

Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung*

Vortrag von

Willem Jacobus Eijk, Erzbischof von Utrecht

auf dem JuraHealth Congress in Berlin am 14. Mai 2009

Obwohl es schon in den siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts in England Bestrebungen gegeben hatte,¹ Sterbehilfe einzuführen und zu legalisieren, begann in den Niederlanden die derzeitige Euthanasie-Diskussion erst im Jahre 1969. Angestoßen wurde sie von dem Leidener Universitätsprofessor Jan Hendrik van den Berg mit der Veröffentlichung seines Buches „Medizinische Macht und medizinische Ethik“². Anfangs gab es zahlreiche Proteste. Doch bald danach war Sterbehilfe trotz ihrer Gesetzeswidrigkeit in der niederländischen medizinischen Praxis weithin akzeptiert. Im Zuge dieser Entwicklung erfuhr der Begriff Euthanasie einen besonderen Bedeutungszuwachs, nämlich im Sinne von „Beendigung des Lebens durch einen Arzt auf Wunsch des Patienten“.

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern betrachtet man in den Niederlanden Euthanasie stets als freiwillig:³ Sie wird definiert als Verabreichung von Arzneimitteln durch einen

* Übersetzt von Angelika Zierer-Kuhnle, Berlin.

¹ Vgl. Samuel D. Williams: *Euthanasia*. Essays of the Birmingham Liberal Club. Birmingham, 1870; Lionel A. Tollemache: „The cure for incurables“, in: *Fortnightly Review*, 13 (1873), S. 218–230 (wiederveröffentlicht in: L.A. Tollemache: *Stones of Stumbling*. London: William Rice, 1895, S. 1–31). Vgl. auch Willem Jacobus Eijk: *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een Rooms-Katholiek standpunt inzake euthanasie* [Der selbst gewählte Tod aufgrund einer tödlichen und unheilbaren Krankheit. Die medizinisch-historische und medizinisch-ethische Forschung zur Sterbehilfe aus römisch-katholischer Sicht]. Brügge: Tabor, 1987, S. 233–239.

² Jan Hendrik van den Berg: *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: G.G. Callenbach, 1969.

³ Zur historischen Entwicklung des Begriffs Euthanasie im 19. Jahrhundert zum modernen Bedeutungsgehalt vgl. Willem Jacobus Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding ...*, op. cit., S. 231–233; ferner: Willem

Arzt mit dem ausdrücklichen Ziel, das Leben des Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch zu beenden. Bei einem medizinisch unterstützten Suizid handelt es sich um eine Situation, in der sich ein Patient selbst die todbringenden Mittel verabreicht, die ihm hierzu von einem Arzt zur Verfügung gestellt wurden mit der eindeutigen Absicht, es dem Patienten zu ermöglichen, sein Leben zu beenden. Falls kein solcher Wunsch des Patienten vorliegt, beispielsweise wenn es um ein schwerbehindertes Neugeborenes geht, spricht man schlicht von der Beendigung des Lebens ohne ein entsprechendes Ersuchen der betreffenden Person.

Niederländische und belgische Gesetzgebung zur Beendigung des Lebens auf Verlangen durch Ärzte

Am 1. April 2002 trat in den Niederlanden das Gesetz zur Sterbehilfe in Kraft: *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung].⁴ Bemerkenswert ist, dass der Begriff „Euthanasie“ weder im Titel noch im Text des Gesetzes auftaucht. Es beinhaltet nicht die Legalisierung der Sterbehilfe oder der Beihilfe zur Selbsttötung. Solche Handlungen bleiben zwar nach wie vor Straftaten, sind aber dann nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt durchgeführt werden, der gemäß Art. 2 dieses Gesetzes die Sorgfaltspflichten erfüllt (Niederländisches Strafgesetzbuch, Art. 293). Eine der dort erwähnten Bedingungen – auf die ich weiter unten zurückkommen werde – ist, dass der Arzt überzeugt sein muss, dass das Leiden des Patienten keine Hoffnung zulässt und für ihn nicht länger zu ertragen ist.

Eine wichtige Voraussetzung ist, dass der Arzt, der Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, eine der fünf Regionalen Kontrollkommissionen zur Sterbehilfe davon in Kenntnis setzt (*Wet op de lijkbezorging* [Bestattungsgesetz], Art. 7,2 und 10). Wenn das Gremium zu dem Ergebnis gelangt, dass der Arzt alle Sorgfaltskriterien eingehalten hat, wird er nicht strafrechtlich verfolgt.

Belgien, wo die Diskussion über die Legalisierung der Sterbehilfe in 1990er Jahren begonnen hatte, überholte die Niederlande quasi „von links“: Dort trat nur ein halbes Jahr später als in den Niederlanden, am 30. September 2002, ein Gesetz zur Sterbehilfe

Jacobus Eijk: „Eutanasia: Terminologia e prassi clinica“ [Sterbehilfe: Terminologie und klinische Praxis]. In: *Rivista Teologica di Lugano*, 2 (1997), S. 221–243.

⁴ Veröffentlicht in „Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden“, Nr. 194/2001.

in Kraft (*Wet betreffende de euthanasie*⁵), das zwar die Sterbehilfe legalisierte, aber nicht die medizinisch unterstützte Beihilfe zur Selbsttötung.⁶ Das heißt, dass eine von einem Arzt geleistete Sterbehilfe dann nicht mehr als Straftat gilt, wenn er dabei eine Reihe von Bedingungen beachtet hat. In medizinischer Hinsicht besagen diese Voraussetzungen, dass sich der Arzt davon überzeugt, dass sich der Patient in einem medizinisch gesehen hoffnungslosen Zustand aufgrund unerträglichen physischen und psychischen Leidens befindet, das nicht gelindert werden kann und das die Folge einer schwerwiegenden und unheilbaren Erkrankung ist, welche durch Unfall oder Krankheit verursacht wurde (Art. 3, § 1, 3. Spiegelstrich). Es ist bemerkenswert, dass das belgische Sterbehilfegesetz ausdrücklich Sterbehilfe auch aufgrund psychischen Leidens erlaubt.

Abgesehen von den erwähnten Unterschieden haben sowohl das belgische als auch das niederländische Gesetz denselben Ausgangspunkt, nämlich dass ein Mensch ein gewisses Maß an Autonomie bezüglich seines eigenen Lebens besitzt – mit anderen Worten: das Recht, über sein Leben und Sterben selbst zu bestimmen, und dass er deshalb einen Arzt bitten darf, sein Leben zu beenden (bzw. – nach niederländischem Gesetz – ihm dabei zu helfen). Ein Einwand, der häufig gegen das betreffende niederländische Gesetz erhoben wird, lautet, dass es nicht dem Rechtsanspruch auf persönliche Selbstbestimmung hinsichtlich Leben und Tod nachkomme. Diese Autonomie werde zu sehr eingeschränkt, weil eine Person, die ihr Leben selbst beenden bzw. abbrechen lassen möchte, von der Kooperationsbereitschaft des Arztes abhängig ist. Außerdem betrachten manche Leute die Bedingungen für eine gesetzmäßige Beendigung des Lebens auf Verlangen als zu restriktiv.

Zunächst kann man sich fragen, ob Menschen, die in Erwägung ziehen, ihr Leben selbst zu beenden oder abbrechen zu lassen, wirklich autonom sind. Die meisten haben Angst vor Schmerzen, dem Verfall des Körpers, vor anderen Komplikationen und psychischem Stress. Angst und Stress können die Unabhängigkeit und Klarheit des Denkens

⁵ Veröffentlicht in „Belgisch Staatsblad“ vom 22. Juni 2002.

⁶ Vgl. F. Judo: „Het wetgevend kader inzake euthanasie in België en Nederland: een korte verkenning“ [Der rechtliche Rahmen zur Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden: Ein kurze Untersuchung], in: W.J. Eijk, R. Stockman & J.A. Raymakers (Hrsg.): *Kwaliteit van leven in christelijk perspectief* [Qualität des Lebens in christlicher Perspektive]. Gent: Proceedings International Institute Canon Triest, 2007, S. 33–49.

beeinflussen. Dies sind Faktoren, die die Eigenverantwortung beeinträchtigen.⁷ Es stellt sich daher die Frage, ob es beim selbst gewählten Tod wirklich um Selbstbestimmung geht. Die betreffende Person ist Teil eines sozio-kulturellen Umfelds, das Sterbehilfe und medizinisch unterstützten Selbsttötung immer mehr akzeptiert, zumindest in Westeuropa. Die unmittelbare Umgebung übt einen direkten Einfluss aus. Jemanden leiden zu sehen ist nicht selten viel schwieriger, als selbst zu leiden. Die Familie – unfähig, mit dem Leiden eines geliebten Menschen umzugehen – kann dies merken lassen, wenn auch unbewusst durch nonverbales Verhalten. Der Wunsch nach Sterbehilfe wird häufig zuerst vom Umfeld und nicht von der betroffenen Person geäußert. Auch kommt es vor, dass der Arzt die Initiative ergreift, indem er Sterbehilfe vorschlägt.

Menschliches Leben: ein intrinsischer oder extrinsischer Wert?

Wesentlich grundsätzlicher ist die Frage, in welchem Umfang ein Mensch über sein Leben eigenverantwortlich verfügen darf.

Die gegenwärtige westliche säkulare Bioethik begründet ihre Anerkennung der menschlichen Verfügungsmacht über Leben und Tod mit ihrem fundamentalen Menschenbild, der sogenannten „Identitätstheorie“ (Identity Theory of Mind)⁸, die in Australien entstand und mittlerweile in anglo-amerikanischen Ländern und derzeit unter vielen Ärzten weit verbreitet ist. Diese Theorie identifiziert die Menschliche Person durch das, was spezifisch für ihn ist: sein rationales Bewusstsein, das Zentrum seiner Autonomie. Das Bewusstsein, ein komplizierter physiologisch-elektrischer Entladungsprozess in den höheren Hirnzellen und der Großhirnrinde, mache den Menschen als solchen aus. Dabei wird der menschliche Körper – im Grunde identisch mit dem aller Säugetiere und daher die Menschheit nicht besonders auszeichnend – als etwas nebensätzliches betrachtet. Entsprechend dieser Sichtweise vom Menschen – faktisch eine moderne materialistische Version des cartesianischen Dualismus – steht das

⁷ Vgl. *Evangelium vitae*: An die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Enzyklika des Papstes Johannes Paul II. vom 25. März 1995. Vatikanstadt: Libreria Editrice Vaticana, Kap. III, Nr. 66.

⁸ Vgl. hierzu Ullin T. Place: „Is consciousness a brain process?“, in: *British Journal of Psychology*, 47 (1956), S. 44–50; John J. Smart: „Sensations and brain processes“, in: *The Philosophical Review*, 68 (1959), S. 141–156; David M. Armstrong: *A Materialist Theory of the Mind*. London: Routledge Armstrong, 1968. Es gibt es einige materialistische „Theories of Mind“; vgl. für eine Klassifizierung Armstrong, op. cit., S. 5–14. Die Identitätstheorie ist eine zentrale Position der „Theory of Mind“ (ebd., S. 11).

Bewusstsein, also der Mensch als Subjekt, dem Körper als Objekt gegenüber. Der Körper als nicht essentiell für das, was den Menschen ausmacht, ist auch nicht beteiligt an dessen Würde als ein Gut an sich. Daher hat er nur einen extrinsischen, instrumentellen Wert, d.h. den Wert, den ihm das Bewusstsein zubilligt. Diese Sichtweise vom Menschen erlaubt ein hohes Maß an Autonomie hinsichtlich der Verfügung über sein physisches Leben: Wenn es in seinen Augen an Wert verloren hat und zu einer nicht länger (er)tragbaren Last aufgrund schwersten Leidens geworden ist, darf der Mensch auf sein physisches Leben verzichten.

Es bleibt allerdings die Frage, ob der Körper nur einen extrinsischen Wert darstellt. Einerseits muss dem Menschen eine spirituelle Dimension innewohnen: Menschliches Denken vollzieht sich durch abstrakte Begriffe, die über materielle Grenzen hinausgehen. Und menschliche Freiheit kann nicht allein durch biochemische elektrophysische Prozesse erklärt werden, zumal Letztere von physischen Naturgesetzen bestimmt werden und daher einem vorgegebenen Muster folgen müssen. Dies impliziert eine gewisse Dualität im Menschen. Andererseits erfahren wir unser Leben als Einheit und nicht als eine Dualität, also Seele, Geist bzw. Bewusstsein auf der einen Seite und Körper auf der anderen. Bewusstsein ist undenkbar ohne die sinnliche Erfahrung des Umfelds und des eigenen Körpers. Der abstrakte Begriff von der Vernunft speist sich letztendlich aus der Wahrnehmung von Dingen, die man sinnlich erfahren hat.

Der Mensch ist, philosophisch ausgedrückt, eine Einheit von Geist und Materie. Am besten beschreibt dies das aristotelische-thomistische Menschenbild, demzufolge die grundsätzliche Form des Menschen der Geist ist, der den „Urstoff“ (materia prima) in den menschlichen Körper einbringt.⁹ Das wiederum bedeutet, dass der Körper eine intrinsische Dimension des Menschen darstellt und somit – weil er diesen intrinsischen Wert mit dem Menschen gemeinsam hat – selbst auch ein intrinsischer Wert ist. Physisches Leben, das stets mehr als ein rein instrumenteller Wert ist, kann deshalb nicht einfach so geopfert werden, um von Leiden zu befreien. Folglich besitzt der Mensch nicht das Recht, über sein eigenes Leben zu verfügen. Er hat höchstens das eingeschränkte Recht, über Teile seines Körpers zu bestimmen: Beispielsweise können Organe, die von bösartigen Tumoren befallen sind, operativ entfernt werden, um sein Leben zu retten.

⁹ Vgl. Willem Jacobus Eijk: „The actuality of Aquina’s view on the ‘Mind-Body’ problem in Ethics“, in: Jörgen Vijgen (Hrsg.): *Indubitanter ad Veritatem. Studies Offered to Leo J. Elders SVD in Honour of the Golden Jubilee of his Ordination to the Priesthood*. Budel: Damon, 2003, S. 151–158.

Dieser Sichtweise wird durch das christliche Denkbild Nachdruck verliehen, nämlich dass der Mensch nach dem Bilde Gottes geschaffen wurde (Gen. 1,26-27). Die Heilige Schrift lässt keinen Dualismus zu: Dass der Mensch nach dem Bilde Gottes geschaffen wurde, bezieht sich auf den Menschen im Ganzen, also sowohl körperlich als auch geistig. Gott selbst und die, die nach Seinem Bildnis geschaffen wurde, sind niemals Objekte mit lediglich instrumentellem Wert:

„Gott erklärt sich zum absoluten Herrn über das Leben des nach seinem Bild und Gleichnis gestalteten Menschen (vgl. Gen 1, 26–28). Das menschliche Leben weist somit einen heiligmäßigen und unverletzlichen Charakter auf, in dem sich die Unantastbarkeit des Schöpfers selber widerspiegelt.“ (*Evangelium vitae*, Nr. 53; vgl. auch Nr. 39)

Das Leben, das Gott dem Menschen gibt, ist trotz der Beeinträchtigung durch Erkrankungen und Behinderungen

„in der Welt Offenbarung Gottes, Zeichen seiner Gegenwart, Spur seiner Herrlichkeit (vgl. Gen 1, 26-27; Ps 8, 6)“ (*Evangelium vitae*, Nr. 34).

In Gen. 9, 4-6 dient die Tatsache, dass der Mensch nach dem Bilde Gottes geschaffen wurde, als Argument dafür, warum der Mensch kein Recht hat, über sein eigenes Leben oder das eines anderen zu verfügen.

Im Rahmen der Diskussion um den selbst gewählten Tod, sei es in Form von Sterbehilfe oder Suizid, wird häufig argumentiert, dass die menschliche Freiheit ein höheres Gut als das menschliche Leben sei. Dies würde bedeuten, dass der Mensch auf jeden Fall das Recht hat, über sein eigenes Leben und Sterben zu entscheiden. Allerdings stellt menschliches Leben – abgesehen davon, dass es ein intrinsischer Wert ist – auch einen fundamentalen Wert in Bezug auf die menschliche Freiheit dar. Freiheit darf richtigerweise als das höchste menschliche Gut gelten, aber sie kann nicht ohne Leben verwirklicht werden. Ein Mensch, der beschließt, sein Leben zu beenden bzw. abbrechen zu lassen, beraubt sich des fundamentalen Werts des Lebens – und dadurch auch seiner Freiheit. Obwohl der selbst gewählte Tod manchmal als die ultimative Form der Selbstbestimmung betrachtet wird, bedeutet er eigentlich die Zerstörung der Selbstbestimmung.

Bisher haben wir uns mit der Beendigung des Lebens aus der Perspektive jener Menschen beschäftigt, die darum ersuchen. Doch die Position der Ärzte verdient ebenfalls unsere Aufmerksamkeit. Ausgehend davon, dass Liebe die alleinige Grundhaltung gegenüber einem (Mit-)Menschen ist, fragen sich manche, ob in solchen Fällen, in denen es keine Heilung mehr gibt und das Leiden unerträglich ist, es nicht einen Akt der Liebe oder des Mitleids seitens des Arztes darstellt, der Bitte des Patienten nachzukommen, sein Leben zu beenden. Im Englischen gibt es dafür den Begriff „mercy killing“. Allerdings kann die Beendigung des Lebens – eben weil dadurch der menschliche Körper zu einem

extrinsischen Gut herabgewürdigt wird – kein Akt der Liebe sein, selbst wenn sie für einen guten Zweck vollzogen wurde, beispielsweise zur Linderung von Leiden. Laut der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ führt echtes Mitleid nicht zu Euthanasie:

„[...] echtes ‚Mitleid‘ solidarisiert sich mit dem Schmerz des anderen, tötet nicht den, dessen Leiden unerträglich ist.“ (*Evangelium vitae*, Nr. 66)

Der Kranke – eben weil er kein Recht hat, über sein Leben zu verfügen – kann seinem Arzt nicht die Erlaubnis erteilen, sein Leben abubrechen, und folglich hat der Arzt auch kein Recht, diese Bitte zu erfüllen. Leben zu beenden kann deshalb auch nicht der Schluss der medizinischen Versorgung sein.

„‚Sterben lassen‘ darf niemals als eine medizinische Behandlung angesehen werden, auch dann nicht, wenn man nur die Absicht hätte, damit einer Bitte des Patienten nachzukommen: es ist vielmehr die Verneinung des ärztlichen Berufes, der sich als leidenschaftliches und hartnäckiges ‚Ja‘ zum Leben qualifiziert.“ (*Evangelium vitae*, Nr. 89)

Dass das menschliche Leben ein intrinsischer Wert ist, schließt aber nicht völlig aus, dass das Lebensende beschleunigt werden kann, und zwar als Nebeneffekt von verabreichten Medikamenten, um Schmerzen und andere Symptome im Endstadium zu lindern. Dies kann ethisch dann akzeptabel sein, wenn es keine Alternative mehr gibt, um unerträgliche Schmerzen oder andere Symptome zu bekämpfen. Solange die Dosen von Analgetika und anderen Mitteln darauf ausgerichtet sind, Symptome zu lindern, und sie nicht das für diesen Zweck Erforderliche überschreiten, ist die Beschleunigung des Todes kein beabsichtigter Effekt, sondern eine Nebenwirkung, die aufgrund nicht vorhandener Alternativen hingenommen werden kann, wenn ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Beschleunigung des Todes und der Schwere der Schmerzen und anderer Symptome gegeben ist.¹⁰

Angemessene Schmerzlinderung erfordert die Gabe von Medikamenten und/oder Schlafmitteln, überwiegend von Benzodiazepinen, die das Bewusstsein eindämmen oder sogar ganz unterdrücken. Dies wird in den Niederlanden als „Palliativsedierung“ bezeichnet und ist unter der Voraussetzung erlaubt, dass der Patient zuvor seine

¹⁰ Die Zulassung des Nebeneffekts kann durch die Anwendung des Prinzips der „Handlung mit zweierlei Folgen“ begründet werden. Vgl. hierzu: Grußwort Pius XII. an einen internationalen Kongress von Ärzten und Chirurgen, 24. Februar 1957, in: *Acta Apostolicae Sedis*, 49 (1957), S. 146; Grußwort Pius XII. an die Teilnehmer eines Kongresses über Neuropsychopharmakologie, 9. September 1958, in: *Acta Apostolicae Sedis*, 50 (1958), S. 694; Kongregation für die Glaubenslehre: „*Declaratio de euthanisa*“ [Erklärung zur Euthanasie], in: *Acta Apostolicae Sedis*, 72 (1980).

sozialen, familiären und religiösen Pflichten erfüllt hat.¹¹ Palliativsedierung muss von der „letalen Sedierung“ unterschieden werden, bei der Schlafmittel in höheren Dosen als für die Symptomlinderung erforderlich verabreicht sowie zumeist keine Flüssigkeit oder Nahrung zugeführt werden.¹² Mit der Überschreitung der für die Symptomlinderung notwendigen Dosen wird indes die Absicht verfolgt, den Tod zu beschleunigen. Und dies bedeutet genau genommen Sterbehilfe/Euthanasie in jenen Fällen, in denen es der Patient verlangt hat, ansonsten Abbruch des Lebens ohne Wunsch des betreffenden Patienten.

Physisches Leben: ein intrinsisches, aber kein absolutes Gut

Es gibt noch andere medizinische Praktiken, die, obwohl sie den Tod beschleunigen, in der Medizin weithin akzeptiert sind. Die Entscheidung, eine lebensrettende Behandlung zu unterlassen oder abubrechen, kann den Tod des Patienten zur Folge haben. Nach Aussetzung bzw. Unterlassung einer (weiteren) Chemotherapie, Bestrahlung oder Operation eines bösartigen Tumors wird der Patient voraussichtlich schneller sterben. Dramatisch ist die Auswirkung, wenn die künstliche Beatmung unterbrochen wird. „Den Stecker rausziehen“ kann zum unmittelbaren Tod des Patienten führen. Der beteiligte Arzt mag hier den Eindruck erhalten, dass der Unterschied zur Gabe einer letalen Medikamentendosis nicht groß ist.

Wir sollen uns bewusst sein, dass in der klinischen Praxis ethische Fragen bei der Entscheidung, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen bzw. zu unterbrechen, weit häufiger auftreten als bei der Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung. Im Jahre 2001 standen in den Niederlanden insgesamt ca. 3.800 Fälle von Euthanasie/Sterbehilfe rund 25.300 Fällen gegenüber, bei denen die Behandlung aufgegeben bzw. unterbrochen wurden, um den Tod zu beschleunigen oder einzuleiten.¹³

¹¹ The Pontifical Council for Pastoral [Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Gesundheitsdienst]: *The Charter for Health Care Workers*. Vatikanstadt: Libreria Editrice Vaticana, 1995, Nr. 124.

¹² Vgl. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie [Kommission Landesweite Richtlinie zur palliativen Sedierung]: *KNMG-richtlijn palliatieve sedatie* [KNMG-Richtlinie zur palliativen Sedierung]. Utrecht: Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, 2005.

¹³ Vgl. G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen & P.J. van der Maas: *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie* [Medizinische Entscheidungen am Ende des Lebens. Die Praxis und das Kontrollverfahren zur Euthanasie]. Utrecht: De Tijdstroom, 2003, S. 52, 64 und 71.

Gleichwohl ist die Unterbrechung bzw. Unterlassung von lebenserhaltenden Behandlungen weithin akzeptiert, auch wenn dies zum sofortigen Tod führt. Daher schlussfolgern manche Bioethiker, dass aktive Sterbehilfe sowie Beihilfe zur Selbsttötung ebenfalls erlaubt sein sollten.¹⁴ Dass kein Unterschied existiere zwischen passiver, in der Praxis allgemein akzeptierter Sterbehilfe und aktiver Euthanasie, war eines der Argumente des schweizerischen Anwalts Dick Marty, um der Parlamentarischen Versammlung des Europarates einen Vorschlag zu unterbreiten, die aktive Sterbehilfe in den EU-Mitgliedstaaten entsprechend dem niederländischen und belgischen Vorbild zu entkriminalisieren.¹⁵

Standpunkt dabei ist, dass das physische menschliche Leben – obwohl es ein intrinsischer Wert ist – keinen absoluten Wert darstellt, der zu jedem Preis erhalten werden muss: Dies sollte nur dann geschehen, wenn angemessene Mittel hierzu eingesetzt werden können. Um ein Kriterium einzuführen, welche Behandlung verpflichtend sein sollte, um Leben zu erhalten oder nicht, haben katholische Moraltheologen im 16. Jahrhundert den Unterschied zwischen gewöhnlicher und außergewöhnlicher Behandlung festgelegt – was seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts zumeist definiert wird als Unterschied zwischen angemessener und nicht angemessener Behandlung.¹⁶ Für die Entscheidung, eine lebensverlängernde Behandlung zu beginnen, zu unterlassen, weiterzuführen oder zu unterbrechen, muss man eine Reihe von Faktoren abwägen: einerseits die Möglichkeit, den Patienten zu heilen oder sein Leben und seine voraussichtliche Lebensqualität nach der Behandlung zu erhalten, andererseits die Nebeneffekte und die durch die Behandlung verursachten Komplikationen – und darüber hinaus den Arbeitsaufwand und die Kosten.¹⁷ Wenn das Verhältnis zwischen den Vor- und den Nachteilen der Behandlung angemessen ist, besteht die moralische Verpflichtung, dies zu

¹⁴ Vgl. James Rachels: „Active and Passive Euthanasia“, in: *The New England Journal of Medicine*, 292 (1975), S. 78–80; Dan W. Brock: „Voluntary Active Euthanasia“, in: *Hastings Center Report*, 22 (2), 1992, S. 10–22.

¹⁵ Vgl. „Marty Report“: *Assistance to patients at end of life*, renewed draft, Doc. 10455, 9. Februar 2005, Explanatory memorandum 15 and 46.

¹⁶ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre: „Declaratio de euthanisa“ [Erklärung zur Euthanasie], in: *Acta Apostolicae Sedis*, 72 (1980), S. 549 f.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 550 f.; Kevin W. Wildes: „Ordinary and extraordinary means and the quality of life“, in: *Theological Studies*, 57 (1996), S. 500–512; Willem Jacobus Eijk: „Proportionate and disproportionate treatment, exaggerated treatment and palliative care“, in: *Dolentium Hominum*, 20 (1), 2005, S. 79–86.

hinterfragen. In einer solchen Situation bedeutet die Unterlassung oder der Abbruch der Behandlung, so dass der Patient stirbt, letztendlich, dass sein Tod beabsichtigt ist, eben weil es möglich wäre, sein Leben durch angemessene Anstrengung und Mühe zu erhalten. Hier kann von passiver Euthanasie gesprochen werden, wenn man diesen Ausdruck verwenden möchte.¹⁸

Wenn die Behandlung unverhältnismäßig ist, d.h. die positiven und negativen Auswirkungen sich nicht in einem ausgewogenen Verhältnis befinden, besteht keine Verpflichtung, die Behandlung durchzuführen, wobei dies auch nicht verboten ist. Man sollte dann einfach von Unterlassung oder Abbruch der Behandlung sprechen, nicht aber von „passiver Sterbehilfe“: Der Tod des Patienten ist nicht beabsichtigt, sondern wird vielmehr als unvermeidbares Ende des physischen Lebens hingenommen. Es kann vorkommen, dass das Verhältnis zwischen den Vor- und Nachteilen nicht ausgewogen ist: In diesem Fall soll keine Behandlung durchgeführt werden.

Hierbei müssen folgende drei Punkte hervorgehoben werden:

1. Ein Kriterium, um das Verhältnis zwischen Vor- und Nachteilen der lebensverlängernden Behandlung zu bewerten, ist Lebensqualität. Dies betrifft nur die „*nebensächliche*“ Lebensqualität, d.h. den körperlichen, psychischen, sozialen und geistigen Zustand des Patienten („*nebensächlich*“ heißt hier nicht „unbedeutend,“ aber „nicht-essenziell:“ ein Antasten der nebensächlichen Lebensqualität beinhaltet nicht ein Antasten des Wesens des Menschen). Wie auch immer seine minimale Lebensqualität, krank und/oder behindert, sein mag, so bleibt der Patient doch ein Mensch, dem wir ausreichend Fürsorge anbieten: Die *grundlegende* Qualität menschlichen Lebens bleibt unberührt. Diese grundsätzliche Lebensqualität, beispielsweise in der Diskussion um die Definitionskriterien für Menschlichkeit, ist kein Argument: weder für Sterbehilfe noch für die Unterlassung oder den Abbruch einer medizinischen Behandlung. Die Ansicht, dass eine Lebensqualität, sei sie noch so gering, Sterbehilfe oder Suizid rechtfertigen würde, ist aus der Verwechslung von nebensächlicher mit der grundsätzlichen Lebensqualität entstanden. Die nebensächliche Qualität kann gegen andere Faktoren abgewogen werden, z.B. die

¹⁸ Vgl. *Evangelium vitae*, Nr. 65: „Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“

Risiken, Komplikationen und Kosten der Behandlung, die grundsätzliche Lebensqualität jedoch nicht, da sie einen intrinsischen Wert darstellt.¹⁹

2. Zweitens ist die grundsätzliche Lebensqualität eine objektive Tatsache. Bei der Bewertung der nebensächlichen Lebensqualität, vor allem des Leidens des Patienten, spielen objektive und subjektive Faktoren eine Rolle. Sowohl die niederländische als auch die belgische Gesetzgebung verlangt, dass im Falle des Lebensbeendigung auf Wunsch das Leiden des Patienten keine Hoffnung mehr zulässt und unerträglich ist. Die Hoffnungslosigkeit wird als ein objektiver Faktor betrachtet, der sich auf medizinischen Beweisen gründet. Hoffnungslos bedeutet, dass auf der Basis statistischer Daten und medizinischer Erfahrungen man keine Verbesserung der Lebensqualität oder eine Linderung des Leidens erwarten kann. Allerdings können die Meinungen von Ärzten bei der Bewertung der Hoffnungslosigkeit in konkreten Fällen erheblich von einander abweichen.
Ob Leiden zu ertragen oder unerträglich ist, wird als subjektiver Faktor angesehen. Leiden ist letztendlich ein subjektives Problem.²⁰ Patienten und Ärzte gehen mit Leiden unterschiedlich um: Manche Patienten können ihr Leiden in unglaublichem Ausmaß annehmen, während andere von der winzigsten Kleinigkeit aus der Bahn geworfen werden. Wie Ärzte das Leiden bewerten, hängt von ihrer jeweiligen Persönlichkeit, ihren Erfahrungen und von der Art und Weise ab, wie sie ihr eigenes Leiden in ihr Leben einbeziehen. Dies schließt natürlich nicht aus, dass sich ein Arzt eine Vorstellung von der Schwere des Leidens machen kann. Bei der Bewertung, ob eine lebensverlängernde Behandlung eingesetzt oder auf sie verzichtet wird, berücksichtigt man das derzeitige oder künftige Leiden des Patienten. Dennoch darf dies kein Kriterium für die Entscheidung sein, Leben zu beenden – was ein unumkehrbarer Akt ist, ganz abgesehen davon, dass menschliches Leben einen intrinsischen Wert darstellt.
3. Der dritte Punkt betrifft die Frage, wer über die Behandlung entscheidet. Wenn ein Patient, der zurechnungsfähig und in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, die Behandlung verweigert, darf diese auch nicht durchgeführt werden, selbst wenn der

¹⁹ Vgl. Willem Jacobus Eijk: „De waarde en de kwaliteit van het leven: een ethische en moraaltheologische verkenning“ [Der Wert und die Qualität des Lebens: eine ethische und moraltheologische Untersuchung], in: W.J. Eijk, R. Stockman & J.A. Raymakers (Hrsg.): *Kwaliteit van leven in christelijk perspectief* [Qualität des Lebens in christlicher Perspektive]. Gent: Proceedings International Institute Canon Triest, 2007, S. 7–30.

²⁰ Vgl. Fred Hamburg: *Een computermodel voor het ondersteunen van euthanasiebeslissingen* [Ein Computermodell zur Unterstützung bei Entscheidungen zur Sterbehilfe]. Antwerpen, 2005.

Arzt sie als angemessen befürwortet. Der Patient hat kein Recht, eine außergewöhnliche Behandlung zu fordern; der „Kunde“ ist hier nicht König.

Hinsichtlich der außergewöhnlichen Behandlung können Probleme auftreten. Eine solche Form der Behandlung ist nicht obligatorisch. Manchmal benötigt ein Patient eine medizinisch nicht angemessene Behandlung, die aber aufgrund mangelnder finanzieller Mittel oder Personalkapazitäten schwierig anzubieten ist. Solche Fälle werden künftig häufiger eintreten, da neue, aber kostenintensive lebens- und gesundheitserhaltende Medizintechniken auf den Markt kommen werden. Dies betrifft die heikle Frage der Verteilung knapper Ressourcen.

Hilfe beim Weiterleben

Von Negativität allein kann niemand leben. Lediglich die Norm festzulegen, dass Sterbehilfe und Suizid rechtswidrig sind – wenn auch als solche zutreffend –, reicht nicht aus. In manchen Situationen kann es nachvollziehbar sein, dass Menschen, die an einer Krankheit leiden, sterben möchten. Wenn die Verpflichtung endet, Leben durch medizinische Behandlung zu erhalten, besteht nach wie vor die Pflicht, den Kranken dabei zu unterstützen, sein Leben fortzuführen. Selbst wenn er sich im Endstadium befindet, so lebt er doch noch. Wenn Lebenserhaltung nicht mehr möglich ist, ist nicht passive Resignation, sondern aktiver Einsatz gefordert. Und Letzterer besteht aus palliativer Pflege, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben wird, nämlich als

„... ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihrer Familien, die lebensbedrohlichen Krankheiten gegenüberstehen, durch Vorbeugung, Bemessung und Behandlung von Schmerzen und anderer physischer, psychosozialer und seelischer Probleme verbessert ... [Palliativpflege] bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess, sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern, sie bezieht die psychosozialen und geistig-seelischen Aspekte der Patientenversorgung mit ein ...“²¹

Palliativpflege ist bestrebt, einen unheilbaren Kranken darin zu unterstützen, sein Leben fortzuführen, ohne dieses zu verlängern:

„Ein Satz, den man in diesem Zusammenhang oft hört, besagt, dass Palliativpflege zwar keine Tage dem Leben hinzufügt, aber Leben den Tagen.“²²

²¹ Zitiert aus: „WHO Definition of Palliative Care“: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

²² Vgl. Rob Bruntink: *Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer* [Ein guter Ort, um zu sterben. Palliativpflege in den Niederlanden. Ein Wegweiser]. Zutphen: Plataan, 2002, S. 12.

Dies hat nichts mit einem rein medizinisch-technischen Denkansatz von menschlichen Leben zu tun, sondern bezieht sich auf eine ganzheitliche Herangehensweise mit all ihren verschiedenen Aspekten.

Bei der Palliativpflege wird ein Merkmal unserer Zeit – rigoroser Individualismus – aufgebrochen. Wie massiv das körperliche Leiden aufgrund von Erstickenanfällen und das seelische Leiden durch Angst auch sein mögen, am schlimmsten ist das soziale Leiden. Das bedeutet, dass der Mensch keinen Kontakt mit anderen mehr hat und einsam ist. Leute mit unheilbaren Krankheiten, die in Palliativpflegezentren, Hospizen oder Klinikabteilungen für Palliativpflege aufgenommen wurden, blühen auf, fangen an, auf sich zu achten, und genießen ihr Leben wieder in gewisser Weise, obwohl sie sehr wohl wissen, dass ihr Lebensende nahe und unausweichlich ist. Nach der Aufnahme benötigen sie häufig weniger oder gar keine Schmerzmittel. Dies macht deutlich, dass die Schmerzschwelle in beträchtlichem Ausmaß durch das allgemeine Wohlbefinden des Kranken bedingt ist.

„Palliativum“ meint seit jeher eine behelfsmäßige Maßnahme, durch die man Symptome verbergen, aber nicht die zugrunde liegende Krankheit heilen kann. Das lateinische Wort „palliare“ bedeutet „zudecken“. Der Begriff „Palliativpflege“ kann auch vom lateinischen Wort „pallium“ – der Mantel – hergeleitet werden. Sankt Martin, Bischof von Tours im 4. Jahrhundert, schnitt seinen Mantel für einen nackten Bettler neben dem Stadttor von Amiens entzwei. Dadurch hat er zwar nicht die Armut des Mannes beseitigt, doch zumindest ihm ein wenig Wärme gegeben. In ähnlicher Weise dient Palliativpflege nicht dazu, die lebensbedrohende Krankheit zu heilen, sondern den Schmerz, die Sorgen, die Angst und die Einsamkeit des Kranken zu lindern. Die seelische Genesung als Folge einer liebevollen Pflege kann auch zu Vertrauen und Hoffnung in Gott führen. Aus katholischer Sicht sind geistliche Orientierungshilfe oder Beratung ein wesentlicher Bestandteil der Palliativpflege.

Die Niederländische Bischofskonferenz hat eine englische Übersetzung ihrer Erklärungen zur Sterbehilfe veröffentlicht, in der mehrfach dafür plädiert wird, strukturelle palliative Unterstützung jenen Menschen anzubieten, die an unheilbaren Krankheiten oder Störungen leiden.²³

²³ Vgl. „Care during Suffering and Dying“, in: P. Kohnen & G. Schumacher (Hrsg.): *Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishop's Conference to the Legislative Procedure 1983–2001*. Utrecht: Peeters, 2002, S. 144–152.

Vorrangiges Ziel der Palliativpflege ist es, Menschen beizustehen, die an tödlichen, unheilbaren Krankheiten leiden. Gleichzeitig hat sie den positiven Nebeneffekt, dass sie vor Verzweiflung bewahrt – und möglicherweise sogar davor, dem Leben ein Ende zu setzen bzw. abbrechen zu lassen. Vorliegende Untersuchungsergebnisse belegen, dass bedarfsgerechte Palliativpflege Menschen davon abhält, Sterbehilfe zu fordern. In einem Zeitungsinterview im Herbst 2001 bilanzierten Ärzte, die in den Niederlanden als Berater bei Sterbehilfefällen fungiert hatten, dass nach Einführung der Palliativpflege die Anzahl der Ersuchen um Sterbehilfe gesunken sei. Einer von ihnen, der zuvor zweimal jährlich Sterbehilfe geleistet hatte, berichtete:

„In den letzten drei Jahren habe ich manchmal Bitten nach Euthanasie erhalten, aber ich musste dies nicht tun – dank meines Wissens über die Palliativpflege.“²⁴

Die letzte Befragung zur niederländischen Euthanasiepraxis aus dem Jahr 2005 enthält eindeutige Anzeichen, dass die Verbesserung der Palliativpflege – einschließlich der palliativen Sedierung – Sterbehilfe, Beihilfe zur Selbsttötung und Beendigung des Lebens ohne Patientenverlangen überflüssig macht. Nachdem die Anzahl von Euthanasie- und Sterbehilfefällen von 2.700 im Jahre 1990²⁵ auf zunächst 3.600 im Jahre 1995²⁶ und dann etwas weniger schnell auf 3.800 im Jahre 2001²⁷ gestiegen war, sank sie 2005

²⁴ Vgl. Margriet Oostveen: „Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich“ [Bedauern: Verteidiger der Euthanasiepraxis besinnen sich], in: *NRC. Handelsblad*, 10. November 2001, S. 25.

²⁵ Vgl. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden & L. Pijnenborg: *Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie* [Medizinische Entscheidungen rund um das Lebensende. Untersuchung im Auftrag der Kommission für medizinpraktische Forschung zur Sterbehilfe]. Den Haag: Sdu Publishing Company Plantijnstraat, 1991.

²⁶ Vgl. G. van der Wal & P.J. van der Maas: *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure* [Euthanasie und andere medizinische Entscheidungen rund um das Lebensende]. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1996, S. 53. Vgl. auch die Zusammenfassung der Gesamtuntersuchung durch deren Autoren: P.J. van der Maas, G. van der Wal et al.: „Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995“, in: *The New England Journal of Medicine*, 335 (22), 1996, S. 1700.

²⁷ Vgl. G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen & P.J. van der Maas: *Medische besluitvorming ...*, op. cit., S. 46, 52.

überraschenderweise, während die Anzahl der Fälle von Palliativsedierung zugenommen hat.²⁸

	1990	1995	2001	2005
Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung	2.700	3.600	3.800	2.425
Lebensbeendigung ohne Patientenverlangen	1.000	900	950	550
Palliative Sedierung (zusammen mit Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlung, intensivmedizinische Linderung von Symptomen und [selten] Lebensbeendigung)	k.A.	k.A.	8.500	9.700

Allerdings steigt seit 2006 die Anzahl der Fälle von Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung – nicht die der von Lebensbeendigung ohne Patientenverlangen – allmählich wieder an, in Hinblick auf die Tatsache dass die Zahl der gemeldeten Fällen von Euthanasie und medizinisch unterstütztem Suizid leicht zunimmt.²⁹

	2005	2006	2007	2008
Jährliche Anzahl von gemeldeten Fällen von Sterbehilfe und Hilfe zur Selbsttötung	1.933	1.923	2.210	2.331

Die Zunahme betrifft hauptsächlich solche Fälle von Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung, die von Allgemeinmedizinern an Krebspatienten vorgenommen wurden.³⁰ Vorausgesetzt, dass 80 Prozent aller Fälle gemeldet werden³¹, steigt ebenfalls die Gesamtzahl der Fälle von Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung, erreicht aber nicht die höchste jemals gemeldete Anzahl, insbesondere die aus dem Jahr 2001.

Die Forscher, die im Jahre 2005 eine Untersuchung zur Euthanasiepraxis durchgeführt haben, verweisen insbesondere auf die vermehrten Angebote von Palliativpflege als einen

²⁸ Vgl. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers et al.: *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Evaluation des Gesetzes zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe zur Selbsttötung]. Den Haag, 2007, S. 24, 102, 111 f. (der Rückgang der Anzahl von Lebensbeendigungen ohne Patientenverlangen wird jedoch als statistisch nicht relevant betrachtet).

²⁹ Vgl. Regionale Kontrollkommissionen zur Sterbehilfe: *Jaarverslag 2008* [Jahresbericht 2008]. Den Haag: Koninklijke De Swart, 2009, S. 37.

³⁰ Vgl. ebd., S. 3.

³¹ Vgl. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers et al.: *Evaluatie Wet toetsing ...*, op. cit., S. 174.

der Gründe dafür, warum sich die Gesamtzahl der Fälle von Lebensbeendigungen zwischen 2001 und 2005 so deutlich verringert hat.³² Es kann jedoch nicht völlig ausgeschlossen werden, dass dieser Rückgang auch teilweise mit der Zunahme der Fälle von letaler Sedierung zu tun hat, die im Grunde der Sterbehilfe entspricht, aber nicht als solche von den Ärzten gemeldet wird.³³ Sie weichen manchmal auf die letale Sedierung aus, wenn sich der Patient im Endstadium befindet und für das Meldeverfahren keine Zeit mehr bleibt, manchmal aber auch, weil sie den gesetzlichen „Ärger“ vermeiden möchten. Die Regionalen Kontrollkommissionen zur Sterbehilfe führen den Anstieg von gemeldeten Euthanasiefällen seit 2006 auf die verbesserte Unterscheidung zurück, die Ärzte – nun besser informiert als zuvor – zwischen Sterbehilfe/Euthanasie und Palliativsedierung (und was dort als letale Sedierung bezeichnet wird) vornehmen können.³⁴

Der erwähnte Rückgang spiegelt sich in der sinkenden Anzahl von konkreten Anträgen auf Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung wider:

	1995	1996	2001	2005
Anträge auf Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung „zu gegebener Zeit“	25.100	34.500	34.700	29.000
Konkrete Anträge auf Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung „in naher Zukunft“	8.900	9.700	9.700	8.400

³² Vgl. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers et al.: *Evaluatie Wet toetsing ...*, op. cit., S. 221 f. Andere Ursachen sind der Rückgang von Todesfällen insgesamt sowie die leichte Zunahme der Todesfälle von über 80-Jährigen, bei denen Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung weniger häufig vorkommt.

³³ In der Fernsehsendung „Reporter“ der niederländischen katholischen Sendeanstalt KRO am 27. Februar 2003 und in der anschließenden Diskussion (vgl. hierzu: „Arts omzeilt euthanasiewet. Medicijnen ter pijnbestrijding voorkomen omslachtige procedure“ [Die Kunst, das Euthanasiegesetz zu umgehen. Medikamente zur Schmerzbehandlung kommen schwerfälligen Verfahren zuvor], in: *Trouw*, 27. Februar 2007, S. 1; Hanna van der Jagt-Willems: „Late euthanasie' lastig voor doktors“ [Späte Euthanasie' schwierig für Ärzte], in: *Trouw*, 4. März 2007, S. 16; W. van der Bles: „Een alternatieve route naar de dood“ [Ein alternativer Weg zum Tod], in: *Trouw*, 11. August 2007, S. 2 f.) haben Ärzte darauf hingewiesen, dass Lebensbeendigung ziemlich häufig unter dem Deckmantel der palliativen Sedierung stattfindet. Die Autoren des Berichts zur Euthanasiepraxis in den Niederlanden 2005 sind dennoch der Ansicht, dass es eine – wenngleich nicht große – Überschneidung von Sterbehilfe und fortdauernder starker Sedierung gibt; vgl. B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.K.M. Gevers et al.: *Evaluatie Wet toetsing ...*, op. cit., S. 141.

³⁴ Vgl. Regionale Kontrollkommissionen zur Sterbehilfe: *Jaarverslag 2008*, op. cit., S. 3.

Es ist bemerkenswert, dass in den Niederlanden die Euthanasiepraxis früh begonnen hat, nämlich in den 1970er Jahren, während die Entwicklung der Palliativpflege recht spät, nämlich in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre, eingesetzt hat.

Fazit

Der beste Weg, mit dem Ende des Lebens umzugehen, ist, hinreichende Palliativpflege anzubieten, die den aktiven Lebensabbruch ausschließt. Dies macht Sterbehilfe, Beihilfe zur Selbsttötung ebenso wie die Beendigung des Lebens ohne vorliegendes Patientenersuchen überflüssig. Wenn der Grundsatz aufgegeben wird, dass menschliches Leben ein intrinsischer Wert ist, riskiert man eine weitere Aushöhlung dieses Wertes.

Von solchen weiterführenden Entwicklungen legen die Niederlande ein klares Zeugnis ab. Die niederländische Diskussion hat nicht bei der Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung im Endstadium des Lebens und für Patienten, die an unheilbaren Krankheiten leiden, geendet, sondern wurde vielmehr allmählich auch auf die Legalisierung solcher Handlungen in jenen Fällen von Patienten ausgedehnt, die an psychischen Krankheiten, Demenz oder Ähnlichem leiden und meinen, dass ihr Leben keinen Sinn mehr hat. Seit 2007 gibt es in den Niederlanden eine Rechtsregelung, basierend auf dem sogenannten Groningen-Protokoll, zur Lebensbeendigung von schwerbehinderten Neugeborenen. Das bedeutet, dass eine weitere Grenze überschritten wurde, indem man den Abbruch des Lebens ohne vorliegendes Ersuchen des Patienten erlaubt. Wenn man die Tür ein wenig offen lässt, darf man sich nicht wundern, dass sie nach gewisser Zeit weit aufgestoßen wird.