Sterbehilfe eines Arztes, indem er sie nicht strafrechtlich verfolgt, sofern gewisse Voraussetzungen erfüllt sind: Der Patient, der noch bei Bewußtsein ist, muß seinen Wunsch frei und schriftlich geäußert haben; medizinisch besteht kein Anlaß zur Hoffnung; die Schmerzen sind unerträglich; ein zweiter Arzt bestätigt, daß der Wunsch zu sterben angesichts der vorliegenden Umstände gerechtfertigt ist, sowie die Verwendung eines angemessen dosierten Produkts⁵. Einige dieser Kriterien sind etwas vage, da sie sich zwangsläufig auf eine subjektive Einschätzung stützen müssen. Was „unerträglich“ und „angemessen“ ist, bedarf eben immer noch der genaueren Erläuterung.

Damit ein möglicher Mißbrauch verhindert werden kann, ist in den Niederlanden jede „Hilfeleistung bei Selbsttötung und aktives ärztliches Eingreifen mit dem Ziel der Verkürzung der Lebensdauer eines Patienten ohne dessen Wunsch... meldepflichtig“. Immerhin sah sich das Justizministerium kürzlich veranlaßt, dieses nochmals festzustellen und sogar eine Erweiterung des Meldeverfahrens zu fordern. Im selben Zusammenhang wurde auch betont, daß von einer „allgemeinen Billigung der aktiven Lebensbeendung bei komatösen oder geistesschwachen Patienten“ in den Niederlanden nicht gesprochen werden könne⁶. Die 1990 eingesetzte „Rommelink-Kommission“ weist nach, daß durchschnittlich pro Jahr von 9000 Anfragen 2300 erfüllt werden, indem man das Leben des Patienten vorzeitig beendet. Das sind 1,8 Prozent aller 130 000 jährlichen Todesfälle⁷. Allerdings bezieht sich diese Zahl nur auf die bekanntgewordenen Fälle. So steht zu vermuten, daß auch dort, wie zum Beispiel in England⁸, eine Grauzone verbleibt, daß also aktive Euthanasie weit öfter praktiziert wird, als es die offiziellen Zahlen besagen. Die Tatsache, daß eine Handlung häufig ausgeübt wird, ist jedoch selbstverständlich kein ausreichender Nachweis ihrer Berechtigung. Viele Diebstähle sind ja noch kein Beweis für die Erlaubtheit des Stehlens.

Die katholische Kirche hat sich in mehreren Stellungnahmen gegen die aktive Euthanasie ausgesprochen. Neben dem Argument, daß der Mensch niemals die Verfügungsgewalt über das Leben haben könne – abgesehen vielleicht von den drei „klassischen“, wenn auch nicht immer unumstrittenen Ausnahmen katholi-

scher Moraltheologie (Notwehr, Tyrannentötung, Todesstrafe) –, spielen auch die möglichen Folgen eine Rolle. Insbesondere geht es dabei um die Gefahr eines Mißbrauchs. Denkbar ist etwa, daß ein Kranker von seiner Familie oder von Ärzten unter Druck gesetzt wird bzw. einen solchen Druck zu verspüren glaubt. Weiter könnte gar in der Gesellschaft die Bereitschaft wachsen, schwerkranke und alte Menschen aus finanziellen oder sonstigen Erwägungen heraus zu töten⁹.

Passive Euthanasie

Mit dem Begriff „passive Euthanasie“ sind alle Fälle angesprochen, in denen lebenserhaltende Maßnahmen beendet oder unterlassen werden, also zum Beispiel die Wiederbelebung, künstliche Beatmung usw. Auch hierfür existieren keine einschlägigen Gesetze. In Deutschland, Belgien und Frankreich lassen sich noch die Tatbestände der „fahrlässigen Tötung“ und der „unterlassenen Hilfeleistung“ zur Beurteilung heranziehen.

Rechtsprechung und -lehre räumen mehrheitlich dem Patienten das Recht ein, eine Behandlungsform abzulehnen, auch wenn diese der Rettung seines Lebens dient. So werden, mit Ausnahme von Spanien, in der Regel Ärzte von den Gerichten wegen passiver Sterbehilfe nicht belangt, sofern eine ausdrückliche Einverständniserklärung des Patienten vorliegt.

Die römische Glaubenskongregation betont, daß bei jeder Therapie die Verhältnismäßigkeit der Mittel gewahrt bleiben müsse. Dabei stehen die betreffenden Entscheidungen „dem Gewissen des Kranken oder seiner rechtmäßigen Vertreter wie auch der Ärzte zu“. Zu dieser Entscheidungsfindung ist eine Güterabwägung erforderlich, die nur gelingen kann, „wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten..., der... Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann“. Danach dürfen im Fall des unaufhaltsamen Sterbens weitere Heilversuche unterbleiben, „ohne daß man jedoch die normalen Hilfen unterläßt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet“¹⁰. Das kann nach katholischer Auffassung auch die Verabreichung von Schmerzmitteln sein, die lebensverkürzend wirken, also eine „Handlung mit Doppelwirkung“, wie sie die Tradition nennt, bei der es sich in Wirklichkeit um eine Güterabwägung handelt.

Hier wird auch der wichtige Unterschied zur aktiven Euthanasie deutlich: Es geht nicht um eine willentliche Herbeiführung des Todes durch eine aktive Handlung, sondern um ein Sterbenlassen, indem man weitere lebensverlängernde Maßnahmen unterläßt. Entscheidendes Kriterium ist also, inwieweit der Tod ohne medizinisch-technische Hilfe von allein einträte. Diese Argumentation nähert sich einer naturrechtlichen, allerdings nur insofern die natürliche Gegeben-

heit, das „natürliche“ Sterben also, Ausgangspunkt für eine Bewertung der Folgen ist, die sich aus ihrer möglichen Nichtbeachtung ergeben könnten. Denn es ist durchaus wahrscheinlich, daß die Möglichkeit zur absichtlichen Tötung auf Verlangen eine Atmosphäre erzeugen würde, in der kaum mehr eine freie Entscheidung des Kranken möglich wäre. Schließlich fordert die nicht mehr rückgängig zu machende Tötung eine Sicherheit in der Entscheidung bei allen Beteiligten, die sich qualitativ von anderen nichtsittlichen Handlungen unterscheidet. Es steht eben der fundamentalste nichtsittliche Wert, das Leben, auf dem Spiel.

Hilfe zur Selbsttötung

Bei der Hilfe zur Selbsttötung wird dem Patienten der Zugang zu einem für ihn tödlichen Mittel ermöglicht. Diese Hilfeleistung ist in Österreich, Dänemark, Spanien, den Niederlanden (nur bei eigennützigen Motiven des Helfers) und Großbritannien strafbar. In den anderen Ländern wird diese nicht verfolgt¹¹. Besonders in Spanien folgen die Gerichte der Gesetzgebung sehr genau, während die Jurisprudenz eher eine mildere Position vertritt. Von der Glaubenskongregation wird die Selbsttötung, außer als Lebensopfer aus übergeordneten (religiösen) Motiven, unter Hinweis auf die Oberherrschaft Gottes über das Leben und die Folgen für die „Nächsten“ (Familie, Gemeinschaft, Gesellschaft) ebenfalls abgelehnt, selbstverständlich ohne eine Beurteilung der jeweiligen Schuld des einzelnen¹².

Wie schon angedeutet, beschäftigt sich nun seit einiger Zeit auch die EG mit der Sterbehilfe. Insbesondere wird gegenwärtig der „Schwartzberg-Bericht“ intensiv verhandelt. Dieser Bericht geht zurück auf einen Entschließungsantrag zur Sterbebetreuung todkranker Patienten, den die Europaabgeordnete von Hameldonck im Europäischen Parlament (EP) eingereicht hatte und der in der Sitzung des EP am 11. September 1989 gemäß Geschäftsordnung an den Ausschuß für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherschutz (UMWE) überwiesen wurde. Am 1. Dezember 1989 beschloß dieser, einen Bericht auszuarbeiten, und benannte den EP-Abgeordneten Schwartzberg als Berichterstatter.

Das Auftauchen dieses Antrags war in sich nicht weiter ungewöhnlich. Das EP hatte sich schon früher mit der Situation Kranker und eines „würdigen“ Todes Sterbender beschäftigt, so in der „Europäischen Charta für die Rechte des Kranken“ vom 19. Januar 1984 und in der „Europäischen Charta für Kinder in Krankenhäusern“ vom 13. Mai 1986. In der erstgenannten hatte es schon damals den Versuch gegeben, einen Passus zur Euthanasie einzufügen. Der Änderungsvorschlag wurde jedoch nicht akzeptiert¹³. In der Sitzung des EP am 13. Mai 1991 schlug die Sozialistische Fraktion bei der Diskussion der Tagesordnung vor, die Schwartzberg-Berichte zu AIDS und zur Sterbebegleitung gemeinsam

zu diskutieren. Dieser Vorschlag wurde aber zurückgezogen. Eine gut unterrichtete Presseagentur¹⁴ verbreitete daraufhin, der Grund hierfür sei gewesen, Probleme mit den Europäischen Volksparteien (EVP) zu vermeiden. Im Herbst desselben Jahres fand zu diesem Bericht am 7. November 1991 eine öffentliche Anhörung des UMWE statt, an der acht Experten im Rahmen der Vorbereitung eines endgültigen Schwartzberg-Berichts teilnahmen.

In der Folge kam es zum Kompetenzstreit mit dem Rechtsausschuß. Er bestritt die Zuständigkeit des UMWE für Fragen der Euthanasie und verlangte, die entsprechenden Abschnitte zu streichen. Der Konflikt entzündet sich also an den Punkten, wo der Bericht sein eigentliches, selbstgewähltes Aufgabengebiet, die Sterbebegleitung, verläßt, um sich der Euthanasie zuzuwenden. Der Bericht weist gerade dort, wo er diese beiden Themen vermischt, einige Mängel und Unsicherheiten auf, so zum Beispiel dort, wo die Ansicht dem EP zur Entscheidung vorgelegt wird, „daß beim Fehlen jeder kurativen Therapie und nach dem Fehlschlagen von... palliativer Behandlung, und jedes Mal, wenn ein in vollem Bewußtsein befindlicher Kranker nachdrücklich und unablässig fordert, daß seiner Existenz, die für ihn jede Würde verloren hat, ein Ende gesetzt wird, und wenn... ein Kollegium von Ärzten feststellt, daß es unmöglich ist... neue Behandlungen anzuwenden, diese Forderung befriedigt werden muß, ohne daß auf diese Weise die Achtung vor dem menschlichen Leben verletzt wird“. Ja, die Hilfe des Arztes, die „es ihm ermöglicht, friedlich für immer einzuschlafen..., bedeutet... Achtung vor dem Leben“¹⁵. Es wird also eine Pflicht und nicht nur die Erlaubnis zur Sterbehilfe formuliert.

Man kann darüber streiten, ob die Wendungen „seiner Existenz ein Ende setzen“ bzw. „friedlich für immer einschlafen“ Euphemismen oder doch nur, beispielsweise wegen eines Wechsels im Ausdruck, Umschreibungen des Wortes „töten“ sind, das tatsächlich nur selten verwandt wird. Jedenfalls entsteht zuweilen die Vermutung, dies geschehe vielleicht, um einen Gefühlsappell für die eigene Sache zu setzen¹⁶. Doch erleichtert eine möglichst wertfreie Sprache die Beurteilung schwieriger ethischer Fragen. Gerade bei der Sterbehilfe ist der kritische Punkt die absichtliche Tötung eines Menschen, und sei es auch auf dessen eigenen Wunsch hin. Zumindest im Rechtsbereich ist das, wie wir gesehen haben, Ausgangspunkt der Beurteilung. Definiert man diese jedoch so lange um, bis man einen „Dienst am Leben“ erhält, scheint für eine sachliche Diskussion nichts gewonnen zu sein, zumal durch solche Formulierungen die Gefahr von Zirkelschlüssen wächst.

Die postulierte Pflicht zur Sterbehilfe ergibt sich aus der „bewußten“ Forderung des Kranken, der seine Würde „verloren“ habe. Schon hier wird deutlich, daß der Bericht nicht sehr geschickt mit der Menschenwürde argumentiert. Einmal wird davon gesprochen, daß sie, zusammen mit der „Spiritualität“, „Grundlage“ des menschlichen Lebens sei. Nun ist das Wort „Spiritualität“ im Ge-

brauch mehrdeutig. Es kann, nach dem Duden, „Geistigkeit, inneres Leben, geistiges Wesen“ bedeuten, der Gegensatz also zu dem, was „Materialität“ genannt wird. Demnach basiere das Leben des Menschen nicht auf einer materialen Grundlage in Form des Körpers und all dessen, was ihn erhält (Natur), da die „menschliche Existenz ... sich ... nicht auf die Körperfunktionen, d.h. die Lebensvorgänge reduzieren“ lasse, sondern allein auf der Geistigkeit und der „Würde“. Dieser Kausalzusammenhang ist nur so logisch, wie es eine *Petitio principii* sein kann, und aus empirischer Sicht zumindest eigenartig; wenn man von den Grundlagen des menschlichen Lebens spricht, bezieht man sich ja ausdrücklich auf einen Teilaspekt und eben nicht auf die Gesamtheit der menschlichen Existenz. Eine Analogie aus der Moralthologie: Dort wird das Leben als der fundamentalste, aber nicht als der höchste Wert des Menschen bezeichnet. „Fundamental“, da er die Bedingung der Möglichkeit des höchsten Wertes ist. Wenn man sich nun mit diesem fundamentalen Wert und seinen Erfordernissen beschäftigt, leugnet man ja nicht die Bedeutung des höchsten Wertes. Es kommt eben darauf an, was der jeweilige Gegenstand einer Untersuchung sein soll. Allerdings bleibt die zitierte Formulierung nicht ganz exakt, da die Grundlage des menschlichen Lebens die natürliche und übernatürliche Ordnung ist, theologisch gesprochen also Natur und Gnade.

Die Würde existiert selbstverständlich nicht dem Menschen vorgängig, da sie sich erst mit seinem Leben als Selbstwert ergibt, eine, zugegeben, etwas banale Aussage. In Punkt C des Berichts wird nun das „Bewußtsein“ zur Definition des Menschen herangezogen. Das sei es, „was den Menschen ausmacht“. Einmal ist es also das Bewußtsein, das den Menschen zum Menschen macht, in Form einer Reflexion über sich selbst etwa, was implizit Kindern, geistig Kranken und Bewußtlosen das Menschsein abspräche; ein andermal ist es die Würde, die menschliches Leben als solches bestimmt. Die Wahl dieser beiden Kriterien ist, wie gezeigt, nicht glücklich.

Weiter wird behauptet, körperliche Schmerzen seien „sinnlos und unheilvoll“ und könnten die Menschenwürde so sehr verletzen, daß einem menschlichen Dasein jede „Würde“ genommen sei. Die Schmerzen als sinnlos zu bezeichnen, erscheint aus religiöser Sicht gewagt, es sei denn, man verwendet dieses Wort im Sinn von „Übel“; das sind sie, insofern sie einen Mangel an Gesundheit darstellen. Aus biologischer Sicht sind sie es mindestens immer dann nicht, wenn sie als „Frühwarnsystem“ dienen. Angemessenerweise könnte man also höchstens von der Sinnlosigkeit mancher Schmerzen sprechen. Davon abgesehen können Schmerzen nur dann die Würde verletzen, wenn sie jemandem von einer anderen Person unter Mißachtung der persönlichen Integrität zugefügt werden, wie dies etwa bei der Folter der Fall ist. Allerdings bedeutet das Wort „verletzen“ ja nicht „mindern“, was bei der Würde auch ein sehr merkwürdiger Gedanke wäre. Wie sollte man sich denn die verschiedenen Grade der menschlichen Würde vorstel-

len? Sie ist, zumindest in wertethischer Auffassung, stets ein Wert, der nicht durch die Anerkennung eines anderen entsteht, ein Selbstwert also, der in sich keiner weiteren Begründung bedarf.

Krankheit und Schmerzen führen nach Auffassung des Berichterstatters zum gänzlichen Verlust der Würde, es sei nur noch „ein Dasein zu beenden“⁴², während es zu Beginn der Begründung hieß, die Würde „bestimme das menschliche Leben“. Der Gang dieser Begründung ist klar. Wenn die Würde ein Leben als menschliches Leben qualifiziert und zugleich Krankheit und Schmerzen diese Würde beeinträchtigen oder gar beseitigen können, handelt es sich ab einem bestimmten Punkt nur noch um ein „Dasein“, das beendet wird. Man muß dies zumindest als eine Form der Erschleichung eines Werturteils ansehen.

Das Problem liegt schon in der Verwendung des Wortes „Würde“. Es wird im heutigen Sprachgebrauch sowohl für sittlich richtige als auch für sittlich gute Sachverhalte benutzt. Meistens dient es zur Bezeichnung der menschlichen Integrität. Diese wird immer dann verletzt, wenn jemand einen anderen Menschen nicht mehr als seinesgleichen behandelt, also zum Beispiel willkürlich, oder ihm sogar das Menschsein abspricht. Es hat sich allerdings auch eingebürgert, nicht nur diese (sittlich schlechten) Handlungen, sondern auch sittlich falsche als „unwürdig“ zu bezeichnen, also alle Fälle, wo in (sittlich) guter Absicht (sittlich) falsche Entscheidungen gefällt werden. Dies mag zum Beispiel bei einem Gesetz der Fall sein, das, in guter Absicht erstellt, dennoch manche Härtefälle mit sich bringt. Hier spricht man dann gelegentlich auch von einem „unwürdigen“ Gesetz. Nicht alles, was man als „menschen(un)würdig“ bezeichnet, ist also demnach auch wirklich (Miß-)Achtung der menschlichen Integrität.

Um dem Bericht insgesamt gerecht zu werden, muß man allerdings auch das literarische Genus beachten. Der vorliegende Text ist, auch wenn er sich durchaus bemüht, eine dementsprechende Sprache zu führen, kein philosophischer oder theologischer Text, allerdings auch kein Gesetzesentwurf. Das Europaparlament hat ja nur die Möglichkeit, der EG-Kommission, die das Initiativrecht für Gemeinschaftsmaßnahmen besitzt, und dem Ministerrat, dem einzigen EG-Beschlußorgan, Stellungnahmen zuzuleiten, die diese beiden in ihrer Entscheidungsfindung beeinflussen können. Manches in dem Bericht erinnert darum auch eher an Paränese als an eine wissenschaftliche Untersuchung, womit aber in keiner Weise die Qualitäten des Berichterstatters geleast werden sollen.

Bei allem Verständnis für das Anliegen des Ausschusses, in dem schwierigen Grenzbereich, der bei der Begleitung Sterbender entsteht, eine Hilfe geben zu wollen, bleibt darum eine leichte Verwunderung über die eindeutige Stellungnahme bestehen. Schließlich wird darin, wie die Kommission der Bischöfe der EG (COMECE) zutreffend bemerkt, „die freiwillige Euthanasie zum ersten Mal ausdrücklich zugelassen in einem offiziellen Dokument einer europäischen Instanz, deren Einfluß nicht unterschätzt werden darf“¹⁷.

ANMERKUNGEN

- ¹ Erkl. der Kongr. f. d. Glaubenslehre zur Euthanasie, 20. 5. 1980 (Verlautb. d. Ap. Stuhls 20) 11.
- ² In: Les grands textes de la Documentation Catholique (Paris 1991) 5.
- ³ Das Ev. Staatslexikon z. B. behandelt unter dem Stichwort „Euthanasie“ auch nur die verschiedenen Aspekte der Tötung des sog. „unwerten“ Lebens (Bd. 1, 1987, 804).
- ⁴ Encyclopaedia of Bioethics (New York 1978) 282 f.
- ⁵ Euthanasie in international juridisch perspectief (Ms., Brüssel 1. 8. 1986) 5–18; Ministerie van Justitie, Outlines Report Commission Inquiry into Medical Practice with Regard to Euthanasia (s'Gravenhage 1991).
- ⁶ Siehe Presseber. der Ministerien für Justiz und Gemeinwohl, Gesundheit, Kultur (Den Haag 11/1991).
- ⁷ Ministerie van Justitie, a. a. O. 2.
- ⁸ P. Nowell-Smith, Euthanasia and the doctors, in: JME 15 (1989) 127.
- ⁹ S. bes. die Hebammen-Ansprache Pius' XII. (29. 10. 1951), seine Antwort auf Fragen bezüglich der Wiederbelebung (24. 11. 1957), die Stellungnahme der DBK „Das Lebensrecht der Menschen und die Euthanasie“ (1975), die Erkl. d. Glaubenskongregation (a. a. O.), die Stellungnahme der französischen Bischofskonferenz (a. a. O.) und die Ansprache Johannes Pauls II. vom 6. 9. 1984.
- ¹⁰ A. a. O. 11 f.
- ¹¹ Bio-éthique dans les années 90, hrsg. v. W. Demeester-De Meyer (Gent 1987) 372 ff.
- ¹² A. a. O. 7. ¹³ S. u. a. F. Demeester-De Meyer, a. a. O. 380 ff.
- ¹⁴ Agence Europa, N. 5490 (13. 5. 1991) 6.
- ¹⁵ Bericht des UMWE, Sitzungsdokumente EP A3-0109/91, 6, 8.
- ¹⁶ So z. B. P. Nowell-Smith, a. a. O. 124, der dies dem Bericht der BMA zur Euthanasie aus dem Jahr 1988 vorwirft.
- ¹⁷ Sipeca 13 (August/September 1991) 13.