

# Sterbehilfe

<b>Gremium</b>	Generalsynode der Evangelischen Kirche A.u.H.B. in Österreich
<b>Funktionsperiode</b>	XI. Generalsynode
<b>Session</b>	5. Session
<b>Beschlussdatum</b>	17. Oktober 1996, Graz
<b>ABl. Nr.</b>	244/1996

## I

### Ausgangslage

*Die Tabuisierung des Todes in unserer Gesellschaft hat erfreulicherweise einem interessierten Fragen nach dem Tod Platz gemacht.*

Menschliches Sterben vollzieht sich allerdings zunehmend in einem Umfeld ungeklärter Probleme und offener Fragen. Die Angst vor einem unwürdigen Sterbeprozess ist heute weit verbreitet und bewegt immer mehr Menschen. Besonders seit im Jahr 1993 in den Niederlanden aktive Sterbehilfe im Rahmen gewisser Verfahren nicht mehr strafrechtlich verfolgt wird, wurde auch im übrigen Europa und in Österreich die Debatte um eine eventuelle Liberalisierung der Aktiven Sterbehilfe erneut aufgenommen. Die Debatte geht von folgender Ausgangslage aus:

#### 1. Schulmedizinischer Kontext

Die schulmedizinische Behandlung von kranken und sterbenden Menschen fordert im Bereich intensivmedizinischer Maßnahmen bewusste Entscheidungen, die sowohl Lebensqualität als auch Lebensdauer von Patienten/innen betreffen. Das „natürliche Sterben“ gibt es beim derzeitigen Stand der Medizin kaum mehr. Patienten/innen selbst sind oft auch gar nicht in der Lage, sich zu artikulieren (Koma). Die Letztverantwortung liegt deshalb in der Regel bei den behandelnden Ärzten - eine Bürde, mit der diese vielfach überfordert sind. Erschwert wird die medizinisch-ethische Entscheidungsfindung durch einen Mangel an Ausbildung von ärztlicher Seite in diesem Bereich und durch eine Entwicklung der letzten 50 Jahre, bei der der menschlich-kommunikative Bereich zugunsten der Apparatedizin vernachlässigt wurde - nicht zuletzt in Folge eines insgesamt fragwürdig gewordenen Wertesystems in der pluralistischen Gesellschaft. In diesem Kontext werden

Vereine gegründet, die das Recht auf würdevolles Sterben und den „letzten Willen“ von Patienten/innen einfordern wollen.

## **2. Historischer Kontext**

Der besondere österreichische Kontext bezüglich der Debatte um „Aktive Sterbehilfe“ zeichnet sich durch eine Geschichte aus, in der während des Nationalsozialismus tausende behinderte Menschen und andere, deren Leben als „unwert“ bezeichnet wurde, umgebracht wurden. Bis heute scheinen Ärzte auf freiem Fuß zu leben, die Mitschuld an diesem Verbrechen tragen. Eine solche geschichtliche Hypothek fordert besondere Sensibilität im Umgang mit dem Thema.

Zu Recht besteht Sorge vor einem neuerlichen „Dambruch“ auf dem Gebiet der Euthanasie. Dennoch - bzw. gerade deshalb - ist es notwendig, den immer größer werdenden Bereich von Grauzonen medizinethischen Handelns nicht dem Ermessen des jeweils handelnden Arztes allein zu überlassen, sondern öffentlich zu diskutieren.

## **3. Neue gesellschaftliche Initiativen**

Viele Gruppen in der Gesellschaft haben begonnen, verstärkt das Thema „Sterben - Tod - Trauer“ in das öffentliche Bewusstsein zu holen und der Tabuisierung zu entziehen. Der Auseinandersetzung mit dem Sterben gilt im publizistischen und medialen Bereich großes Interesse. Das Entstehen von Gesellschaften, Vereinen und die Ausbreitung der Hospizbewegung auch in Österreich zeigen großes Engagement im Bereich der Verbesserung einer neuen „Kultur“ des Sterbens.

# **II**

## **Sterbebegleitung**

### **1. Sterbebegleitung allgemein**

Sterbebegleitung bezeichnet die menschliche Zuwendung dem Sterbenden gegenüber, die den ganzen Menschen in seiner leib-seelisch-sozialen Dimension vor Augen hat. Die Alltagskompetenz der Sterbebegleitung ist aus Gründen der gesellschaftlichen Veränderung, vor allem aber durch die Ausdifferenzierung der Gesellschaft zunehmend verloren gegangen. Professionisten haben die Rolle der Familienmitglieder übernommen und leisten Sterbebegleitung in Organisationen (Krankenhäusern), die als Arbeitsziel Gesundheit und Heilung im Programm haben.

Die Probleme sterbender Menschen in unserer Gesellschaft werden durch die oben genannte Entwicklung verschärft.

**Eine „Neue Kultur“ im Bereich  
der Sterbebegleitung ist zu fordern,**

allerdings nicht abgehoben von der gesamten Betreuung von Patienten/innen in privaten und öffentlichen Einrichtungen.

**Der sterbende Mensch hat Anspruch  
auf persönliche Begleitung,  
auf eine menschenwürdige  
Umgebung und auf eine Behandlung,  
die Schmerzen weitgehend lindert.**

Die Ergebnisse gerontologischer Forschung müssen Eingang in die medizinische Alltagspraxis und das Denken breiter Bevölkerungsschichten finden.

**Es gilt, das Altern und Sterben als einen  
integrierten Teil des Lebens zu begreifen  
und die Voraussetzungen dafür zu schaffen,  
dass dieser besondere Lebensabschnitt  
adäquat und individuell gestaltet werden kann.**

Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Möglichkeiten der Selbstbestimmung der Patienten/innen weitgehend erhalten bleiben.

Einen speziellen Bereich der Sterbebegleitung stellt die Sterbehilfe dar.

## **2. Sterbehilfe allgemein**

### **a. Definitionen**

Der Begriff der „aktiven“ und „passiven“ Sterbehilfe versuchen Handlungen zu ordnen. Diese (so wie auch die Erläuterungen) sind dem Kurzkomentar zum Österreichischen Strafgesetzbuch § 75, IV entnommen (herausgegeben von Egmont Foregger und Gerhard Kodek, 5. Auflage, Wien 1991):

- Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung
- Sterbehilfe mit Lebensverkürzung
- Unterlassung der Lebensverlängerung
- Aktive Euthanasie

### **Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung:**

„Diese auch „Hilfe im Sterben“ genannte Form besteht darin, dass einem Sterbenden die zu Erreichung eines erträglichen Zustandes nötigen Hilfen, vor allem Medikamente verabreicht werden. Die Übereinstimmung mit der Rechtsordnung ist nicht zu bezweifeln.“

### **Sterbehilfe mit Lebensverkürzung:**

„Die zur Beseitigung unerträglicher Schmerzen im letzten Stadium schwerer Krankheiten notwendig zu verabreichenden Medikamente können eine gewisse Lebensverkürzung zwangsläufig mit sich bringe. Überwiegend wird auch diese Art von Sterbehilfe als gerechtfertigt angesehen.“

### **Unterlassung der Lebensverlängerung:**

„Diese Sterbehilfe wird auch passive genannt und besteht darin, dass eine nach dem Stand der Medizin mögliche kurzfristige Verlängerung eines verlöschenden Lebens unterlassen wird. Dass dies auf ausdrücklichen Wunsch des Sterbenden geschehen darf, ist weitgehend anerkannt, ein anderes Verhalten wäre auch wohl eine eigenmächtige Heilbehandlung. Aber auch dann, wenn kein erklärter Wille vorliegt, wird die Lebensverlängerung um jeden Preis von der Rechtsordnung nicht verlangt.“

### **Aktive Euthanasie:**

„Darunter versteht man, dass ein unheilbar Kranker getötet oder der zu erwartende Tod durch aktives Tun beschleunigt wird. Die Strafbarkeit dieser Form von Sterbehilfe wird fast allgemein angenommen.“

### **b. "Recht auf den eigenen Tod"?**

Die obigen Definitionen ergeben sich aus der ihnen zugrunde liegenden Fragestellung: „Ist es erlaubt, in irgendeiner Form (aktiv oder passiv) den Sterbeprozess eines Menschen zeitlich zu begrenzen?“ - Heute wird aber (wesentlich radikaler) oft auch umgekehrt gefragt: „Hat die Gemeinschaft überhaupt das Recht, einem Menschen gegen seinen Willen das Leben aufzuzwingen?“ - Mit anderen Worten: Ist nicht das „Recht auf den eigenen Tod“ ein Grundrecht des Menschen, das durch den Gesetzgeber gar nicht angetastet werden darf?

Diese Fragestellung findet bisher noch keinen juristischen Niederschlag, muss aber mit bedacht werden. Darum wird bei der „aktiven Euthanasie“ noch einmal zu unterscheiden sein zwischen einer unfreiwilligen aktiven Euthanasie und der freiwilligen „Tötung auf Verlangen“.

### c. Ethisches Dilemma

**Im Bereich der Sterbehilfe geht es um ethische Entscheidungen, die meist Entscheidungen in einem Dilemma darstellen.**

Fast immer sind Güter- bzw. Werte-Abwägungen nötig: Etwa:

*Das Interesse des Patienten (z.B. auf lebensverlängernde Intensivbehandlung) - gegen das Interesse der Allgemeinheit (dieses Intensivbett wird gerade für einen aussichtsreicheren „Fall“ gebraucht).*

*„Nach so und so langer erfolgloser Behandlung ist dieser komatöse Fall als aussichtslos anzusehen“ - gegen „Es könnt ja doch noch Hoffnung geben!“*

*Leben mit schwerer Beeinträchtigung - oder Leidfreiheit durch Lebensauslöschung*

*Der Wunsch des Patienten/der Patientin („Ich will nicht mehr“) - gegen die ethische Grundüberzeugung der Ärzte oder der Angehörigen.*

Es ist wichtig festzuhalten, dass meist **keine** mögliche Entscheidung für sich beanspruchen kann, einer objektiven „Wahrheit“ verpflichtet zu sein, sondern immer bloß die Güterabwägung in Konsequenz einer bewusst aufgestellten Wertehierarchie darstellt. Eine quasi fundamentalistische Festlegung auf bestimmte unumstößliche Positionen ist daher nicht wirklich hilfreich. In einem ähnlichen Dilemma meinte der Gesetzgeber in anderen Bereichen (wie etwa im Kriegsfall, bei Notwehr oder im Fall von Schwangerschaftsabbrüchen...), aus höher bewerteten Interessen heraus Ausnahmen von der grundsätzlichen Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens machen zu müssen. Bei aller Fragwürdigkeit der einzelnen Regelungen zeigt sich darin, dass allein die Festschreibung eines Prinzips für die äußerst komplexe Realität nicht ausreicht.

Es ist aber unbedingt zu fordern, dass die jeweiligen Kriterien der Güterabwägung (Wertehierarchie) - im Allgemeinen wie im Konkreten - offen gelegt und damit diskutierbar gemacht werden.

Wir legen im Folgenden die Handlungsgrundlagen dar, wie sie sich aus einer an der Bibel orientierten gründlichen evangelischen Theologie ergeben.

### d. Theologische Reflexionen

Die Bibel gibt dem Leben des Menschen dadurch Wert, dass sein Leben als Geschenk Gottes definiert wird. Damit ist es der völlig freien Verfügbarkeit entzogen und die Autonomie des Menschen begrenzt.

**Weil das Leben Geschenk Gottes ist,  
erwächst für den Menschen  
selbst und die ihn umgebenden**

**Bezugs- und Betreuungspersonen  
die Verpflichtung,  
dieses Leben zu achten und zu schützen.**

Menschliches Leben wird in der Bibel (anders als in der Naturrethik) als Leben in Beziehung zu Gott definiert, die ihm eine besondere Würde gibt. Das „In-Christus-Sein“ kann allerdings den „natürlichen“ Wert des Lebens auch relativieren, weil es dieses nämlich nicht allein auf das biologische Dasein beschränkt. Daraus folgt, dass lebensverlängernde Maßnahmen sicher nicht um jeden Preis sinnvoll sind.

In ähnlicher Weise haben die einzelnen Zustandsformen des Lebens (wie etwa „Glück“ oder „Leid“) für sich allein genommen keinen Eigenwert. Sie haben ihren Sinn lediglich als Teilaspekte des Ganzen und müssen sich von dorthin jeweils auch kritisch hinterfragen lassen.

Über aktive Sterbehilfe gibt es in biblischen Texten keine Aussage. Außerdem wäre der gesellschaftliche Kontext der biblischen Schriften von dem der westlichen Gesellschaft im ausgehenden 20. Jahrhundert zu unterscheiden.

Eine „evangelische“ Ethik nun will dazu anleiten, auch in schwierigen Situationen verantwortungsbewusst zu handeln. Sie kann Grundlagen aufzeigen und Entscheidungskriterien benennen.

Sie will aber weder den Anspruch erheben, alle Grenzfälle umfassend auflisten zu können - noch sieht sie sich in der Lage, den notwendigen Entscheidungs- und Abwägungsspielraum durch kasuistische Regelungen „vom grünen Tisch“ aus in exakt vorgegebene Verhaltensmuster umzuwandeln.

**Es ist klar,  
dass Entscheidungen in Konfliktfällen  
per Definition immer auch  
gute Argumente gegen sich haben und damit  
in gewisser Weise ein Element  
des Schuldig-Werdens in sich tragen.  
Sie können nur aus dem Geist eines  
verantwortlichen „Trotzdem“  
heraus getroffen werden - Im Vertrauen  
auf Gottes Hilfe und Barmherzigkeit.**

Hier ist zu erinnern an ein Wort Luthers: „Pecca fortiter, sed crede fortius!“ (Sündige tapfer, aber glaube noch tapferer!)

Evangelische Ethik bezieht sich darum auf folgende - teilweise paradoxe - Grundsätze:

*Das Leben des Menschen ist Gottes Geschenk*

*Das Leben zu erhalten ist Verpflichtung*

*Der Mensch wird bestimmt durch einen Widerspruch zwischen Handeln in Freiheit und Verantwortung einerseits - und seine prinzipielle „Grundpassivität“ andererseits (Geboren werden und sterben, aber auch Gesundheit und Krankheit unterliegen einer nur eingeschränkten Verfügbarkeit)*

*Der Handlungsspielraum beinhaltet sowohl Widerstand als auch Ergebung*

*Leiden an sich wird nicht glorifiziert, deshalb ist jedenfalls gegen den Schmerz anzukämpfen*

*Umgekehrt ist das Ziel des Lebens nicht Leidfreiheit*

*Im Tod muss sich nicht unmittelbar der Wille Gottes manifestieren*

### **3. Sterbehilfe konkret**

#### **a. Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung**

Diese Form der Sterbebegleitung stellt das geringste ethische Dilemma dar, obwohl de facto natürlich auch hier die Entscheidung bereits vorausgesetzt ist, keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr zu setzen. Falls der Patient, die Patientin dabei allerdings auf schmerzstillende oder andere Medikamente verzichten will, ist dies wohl auch von ärztlicher Seite zu akzeptieren.

#### **b. Sterbehilfe mit Lebensverkürzung**

Ein größeres Dilemma bedeutet die Linderung des Leidens mit Hilfe von Medikamenten, die möglicherweise das Sterben beschleunigen können. Hier steht die Verpflichtung, Leben zu erhalten (bzw. nicht zu verkürzen) gegen die Verpflichtung, Leiden zu minimieren. Außerdem besteht ein weiteres Dilemma darin, gerade noch die Schmerzen zu lindern und gerade noch nicht den Tod direkt herbeizuführen. Aus Angst vor dieser Gratwanderung werden oft zu wenig Schmerzmittel gegeben, sodass Patienten/innen auch heute noch mit Qualen sterben.

Eine gerade im christlichen Bereich noch immer übliche Leidensverherrlichung leistet der Angst vor der Gabe zu großer Dosen auch noch Vorschub.

Eine evangelische Ethik muss sich davon distanzieren und den Ärzten

**Mut machen, die Schmerzen ohne Zaudern  
in Übereinstimmung  
mit dem Patienten/der Patientin  
zu bekämpfen.**

Die Schmerzbekämpfung muss Priorität haben vor der Gefahr der Lebensverkürzung.

### c. Unterlassung der Lebensverlängerung

(Die klassische „non-treatment-decision“ = Verzicht auf therapeutische Maßnahmen, um die Qual des unausweichlich geworden Sterbens nicht zu verlängern.) In diesen Bereich der Sterbebegleitung fallen folgende Handlungen:

*Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen  
bei Bewusstsein und mit Einstimmung des Patienten*

*Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen  
ohne Einstimmung des Patienten*

Das ethische Dilemma im ersten Fall kann unter anderem darin bestehen, dass der Patient/die Patientin den Wunsch hat, auf weitere Maßnahmen zu verzichten, das betreuende Team und der Arzt diesen Wunsch aber nicht akzeptieren können/wollen, da sie ihn bloß für den Ausdruck einer vorübergehenden Lebensunwilligkeit (infolge Schwächung) halten. Bei einer (aller Voraussicht nach) endgültigen Bereitschaft zum Abschiednehmen allerdings sollte der Wunsch des Patienten/der Patientin - seine/ihre Behandlung betreffend - prinzipiell maßgebend sein (Patientenorientierung).

**Es gehört zur Würde des Menschen,  
dass er nicht zum bloßen Objekt  
medizinischen Könnens degradiert  
werden darf.**

Vielmehr ist ihm das Recht zuzugestehen, ab einem bestimmten (unumkehrbaren) Stadium des Alterungs- bzw. Krankheitsprozesses sich nicht mehr auf einen Kampf um die Erhaltung seines Lebens einlassen zu müssen, sondern sich bewusst auf das eigene Sterben hin ausrichten zu dürfen. Eine solche innere Ausrichtung dürfte dann durch „Zwangsbeglückung“ in Form von lebensverlängernden Maßnahmen nicht mehr unterlaufen werden, im Gegenteil: sie sollte sogar Unterstützung finden durch das Verhalten der Begleitenden.

Das ethische Dilemma im zweiten Fall, nämlich wenn der Patient/die Patientin nicht mehr verhandlungsfähig ist, stellt ein besonders großes Problem dar, da über den Willen des Patienten/der Patientin hinweg Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden. In der Erläuterung der Strafgesetzzordnung ist dieser Fall bedauerlicherweise gar nicht aufgelistet.

Prinzipiell sollte jedoch auch hier der Wunsch der Patienten/der Patientin seine Behandlung betreffend maßgebend sein (Patientenorientierung), auch wenn der Patient/die Patientin selbst nicht bei Bewusstsein ist und nur ein Testament (living will) vorhanden ist. Das ethische Dilemma für den Arzt besteht aber darin, dass er mit dem Patienten/der Patientin nicht kommunizieren kann und er sein Testament als aktuelle Information möglicherweise anzweifelt. Die Anfechtung einer ärztlichen Handlung bei bestehendem Testament ist zwar in Österreich noch nicht geschehen. Zweifellos zeigen aber die Bemühung von Organisationen (z.B. IGSL Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Le-

bensbestand), die sich um die Durchsetzung des Patientenwillens kümmern, dass diese Fragen ethisch noch nicht entschieden sind.

Einen besonderen Fall, der in den Erläuterungen ebenfalls nicht aufgelistet wird, stellt die Entscheidung dar, die medizinische Versorgung abzubrechen, ohne dass der Patient/die Patientin bei Bewusstsein ist („Abschalten der Maschinen“). Eine evangelische Ethik müsste hier sowohl die Interessen des Arztes als auch die des Patienten/der Patientin berücksichtigen. Das Handeln des Arztes ist jedenfalls nicht so zu interpretieren, dass er nun das Leben „Gott überlässt“, das er zuvor nicht Gott überlassen hat, sondern die Handlung stellt einen aktiven Akt dar, der den Tod herbeiführt. Dass über die Erlaubtheit gesellschaftlicher Konsens zu bestehen scheint, sagt noch nichts aus über die ethische Problematik: Deshalb wäre

**eine Ethikkommission vor Ort zu fordern,  
die beratend diese  
ethischen Entscheidungen an der Grenze  
des Lebens begleitet.**

Ihr sollte der zuständige Seelsorger unbedingt angehören. Auch sie kann zwar grundsätzlich dem Dilemma nicht entkommen. Aber sie kann durch das Aufzeigen und Abwägen einer breiteren Palette von Gesichtspunkten eher zu einer Entscheidung gelangen, die der konkreten Situation zumindest annähernd gerecht wird. Und sie kann den letztentscheidenden Arzt von seiner enormen (und oft auch überfordernden) Verantwortung etwas entlasten.

#### **d. Aktive Euthanasie**

Obwohl zwischen dem letztgenannten Fall und der aktiven „Tötung auf Verlangen“ nur mehr ein gradueller Unterschied zu liegen scheint, wird damit eine

**letzte Grenze überschritten.  
Ihre Überschreitung muss aus christlicher Sicht  
grundsätzlich abgelehnt werden.**

Und zwar aus theologischen und praktischen Gründen.

Zum einen:

**Leben als Gabe Gottes ist ein ständiger Reifeprozess.  
Er schließt - von der Geburt an bis  
zum Tod - die Bewältigung  
von schwierigen Situationen mit ein.  
Auch dem (mühsamen) Sterben kommt  
in diesem Rahmen eine eigene Dignität zu,  
bedeutet es doch nicht nur das schrittweise  
Abschiednehmen aus dieser Welt,**

**sondern ebenso die allmähliche Vorbereitung  
auf eine andere Welt  
und die Vollendung bei Gott.**

Eine Freigabe der „Aktiven Euthanasie“ würde diese nicht nur als letzten Ausweg erscheinen lassen, sondern als reale Wahlmöglichkeit zwischen zwei scheinbar gleichwertigen Optionen. Wobei die Angst vor dem unbekanntem Weg des Sterbeprozesses Menschen sogar unter einen gewissen psychischen Druck setzen würde, zugunsten des relativ kalkulierbaren „kurzen Prozesses“ zu entscheiden. Dieser Angst nachzugeben könnte jedoch bedeuten, sich selbst um eine wesentliche Lebens- bzw. Sterbeerfahrung zu bringen - gleichsam ein Stück Menschenwürde vorzeitig aus der Hand zu geben. Hier bekommt

**das grundsätzlich Insistieren auf dem 5. Gebot**

(„Du sollst nicht töten“) als ethischem Grundwert

**auch eine wichtige Schutzfunktion  
für den Patienten selbst.**

Zum anderen: Eine legitime Öffnung der „Tötung auf Verlangen“ könnte - sogar bei anfänglich bester Absicht - sehr rasch auch gesamtgesellschaftlich auf einen „slippery slope“ führen, auf dem sich mehr und mehr sachfremde Aspekte, insbesondere der Aspekt der Wirtschaftlichkeit, der Druck durch benötigte Spenderorgane oder der psychische Druck, den Erben nicht länger zur Last fallen zu dürfen, zu zusätzlichen Entscheidungskriterien heranbilden würden.

Es soll nicht bestritten werden:

**Der Umgang mit sterbenden Menschen  
kann mitunter in derartig schwierige  
ethische Grenzsituationen führen,  
dass allen Beteiligten schmerzhaft bewusst wird,  
dass hier jede mögliche Entscheidung  
auch falsch sein kann.**

Dann werden die Verantwortlichen nicht umhin können, nach Abwägen aller Möglichkeiten sich für das „kleinere Übel“ zu entscheiden - ohne zu übersehen, dass ihre Entscheidung trotzdem Schuld sein und bleiben kann, für die sie sich auch zu verantworten haben. Wobei hier sowohl die Verurteilung wie auch der Freispruch durch irdische Instanzen in besonderer Weise nur den Charakter des „Vorläufigen“ haben können.

**Unsere tiefste und letzte Verantwortung  
bleibt die Verantwortung vor Gott.**

Sogar die niederländische Gesetzeslage sieht eine Selbstanzeige des Arztes, der „Tötung auf Verlangen“ geleistet hat, zwingend vor. Das Gericht prüft dort aber lediglich die Einhaltung der vorgeschriebenen Formalia und sieht dann von einer weiteren Behandlung des „Falles“ ab.

Zukunftsweisender für Österreich wäre eine Regelung, die Ärzte sehr wohl zur Rechenschaft zieht, aber nicht automatisch kriminalisiert. Das bedeutet, dass in einem ordentlichen Prozess gegebenenfalls auch ein Freispruch für den behandelnden Arzt möglich sein kann. Nicht weil er in einem ethisch und juristischen Dilemma nachweisbar „richtig“ gehandelt hätte, sondern weil es eben Fälle gibt, die sich einer objektiven Beurteilung durch gängige juristische Kriterien entziehen.

Selbst

**die implizierte Botschaft des Gesetzestextes  
muss aber „Tötung auf Verlangen“  
als kalkulierbare Option dezidiert ausschließen.**

### III

#### Zusammenfassung

Das komplexe Feld der Begleitung und Hilfe beim Sterben entzieht sich allen allzu glatten Lösungsversuchen. Der Würde des Individuums muss letztlich auch ein individuelles Eingehen auf jede seiner Lebenssituationen entsprechen. Und Sterben ist nun einmal ein Teil des Lebens.

Darum bedarf es einer gewissen „Grundsolidarität“ zwischen Gesellschaft, Ärzten und Patienten/innen, um die anstehenden Fragen einigermaßen befriedigend lösen zu können. Nur auf dem Boden eines solchen Grundkonsenses kann das unabdingbare Vertrauensverhältnis von den Patienten/innen zur Ärzteschaft und zum Pflegepersonal hergestellt und ein konstruktives Gesprächsklima geschaffen werden. - Die Letztverantwortung der Ärzte ist gewiss durch nichts zu ersetzen (wohl allerdings durch eine Ethikkommission zu ergänzen).

Die Patienten/innen und ihre Angehörigen müssen ihrerseits aber darauf vertrauen können, daß die Betreuenden diese ihre Verantwortung (im Sinne des Grundkonsenses) auch wirklich wahrnehmen: Dass sie einerseits alles in ihrer Macht Stehende tun, um Leben zu schützen und zu erhalten - ohne dass sie andererseits versuchen, qualvolle Prozesse (nur um des bloßen Prinzips willen) sinnlos zu verlängern.

Es ist hier noch einmal daran zu erinnern, dass gerade die Angst vor der anonymen Apparate-Medizin und vor einem „Möglicherweise-nicht-in-Würde-Sterben-Können“ zu den Hauptauslösern der gegenwärtigen Euthanasie-Diskussion gehört hat.

Mindestens gleich wichtig ist weiters, dass auch

**in der Öffentlichkeit  
wieder  
ein Grundkonsens darüber erzielt wird,  
dass nicht nur junge, gesunde,**

**schöne und glückliche - sondern  
ebenso alte, kranke und gebrechliche Menschen  
ihren festen Platz in der Gesellschaft haben.**

Ärzte und Patient/innen müssen darauf vertrauen können, dass jedes Leben seinen Wert hat - und der Gesellschaft auch etwas wert ist. Finanzielle Erwägungen sind kein angemessenes Kriterium für die Sinnhaftigkeit medizinischer Behandlungen. Betroffene und ihre Angehörigen sollen wissen, dass die Gesellschaft das grundsätzliche Recht auf Leben auch im Einzelfall nicht aus Kostengründen in Frage stellt.

Der andere Auslöser für die gegenwärtige Euthanasiedebatte ist ja wohl in der Idealisierung von Gesundheit und Jugendlichkeit zu suchen, sowie in der Gleichsetzung von „lebenswert“ ist „möglichst leidfrei“.

- Diesem (nach biblischen Verständnis) falschen Menschenbild muss eine sich auf das Evangelium berufende Ethik entschieden entgegenreten.

An dieser Stelle wissen sich übrigens die christlichen Kirchen (theoretisch und praktisch) auch selbst in besonderer Weise in die Pflicht gerufen, ihren Beitrag zu leisten.

Zu fragen ist abschließend: Wie menschlich ist eigentlich eine Gesellschaft, in der mehr und mehr Menschen nur noch im freien Verfügungsrecht über ihren Tod die Möglichkeit sehen, ihre Menschenwürde und die ihres Lebens und Sterbens zu wahren?

**Gefordert ist eine Gestaltung  
der gesellschaftlichen Verhältnisse,  
die dem Leben als Gabe Gottes  
Raum bis zu seinem Ende  
lässt und die sein Geheimnis im Leben  
wie im Sterben achtet.**

Von der Generalsynode  
der Evangelischen Kirche A.u.H.B.  
in Österreich  
am 17. Oktober 1996 in Graz  
einstimmig verabschiedet.

## Nachwort

Wenn man als Christ die vorliegende Stellungnahme des Theologischen Ausschusses der Generalsynode der Evangelischen Kirche A.u.H.B. in Österreich zum Thema „Sterbehilfe“ gewissenhaft gelesen hat, wird man dankbar für die dadurch erhaltenen Leitlinien sein. Andererseits wird man auch sehr nachdenklich werden und feststellen müssen, dass man sich im Bereich der Sterbebegleitung immer wieder im Einzelfall anhand des Wortes Gottes im Gebet von Gott, dem Herrn, Weisheit für sein Handeln und Tun schenken lassen muss. Der Reformator Martin Luther gab dem geschätzten „Balbierer und Chirurg“ Peter Beskendorf in der kleinen Schrift „Eine einfältige Weise zu beten - für einen guten Freund“ im Zusammenhang „Mit den 10-Geboten beten“ einen persönlichen Gebetshinweis zum 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ - um das gegenständliche Gebot handelt es sich bei der Frage der Sterbehilfe: „Zum Vierten bitte ich, es wolle der liebe Vater uns dieses sein heiliges Gebot erkennen lehren und uns helfen, dass wir uns auch danach halten und leben“. In diesem Sinne hoffe und wünsche ich, dass diese Stellungnahme zum Thema „Sterbehilfe“ allen, die sie lesen, zum Segen wird.

Dr. Peter Krömer  
Präsident der Generalsynode

