

Analyse der aktuellen medizinethischen und politischen Diskussion der Euthanasie-Debatte in der Schweiz

Dr. med. Andreas Schapowal, Landquart

Gliederung

1. Einleitung
2. Begriffsdefinitionen – Gesetzgebung und ethische Richtlinien in der Schweiz
3. Politische Diskussion
 - 3.1. Europäisches Parlament
 - 3.2. China
 - 3.3. Niederlande
 - 3.4. Schweiz
4. Standpunkte der Weltreligionen zur aktiven Sterbehilfe
 - 4.1. Judentum
 - 4.2. Buddhismus
 - 4.3. Christentum
 - 4.4. Islam
5. Organisierte Sterbebegleitung – Selbstverständnis und Kritik
 - 5.1. Selbstverständnis von *Exit*
 - 5.2. Kritik an *Exit*
 - 5.3. Stellungnahme von *Exit*
6. Diskussion
 - 6.1. Sterbehilfe im geschichtlichen Kontext
 - 6.2. Religion und Staat
 - 6.3. Hospiz-Haltung
 - 6.4. Aktuelle Initiativen im Kanton Graubünden
7. Literatur

1. Einleitung

Sterbebegleitung und Sterbehilfe werden weltweit diskutiert. Von medizinischer Seite aus befasst sich die Palliativmedizin mit diesen Themen, aus der Motivation der Nächstenliebe von einem christlichen Ansatz aus die Hospizbewegung, aus juristischer Sicht die Regelungen über Patientenverfügungen und nicht zuletzt die Politik im Versuch, diesen Bereich gesetzlich zu regeln.

„The right to choose to die“ nannte im Juni 1997 die amerikanische Zeitschrift „Economist“ ihre Titelstory. Anlass zu dem Artikel mit der Überschrift „The euthanasia war“ war der damals anstehende Gerichtsentscheid des obersten amerikanischen Gerichts in Sachen „Physician-Assisted Suicide“. Es ging um die Frage, ob sich aus der amerikanischen Verfassung ein Recht auf Suizidbegleitung ableiten lässt oder nicht. Die Mehrheit der Richter votierte damals gegen ein derartiges Recht auf Suizidbeihilfe und überließ die konkrete Regelung den jeweiligen Einzelstaaten.

Bislang besteht erst in einem US-Teilstaat - in Oregon - eine Gesetzgebung zur Regelung des ärztlich begleiteten Suizids. Weitere Erfahrungen mit der Suizidbegleitung und der ärztlichen Tötung auf Verlangen liegen aus den Niederlanden und Nordaustralien vor. In ähnliche Richtung weisende Reformvorschläge bestehen in vielen Ländern wie z. B. Frankreich, Belgien und auch der Schweiz.

Im Kontext von Schwangerschaftsabbruch, in-vitro-Fertilisation, intrauteriner Chirurgie, Gentherapie, Stammzellforschung und Klonen von Menschen u. a. stehen grundlegende Fragen, die den Umgang mit dem menschlichen Leben betreffen, zur Debatte.

Grundsätzlich gerät dabei die Berufung auf die Selbstbestimmung des Einzelnen in direkte Konkurrenz zur staatlichen Aufgabe des Lebensschutzes. Vor dem geschichtlichen Hintergrund der äusserst negativen Erfahrungen der Verbrechen der Euthanasie im nationalsozialistischen Deutschland ist das In-Frage-Stellen des Gebotes des Nicht-Tötens sehr kritisch zu hinterfragen. Gibt es ein Recht oder sogar eine eine Pflicht, unter bestimmten Umständen freiwillig aus dem Leben zu scheiden? Gibt es ein Recht auf Sterbehilfe, passiv oder gar aktiv? Gibt es eine Pflicht dazu? Ist Sterbehilfe ein Thema mitmenschlicher Verantwortung oder auch ärztlichen Handelns?

2. Begriffsdefinitionen - Gesetzgebung und ethische Richtlinien in der Schweiz

Euthanasie bedeutet „schöner Tod“. In den Niederlanden wird von „shortening of life“ gesprochen, der Schweizer Politiker Ruffy benutzt den Begriff „interruption de la vie“. Im Alltag ärztlichen Handelns am Sterbebett, im Zwiespalt des oft nicht mehr feststellbaren Willens des Sterbenden, den Wünschen der Angehörigen und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Gewissen werden die Konturen zwischen aktiver Tötung auf Verlangen, Beihilfe zum Suizid, passive Sterbehilfe und Sterbebegleitung unscharf. In der Schweiz gibt es eine eindeutige gesetzliche Grundlage im Strafgesetzbuch (StGB). **Verleitung und Beihilfe zum Suizid** ist in der Schweiz straflos (Art. 115 StGB), sofern sie „uneigennützig“ geschieht. **Aktive Sterbehilfe** ist die gezielte Tötung eines Kranken. Sie ist nach Art. 111 StGB (vorsätzliche Tötung), Art. 113 StGB (Totschlag) oder Art. 114 StGB (Tötung auf Verlangen) strafbar.

Art. 114 StGB Tötung auf Verlangen

Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.

Art. 115 StGB Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis bestraft.

Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn zur Linderung von Schmerzen und Leiden Sterbender Mittel eingesetzt werden, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können.

Passive Sterbehilfe ist der Verzicht auf die Aufnahme oder der Abbruch von medizinisch sinnlos erscheinenden lebenserhaltenden Massnahmen. Dies betrifft nicht die Basistherapie und palliative Versorgung. Sie ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt.

Die Schweizer Gesetzgebung steht mit dem Tötungsverbot im Einklang mit wichtigen Völkerrechtskonventionen:

Art. 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948: *„Jedermann hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person“.*

Art. 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte von 1966: *„Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben“.*

Art. 4 der Amerikanischen Konvention über Menschenrechte von 1969: *„Jedermann hat das Recht auf Achtung seines Lebens“.*

Art. 4 der Afrikanischen Charta über die Rechte der Menschen und Völker von 1981: *„Alle Menschen sind unverletzlich. Jeder Mensch hat das Recht auf Achtung seines Lebens und die Integrität seiner Person“.*

Der Begriff der aktiven Sterbehilfe ist kein Terminus des Schweizer Rechts. Vielmehr wird von „Tötung“ oder „Selbstmord“ gesprochen. Die Behandlung durch den Arzt soll eine Hilfe zum würdigen Leben bis zum Tod sein und nicht die Tötung einschliessen. Der Europäische Gerichtshof hat in einem Urteil vom 29. April 2002 einstimmig entschieden, dass es kein „Menschenrecht auf Sterben“ im Sinne von „getötet

werden“ gibt. Die Klage einer vollständig gelähmten Britin, die erreichen wollte, dass ihr Mann ihr straffrei aktive Freitodhilfe leisten könne, wurde abgewiesen. Die Strafflosigkeit einer derartigen Tötung aus Mitleid lässt sich weder über das Entfallen der Rechtswidrigkeit noch den Ausschluss der Schuld konstruieren. Denn wenn das menschliche Leben als höchstes Gut unserer Rechtsordnung auf dem Spiel steht, kann es kein die Tötung rechtfertigendes überwiegendes Interesse geben. Mitgefühl oder Gewissensnot als Handlungsmotiv werden derzeit weder in der Schweizer Rechtsprechung noch in der Lehre als aussergesetzlicher Schuldausschliessungsgrund anerkannt. Entsprechend hat das Schweizer Parlament auf eine Empfehlung des Bundesrates mit grosser Mehrheit entschieden, dass es keine Strafausschliessungsgründe für aktive Sterbehilfe geschaffen werden.

Die indirekte aktive Sterbehilfe ist nach Schweizer Recht zulässig und aus dem Heilauftrag und damit aus der Behandlungspflicht des Arztes abzuleiten. Dieser ist gegenüber seinen Patienten nicht allein zur Verbesserung des Gesundheitszustandes verpflichtet, sondern auch zur Befreiung oder zumindest Linderung von Leiden.

In ihren „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten“ schliesst die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1) die Suizidbeihilfe ausdrücklich von der ärztlichen Tätigkeit aus. Darüberhinaus werden Entscheidungskriterien für den Behandlungsabbruch und -verzicht, die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bzw. die Berücksichtigung der Patientenautonomie und schließlich die Grenzen ärztlichen Handelns formuliert.

3. Politische Diskussion

3.1. Europäisches Parlament

Das Europäische Parlament fordert in seiner „Entschliessung zur Achtung der Menschenrechte in der Europäischen Union“ (2) *„das Verbot jeglicher aktiver Massnahmen zur Verkürzung des Lebens von Neugeborenen, behinderten Personen, älteren Menschen und Patienten im Dauerkoma“* und die *„Einrichtung von Pflegeeinrichtungen zur Palliativbehandlung, einschliesslich des Einsatzes aller Mittel zur Schmerzbekämpfung, für eine würdige Begleitung der im Sterben liegenden Menschen ohne Vorrang“*.

Das Europäische Parlament verlangt, dass die Mitgliedstaaten das Recht auf Leben in jeder Lebensphase als „*absolutes und unverletzliches Recht*“ respektieren und aktiv schützen. Relativierungen des Tötungsverbot sind „*nicht dem Urteil und dem freien*

Ermessen der Staaten überlassen“, sondern den Staaten im Namen der Menschenrechte zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften verboten, da sie gegen die „*unveräußerlichen Bestandteile jeder demokratischen Gesellschaft*“ verstossen würden.

3. 2. China

Welche Richtlinien gibt es im bevölkerungsreichsten Land der Welt? Die Bevölkerung Chinas verdoppelte sich bis 1950 in 200 Jahren von 250 Millionen auf 500 Millionen. Durch eine wesentliche Verbesserung der Ernährung und der medizinischen Versorgung erfolgte die nächste Verdopplung auf 1 Milliarde Menschen in nur 30 Jahren bis 1980. Ziel der chinesischen Politik ist es nun, die Bevölkerungszahl möglichst konstant zu halten. Im Vordergrund steht dabei die Familienplanung (3) mit der Ein-Kind-Politik, wodurch die Geburtenrate von 36 pro 1000 von 1950 auf 16,89 pro 1000 1996 gesenkt wurde. Dennoch gibt es trotz rigider Familienplanung weiterhin einen Geburtenüberschuss. 1996 lag dieser bei einer Sterberate von 6,49 pro 1000 bei 10,40 pro 1000. Die sehr hohe Sterberate in den Waisenhäusern Chinas von bis zu

90 % veranlasste Human Rights Watch zur Spekulation, dass diese Kindern grösstenteils im Sinne der „Euthansie“ vergleichbar nationalsozialistischer Greueltaten Hungers sterben (4).

3.3 Niederlande

Betrachten wir die Situation in den Niederlanden, die als erstes europäisches Land eine Euthanasie-Gesetzgebung verabschiedete, ehe Belgien folgte. Nach Art. 40 des niederländischen Strafgesetzbuches werden Ärzte bei aktiver Sterbehilfe nicht verfolgt, wenn die „Bedingungen der Sorgfalt“ eingehalten werden, die durch die Royal Dutch Medical Association formuliert werden sind. Diese postulieren im wesentlichen, dass der zu tötende Mensch seinen Tod auf Grund eines freiwilligen, überlegten und dauerhaften Entscheides verlangt, dass er unerträglich leidet, dass beides von einem zweiten Arzt bestätigt wird und dass die zuständigen Behörden über den aussergewöhnlichen Todesfall orientiert werden.

Das Modell wird in den Niederlanden vielfach genutzt. Zwischen 1990 und 1995 stieg die Zahl der Tötungen auf Verlangen von 1,9 % aller Todesfälle eines Jahres auf 2,3 %, total 6300 Tötungen (5). Bemerkenswert sind die Zahlen des Remmelink-Reports von 1989/90, benannt nach dem die Untersuchung durchführenden niederländischen Staatsanwalt, der im Auftrag der Regierung handelte (6). Danach wurden 1000 Tötungen ohne Verlangen des Patienten durch Ärzte durchgeführt, die jedoch nicht als Euthanasie bezeichnet werden, sondern als *„im äussersten Notfall angewandter Akt der Menschlichkeit“*.

Dem niederländischen Vorbild folgte im Mai 2002 das Euthanasie-Gesetz in Belgien, das die Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke und für Menschen mit psychischen Leiden zulässt. Mit dem Einschluss der psychisch Kranken geht das belgische Gesetz über die niederländische Rechtsprechung hinaus.

3.4 Schweiz

1994 verlangte die Motion Ruffy im Schweizerischen Nationalrat eine Lockerung der heutigen Strafbestimmungen über die Beihilfe zum Selbstmord (Art 115 StGB). Die aktive Sterbehilfe durch Ärzte auf Verlangen sollte unter bestimmten Bedingungen straffrei werden. Dies wurde 1996 im Nationalrat ausführlich diskutiert, in ein weit weniger verbindliches Postulat umgewandelt und vom Bundesrat an eine parlamentarische Arbeitsgruppe unter der Leitung von Alt-Ständerätin Josy Meier verwiesen. Diese Arbeitsgruppe tagte von 1997 – 1999 und legte einen Bericht an den Bundesrat vor, der folgende Vorschläge enthielt: Regelung der passiven Sterbehilfe und indirekten aktiven Sterbehilfe im Strafrecht, Einfügen einer Strafbefreiungsklausel in Art. 114, Absatz 2 StGB. In extremen Ausnahmefällen sollten jene von einer Strafe befreit werden, die aus Mitleid einen vor dem Tod stehenden Menschen auf sein ernsthaftes Verlangen hin durch Tötung auf Verlangen von einem unerträglichen Leiden befreien. Eine Minderheit der Arbeitsgruppe lehnte diese Minderung des Lebensschutzes ab und wollte das Strafrecht unverändert belassen.

Der Bundesrat schloss sich im Juli 2000 in seinem Bericht zum Postulat Ruffy der Position der Minderheit der Arbeitsgruppe an. Das Schweizerische Strafrecht ist bis heute diesbezüglich nicht modifiziert worden. Der Bundesrat stellte sich jedoch auf den Standpunkt, das alles zu tun sei, um die Palliativmedizin und -pflege weiter zu entwickeln und in der Zukunft die passive und indirekte aktive Sterbehilfe neu zu regeln. Mit dieser Thematik wurde eine Expertenkommission beauftragt, die auch die

Aufgabe hat, sich zu dem besonders heiklen Thema des Behandlungsabbruchs und -verzichts bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen zu äussern. Ziel ist auch, gesamtschweizerisch die Tötung auf Verlangen und die ärztliche Suizidbeihilfe zu regeln, ehe jeder Kanton eigene Wege geht und im besonderen den Status quo des weitgehenden Ignorierens aktiver direkter Sterbehilfe und Suizidbeihilfe z. B. der v. a. in Zürich tätigen Organisationen *Exit* und *Dignitas* entgegen zu wirken.

Das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich hat im Oktober 2000 die aktive Sterbehilfe in den Alters- und Pflegeheimen von Zürich neu geregelt. Damit ist ab 1. Januar 2001 das Verbot für die Durchführung und Unterstützung von Selbsttötungen in städtischen Heimen aufgehoben. Für die Stadt Zürich ist Suizid im Alters- und Pflegeheim Ausdruck dafür, dass ein Mensch sein Leben als nicht mehr lebenswert ansieht und dies sei zu akzeptieren.

Im Kanton Graubünden ist die Diskussion um die Thematik der Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen aufgrund dieser aktuellen neuen Bewertung in der Stadt Zürich katalysiert worden. Die gegenwärtige Diskussion im Kanton Graubünden ist gekennzeichnet von der Sichtweise verschiedener Menschen- und Weltbilder. Es wird diskutiert, was unter Selbstbestimmung, Menschenwürde und Unantastbarkeit des Lebens sowie suffizienter Palliativmedizin zu verstehen ist.

Der Bündner Regierung wurden vor diesem Kontext und den Entscheidungen der Stadt Zürich am 27. März 2001 vom kantonalen Parlament, dem Grossen Rat, folgende drei Fragen gestellt:

- 1. Wie stellt sich die Regierung zum gesellschaftlich keimenden Trend zu Suizidmodellen im Alter und somit zur Suizidfreigabe in Alters- und Pflegeheimen? Ist Suizid und die Beihilfe dazu ein mögliches Modell, um mit schwerem Leiden und unheilbarer Krankheit umzugehen?*
- 2. Unterstützt die Regierung die bis anhin gültige Strategie, dass mit medizinisch-palliativen Massnahmen, pflegerisch höher Qualität, erhöhter menschlicher und spiritueller Zuwendung auch in Alters- und Pflegeheimen in Würde Krankheit und Tod erfahren werden?*
- 3. Auf welcher Entscheidungsebene werden in dieser sehr komplexen Sachlage für unsere Bündner Institutionen Entscheidungen gefällt?*

Die Bündner Regierung hat inzwischen diese drei Fragen wie folgt beantwortet:

1 . Sterbehilfe und Sterbebegleitung haben eine religiös-ethische und eine rechtliche Dimension. Gemäss Art. 10 der Bundesverfassung hat jeder Mensch das Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit. Die Antwort auf die Frage, inwieweit zum Recht auf Leben auch das Recht gehört, über seinen eigenen Tod selbst bestimmen zu können, hängt neben den rechtlichen Aspekten von der ethischen und religiösen Grundhaltung jedes Einzelnen ab. Die religiös-ethische Beurteilung der Sterbehilfe und Sterbebegleitung ist somit eine höchstpersönliche, die von den Umständen abhängig ist. Entsprechend erachtet sich die Regierung nicht als legitimiert, eine religiös-ethische Beurteilung der Sterbehilfe und Sterbebegleitung vorzunehmen. Bei der rechtlichen Beurteilung ist zu unterscheiden, ob es sich um eine direkte aktive, eine indirekte aktive oder eine passive Sterbehilfe handelt. Die direkte aktive Sterbehilfe (gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen) ist gemäss Art. 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 113 (Totschlag) und Art. 114 (Tötung auf Verlangen) des Strafgesetzbuches strafbar. Dagegen sind die indirekte aktive (zur Linderung von Leiden werden Mittel eingesetzt, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können) und die passive Sterbehilfe (Verzicht auf Aufnahme oder Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen) im Gesetz nicht geregelt. Sie gelten gemäss Bericht der Arbeitsgruppe „Sterbehilfe“ an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vom März 1999 grundsätzlich als erlaubt. Die Staatsanwaltschaft eröffnet in jedem Fall, in dem Sterbehilfe geleistet wurde, ein Strafverfahren zur Abklärung, ob das massgebende Recht eingehalten wurde.

2. Das Ziel der Palliativmedizin und -pflege besteht darin, die Leiden kranker Menschen, die an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung leiden, durch medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und geistige Unterstützung zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität der kranken Person und ihrer Angehörigen zu sichern. Die Regierung steht der in diesem Sinne vom Schweizerischen Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpflegern (SBK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) am 1. Februar 2001 verabschiedeten Erklärung, dass jedem Menschen am Ende seines Lebens der Zugang zu palliativer Pflege zu ermöglichen sei, positiv gegenüber. Auch Menschen in der

Endphase des Lebens haben Anspruch auf bestmögliche medizinische und pflegerische Betreuung.

3. Der Entscheid, die Sterbehilfe oder Sterbebegleitung zuzulassen, ist ein religiös-ethischer Entscheid, den die Trägerschaft des jeweiligen Alters- und Pflegeheimes zu fällen hat. Vorauszusetzen ist, dass die Leitung der Institution das Gespräch mit der suizidwilligen Person und - was bei jedem Fall individuell zu beurteilen ist - mit den Angehörigen sucht und ihr den Beizug einer unabhängigen Fachperson empfiehlt. Dabei soll auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege hingewiesen werden. Ausserdem hat die Leitung der Institution nach einer Selbsttötung unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation sicherzustellen, dass eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die Polizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgt.

Die Bündner Regierung nimmt keine philosophisch-ethische Analyse der Problematik Sterbehilfe vor. Sie verweist auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und überlässt es bewusst den Partner im Gesundheitswesen, selbstständig und unabhängig, nur dem Gesetz und ihrem Gewissen verantwortlich, nicht ethischen Leitlinien der Politik, Entscheidungen zu treffen. Die Ärzteschaft scheint von der Politik somit geradezu gefordert, den ethischen Diskurs selbst zu führen und Stellung zu beziehen.

4. Standpunkte der Weltreligionen zur aktiven Sterbehilfe

Keine der Weltreligionen kennt das „Erlösen“ Leidender durch Töten. In allen Religionen ist vielmehr Leben geschützt und Töten verboten. Die Bedeutung der freien Entscheidung des Betroffenen wird diesem kategorischen Tötungsverbot untergeordnet. Dieses Konzept steht im klaren Gegensatz zur säkularen Ethik, die der Autonomie des Patienten immer grösseren Stellenwert einräumt.

4. 1. Judentum

Grundlage der jüdischen Religion und Ethik sind die 10 Gebote mit dem Tötungsverbot im 5. Gebot. Einer der zentralen Grundsätze des jüdischen Glaubens liegt in der Auffassung, dass menschliches Leben Heiligkeit sowie absoluten, unantastbaren und unendlichen Wert besitzt. Lord Immanuel Jakobovits (1921 – 1999), ehemaliger Oberrabbiner von Grossbritannien und einer der profiliertesten jüdischen Ethiker, hat dies treffend formuliert (7): *„The value of human life is infinite and beyond measure, so that any part of life – even if only an hour or a second – is*

of precisely the same worth as seventy years of it, just as any fraction of infinity, being indivisible, remains infinite. Accordingly, to kill a decrepit patient approaching death constitutes exactly the same crime of murder as to kill a young, healthy person who may still have many decades to live". Jegliche Form von aktiver Sterbehilfe ist in der *Halacha* absolut verboten. Jemand, der aktive Sterbehilfe leistet, gilt als Mörder. Im Talmudtrakt Semachot (1: 1 – 4) heisst es: „Jemand, der am Sterben ist, wird in jeder Beziehung wie ein Lebender betrachtet...Derjenige, der ihn berührt und bewegt, der vergiesst Blut...Dies kann mit einer schwachen Flamme verglichen werden; sobald eine Person sie berührt, erlöscht sie. So auch hier: Wer die Augen eines Sterbenden schliesst, wird so angesehen, als ob er ihm seine Seele genommen hätte“. Dies impliziert auch das Verbot, den Tod eines Sterbenden zu beschleunigen. Unter das Tötungsverbot fällt im Judentum auch die Selbsttötung. Gott hat jedem Menschen für eine bestimmte Zeit einen Körper und eine Seele wie eine „Leihgabe“ zur Verfügung gestellt. Der Mensch ist verantwortlich, für diese „Leihgabe“ Sorge zu tragen.

4. 2. Buddhismus

Das wichtigste Prinzip buddhistischer Ethik ist *Ahimsa*, was „nicht schaden“ bedeutet und dem „*nihil nocere*“ der hippokratischen Ethik entspricht (8, 9). Dies bezieht sich auf alle Formen von Leben, nicht nur auf das menschliche Dasein. Die Tötung anderer Menschen wird abgelehnt. Die Selbsttötung wird als grösstmögliches Unrecht in einem Leben angesehen, dass maximal negative Konsequenzen für die nächsten Leben hat. Der Selbstmörder hat im Gegensatz zum Mörder ja keine Chance, sein durch die Tötung erworbenes negatives *Karma* durch gute Taten in seinem weiteren Leben zu ändern. Diese philosophisch-ethische Ächtung des Selbstmordes als Handlung mit den negativsten Konsequenzen noch vor dem Mord erscheint unter den Religionen einzigartig.

4.3. Christentum

Sterblichkeit wird aus christlicher Sicht verstanden als Folge der Erbsünde. In Genesis 2, 15 – 17 heisst es:

„Gott der Herr nahm also den Menschen und setzte ihn in den Garten von Eden, damit er ihn bebaue und hüte. Dann gebot Gott, der Herr, dem Menschen: Voll allen Bäumen des Gartens darfst du essen, doch vom Baum der Erkenntnis von Gut und Böse darfst du nicht essen; denn sobald du davon isst, wirst du sterben.“

Das ursprüngliche Vertrauen im Universum wich nach dem Sündenfall dem Misstrauen des Menschen gegenüber Gott, womit er sterblich wurde und Heil gegen die prekäre potentielle Heilung tauschte (10). Die Qualität, von Gott als sein Ebenbild

geschaffen worden zu sein, ging damit jedoch nicht verloren. Jeder Mensch ist und bleibt in jeder Lebensphase eine Person, die in seiner unwiederholbaren Einmaligkeit als solche von Gott gewollt wurde und um seiner willen von ihm geliebt wird (11).

Im Kontext christlicher Ethik, welche die Transzendenz des Menschen voraussetzt (12), darf der Einzelne nicht unbegrenzt über Leben, auch nicht über sein Eigenes verfügen.

Die Einsicht in die Transzendenz menschlichen Lebens und den Übergang nach dem physischen Tod in eine andere, spirituelle Daseinsform, in der die Gnade Gottes waltet und paradiesisches Heilsein verspricht soll pessimistische Gedanken über das Leben, seine scheinbare Endlichkeit und den Wunsch nach Suizid und Euthanasie vertreiben. Die Einsicht über das Weiterleben nach dem Tode in einer anderen Daseinsform soll so geradezu im Tode heilen und von irdischem Leiden befreien (13).

Palliativmedizin im Sinne von medikamentöser Schmerzlinderung kann entscheidend sein für die innerliche, seelische Entspannung und Öffnung zur Akzeptanz des nahenden Todes. Sie wird aus christlicher Sicht ausdrücklich befürwortet, während die Euthanasie in jeder Form von Sterbehilfe kategorisch abgelehnt wird (14).

Verbissene Versuche, Leben intensivmedizinisch um jeden Preis zu verlängern, verhindern Sterben genauso wie aktive Sterbehilfe. Bewusstheit und der Empfang der Gnade des ewigen Lebens durch Gott im Tod ist nicht möglich, wenn der Mensch sozusagen gestorben wird. Das scheinbare Paradoxon finden wir wieder in einem Zeugnis aus dem Urchristentum. Bischof Ignatius von Antiochia schrieb an seine Gemeinden, als er nach der Festnahme nach Rom gebracht wurde, um im Circus den Löwen vorgeworfen zu werden: *„Hindert mich nicht zu leben, in dem ihr mich zu sterben hindert“* (15).

Fremdes Eingreifen – auch der Selbstmord – im Tode wird aus christlicher Sicht im Kontext der Erbsünde als letzter Akt des Misstrauens gegen Gott verstanden.

Der Suizid wird immer als eine Folge der Verkettung unglücklicher Umstände verstanden, aus christlicher Sicht nicht als verständlicher „Freitod“; der Mensch bedarf auch im Tode der Lebenshilfe, im Sinne würdig und bewusst zu sterben in

Vorbereitung auf die weitere Existenz nach dem Tod (16). Darauf sollte man sich im irdischen Leben vorbereiten, auch durch Gebet und christliche Meditation; auf diese Weise kann auch bei Krankheit und vor dem nahen Tod durch Pflegende im Gespräch und gemeinsamen Gebet geholfen werden (17). Urvertrauen auf Gott wird exemplarisch im Gebet der jüdischen Philosophin Edith Stein beschrieben, womit eine Brücke geschlagen wird zwischen jüdischer und christlicher Sicht der Sinnfindung in der Transzendenz. Das Gedicht entstand im Konzentrationslager Auschwitz, wo Edith Stein ermordet wurde (18):

*„Lass blind mich, Herr, die Wege gehen, die Deine sind.
Will Deine Führung nicht verstehen, bin ja Dein Kind.
Bist Vater der Weisheit, auch Vater mir.
Führest durch die Nacht Du auch, führst doch zu Dir.
Herr, lass geschehen, was Du willst, ich bin bereit!
Auch wenn Du nie mein Sehnen stillst in dieser Zeit.
Bist ja der Herr der Zeit.
Das Wann ist Dein.
Dein ewiges Jetzt, einst wird es mein.
Mach alles wahr, wie Du es planst in Deinem Rat.
Wenn still Du dann zum Opfer mahnst, hilf auch zur Tat.
Lass übersehen mich ganz mein kleines ich,
dass ich mich selber tot, nur leb für Dich.“*

4.4. Islam

Nach islamischer Auffassung ist Gott der Schöpfer und Besitzer menschlichen Lebens. Die Selbsttötung ist in Sure 4, Vers 29 des Koran explizit verboten: *„Du sollst Dich nicht selbst töten“*. Kein Mensch hat das Recht, menschliches Leben zu beenden, auch dann nicht, weder wenn es die Allgemeinheit von einem Arzt erwartet, noch wenn dies der betroffene Patient tut (19). Jede Form aktiver Sterbehilfe wird mit Selbstmord bzw. Totschlag gleichgestellt und abgelehnt. Der Koran verbietet auch explizit die Tötung anderer, allerdings im Gegensatz zu den anderen beschriebenen Weltreligionen mit der Ausnahme der Rechtsprechung (Sure 6, Vers 151): *„Du sollst niemanden töten, da dies von Gott verboten ist, es sei denn um der Gerechtigkeit willen“*. Hier liegt auch die Begründung für die zur Zeit kontroverse Diskussion der islamischen Gelehrten in Bezug auf die Selbstmordattentate. So ist es einerseits ehrenhaft, als Märtyrer im Kampf gegen den Feind zu sterben, andererseits darf man

das eigene Leben nicht gewaltsam beenden. Im Falle eines Selbstmordanschlages ist der Tod die von vornherein eingeplante Folge des Kampfes. Nach dem fatalen Anschlag auf das World Trade Center und das Pentagon vom 11. September 2001 erfuhren wir über die Medien von diesbezüglich völlig unterschiedlichen Standpunkten islamischer Rechtsgelehrter: Der Grossmufti von Saudiarabien, Scheich Abdulaziz asch-Schaik, erklärte Selbstmordattentate unter Hinweis auf die oben zitierte 4. Sure des Koran als religiös unzulässig, mithin als Sünde (*haram*). Der ägyptische Gelehrte Yusuf al-Qaradawi ändert die Definition. Der Märtyrertod sei nie Selbstmord, sondern eine Heldentat, die dazu diene Tyrannei und Unrecht einzuschränken und deshalb nach der zitierten 6. Sure religiös gestattet, geradezu als vom Propheten geforderte Handlung (*hadith*) anzusehen. Diese beiden diametral entgegengesetzten kanonischen Rechtsauffassungen (*fatwas*) bleiben unaufgelöst ohne Konsens nebeneinander stehen, da der Islam keinen hierarchisch geordneten Klerus kennt und es schon lange den Kalifen als oberste Rechtsinstanz nicht mehr gibt.

5. Organisierte Sterbebegleitung – Selbstverständnis und Kritik

Exit, *Dignitas* und *Suizidhilfe* sind in der Schweiz eingetragene Vereine, die vor allem in der Deutschschweiz tätig sind und u. a. indirekte aktive Sterbehilfe durch Bereitstellen zum Tode führender Medikamente anbieten.

5.1. Selbstverständnis von *Exit*

Die *Vereinigung für humanes Sterben Exit* wurde 1982 von Juristen, Ärzten und Pflegenden gegründet und bietet Freitodhilfe als „selbstbestimmtes und humanes Sterben“ an (20). Die ca. 50.000 Mitglieder zahlen einen Jahresbeitrag von 25,- CHF oder einen Lebensbeitrag von CHF 400,-. Dafür erhalten sie Beratung, Unterstützung bei der Formulierung von Patientenverfügungen, Freitodbegleitung zu Hause, im Alters- oder Pflegeheim oder u. U. im *Exit*-eigenen Hospiz sowie die zum Tode führende Droge. Das wichtigste Argument von *Exit* für die „Freitodhilfe“ ist, dass auch modernste Palliativmedizin oder Neurochirurgie in ca. 10 % der Schmerzpatienten keine genügende Schmerzlinderung bringt und es so zu unerträglichem, unwürdigem Leiden kommt (21). Die Selbstbestimmung des Sterbewilligen, seine Wahl von Ort, Zeit und Umständen wird zur obersten Maxime für das „Sterben zur rechten Zeit“ erhoben (22). Die Auswertung des Archivs von *Exit* Schweiz für die Jahre 1990 bis

2000 zeigt, dass die 748 durch *Exit* begleiteten Tode 0,2 % sämtlicher Todesfälle in der Schweiz und 4,8 % aller Selbstmorde (14759) der beobachteten Periode ausmachten. Die Dienste von *Exit* werden in 54,4 % von Frauen in Anspruch genommen, während vom Total der Suizidenten in der Schweiz Frauen nur Viertel ausmachen. Das Durchschnittsalter derjenigen, deren Freitod von *Exit* begleitet wurde, lag bei den Frauen bei 72 Jahren, bei den Männern bei 73 Jahren. Die durch *Exit* begleiteten Todesfällen nahmen im beobachteten Jahrzehnt um das Dreifache zu, wobei insgesamt die Zahl der Suizide abgenommen hat.

Der Verein *Dignitas – Würdiges Leben, würdiges Sterben* wurde 1998 vom Rechtsanwalt Ludwig Minelli gegründet. Er stellt den Sterbewilligen auf Wunsch eine Wohnung für ihre letzten Tage zur Verfügung stellt. Von den rund 1700 Mitgliedern sind die Minderheit Schweizer; über die Hälfte der Mitglieder leben im Ausland.

Im Jahre 2002 gründete der Psychiater Peter Baumann, selbst Mitglied von *Exit*, den Verein *Suizidhilfe*. Dieser Verein tritt explizit dafür ein, dass auch psychisch Kranken Freitodhilfe gewährt werden soll, wenn sie in der Lage erscheinen, eine Entscheidung von derartiger Tragweite selbst zu treffen.

5. 2. Kritik an *Exit*

Kritisch beleuchtet wurde die tatsächliche Arbeit von *Exit* in einer Dissertation von T. Schenker (23). Sie belegt, dass unter den 460 Selbstmorden in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land 43 Menschen mit *Exit* in den Freitod gingen. Bei 23 % der 43 *Exit*-Toten lagen weniger als sieben Tage zwischen dem ersten persönlichen Kontakt mit *Exit* aufgrund des „Sterbewunsches“ und der Giftgabe. Bei 9 % wurde diese Entscheidung sogar nur innerhalb eines Tages getroffen. Dies widerspricht der *Exit*-Behauptung, dass Sterbehilfeentscheidungen zwei bis drei Monate lang reiflich überlegt würden.

Nur 47 % der 43 *Exit*-Toten waren Krebskranke. Die „Sterbehelfer“ hingegen behaupten, dass 90 – 95 % aller Fälle Krebskranke seien. 1995 stieg die Zahl der *Exit*-Toten in Basel-Stadt und Basel-Land im Anschluss an den Doppelselbstmord eines prominenten Ehepaares um das Dreifache, was auf den bekannten Nachahmungseffekt bei Suiziden zurückzuführen sein wird. Die Hälfte der *Exit*-Toten waren verwitwet oder ledig und lebten allein. Es stellt sich die Frage, ob der zu unterstellenden Einsamkeit dieser Menschen nicht mit mehr Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit abgeholfen werden könnte als bessere Alternative zum Selbstmord. Sechs der 43 *Exit*-Toten hatten eine psychiatrische Behandlung in ihrer

Vorgeschichte. Zum Teil lag der letzte Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik erst wenige Wochen zurück. Der Bevölkerung hingegen macht *Exit* immer weis, Psychatriepatienten erhielten kein Gift. Mindestens 30 % der *Exit*-Toten gaben Schmerzen als Sterbewunsch an. Es ist sehr zu bezweifeln, dass bei diesen Personen alle Möglichkeiten moderner Palliativmedizin (24) genutzt wurden. Die Dissertation kommt zum Schluss: „Die Regeln für den begleiteten Suizid werden von *Exit* bestimmt und von den Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden langmütig geduldet. Die Kargheit der Ermittlungsakten und der Protokolle widerspiegeln das ebenso wie die langjährige Zurückhaltung bei der Anordnung von Obduktionen der Menschen, die sich mit *Exit* das Leben genommen haben. Zwischen objektiv festgestellter und subjektiv erlebter Krankheit der Sterbewilligen wurden x-mal Widersprüche festgestellt.“

5.3. Stellungnahme von *Exit*

Die Dissertation von T. Schenker wurde im Jahr 2001 in der Schweizer medizinischen Presse, in der Tagespresse und in der deutschen Wochenzeitschrift „Der Spiegel“ (34/2001) vielfach beschrieben und diskutiert. Dies veranlasste *Exit* zu einer Stellungnahme auf ihrer Homepage (20). Dort lesen wir: „...Es ist durchaus möglich, dass zur damaligen Zeit Freitodbegleitungen durchgeführt wurden, die zu berechtigter Kritik Anlass geben...In den vergangenen Jahren hat *Exit* ein Team von Freitodbegleiterinnen und –begleitern aufgebaut, das hohen moralischen Ansprüchen gerecht wird. Daneben sorgt ein neu konstituierter Vorstand, ein Team von Vertrauensärzten, eine Ethikkommission sowie eine Geschäftsprüfungskommission dafür, dass die Freitodbegleitung nicht nur ethisch verantwortbar ist, sondern sich auch streng an die rechtlichen Rahmenbedingungen hält.“ *Exit* hat im Jahre 2002 im sog. Solothurner Moratorium psychisch Kranke von der Sterbehilfe ausgeschlossen. Diesem Klientel bietet jetzt der Verein *Suizidhilfe* seine Dienste an.

6. Diskussion

6.1. Sterbehilfe im geschichtlichen Kontext

Das dunkelste Kapitel deutscher Medizingeschichte ist sicherlich die Zeit des Nationalsozialismus mit den kriminellen Versuchen an Häftlingen in Konzentrationslagern, der aktiven Sterbehilfe und der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, was von Alexander Mitscherlich in seinem Buch „Medizin ohne

Menschlichkeit“ beschrieben wird: Die Nazis hatten von den Sozialdarwinisten die Idee des „Gnadentodes“ übernommen. 1940 planten sie ein „Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken“. § 1 hätte die Tötung auf Verlangen, die aktive Sterbehilfe, legalisieren sollen, § 2 die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. § 1 des Entwurfes, der jedoch nie Gesetz wurde – die Nazis töteten unbeeindruckt davon ohne gesetzliche Grundlage – hätte lauten sollen: *„Wer an einer unheilbaren, sich oder andere stark belästigenden oder sicher zum Tode führenden Krankheit leidet, kann auf sein ausdrückliches Verlangen mit Genehmigung eines besonderen Arztes Sterbehilfe durch einen Arzt erlangen“* (25).

Vor diesem Hintergrund erscheint die seit 1999 in den Niederlanden geübte Euthanasie-Praxis scheinbar ähnlich. Dabei muss allerdings ein wesentlicher Unterschied festgestellt werden: Die Nazis haben nicht nur ohne den erklärten Willen von Betroffenen, sondern sogar gegen den Willen der Betroffenen getötet. Wenn in den Niederlanden ein Arzt einen Kranken, der ohne Aussicht auf Besserung unerträglich leidet, bei dem keine anderen medizinischen Möglichkeiten mehr bestehen und der vollständig informiert ist, auf dessen wohlüberlegtes, freiwilliges und dauerhaftes Verlangen tötet, bleibt er straffrei.

Vergleichbar ist die Situation in Nazi-Deutschland und die Praxis in den Niederlanden insofern, als sie einen Arzt zur Tötung privilegieren. Noch weiter geht der Vorschlag der Arbeitsgruppe Sterbehilfe zu Händen des Schweizer Nationalrats von 1999, in dem er jedermann dazu berechtigen will:

„Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.“

Die erdrutschartigen Folgen der Aufhebung des Tötungsverbotes im Nationalsozialismus sind hinlänglich bekannt: Massenvernichtung in der Gaskammer von „lebensunwertem Leben“ auch von psychisch Kranken. Nach dem Krieg stand die Welt fassungslos vor den Greueln. Im Falle der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Schweiz wäre die Gefahr für den Missbrauch, der bereits heute im Falle der *Exit*-Praxis durch Nachlässigkeit bereits geschehen ist, wesentlich verstärkt gegeben.

Das Problem der aktiven Sterbehilfe muss gründlich und umfassend beurteilt werden. Dazu gehört neben einer Analyse der politischen Vorgänge auch die sorgfältige

Abwägung der staatsrechtlichen, juristischen, medizinischen, psychologischen, soziologischen, ethischen und religiösen Aspekte sowie der historischen Bezüge.

Der Schweizer Parlamentarier Ruffy und die Arbeitsgruppe Sterbehilfe wollen das holländische Modell in der Schweiz einführen. Die Niederlande sind ein gutes Beispiel dafür, was die Lockerung des Tötungsverbot im Staate nach sich zieht. Der Remmeling-Report von 1990 (26) zählt für den Zeitraum eines Jahres über 19.000 Todesfälle in den Niederlanden (129.000 Gesamtsterblichkeit im selben Jahr), bei denen der Arzt implizit oder explizit den Vorsatz hatte, seinen Patienten zu töten – bei der überwiegenden Mehrheit aller Fälle ohne Verlangen des Patienten. 1995 sind es fast 26.000 Todesfälle dieser Art.

Das Wissen um die verbrecherische Sterbehilfepraxis im nationalsozialistischen Deutschland sollte sehr wachsam sein lassen, um Fehlentwicklungen und Missbrauch geltenden Rechts wie z. B. aktuell in den Niederlanden als warnendes Beispiel klar zu sehen.

6.2. Religion und Staat

Während die islamische Welt im Aufruhr ist und starke Strömungen hin zu einer Aufhebung der Trennung von Religion und Staat mit der Einführung der traditionellen *Scharia* zu sehen sind, ist im Westen eine klare Trennung von Staat und Religion die Regel. Während alle Weltreligionen den Selbstmord und die aktive Sterbehilfe ablehnen, öffnen Rechtssysteme in vielen Staaten die Tür für immer mehr individuelle Entscheidungskriterien. Für das geltende Recht in Deutschland gibt es gute Literatur, mit dem jedermann die Möglichkeiten von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht und Organspende aufgezeigt werden (27). Die Patientenerklärung wird dabei als eine vorsorgliche schriftliche Erklärung verstanden, durch die ein einwilligungsfähiger Mensch zum Ausdruck bringt, dass er in bestimmten Krankheitssituationen wie z. B. Beatmungspflichtigkeit oder Hirntod keine Behandlung

mehr wünscht, wenn diese letztlich nur dazu dient, sein ohnehin bald zu Ende gehendes Leben künstlich zu verlängern. Damit wird dem betreuenden Arzt z. B. indirekte aktive Sterbehilfe durch Unterlassung möglicher lebensverlängernder Massnahme oder die volle Ausschöpfung der Palliativmedizin, auch wenn diese als Nebenwirkung z. B. einer maximalen Schmerztherapie lebensverkürzend sein sollte, ermöglicht.

Seit der Aufklärung sehen wir im Westen mehr und mehr die Trennung von Staat und Religion, die Säkularisierung. Wo klare Richtlinien der Religion nicht mehr verbindlich sind, nicht mehr mehrheitsfähig, vielleicht unter den schätzungsweise 30 % Agnostikern in den westlichen Industrienationen gar nicht mehr bekannt sind, fällt der Einzelne auf sich selbst zurück. Er/sie muss sich selbst besinnen, seine Position auf dem Boden seines Weltbildes und seiner Ethik, nicht auf dem Boden einer moralischen Theologie finden, formulieren und danach leben und entscheiden. Es ist Aufgabe jedes einzelnen Arztes und jeder einzelnen Ärztin, die ethische Entscheidung über Sterbebegleitung und Sterbehilfe in jedem Einzelfall neu nach dem erklärten oder vermuteten Willen, auf dem Boden der im jeweiligen Staat geltenden Rechtslage und vor allem der eigenen ethisch-moralischen Grundlage ärztlichen Handelns zu fällen.

6.3. Lösungswege hin zur bewussten Akzeptanz des natürlichen Todes

Im folgenden möchte ich drei Lösungsmöglichkeiten kurz beschreiben, die als Alternative zum Konsumwunsch eines raschen, schmerzfreien Todes nach eigenem Gutdünken darstellen könnten.

6.3.1. Bildungsförderung

Viele Menschen scheinen in der westlichen Industrie- und Informationsgesellschaft, die oftmals Religion durch Konsum ersetzt hat, mit Antworten nach dem eigenen Menschen- und Weltbild, der Sinnfindung ihres Lebens überfordert. Die Europäische Union fördert Projekte der Bildung für ältere Menschen, in denen auch Theologie, Philosophie, Spiritualität und Thanatologie thematisiert werden. Sterbebegleitung, Umgang mit Sterbenden, philosophische Aspekte des Todes, auch die Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit, Nahtoderlebnisse und ihre wissenschaftliche Erforschung, Jenseitsvorstellungen in den Religionen, in spirituellen Gruppen und Sekten, können Themen derartiger Kurse für ältere Menschen sein, die diese auch auf den eigenen Tod vorbereiten.

6.3.2. Philosophische Beratung

Ein neuer Berufszweig philosophischer Berater ist entstanden, der sich auch Fragen der Thanatologie annimmt (28). Dabei geht die philosophische Beratung davon aus, dass jeder Mensch eine individuelle „Weltsicht“ oder „Alltagsphilosophie“ hat, die ein komplexes System von „Theorien“ (über Mensch, Welt und Gott) darstellt. Diese

Theorien entwickeln sich durch Verallgemeinerung eigener Erfahrungen („Lebenspraxis“) sowie aus Konzepten, die von anderen Menschen (Eltern, Lehrern, Freunden) oder aus Büchern übernommen wurden. Meist stehen günstige Konzepte unmittelbar neben eher ungünstigen, die unsere tatsächliche Erfahrung schlecht repräsentieren, konstruktive Zielsetzungen verhindern und deshalb in vielfacher Hinsicht negative Auswirkungen haben können. Damit umzugehen, die eigene Weltsicht zu überprüfen, gegebenenfalls zu verändern und neue Perspektiven zu entwickeln, wird als die Aufgabe philosophischer Beratung angesehen.

6.3.3. Hospiz-Haltung

Ein Maximum an individueller Betreuung des Sterbenden, aber auch seiner Angehörigen, kann die Hospiz-Haltung (29) leisten. Oft ist das Scheitern der Schmerztherapie, von den Befürwortern des „Freitodes“ oder der aktiven Sterbehilfe als härtestes Argument gebraucht, dadurch begründet, dass nur eine medikamentöse Schmerztherapie angeboten wird.

Die Arbeitsweise in einem Hospiz hingegen ist durch die Grundannahme der Mehrdimensionalität menschlichen Seins geprägt, nämlich der physischen, sozialen, psychischen und spirituellen Ebene. Im Prozess des Sterbens ist jede dieser vier Dimensionen wichtig und muss beachtet werden, will man den Bedürfnissen des Sterbenden gerecht werden. Defizite können sich im Symptom „Schmerz“ niederschlagen. Ist körperlicher Schmerz mit den Gefühlen des Ausgeliefertseins, der Isolation und der Ungewissheit, was wohl nach dem eigenen Tod zurückbleibt oder kommen wird, verbunden, dann ist in der Tat eine rein medikamentöse Therapie nicht ausreichend. Die Hospiz-Bewegung beantwortet diesen Bedarf durch vereinte Anstrengungen eines interdisziplinären Teams, dem Pflegekräfte, Mediziner, Sozialarbeiter und Seelsorger angehören. Die Betreuung kann ambulant unter Nutzung des häuslichen Umfeldes oder in einem Alters- oder Pflegeheim erfolgen, oder aber in einem stationären Hospiz.

Die Beseitigung des *physischen Schmerzes* ist sicher die Voraussetzung für die Minderung der Leiden des Sterbenden. Das Lösen des körperlichen Schmerzes öffnet die Tür für die Auseinandersetzung auf anderen Ebenen.

Der *soziale Schmerz* schliesst die Fragen nach dem Wohl der Hinterbleibenden ein. Die Klärung der Versorgungslage und das Abschiednehmen sind wichtig. Für viele Sterbende ist es gut und wichtig, zu Hause zu sterben und von ihren engsten und liebsten Bezugspersonen umgeben zu sein. Andere wollen dies gerade nicht, wollen

ihren Angehörigen nicht zur Last werden. Entscheidend ist für den Sterbenden aber immer, nicht im Sterben allein gelassen zu werden. In diesen Kontext fällt auch der im englischsprachigen Raum gebräuliche Begriff der „staffpain“. Dieser „Mitarbeiterschmerz“ entsteht in pflegenden Einrichtungen dann, wenn die Funktionspflege der Bezugspflege vorgezogen wird, keine Kontinuität und menschliche Zuwendung besteht

Der *psychische Schmerz* ist im wesentlichen durch die Erkenntnis der Endlichkeit der jetzigen Existenz geknüpft. Selbst wenn man Vorstellungen und Überzeugungen von einer weiteren Existenz nach dem irdischen Tod hat, ist doch klar, dass nichts und niemand aus dem jetzigen Leben mitgenommen werden kann, dass alles zurückbleibt.

Es ist dann gut, mit der Hilfe anderer letzte Dinge erledigen zu können, ggfls. zu versuchen, noch Konflikte zu lösen, sich in Ruhe und in Harmonie zu verabschieden.

Der *spirituelle Schmerz* ist nicht auf eine bestimmte Religion bezogen, sondern trifft auch Menschen, die sich keiner Religion verbunden fühlen. Darunter wird die Frage nach dem Sinn des gelebten Lebens, des Leidens im Verfall der körperlichen Endlichkeit und des Sterbens verstanden. Fast alle Sterbenden haben Fragen nach dem Woher und Wohin.

6.4. Aktuelle Initiativen im Kanton Graubünden

Wie unter 3.4. beschrieben, ist von der Exekutive und Legislative im Kanton Graubünden keine Änderung des status quo geplant. Die Diskussion und die Entscheidung in jedem einzelnen Fall soll das Individuum leisten oder – wo kein erklärter Wille des Einzelnen mehr zu eruieren ist, die Einrichtung, welche für den Sterbenden Sorge trägt wie z. B. ein Pflegeheim.

Ambulante Sterbebegleitung aus der Motivation der christlichen Nächstenliebe wird durch einen 1. 3. 2000 gegründeten Verein geleistet, dem Schwester Agnes Brogli aus dem Kloster in Cazis vorsteht. Als politische Motion wurden Umfragebögen an alle Haushalte der Bündner Herrschaft gesandt, um die Bedürfnisse der Bevölkerung hinsichtlich betreuten Wohnes für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger festzustellen. Es zeigte sich ein grosser Bedarf auch an ambulanten und stationären Kapazitäten für eine Sterbebegleitung. Der „Grosse Rat“ als Legislative des Kantons in Chur wird damit wieder befasst werden.

Der Bündner Ärzteverein hat eine Arbeitsgruppe Sterbehilfe gegründet, die für die Herbstversammlung am 28. 9. 2002 ein Arbeitspapier erarbeitet hat. Mitglieder dieser

Kommission waren (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. med. Peter Forrer, Dr. med. Hans-Ueli Fuchs, Dr. med. Fritz Hasler, Dr. med. Raimund Klesse (Vorsitz), Dr. med. Walter Lutz, Dr. med. Josias Mattli, Dr. med. Mario Pajarola, Dr. med. Andreas Schapowal, Dr. med. Rudolf Ursprung und Dr. iur. Carlo Portner. Die Schlussfolgerungen wurden an der Jahresversammlung im Sinne einer Resolution der Bündner Ärzteschaft einstimmig gebilligt:

- **Wir vermeiden den Begriff „Sterbehilfe“ wo immer möglich.**
- **Wir leisten keine direkte aktive Sterbehilfe.**
- **Wir sind der Palliativmedizin verpflichtet.**
- **Verleitung und Beihilfe zum Suizid ist für uns tabu.**
- **Aufgabe aller Behandelnden und Pflegenden ist eine Begleitung des Lebens bis zum Ende, also auch eine würdige Sterbebegleitung.**

Ein Ziel weiterer Bemühungen könnte die Gründung eines von der Ärzteschaft getragenen Hospizes im unter 6.3. beschriebenen Sinn sein. Sehr wichtig wird auch die Fortbildung im besonderen der Hausärzte in bestmöglicher Palliativmedizin sein. Es wird notwendig sein, das Gespräch mit den römisch-katholischen und evangelischen Seelsorgen zu suchen, um gemeinsam im Interesse der Sterbenden zu handeln. Das zu gründende Hospiz soll möglichst nicht an eine bestimmte Religion gebunden sein. Es soll vielmehr auch Menschen offen stehen, die sich nicht mehr einer Kirche angehören oder sich nicht mehr einer Religion verbunden fühlen oder dies nie waren. Eine enge Zusammenarbeit mit den sozial Betreuenden und Pflegenden auf Gemeindeebene soll die Aktivitäten auf breitest möglicher Basis abstützen.

Die Existenz der Schweizer Sterbehilfeorganisationen erübrigt aus meiner Sicht de facto die Diskussion, ob Ärzte dem Leben ihnen anvertrauter Patienten aktiv ein Ende bereiten sollen oder nicht. Wer dies wünscht, kann dies für sich autonom als richtig entscheiden, so „Überbehandlung“, vermeintlichem oder tatsächlichen ärztlichen „Paternalismus“ vorbeugen und der „Apparatemedizin“ entkommen. Es steht in der Schweiz jedem frei, die vorhandenen Angebote rascher Sterbehilfe zu nutzen. Ist es der erklärte Wunsch des Individuums, Sterbehilfe nutzen zu wollen, kann Freitodhilfe nicht mit dem Missbrauch der Euthanasie in Zusammenhang gebracht werden. Entscheidend bleibt hingegen die Prüfung der Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen und die Wahrscheinlichkeit der Endgültigkeit ihrer Entscheidung.

Meiner Meinung nach ist es die Aufgabe der Ärzteschaft, das Leben bis zum natürlichen Tod zu schützen und die dabei die grössten Anstrengungen zu unternehmen, dass der Prozess des Sterbens in Würde ablaufen kann und mit so wenig Schmerzen jeglicher Art wie nur irgendwie möglich verbunden ist. In diesem Sinne bejahe ich die Frage nach dem Recht jedes Einzelnen auf optimale Betreuung im Sterben, hingegen nicht auf aktive Sterbehilfe und schon gar nicht durch aktives ärztliches Handeln im Sinne der Tötung auf Verlangen. Entschieden müssen nicht nur Schmerzen bekämpft werden, sondern auch Einsamkeit und Isolation am Lebensende. Antworten auf Fragen nach dem Sinn des Lebens im allgemeinen zu finden, ist sicherlich eine gesellschaftliche Herausforderung; im konkreten Einzelfall des Leidenden und Sterben Wollenden Antworten zu finden, erscheint auch als ärztliche Aufgabe.

Aus meiner Sicht darf es weder in unseren reichen Industrienationen, noch in der zweiten und dritten Welt eine Pflicht zu sterben aus finanziellen bzw. bevölkerungspolitischen Gründen geben. Vielmehr sollten wir in den reichen Industrienationen in Wohlstand Lebenden fragen, warum wir nicht teilen und unseren Mitmenschen in den armen Ländern dieser Welt ein Leben in Würde ermöglichen. Wie stirbt denn die Mehrheit der rund 160.000 Menschen täglich? Mehrheitlich wird in Armut gestorben, vielfach alleingelassen, in Verzweiflung, durch Seuchen wie Tuberkulose, Malaria oder AIDS, nicht zuletzt durch Hunger, Naturkatastrophen, Krieg wie z. Zt. wieder in Afghanistan und im Irak. Über Sterbehilfe diskutieren heisst für mich auch, die eigene Situation in der Schweiz in dieser Hinsicht zu relativieren, nicht nur dankbar zu sein, dass es uns relativ gut geht, sondern zum Teilen zu motivieren und Entwicklungshilfe zu leisten.

In jedem Einzelfall muss der Wunsch zum Freitod Ernst genommen werden. Hat der Einzelne die Chance, Menschen zu treffen, die uneigennützig, aus Nächstenliebe und Mitgefühl helfen wollen, zuhören, mit ihm diskutieren und mögliche Alternativen zusammen mit ihm versuchen zu erarbeiten, ist dies die beste Prophylaxe vor dem Freitod, der ultima ratio bleiben und nicht einklagbares Menschenrecht werden sollte.

7. Literatur

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten (1995)
2. Europäisches Parlament: Entschliessung zur Achtung der Menschenrechte in der Europäischen Union (1997), angenommen 1998, veröffentlicht in Drucksache 19/99, Deutscher Bundestag.
3. Li Wi-xiong: Family planning in China. In A. Schapowal: Medizin und Ethik. Ethik Med 10, Suppl 1: 26 – 33 (1998)
4. Human Rights Watch: Death by Default. Januar 1996
5. Hendin et al.: Physician-assisted suicide and euthanasia in the Netherlands. JAMA 277/21 (June 4, 1997)
6. Von der Maas P.J., van Delden J.J.M., Pijnenborg L.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Elsevier, Amsterdam (1992)
7. Y. Nordmann: Zwischen Leben und Tod – Aspekte der jüdischen Medizinethik. Verlag Peter Lang, Bern (1999)
8. Geshe Rabten: Schatz des Dharma. Edition Rabten, Mont Pèlerin (1997)
9. Gonsar Rinpoche: Medical ethics in Buddhism. In: A. Schapowal: Medizin und Ethik. Ethik in der Medizin 10/Suppl. 1: 116 – 121, Springer Verlag, Heidelberg (1998)
10. Schönborn, Ch., A. Görres, R. Spaemann: Zur kirchlichen Erbsündenlehre. Johannes Einsiedeln, Freiburg (1991)
11. R. Guardini: Welt und Person. Grünewald/Schöningh, Mainz, S. 109 – 160 (1988)
12. R. Guardini: Das Ende der Neuzeit. Grünewald/Schöningh, Mainz (1986)
13. F. Nager: Der Arzt angesichts Sterben und Tod. In: A. Schapowal: Ethik in der Medizin 10/Suppl. 1: S. 14 – 25 (1998)
14. Kongregation für die Glaubenslehre: Erklärung zur Euthanasie. Vatikanstadt (1980)
15. Ignatius von Antiochien: Brief an die Römer 6, 2.
16. Papst Johannes Paul II.: Enzyklika Evangelium vitae Nr. 46, 64 – 67 (1995)
17. Kongregation für die Glaubenslehre: Schreiben über einige Aspekte der christlichen Meditation. Vatikanstadt (1989)
18. E. Stein: Das Kreuz wie eine Krone tragen. Benziger Verlag, Zürich (1997)

19. A. Rahman, c. Amine, A. Elkadi: Islamic Code of Medical Professional Ethics. First International Conference on Islamic Medicine. Kuwait Ministry of Health, Kuwait (1981)
20. siehe Homepage von EXIT: www.exit.ch
21. R. H. Wettstein: Leben- und Sterbenkönnen: Gedanken zur Sterbebegleitung und zur Selbstbestimmung der Person. Verlag Peter Lang, Bern (1995)
22. R. H. Wettstein: Sterben zur rechten Zeit. Oesch, Zürich (1999)
23. T. A. Schenker: Exit Suizide in Basel. Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität zu Basel (1999)
24. C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz: Leitfaden Palliativmedizin. Urban & Fischer, München (2000)
25. A. Mitscherlich, F. Mielke (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit. Heidelberg (1949)
26. P. J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Elsevier, Amsterdam (1992)
27. T. Klie, J.-C. Student: Die Patientenverfügung. Herder, Freiburg (2001)
28. E. Rutschmann: Philosophische Beratung. Kohlhammer, Stuttgart (1999)
29. W. Weiss: Im Sterben nicht allein: Hospiz, ein Handbuch für Angehörige und Gemeinden. Wichern, Berlin (1999)