



Stiftung Liebenau

## **Nicht töten, aber in Würde sterben lassen**

Die Position der  
Stiftung Liebenau  
zur Euthanasie

## Impressum

### **Herausgeber**

Ethikkommission  
der Stiftung Liebenau  
im April 2004

### **Vorsitzender**

Vorstand Pfarrer Dieter Worrings

### **Text und Redaktion**

Wolf-Peter Bischoff,  
Ressortleiter Kommunikation  
der Stiftung Liebenau

Dr. Bruno Schmid,  
Professor für kath. Theologie  
(Schwerpunkt Ethik) an der PH Weingarten

Hans-Martin Brüll,  
Diplomtheologe, Diplompädagoge  
und Fortbildner

## Weitere Mitglieder der Ethikkommission der Stiftung Liebenau

Kurt Brust, Dozent am Institut für Soziale Berufe in Ravensburg; Wilfried König, Vorsitzender Richter am Landgericht Ravensburg a.D.; Manfred King, Geschäftsführer der St. Anna-Hilfe Österreich gGmbH; Frank Moscherosch, Geschäftsführer der Liebenau Service GmbH; Dr. med. Helmut Schädler, Geschäftsführer der St. Lukas Klinik gGmbH; Ulrike Stutzmüller, Geschäftsführerin der St. Gallus-Hilfe gGmbH; Beatrice von Brauchitsch, Geschäftsführerin der St. Anna-Hilfe Deutschland gGmbH.

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1. Gesellschaftlicher Wertewandel im Umgang mit Sterbenden</b>	<b>6</b>
<b>2. Sterbehilfe und Sterbebegleitung – Eine Begriffsklärung</b>	<b>9</b>
<b>Übersicht Begriffsklärung</b>	<b>12</b>
<b>3. Entscheidungssituationen am Lebensende – Vier Fallbeispiele</b>	<b>14</b>
3.1 Frau Meyer – Töten auf Wunsch der Angehörigen?	14
3.2 Robert – Weiter leben müssen?	17
3.3 Frau Bauer – Das Sterben zulassen?	20
3.4 Frau Müller – Die Selbsttötung unterstützen?	23
<b>4. Die Position der Stiftung Liebenau und ihre Begründung</b>	<b>27</b>
<b>5. Christlicher Sinnhorizont: Sterben dürfen als Geschenk Gottes</b>	<b>31</b>

## Nicht töten, aber in Würde sterben lassen

### **Die Position der Stiftung Liebenau zur Euthanasie**

---

Die Ethikkommission der Stiftung Liebenau hat sich in den vergangenen Jahren mehrfach mit dem Thema der Euthanasie beschäftigt. Besonders haben wir uns mit der sowohl in der Mitarbeiterschaft als auch in der Gesellschaft strittigen Frage nach der Berechtigung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids auseinander gesetzt. Die Ethikkommission hat ihr Ergebnis formuliert, begründet und dem Vorstand vorgelegt. Dieser hat die vorliegende Position als für die Stiftung Liebenau verbindlich erklärt.

Wir lassen uns bei unserer Argumentation grundsätzlich vom biblischen Tötungsverbot leiten und gehen in der Begründung unserer Position auch auf die Argumente der Befürworter aktiver Sterbehilfe ein. Wir tun dies, indem wir

- zunächst den gesellschaftlichen Wertewandel im Verhältnis zu Sterben und Tod beschreiben (Teil 1)
- klärende Definitionen von zentralen Begriffen in der Diskussion wie „aktive Sterbehilfe“, „Beihilfe zum Suizid“, „passive Sterbehilfe“ und „Sterbebegleitung“ formulieren (Teil 2)
- anhand von einzelnen Fällen verdeutlichen, worin die Problematik für die Betroffenen (Sterbende, Angehörige, Ärzte und Mitarbeiter) besteht, wie schwierig sich deren Entscheidungssituation darstellt und wie wir diese Fälle ethisch bewerten (Teil 3)
- unsere Position zu Gunsten einer Sterbebegleitung ohne aktive Tötung mit vernünftigen Erwägungen begründen (Teil 4)
- den christlichen Sinnhorizont unserer Position kenntlich machen (Teil 5)

---

In unserem Positionspapier wird argumentiert und nicht missioniert. Wir wollen deutlich machen, warum sich die Stiftung Liebenau trotz der teilweise erheblichen Probleme in manchen Entscheidungssituationen am Ende des Lebens um ein Sterben in Würde bemüht, die aktive Tötung aber ablehnt.

Wir danken mit der Veröffentlichung dieses Positionspapiers allen am Diskussionsprozess Beteiligten, besonders allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die uns mit Fallbeispielen aus ihrer Praxis in Klinik und Heim beeindruckt und mit ihren bohrenden Fragen zu einem differenzierenden Nachdenken angeregt haben.

# 1. Gesellschaftlicher Wertewandel im Umgang mit Sterbenden

---

Der Umgang mit Sterben und Tod forderte schon immer Antworten des Menschen heraus. Der unabänderlichen Tatsache des Todes wurde bis in die Gegenwart mit einer weitgehend christlich geprägten individuellen Grundhaltung und einer haltgebenden religiös fundierten Kultur begegnet. Nach christlichem Verständnis wurde der Tod als ein von Gott, dem „Herrn über Leben und Tod“ gesetztes Faktum gesehen, das im Glauben angenommen werden kann in der Hoffnung auf ein „ewiges Leben“ bei Gott. Christliche Rituale wie Krankensalbung und Beerdigung waren in einer weitgehend religiös geprägten Umwelt selbstverständlich, verschafften den Trauernden Trost und ließen Raum für persönliche Anteilnahme und Erinnerung an den Verstorbenen. Dieses Verständnis vom Sterben und Tod sowie seine religiös-kulturelle Verarbeitung ist jedoch in der Moderne nicht mehr selbstverständlich und muss sich in einem gesellschaftlichen Wertewandel neu bewähren.

Modernes Denken und der daran gekoppelte technische Fortschritt schufen ein neues Verständnis vom Leben. Leben wird danach nicht mehr als gottgegebenes Geschenk, sondern als stetige Aufgabe des Menschen aufgefasst, die er autonom bewältigen kann und soll. Verknüpft mit einem rasanten Fortschritt der medizinischen Forschung und ihren technologischen Anwendungsmöglichkeiten steht nun menschliches Leben an seinem Anfang und an seinem Ende zur Disposition. Dieser Wertewandel vom Leben als Geschenk zum Leben unter Nützlichkeitsvorbehalt löst heftige Diskussionen aus.

Hatte sich der bioethische Streit im vergangenen Jahrzehnt schwerpunktmäßig auf die Frage des Anfangs menschlichen Lebens und seiner Schutzwürdigkeit konzentriert, so treten nun immer mehr die Fragen nach dem Lebensende und der Berechtigung von Eingriffen in den natürlichen Sterbeprozess in den Mittelpunkt des Interesses. Dabei stehen besonders der Zeitpunkt des Todes und seine Umstände sowie die Tötung auf Verlangen der Sterbenden oder der Angehöri-

---

gen bei unveränderbarem und schwer aushaltbarem Leid zur Diskussion. Die zentrale Frage lautet: Ist es berechtigt, aktiv in den natürlichen Sterbeprozess einzugreifen und dem Leben des Sterbenden ein vorzeitiges Ende zu setzen – sei es auf dessen ausdrücklichen Wunsch, auf Grund einer „hoffnungslosen“ Diagnose, auf Grund unerträglicher Schmerzen oder auf Grund einer vorliegenden Patientenverfügung des Sterbenden?

Deutsches, österreichisches und schweizer Recht lassen die absichtliche Tötung von Schwerkranken und Sterbenden nicht zu. In den Niederlanden und Belgien wurde aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen rechtlich erlaubt. Erste Erfahrungen zeigen, dass diese Bedingungen, weil sie schwierig zu überprüfen sind, oft nicht eingehalten werden. Deshalb spricht man bereits von einer „wilden Euthanasie“.

Die Tötungspraxis im Ausland blieb nicht ohne Wirkung auf die Diskussion in Deutschland. Verschiedene Umfragen kamen – wenn auch mit einer nicht immer klaren Fragestellung – zu ähnlichen Ergebnissen. Die Mehrheit der Deutschen steht der aktiven Sterbehilfe positiv gegenüber, zumeist ohne sich mit dem Problem genauer befassen zu haben. Selbst konfessionell gebundene Befragte stimmten mehrheitlich einer aktiven Sterbehilfe zu.

In allen drei Ländern, in denen die Stiftung Liebenau tätig ist, befassten sich Parlamente und Expertenkommissionen mit der Frage, ob und inwieweit das vorhandene Recht zu Gunsten einer aktiven Sterbehilfe abgeändert werden kann und soll. In Deutschland werben bereits so genannte Sterbehilfeorganisationen in öffentlichen Anzeigen für eine Aufhebung des Strafgebotes im Namen der Selbstbestimmung des Patienten. Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe scheinen – trotz gesetzlichen Verbots – gesellschaftsfähig zu werden.

In dieser Situation der Verunsicherung durch einen massiven Wertewandel halten es Vorstand und Ethikkommission der Stiftung Liebenau für erforderlich und hilfreich, Stellung zu beziehen: Die Stiftung Liebenau als Verantwortliche für viele Heime der Behinderten- und Altenhilfe sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen immer auf der Seite einer lebensbejahenden Kultur, die das Sterben und den Tod als selbstverständlichen Teil des Lebens begreift. Deshalb engagieren wir uns für eine möglichst gute Praxis der Sterbegleitung, die die unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen berücksichtigt. Die Menschen, die in unsere Häuser kommen, sollen und wollen wissen, woran sie sind, wenn sie an ihrem Lebensende durch unsere haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter begleitet werden.

## 2. Sterbehilfe und Sterbebegleitung – Eine Begriffsklärung

---

In den meisten Ländern spricht man von **Euthanasie** und meint damit ein möglichst erträgliches, dem Kranken willkommenes Sterben (wörtlich: „guter Tod“). Da die Morde der Nationalsozialisten an kranken und behinderten Menschen als „Euthanasie“ propagiert wurden, ist dieser Begriff in Deutschland und Österreich vorbelastet. Man spricht stattdessen von **Sterbehilfe**.

Die Problematik dieses Begriffs ist, dass er seine ursprünglich weit gefasste Bedeutung der „Hilfe **beim** Sterben“ verliert und sich mehr und mehr auf „Hilfe **zum** Sterben“ verengt. Damit ist die Ethik auf den Plan gerufen. Sie fragt, wie wir gut und richtig handeln – auf unser Thema bezogen: ob das Töten eines Menschen mit der Unantastbarkeit menschlichen Lebens in Einklang gebracht werden kann.

Die ethischen Unterscheidungs- und Beurteilungskriterien für alle Formen von Sterbehilfe sind einerseits die Absicht im Handeln des Arztes (und ebenso im Handeln des Pflegepersonals), andererseits die Einstellung des Kranken gegenüber diesem Handeln, schließlich aber auch die Vereinbarkeit mit der Würde menschlichen Daseins.

**Aktive Sterbehilfe** bedeutet den gezielten Eingriff, meist eines Arztes oder eines Pflegenden, **in der Absicht, den Patienten auf dessen Verlangen hin zu töten**. Von Sterbehilfe soll man allerdings – wenn überhaupt – nur dort reden, wo eine Bitte des Kranken vorliegt. Diese kann aktuell geäußert werden, wenn er noch bei klarem Bewusstsein ist; sie kann auch aus früheren Tagen stammen oder in einer Patientenverfügung schriftlich niedergelegt sein, wobei dann der Arzt zu prüfen hat, ob zu vermuten ist, dass der gegenwärtige Wille des Patienten dem früheren Wunsch noch entspricht. Eindeutiger ist der Begriff **„Tötung auf Verlangen“**, der den ausdrücklichen Wunsch (bzw. die Freiwilligkeit) seitens des Patienten zum Ausdruck bringt.

Hier zeigt sich eine zweite Problematik des Begriffs Sterbehilfe: Es muss miss-träulich machen, dass zunehmend auch dort von aktiver Sterbehilfe gesprochen wird, wo der Wille des Patienten unbekannt ist und ein Sterbewunsch nur vermu-tet wird (der missverständliche Fachbegriff lautet „nicht-freiwillig“), ja, sogar dort, wo die Tötung gegen den erklärten Willen des Patienten geschieht (sog. „unfreiwillige“ Sterbehilfe). Richtig wäre es, in solchen Fällen von Totschlag zu sprechen und zu bedenken, dass die Grenze hin zum Mord nahe liegt.

Die **Beihilfe zum Suizid** meint das Verschreiben oder Besorgen tödlicher Medi-kamente durch Dritte (Arzt, Pflegekräfte, Angehörige oder Vertreter von Sterbe-hilfe-Organisationen), **wobei der Vollzug der Tötung aber durch den Patien-ten selbst geschieht**. Dabei ist die Rechtsordnung nicht einheitlich: Während man in Deutschland und Österreich, wenn man bei dieser Selbsttötung dabei ist und nichts dagegen unternimmt, sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig macht, wird dies in der Schweiz seit jeher strafrechtlich nicht verfolgt. Neu ist je-doch (seit 2001), dass in der Schweiz Sterbehilfeorganisationen wie „Exit“ oder „Dignitas“ Zugang zu kommunalen Alten- und Pflegeheimen erhalten.

Eine weitere Form ärztlichen Handelns ist die **indirekte Sterbehilfe**. Darunter versteht man **symptom- und schmerzlindernde Maßnahmen**, die die **Lebensqualität des Sterbenden erhöhen**, auch wenn sie möglicherweise oder wahrscheinlich dazu führen, dass der Tod früher eintritt. Auch hier ist im Blick auf den Patienten zu unterscheiden, ob er in diese Maßnahmen einwilligt, ob sie gegen seinen Willen erfolgen oder ob sein Wille unbekannt ist.

Als **passive Sterbehilfe** bezeichnet man **zum einen die Beendigung einer Therapie** durch das medizinische Personal, z.B. das Abschalten von lebenserhal-tenden Maschinen, **zum andern das Nicht-Ausweiten einer begonnenen**

---

**Therapie**, etwa das Unterlassen bestimmter Maßnahmen wie das Verabreichen von Antibiotika. Die Kriterien der Zustimmung oder Nicht-Zustimmung des Kranken sind hier ebenfalls zu beachten.

Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe ist nicht unumstritten, weil beides im konkreten Fall nahe beieinander liegen kann. Auch wer ein Gerät abschaltet, ist ohne Zweifel „aktiv“. Die Bundesärztekammer vermeidet deshalb in ihrer Stellungnahme „Ärztliche Sterbebegleitung“ von 1998 den Begriff Sterbehilfe; sie will zum Ausdruck bringen, dass der Arzt nur beim Sterben begleiten, nicht aktiv töten darf. Dennoch hält die Rechtsprechung an der Gegenüberstellung von aktiver und passiver Sterbehilfe fest, weil damit die Motive, die Ziele und die Handlungsweisen des ärztlichen und pflegenden Personals schärfer unterschieden werden können. Passive Sterbehilfe meint nicht, dass der Arzt nicht aktiv würde, sondern dass er keine Maßnahmen ergreift, die unabhängig von der Krankheit zum Tod führen, dass er vielmehr dem Geschehen der Krankheit seinen Lauf lässt.

Sterbehilfe in ihren verschiedenen Formen ist grundsätzlich zu unterscheiden von **Sterbebegleitung**. Diese zielt nicht auf eine vorzeitige Beendigung menschlichen Lebens (wie die aktive Sterbehilfe, der assistierte Suizid oder die passive Sterbehilfe), **sie steht vielmehr durch pflegerische, seelsorgerische und schmerzlindernde Maßnahmen dem Patienten bei**. Im Bereich der Schmerzlinderung gibt es Berührungspunkte zur indirekten Sterbehilfe.

# Ärztliches Handeln und Patientenbeteiligung in der Sterbehilfe bzw. in der Sterbebegleitung

## AKTIV

	<b>Aktive Sterbehilfe</b>	<b>Beihilfe zum Suizid</b>
<b>Ärztliches Handeln</b>	Gezielter Eingriff mit der Absicht der Tötung	Verschreiben/ Besorgen tödlicher Medikamente
<b>Patientenbeteiligung</b>	Freiwillig (= Tötung auf Verlangen)	Freiwillig
<b>Patientenbeteiligung</b>	Nicht freiwillig * (= Wille unbekannt)	
<b>Patientenbeteiligung</b>	Unfreiwillig * (gegen den erklärten Willen)	

\* Irreführend ist es, in den mit einem Stern gekennzeichneten Fällen von Sterbehilfe zu sprechen

## PASSIV

Indirekte Sterbehilfe	Passive Sterbehilfe
Schmerzlindernde Maßnahmen, möglicherweise mit der Folge eines vorzeitigen Todes	Beendigung der Therapie oder Nichtausweitung der Therapie
Freiwillig	Freiwillig

Sterbebegleitung
Pflegerische, seelsorgerische und schmerzlindernde Maßnahmen (Hospiz)
Freiwillig

Nicht freiwillig *	Nicht freiwillig *
Unfreiwillig *	Unfreiwillig *

## 3. Entscheidungssituationen am Lebensende – Vier Fallbeispiele

---

### 3.1 Frau Meyer – Töten auf Wunsch der Angehörigen?

Das Beispiel von Frau Meyer zeigt, wie sich ethische Einstellungen der Angehörigen zum Thema Lebensrecht im Verlaufe einer mehrjährigen schweren Krankheit der Mutter mit gravierenden wirtschaftlichen Auswirkungen für die gesamte Familie verändern können.

**Frau Meyer ist 53 Jahre alt, verheiratet und hat vier erwachsene Kinder. Mit ihrem Mann, einem Elektromeister, betreibt sie bis zum Beginn ihrer Krankheit selbstständig eine Elektrofirma mit zwölf Mitarbeitern.**

Im Alter von 46 Jahren kommt es bei der Patientin zu einem akuten Herz-Kreislauf-Stillstand ohne nennenswerte Vorerkrankungen und ohne Risikofaktoren. Die Reanimation ist erfolgreich, die Patientin verharrt allerdings im Wachkoma. Auf Grund des sehr instabilen Gesamtbefundes wird sie über vier Monate intensivmedizinisch betreut, ohne dass sich die Gesamtsituation verbessert.

Neurologische Frührehabilitation und Anschlussrehabilitation sind nicht möglich. Zur weiteren Pflege erfolgt die Entlassung nach Hause mit Unterstützung von Pflegediensten und ungewöhnlich intensiver Nachbarschaftshilfe.

Nach den Erfahrungen der Ärzte ist bei Frau Meyer eine grundsätzliche Verbesserung der Situation nicht zu erwarten. Andererseits ist ihre körperliche Verfassung derart stabil, dass die Lebensspanne nicht überschaubar ist. Sie hängt im Wesentlichen ab von der Qualität der Pflege und eventuellen Komplikationen.

---

## Das ethische Dilemma

---

Nach jahrelangem, sehr intensivem Engagement für die Mutter ist die Familie am Ende ihrer Kräfte.

1. Der Gesundheitszustand hat sich in keiner Weise positiv verändert. Eine Heilung ist unmöglich, selbst leichte Besserungen sind unwahrscheinlich.
2. Durch die hohen Kosten für Pflege und Betreuung, die bei weitem nicht vollständig von der Kranken- und Pflegekasse übernommen werden, ist die Familie inzwischen auch wirtschaftlich in eine schwierige Lage geraten.
3. Das Umfeld signalisiert der Familie, dass es jetzt gut sei und dass angesichts der „Aussichtslosigkeit“ weitere Anstrengungen zurück zu stellen seien.

Diese Erfahrungen führen nun dazu, dass die Angehörigen nach Jahren enttäuschter Erwartung und einem außergewöhnlichen solidarischen Engagement die Hoffnung artikulieren, ihre Frau und Mutter könnte doch „erlöst“ werden. In ihrer echten Notlage erinnern sie sich an Aussagen der Patientin, ihr Leben nicht in Bewusstlosigkeit und kompletter Hilflosigkeit verbringen zu wollen.

## Die ethische Bewertung

---

So verständlich die Reaktion dieser Familie ist, auch im Blick auf die subjektiv „ungerechte“ finanzielle Lastenverteilung, unter ethischen Gesichtspunkten ist die von den Angehörigen insgeheim erhoffte oder gar ausdrücklich gewünschte Tötung auf Verlangen abzulehnen. Warum?

1. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz gesetzlich verboten.

2. Es liegt bei Frau Meyer kein Sterbeprozess vor. Ihr Zustand ist stabil. Sie kann bei adäquater Pflege und Betreuung noch viele Jahre leben.
3. Es widerspricht der personalen Würde des Menschen und dem Selbstverständnis des ärztlichen und pflegerischen Personals, sich selbst zum Herrn über Leben und Tod zu machen.
4. Es würde damit einem gesellschaftlichen Klima Vorschub geleistet, in dem ein derartiges Verhalten zum Regelfall werden könnte.
5. Im Gegensatz zur aktiven Tötung besteht seitens der Stiftung Liebenau allerdings die Bereitschaft zur passiven Sterbehilfe. Letztere ist ethisch vertretbar, weil sie dem Geschehen der Krankheit seinen Lauf lässt und keine Maßnahmen einleitet, die unabhängig von der Krankheit zum Tode führen, vielmehr allenfalls lebenserhaltende Maßnahmen unterlässt oder abbricht.

Selbstverständlich muss die Ablehnung der aktiven Tötung auf Nachfrage der Angehörigen begründet werden. Dieses Nein sollte verbunden sein mit Verständnis und anhaltender Solidarität des medizinischen und pflegerischen Personals gegenüber der Patientin und ihren Familienangehörigen.

## 3.2 Robert – Weiter leben müssen?

Robert, ein Jugendlicher, ist ein Beispiel für den Ernstfall einer jahrelangen intensiven medizinischen und pflegerischen Betreuung von Geburt an. Im Unterschied zu Frau Meyer war Robert nie gesund, er ist als siamesischer Zwilling geboren.

Robert ist schwer mehrfach behindert. Seit der operativen Trennung von seinem siamesischen Zwillingsbruder hat er schwerste cerebrale Schädigungen, eine Tetraspastik (alle Gliedmaßen spastisch), eine Epilepsie, Hydrocephalus (Wasserkopf) und eine Skoliose (Rückgratverkrümmung). Nach der Operation muss er mehrfach reanimiert werden. Seither besteht der Verdacht auf ein apallisches Syndrom.

Seine Mimik ist stark eingeschränkt. Positive Stimmungen kann man kaum erkennen. Unbehagen drückt er durch ein schmerzverzerrtes Gesicht aus, vor allem beim Umlagern. Es ist nicht feststellbar, ob Robert hören kann. Außerdem ist er blind. Er kann deshalb zu seinen Mitbewohnern und den Mitarbeitern nicht aktiv Kontakt aufnehmen.

Er wird über eine Magensonde ernährt und muss regelmäßig umgelagert werden, um einen Dekubitus zu vermeiden. Dabei liegt er entweder in seinem Zimmer im Bett oder in seinem Rollstuhl. Er wird sechsmal täglich gewickelt und jeden zweiten Tag nach dem Einlauf gebadet und anschließend massiert.

## Das ethische Dilemma

---

Bei Robert stehen die Angehörigen, das Pflegepersonal, die Ärzte vor einem Rätsel. Sie wissen nichts Sicheres über sein Empfinden, geschweige denn über den Willen des Patienten. Roberts Behinderungen sind so vielfältig und schwer, seine Abhängigkeit von einem sorgenden Umfeld so existenziell und radikal, dass es ihm nicht einmal mehr möglich wäre, gegen irgendwelche Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe auch nur zu protestieren.

Jede Argumentation über seinem mutmaßlichen Willen verbietet sich von selbst. Es wäre bloße Spekulation, diesen aus Roberts Mimik und seinen willkürlichen oder unwillkürlichen körperlichen Reaktionen erschließen zu wollen. Kein Mensch weiß, wie es ihm geht, was er erlebt oder nicht, ob er leben will oder nicht.

## Die ethische Bewertung

---

Auch bei Robert kommen Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal zum Schluss, dass Robert leben sollte und dass er ein Recht auf eine adäquate Versorgung besitzt. Warum darf oder muss er leben? Warum setzt sich die Stiftung Liebenau für sein Leben ein und widersetzt sich damit dem Begehren all derer, die es weder für ökonomisch vertretbar noch für sinnvoll oder unter dem Gesichtspunkt des Mitleids für anständig halten, dass dieser Jugendliche weiterhin am Leben gehalten wird.

1. Robert kann trotz seiner Einschränkungen leben. Er ist zwar auf Rundumpflege existenziell angewiesen, kann dann aber ohne dauerhafte medizinische oder technische Unterstützung einer überlebenswichtigen Körperfunktion aus eigener Kraft existieren.
2. Robert lebt in einem Zustand, der unserer Erfahrungswelt so weit entzogen ist, dass keine sicheren Aussagen über seine Gefühle, Gedanken, Empfindungen getroffen werden können. Das heißt konkret: Es ist nicht mit Sicherheit

---

auszuschließen, dass er dennoch etwas für ihn und seinen Zustand Positives und Lebenswertes empfindet, auch wenn es den Menschen in seiner Umgebung verborgen bleibt und mit medizinisch-technischen Aufzeichnungsgeräten nicht nachzuweisen ist.

3. Die Stiftung Liebenau lehnt es ab, über den Wert eines Lebens nach wirtschaftlichen Überlegungen zu urteilen.

### 3.3 Frau Bauer – Das Sterben zulassen?

Im folgenden Fall geht es um einen tragischen Widerspruch zwischen dem Willen einer Patientin und dem ihrer Angehörigen.

Frau Bauer, eine Mittfünfzigerin, leidet seit fünf Jahren an einer Immunschwäche. In den vergangenen zwei Jahren ist sie insgesamt über zehn Monate in drei verschiedenen Universitätskliniken, zwei größeren Krankenhäusern und einer Reha-Klinik in Behandlung. In dieser Zeit wird sie drei Mal reanimiert. Trotz intensiver Bemühungen ist eine Besserung nicht zu erzielen.

Ihre Angehörigen wollen Frau Bauer jede mögliche Hilfe zukommen lassen. Sie erklären dies auch den Ärzten und dem Pflegepersonal. Hingegen betont Frau Bauer selbst gegenüber der Stationsschwester und einem Pfleger, dass sie keine weiteren lebensverlängernden Maßnahmen wünsche.

Als sich Frau Bauers Zustand wieder einmal stark verschlechtert und sich Atemstörungen einstellen, verlangen die Angehörigen, erneut die künstliche Beatmung einzuleiten. Im Krankenhaus ist man der Meinung, dass die Todesphase unumkehrbar begonnen hat. Im Hinblick auf den erklärten Willen der Frau Bauer wird von einer erneuten künstlichen Beatmung abgesehen. Frau Bauer stirbt acht Stunden später.

---

## Das ethische Dilemma

---

Frau Bauer äußert sich gegenüber ihren Angehörigen und dem Krankenhaus widersprüchlich, wie angesichts ihrer sehr angegriffenen Gesundheit im Ernstfall mit ihr zu verfahren sei. Eine schriftliche Patientenverfügung liegt nicht vor. Das Krankenhaus hält sich in einer Notfallsituation an den gegenüber dem Pflegepersonal deutlich gemachten Willen der Patientin. Die Angehörigen, die anders informiert sind, verklagen das Krankenhauspersonal auf unterlassene Hilfeleistung und verlangen Schadensersatz und Schmerzensgeld. Vor Gericht bekommt jedoch das Krankenhauspersonal Recht.

## Die ethische Bewertung

---

Das Personal des Krankenhauses hat ethisch richtig gehandelt.

1. Umfassende und langwierige Heilungsversuche sind erfolglos geblieben. Eine erfolgversprechende Therapie steht nicht zur Verfügung.
2. Frau Bauer ist aus ärztlicher Sicht „austherapiert“. Weitere Behandlungsversuche erscheinen nicht erfolgversprechend.
3. Angesichts der sich widersprechenden Behandlungswünsche der Angehörigen und der Patientin wird dem Wunsch der Patientin der Vorrang gegeben.
4. Eine künstliche Beatmung gegen ihren Willen wäre ein nicht durch ihre Einwilligung gerechtfertigter Eingriff in ihre körperliche Integrität.

Es wäre sinnvoll gewesen, dass das Klinikpersonal die Angehörigen darüber unterrichtet hätte, dass Frau Bauer lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr wünscht. Für die Pflegenden ist die Frage nicht einfach zu beantworten, ob die Äußerungen der Patientin ihnen gegenüber mehr ihrem „wirklichen“ Willen entsprechen als ihre Aussagen gegenüber den Angehörigen. Eindeutiger wäre in dieser Situation eine aktuelle schriftliche Patientenverfügung gewesen.

### 3.4 Frau Müller – Die Selbsttötung unterstützen?

In der Schweiz ist seit Januar 2001 das Verbot für die Unterstützung von Selbsttötungen in städtischen Heimen aufgehoben. Da die Stiftung Liebenau seit kurzem das Patronat über ein Altenpflegeheim in der Schweiz übernommen hat, ist auch sie von der dortigen Entwicklung betroffen. Im folgenden Fall wünscht eine alte Dame die assistierte Selbsttötung. Diesem Wunsch kann und wird die Stiftung Liebenau auf Grund ihres Selbstverständnisses nicht entsprechen.

**Frau Müller ist bis zum 40. Lebensjahr die Haushälterin und Pflegerin für ihren Vater, einen angesehenen Pfarrer. Sie ist ledig, und als dieser stirbt, reist sie sehr viel in der ganzen Welt umher. Mit 80 Jahren trampelt sie noch einmal durch Mexiko. Sie ist 92 Jahre alt, lebt alleine zu Hause und arbeitet bei einer Hilfsorganisation als Übersetzerin. Im Frühjahr 1997 kommt sie nach einem Spitalaufenthalt ins Pflegeheim.**

Ihr Gesundheitszustand ist schlecht, sie ist abgemagert und hat zwei große Wunden am Gesäß. Sie kann nicht mehr gehen. Als es darum geht, mit ihr die weiteren Betreuungsschritte zu planen, erklärt sie, dass sie bei „Exit“ Mitglied sei und keinerlei lebensverlängernde Maßnahmen wünsche. Sie verweigere die Zusammenarbeit und wolle jetzt sterben. Sie lehnt zum Teil das Essen und Trinken ab und beschimpft die Mitarbeiterinnen. Der Leiter des Pflegeheims interveniert bei Frau Müller und macht ihr klar, dass eine Verbesserung ihrer Lebensqualität nur möglich sei, wenn sie mitarbeite. Frau Müller kooperiert und erholt sich zusehends. Acht Wochen nach ihrem Eintritt kann sie mit einer Hilfe wieder gehen und nimmt an Gewicht zu. Rund drei Jahre geht es ihr gut.

---

Im Herbst 2001 erkrankt sie erneut und erleidet einen Hirnschlag. Durch ihre Krankheit isoliert sie sich zusehends und verweigert alle Therapie-maßnahmen. In der Folge wird sie schwächer und kann das Bett nicht mehr längere Zeit verlassen.

Im Dezember erfährt der Heimleiter, dass zwischen Frau Müller und einem „Exit-Mitarbeiter“ bereits zwei Treffen stattgefunden haben. Bei einem Gespräch bestätigt sie diese Angaben und teilt ihm mit, dass sie sich in zwei Wochen mit Unterstützung des „Exit-Mitarbeiters“ umbringen werde. Ob dies in ihrem Zimmer oder an einem anderen Ort geschehe, spiele für sie keine Rolle.

### **Das ethische Dilemma**

---

Der Wunsch der alten Dame löst beim Pflegepersonal eine enorme Unruhe aus. Zum ersten Mal fordert eine Bewohnerin den assistierten Suizid. Die Meinungen in der Mitarbeiterschaft zum Thema Freitod sind verschieden und reichen von der Akzeptanz bis hin zur totalen Ablehnung.

Die Heimleitung ist der Meinung, dass die unterstützte Selbsttötung keineswegs akzeptabel sei und zuvor alles versucht werden müsse, um die Situation des alten Menschen zu verbessern und ihn so von seinem Todeswunsch abzubringen.

Wenn diese Hilfe (Schmerztherapie, soziale Aktivierung, intensive Betreuung) jedoch scheitert und der Todeswunsch weiterhin besteht, kann Frau Müller auf Grund der rechtlichen Situation ihre Forderung gegen den ausdrücklichen Willen der Hausleitung und des Trägers durchsetzen.

Dann muss allerdings von den Verantwortlichen die Frage geklärt werden, ob die Unterstützung der Selbsttötung im Pflegeheim erlaubt wird.

## Die ethische Bewertung

---

Ungeachtet der persönlichen Freiheit der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Entscheidung, das eigene Leben in einer bestimmten Lebenssituation zu beenden, ist die Position der Hausleitung mit der der Stiftung Liebenau nahezu deckungsgleich. In einem ethischen Grundsatzpapier des Schweizer Pflegeheimes werden Argumente gegen eine Zustimmung zur Selbsttötung formuliert:

1. Der Tod ist nicht umkehrbar. Das gilt für die Selbsttötung Jugendlicher ebenso wie für die älterer Menschen. Wir sind der Meinung, dass es auch in hohem Alter möglich ist, die Lebensbedingungen zu verbessern. Wir lehnen ein Altersbild ab, das Hochaltrigkeit quasi zwingend und unausweichlich mit Leid und Bedrückung in Verbindung bringt.
2. Die persönliche Lebenssituation ist auch im hohen Alter noch veränderbar. Depressive Verstimmungen, Schmerzen, Einsamkeit können gelindert werden. Gerade bei suizidgefährdeten Personen muss die pflegerische, die seelsorgerliche, die ärztliche und psychologische Betreuung und Prävention optimiert werden.
3. Suizid ist keine Privatsache. Je mehr dieses Vorgehen akzeptiert wird, wird es Nachahmer geben. Der Tod aus eigener Hand darf nicht „salonfähig“ werden.

## Fazit

---

**Das Beispiel Frau Müller geht gut aus. Das Personal versucht erfolgreich, das Umfeld von Frau Müller erneut zu aktivieren. Sie erhält wieder regelmäßige Besuche. Zudem wird alles Mögliche unternommen, dass sie keine Schmerzen hat und ihre Wünsche bezüglich Verpflegung umgesetzt werden. Frau Müller teilt eine Woche später „Exit“ mit, dass sie nun doch nicht den Freitod wähle.**

---

Sie erholt sich wieder und kann einige Zeit für ihre Verhältnisse gut leben. Im März 2002 erkrankt sie erneut. Zum Erstaunen des Personals verlangt sie vom Arzt eine Antibiotikatherapie sowie einen Pfarrer und dessen seelsorgerliche Begleitung. Ende März 2002 schläft sie ohne Schmerzen und ohne Groll friedlich ein.

Das Beispiel zeigt, dass der Todeswunsch zurück gedrängt werden kann, wenn es gelingt, das Umfeld des Menschen nach seinen Wünschen zu verändern.

## 4. Die Position der Stiftung Liebenau und ihre Begründung

---

Wenn Angehörige, Ärzte oder Pflegende Entscheidungen zu treffen haben, die in den Bereich der Sterbehilfe fallen, sind sie mit schwierigen Situationen konfrontiert. Die Suche nach dem ethisch Richtigen, nach Regeln und Kriterien für das Handeln führt oft dazu, dass sie in große Konflikte geraten. Es gibt Grauzonen, wo der konkrete Fall so komplex ist, dass die ethischen Kategorien ihn nicht mehr eindeutig zu erfassen vermögen und deshalb selbst in Frage gestellt werden.

Wenn die Ethikkommission der Stiftung Liebenau nach einem langen Diskussionsprozess dieses Positionspapier vorlegt, ist sie sich dieser Problematik durchaus bewusst. Sie will keine einfachen Lösungen für solch komplexe Fälle anbieten, sondern Kriterien und Argumentationshilfen entwickeln, an denen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in schwierigen Situationen orientieren können. Weisungen der Bibel – etwa das Fünfte Gebot „Du sollst nicht töten“ (Buch Exodus Kap. 20, Vers 13, Buch Deuteronomium Kap.5, Vers 17) – oder kirchliche Verlautbarungen sind auf den konkreten Fall mit seiner je speziellen Problematik nicht ohne weiteres anwendbar; sie sind ein Sinnhorizont, der der Auslegung bedarf.

Die Fallbeispiele zeigen, dass auch Christen in solchen Situationen nicht einfach aus der Bibel oder der kirchlichen Morallehre die Lösung ableiten, sondern das ethisch Richtige nur in einem mühsamen Prozess des Suchens und Abwägens von Argumenten finden können. In diesen Prozess gehen die Motive und Einstellungen der beteiligten Personen ebenso ein wie Sachaspekte.

Beteiligt sind zum einen die schwerkranken Menschen selbst. Ihren Willen zu erfragen und ihm auch dort, wo sie nicht mehr bei Bewusstsein sind, möglichst gerecht zu werden, ist ein wichtiges Ziel. Die so genannte „nicht-freiwillige aktive Sterbehilfe“ ist deshalb ethisch nicht zu rechtfertigen. Wer die „unfreiwillige“ praktiziert, missbraucht das Wort „Hilfe“.

---

Beteiligt sind zum anderen Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte. Ihr Handeln muss auf seine Folgen, aber auch auf seine Motive und Ziele hin geprüft werden. Aktive und passive, indirekte und direkte Sterbehilfe haben möglicherweise dieselben Folgen – den vorzeitigen Tod des Kranken –, aber sie sind doch ethisch sehr unterschiedlich zu bewerten.

Doch die Wünsche der Patienten wie auch die Motive und Ziele der Betreuenden decken nicht das ganze Spektrum der ethischen Beurteilung ab. Es gibt daneben Sachaspekte, auf die sich unsere Entscheidungen stützen. Die Ethik spricht von **„Rationalitäten“**, das bedeutet von vernünftigen Sichtweisen oder Perspektiven, die ein Urteil bestimmen.

Das Schicksal von Robert etwa gibt Anlass zu der Frage, ob der wirtschaftliche Aufwand für diese Pflege zu rechtfertigen sei. Das Beispiel von Frau Meyer zeigt, wie eine Familie nach jahrelangem Engagement auch psychisch zu zerbrechen droht und wie dem Familienbetrieb der Ruin droht. Wirtschaftliche und psychologische Argumente sind vernünftige Sichtweisen, die in ein ethisches Urteil einfließen, doch erfassen sie jeweils nur einen sehr begrenzten Teilaspekt des Rationalen.

Daneben gibt es die gesellschaftliche Perspektive. Selbst wenn Frau Müller ihren Tod will und sogar aktiv mit vorbereitet, kommt der Heimleiter zu dem Schluss, dass er dies nicht unterstützen kann. Sein Argument lautet: Wenn wir in solchen Fällen der Tötung zustimmen, dann entsteht ein gesellschaftliches Klima, das zur Abwertung des Lebens kranker und alter Menschen führt. Wir würden ja dann indirekt jenen Patienten Recht geben, die sagen: „Ich bin doch zu nichts mehr gut, ich falle meiner Familie und dem Pflegepersonal nur zur Last, mein Leben hat keinen Sinn mehr... Ich werde also alles tun, um meinem Leben ein Ende zu setzen!“ Die **gesellschaftliche Rationalität** sagt uns, dass wir für die Anerkennung des

verletzlichen Lebens im Alter, etwa von dementen Menschen, eintreten müssen. Die Achtung vor der Würde dieses Lebens verbietet uns das Urteil, in diesem oder jenem Fall sei ein Weiterleben mit Sicherheit „sinnlos“.

Die **personale Rationalität**, das Beharren auf der unveräußerlichen Würde des Menschseins, die nicht von seiner Ansehnlichkeit abhängt, wird uns hier veranlassen, zu widersprechen und keine Unterstützung beim Suizid zu leisten. Mehr noch: Soweit das möglich ist, werden wir versuchen, einen Menschen zum Weiterleben zu bewegen. Denn das Ja zur Existenz eines personalen Lebens, mag es auch mit Schmerzen verbunden sein, hat für die Stiftung Liebenau einen höheren Stellenwert als ökonomische und psychische Gegebenheiten.

Den Wunsch eines Schwerstkranken nach der „erlösenden Spritze“ abzulehnen, ist das eine – den natürlichen Tod zuzulassen das andere. Weil auch wir um den Sinn jenes Lebens ringen, das manchen Menschen – etwa Robert – zugemutet wird, plädieren wir dafür, nicht in jedem Fall und unter allen Bedingungen Leben zu verlängern, wie das Beispiel von Frau Bauer zeigt.

Wir werden keine Maßnahme einleiten, die den Tod beabsichtigt. Wenn der Tod aber aus dem Verlauf der Krankheit selbst folgt, wenn der Zustand keine Hoffnung auf Heilung mehr erlaubt und die Patientin – wie Frau Bauer – selbst zu sterben wünscht, werden wir „passive und indirekte Sterbehilfe“ praktizieren. Das heißt, wir werden selbstverständlich die Grundpflege und die schmerzlindernde Behandlung fortsetzen, jedoch keine Maßnahmen zur Lebenserhaltung um jeden Preis einleiten.

Umfragen belegen, dass es vor allem drei Ängste sind, die Menschen im Blick auf die letzte Phase ihres Lebens umtreiben. Es ist die Angst, zur Last zu fallen, die Angst vor Einsamkeit und die Angst vor Schmerzen. Besonders die zuletzt genannte ist eine Haupttriebfeder für den Todeswunsch schwerkranker Menschen. Die **medizinische Rationalität** verlangt eine umfassende schmerzlindernde (palliative) Versorgung – ein Feld, in dem Deutschland nach Aussagen von Fach-

---

leuten noch großen Nachholbedarf hat. Wenn die Stiftung Liebenau es ablehnt, den Sterbewunsch von schmerzgeplagten Menschen aktiv zu erfüllen, bekennt sie sich zugleich zu der ethischen Pflicht, alles ihr Mögliche zu tun, um diese Schmerzen zu lindern. Dass durch die Gabe von Medikamenten, etwa Morphinen, der Eintritt des Todes möglicherweise beschleunigt wird, halten wir als ungewollte, nicht beabsichtigte Nebenwirkung für ethisch vertretbar.

Indem wir die verschiedenen vernünftigen Sachperspektiven („Rationalitäten“) zusammendenken, um das Bessere und das Schlechtere abzuwägen, suchen wir nach der „Vernunft des Ganzen“, nach der im Blick auf das Ganze besten Entscheidung. In der öffentlichen Meinung ist die Überzeugung weit verbreitet, die Selbstbestimmung des Patienten sei in jedem Fall das Vernünftige, und er habe deshalb ein Recht darauf, dass sein Wille nach einer aktiven Tötung stets respektiert werde, also wohlgerne ein Recht darauf, dass andere ihn töten!

Im Gegensatz dazu schließt für uns Selbstbestimmung auch Selbstverpflichtung ein, meine Entscheidung muss verallgemeinerungsfähig sein. Also ist auch das Bedenken der gesellschaftlichen Folgen und deren Rückwirkung auf die Wertschätzung menschlichen Lebens Teil der „Vernunft des Ganzen“.

Wir fürchten, dass eine Gesetzesänderung, die die Tötung auf Verlangen zulässt, eine schleichende Bewusstseinsveränderung zur Folge hat: Ähnlich wie bei der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch gilt etwas zuerst als straffrei, dann als nicht rechtswidrig, dann als legal, dann als moralisch legitim und am Ende als geboten.

Noch einmal ist zu sagen, dass die Entscheidung oft sehr schwierig ist. Wir wissen nicht, ob Robert, wenn er sich äußern könnte, uns bitten würde, ihn (passiv) sterben zu lassen, wenn Komplikationen in seinem Zustand auftreten. Weil wir es nicht wissen, wollen wir vorsichtig sein und sagen: Im Zweifel für den Erhalt des Lebens.

## 5. Christlicher Sinnhorizont: Sterben dürfen als Geschenk Gottes

---

Die radikale Ablehnung der aktiven Sterbehilfe in allen Einrichtungen und Angeboten der Stiftung Liebenau und ihrer Beteiligungen ruht auf zwei Säulen. Einerseits auf einer vernünftigen ethischen Diskussion und Entscheidung unter Berücksichtigung aller Sachverhalte, wie wir sie im vorangehenden Kapitel darzulegen versucht haben, und zweitens auf dem Glauben und dem daraus resultierenden Menschenbild der Christen in den gelebten Traditionen der evangelischen und katholischen Kirche.

Wir befinden uns mit dieser grundsätzlichen Positionierung durchaus auch im Konsens mit einer jahrhundertealten Praxis katholischen Nachdenkens und Philosophierens. Diese geht von der Überzeugung aus, dass sich letzten Endes die Wahrheit des Glaubens und die Wahrheit, die sich der nachdenkenden Vernunft zeigt, nicht nur nicht ausschließen dürfen, sondern sich im Gegenteil ergänzen und gegenseitig befördern.

Die menschliche Vernunft, die die Dinge, so wie sie sind, zu erfassen und zu bewerten sucht, kann idealerweise und in letzter Konsequenz den Inhalten des christlichen Glaubens ebenso wenig widersprechen, wie umgekehrt Vorgaben und Positionen des christlichen Glaubens nicht wirklich im Widerspruch zur menschlichen Vernunft stehen dürfen.

Dass dieser hohe Anspruch nicht immer durchgehalten wurde, dass sowohl auf Seiten der menschlichen Vernunft als auch bei der Interpretation der Glaubensinhalte und ihrer Konsequenzen Irrtümer und Fehleinschätzungen möglich sind, entbindet dennoch keineswegs von der Aufgabe, diesem Anspruch, der im christlichen Bild vom Menschen als Ebenbild Gottes deutlich wird, so weit als möglich nahe zu kommen.

---

Auf den vorangehenden Seiten wurden zahlreiche in einem offenen und vernünftigen Diskurs entwickelte Argumente gegen die aktive Tötung eines Menschen vorgestellt, ganz gleich ob sich dieser im Sterbeprozess befindet, an einer langdauernden schwersten Krankheit leidet oder mit einer Behinderung lebt. Nach Überzeugung der Stiftung Liebenau, getragen von ihrer mehr als 130-jährigen Tätigkeit auf „kirchlich katholischer Grundlage“ (Satzung), steht es niemandem zu, dem Leben eines Menschen aktiv und vorzeitig ein Ende zu setzen, unabhängig davon in welcher Situation sich dieser befindet.

Der christliche Glaube betont, dass auch der Sterbende, der Todkranke, der Koma-Patient sowie der Schwerstbehinderte in jeder seiner Lebenssituationen ein Ebenbild Gottes ist. Und als solchem kommt ihm eine unveräußerliche, durch keine Argumentation beschneidbare, unteilbare Würde zu.

Das Christentum versteht den einzelnen Menschen als Geschöpf Gottes, von ihm mit einem Namen gerufen. Diese Würde verbietet es dem Geschöpf, selbst Gott sein zu wollen, der allein Leben stiftet und wieder zu sich nimmt. Daraus leitet sich auch das Recht ab, nach dem Willen des Schöpfers sterben zu dürfen.