

Steht ein Dammbbruch bevor?

Zur gegenwärtigen Diskussion über die Euthanasie

Die Frage nach Lebensrecht und Lebensschutz stellt sich in der Bundesrepublik derzeit besonders im Blick auf die anstehende rechtliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs. Gleichzeitig wird aber auch über die Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe auf Verlangen von unheilbar Kranken diskutiert, wobei sowohl medizinische wie rechtliche und ethische Fragen im Spiel sind. Auf einer Tagung der Katholischen Akademie in Bayern, die Ende Oktober 1991 in Würzburg stattfand, wurde der Versuch gemacht, die derzeitige Diskussionslage in Sachen Euthanasie auf den Punkt zu bringen.

In den letzten Monaten ist die Frage der Euthanasie europaweit in die Schlagzeilen geraten. Die jüngste Diskussion um das Für und Wider aktiver Sterbehilfe löste im Frühjahr 1991 ein Bericht des Ausschusses für Umwelt, Volksgesundheit und Verbraucherschutz des *Europäischen Parlaments* aus. Er enthielt die konkrete Forderung nach einem Recht auf Tötung unheilbar kranker Patienten auf deren eigenen Wunsch hin; vorausgesetzt, es fehle jegliche Therapie- oder Schmerzlinderungsmöglichkeit, der Kranke habe wiederholt und nachdrücklich den Wunsch geäußert, seinem Leben ein Ende zu setzen und ein Ärztegremium sei konsultiert worden. Der Antrag löste heftige Kritik aus, besonders auch von seiten der christlichen Hospizbewegungen und der Kirchen. Angesichts dieses erneuten Vorstoßes zugunsten einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe warnte beispielsweise die Kommission der Bischofskonferenzen der Europäischen Gemeinschaft vor einer unzulässigen Qualifizierung des Lebens in „wert“ und „nicht-wert“.

Aktive Sterbehilfe generell verboten

Bei einer öffentlichen Anhörung im Europaparlament im November 1991 zum Themenkomplex Sterbehilfe – eine Plenardebatte dazu ist für diesen Monat geplant – sprachen sich Abgeordnete wie Experten gegen eine europäische Regelung aus. Diskussionen und Reaktionen in diesem Zusammenhang machten einmal mehr deutlich: weitverbreitete Unsicherheit, Ängste, Befürchtungen und ein Mangel an Klarheit bestimmen die Auseinandersetzung um die aktive Sterbehilfe, wobei erschwerend eine erhebliche Begriffsverwirrung dazukommt. Die Positionen zwischen Euthanasiebefürwortern und -gegnern driften mehr und mehr auseinander. Auch die *Rechtslage* ist nicht immer durchsichtig, wie das Beispiel der *Niederlande* zeigt.

Auch wenn in europäischen Ländern schon diverse Gesetzesvorschläge zu einer Regelung der aktiven, vom Patienten verlangten Sterbehilfe existieren, gibt es doch bisher nirgendwo eine ausdrückliche rechtliche Erlaubnis dazu. Generell ist Euthanasie verboten, gilt jede Form aktiver Sterbehilfe als Tötungsdelikt.

Allerdings gibt es in der Rechtspraxis einiger Länder die Tendenz – insbesondere dort, wo Beihilfe zur Selbsttötung noch strafbar ist –, Fälle einer aktiven Sterbehilfe auf Verlangen nicht zu verfolgen oder zu milden Strafen zu greifen.

Eine im Herbst 1991 veröffentlichte Studie einer *niederländischen Regierungskommission* („Kommission Rammelink“) über die medizinische Praxis der Euthanasie spricht von derzeit 2300 Todesfällen im Jahr aufgrund aktiver Sterbehilfe von Ärzten. Das heißt, rund zwei Prozent der 130 000 jährlichen Toten in den Niederlanden starben unter ausdrücklich gewünschtem, aktivem Zutun der Ärzteschaft. In etwa 400 weiteren Fällen leisteten Mediziner auf den Wunsch unheilbar Kranker Beihilfe zur Selbsttötung. Auch nach niederländischem Recht ist Euthanasie bislang strafbar. Das Strafrecht bedroht den ausführenden Arzt mit einer im Höchstfall zwölfjährigen Haftstrafe. In der Regel erfolgt nach einem öffentlichen Bekenntnis zu aktiver Sterbehilfe jedoch keine Verurteilung. Im niederländischen Recht gilt das Opportunitätsprinzip, das bedeutet, Gesetzesverstöße bleiben dann straffrei, wenn dies von der Staatsanwaltschaft als opportun erachtet wird. Derzeit sind in den Niederlanden Überlegungen zu einer gesetzlichen Neuregelung der aktiven Sterbehilfe im Gange. Vor kurzem wurde ein entsprechender *Kabinettsentwurf* bekannt. Er hält an der *Strafbarkeit* von Euthanasie fest und sieht eine *gesetzliche Meldepflicht* für Ärzte bei allen Fällen von Euthanasie vor. Der Entwurf enthält keine näheren Regelungen darüber, in welchen Fällen die Staatsanwaltschaft bei Euthanasie tätig werden soll.

Im US-Bundesstaat *Washington* wurde im November 1991 eine Initiative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe unter dem Titel „Sterben in Würde“ bei einem Volksentscheid mit einer knappen Mehrheit von 54 gegen 46 Prozent abgelehnt. Gegen die Initiative hatten die katholischen Bischöfe des Staates heftig protestiert (vgl. HK, Dezember 1991, 588). Ähnliche Vorstöße werden auch in den Bundesstaaten Oregon, Kalifornien und Florida erwartet. In den Vereinigten Staaten wird die Auseinandersetzung um aktive und passive Sterbehilfe, um das Recht oder auch die Pflicht des Arztes, menschliches Leiden zu verkürzen, in der Öffentlichkeit wie in der Fachpresse stark durch spektakuläre Einzelfälle bestimmt. Zu nennen wären hier etwa die Fälle von Nancy Cruzan und Karen A. Quinlan, in denen Gerichte über die Legitimation zur Beendigung einer künstlichen Beatmung beziehungsweise einer künstlichen Ernährung entscheiden mußten. Besondere Beachtung fand die Frage auch durch das Bekanntwerden einer Anzahl von Suiziden unter ärztlicher Hilfe.

In den Niederlanden hat die Veröffentlichung der Studie der Kommission Rammelink zu einer Neubelebung der

Diskussion über die Euthanasie-Problematik in der Öffentlichkeit wie in betroffenen Fachkreisen geführt. Beobachter sprechen davon, daß diese Diskussion in den Niederlanden, ohne die historische Hypothek, die die Auseinandersetzung mit dieser Frage in Deutschland weithin mitprägt, relativ frei geführt wird. In der Bundesrepublik weisen Gegner einer öffentlichen Auseinandersetzung über das Thema mahndend darauf hin, daß die Diskussion über die Euthanasie in der Weimarer Zeit – so beispielsweise angeheizt von der gemeinsamen Schrift des Strafrechtlers *Karl Binding* und des Neuropathologen *Alfred E. Hoche* mit dem programmatischen Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (zur Entwicklung des Euthanasiegedankens: vgl. *Eberhard Schockenhoff*, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zum eigenen Tod.* Regensburg 1991) – den Boden für die massenhafte Ermordung von geistig Behinderten unter dem Nationalsozialismus bereitet habe.

Singer und die Folgen

Einen Höhepunkt der Diskussion gerade auch in der Bundesrepublik stellte die „Singer-Debatte“ von 1989 (vgl. HK, November 1989, 506 ff.) dar. Einige Thesen in dem Buch „Praktische Ethik“ des australischen Ethikprofessors *Peter Singer* führten zu vehementen Auseinandersetzungen: Das galt insbesondere für die These von der moralischen Zulässigkeit der Tötung eines schwerstbehinderten Säuglings unter bestimmten Umständen ebenso wie der eines unheilbar Kranken auf dessen eigenes Verlangen hin. Kritisiert wurde auch der Ansatz Singers, das Recht auf Leben in der Eigenschaft, Person zu sein, zu begründen und nicht aus der Zugehörigkeit zur Spezies Mensch schlechthin sowie die von ihm vorgenommene Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben.

Vortragsveranstaltungen, auf denen Singer sprechen sollte, mußten aufgrund massiver Proteste oder Drohungen abgesagt werden. Lehrveranstaltungen, in denen Singers Theorie zur Behandlung anstand, wurden boykottiert. Behinderte und deren Angehörige fühlten sich durch die öffentliche Debatte bedroht und massiv in ihrem Selbstwertgefühl verletzt.

Für das Recht und die Notwendigkeit einer Euthanasie-Debatte auch in der Öffentlichkeit plädieren demgegenüber die Beiträge eines neuen Sammelbandes, der sich sowohl der weiterführenden Diskussion des Singerschen Ansatzes widmet wie auf die darüber entstandene Debatte selbst eingeht (*Rainer Hegselmann / Reinhard Merkel* (Hg.), *Zur Debatte über Euthanasie.* Frankfurt a. M. 1991). Die Rolle der Behinderten innerhalb der Singer-Debatte, deren Reaktionen und Argumentationen, greift dabei *Ursula Wolf* auf (ebd. S. 181 ff.). Wohl äußert Wolf dabei Verständnis für Befürchtungen und Widerstände, kommt dann aber dennoch zu dem Ergebnis, diese Befürchtungen dürften nicht zum Grund dafür werden, die Diskussion über Euthanasie einzustellen oder gar

nicht erst zu führen. Die Folgeprobleme der Intensivmedizin seien viel zu wichtig für alle, als daß die Rücksicht auf die Gefühle einer Gruppe den Ausschlag geben dürfe. Angesichts der Tatsache, daß die Medizin heute in der Lage sei, Neugeborene auch mit schlimmsten Behinderungen am Leben zu erhalten, sei es ein Urteil aus einer egoistischen Perspektive, wenn Behinderte darauf bestünden, es sei besser, behindert am Leben zu sein als gar nicht zu existieren.

Trotz der durch die Geschichte bestimmten besonderen Situation finden in der deutschen Öffentlichkeit die Befürworter aktiver Sterbehilfe zunehmend Gehör. Die große Aufmerksamkeit der Medien für die „Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben“ und deren ständig wachsende Mitgliederzahl ist nur ein Beispiel für die Virulenz des Themas. Bei der ersten gesamtdeutschen Umfrage zur Sterbehilfe befürworteten sieben von zehn Bundesbürgern eine aktive Sterbehilfe für unheilbar kranke Menschen. Dieses Ergebnis wurde von der „Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben“, die die Repräsentativumfrage beim Bielefelder Emnid-Institut in Auftrag gegeben hatte, im Sommer 1991 bekanntgegeben. Für eine gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe sprachen sich damals fast zwei Drittel der 2000 Befragten aus. Im Falle einer „unheilbaren und qualvollen Krankheit“ konnten sich 55 Prozent für die Verkürzung ihres Lebens durch Suizid vorstellen.

Die Diskussion um Sterbehilfe, wie sie gegenwärtig in der Öffentlichkeit geführt wird, ist einerseits bestimmt von einer Gläubigkeit an den medizinischen Fortschritt, wonach Krankheit, Leid und Tod als grundsätzlich manipulierbar erscheinen. Diese Fortschrittsgläubigkeit geht jedoch einher mit beängstigenden Visionen einer entmenschlichten Apparatedizin, die nur noch nach der Maxime einer Lebensverlängerung um jeden Preis handelt. Fortschritte von medizinischer Technologie und Pharmakologie machen es heute möglich, das Leben todkranker Patienten zu verlängern, die wenig oder gar keine Aussicht auf Heilung haben. Die Rede von einem natürlichen Tod scheint zunehmend sinnlos, da der Tod immer mehr zur bewußten Entscheidung des Arztes, des Patienten oder dessen Angehörigen wird. Die Stimmen werden immer zahlreicher, die gegen den erschreckenden Mißbrauch hochtechnisierter Intensivmedizin das alles entscheidende Eigeninteresse der Patienten, ihr Recht auf Selbstbestimmung und einen humanen Tod anmahnen. Ärzte müssen sich mit öffentlichkeitswirksamen Horrorszenarien, wachsendem psychischen Druck und dem gestiegenen Entscheidungsbedarf auseinandersetzen. Gesellschaft und Staat sind somit bei der Bemühung um moralische Orientierung und rechtliche Regelungen durch völlig veränderte Ausgangsbedingungen herausgefordert.

Um Klarheit, Differenzierung und exakte Begriffsbestimmung in dieser Situation bemühte sich im Oktober 1991 eine Tagung der Katholischen Akademie Bayern in Würzburg unter dem programmatischen Titel „Der Wert des

Lebens“. Aus der Perspektive der Ethik, der Moralphilosophie und -theologie, der Anthropologie, der medizinischen Praxis und der Rechtsprechung wurde dabei die gegenwärtige Diskussion um die Sterbehilfe weitergeführt und kritisiert. Der *Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe* kam dabei zentrale Bedeutung zu, da diese Unterscheidung dem Status quo in der rechtlichen und klinischen Praxis zugrundeliegt.

Wie weit tragen die geläufigen Argumente?

Als *aktive Sterbehilfe* gilt gemeinhin in Recht und Medizin die gezielte Tötung eines Patienten durch physischen Eingriff, die überlegte Verabreichung lebensverkürzender Substanzen mit der Absicht der Herbeiführung des Todes, um Schmerzen und Leiden zu beenden. Dabei wird weiter unterschieden in freiwillige und nicht freiwillige aktive Sterbehilfe. Solche aktive Sterbehilfe ist nicht zu verwechseln mit der *Beihilfe zur Selbsttötung*, weder unter rechtlicher noch unter ethischer Perspektive, da die Herbeiführung des Todes im Falle des Suizides mit ärztlicher Hilfe in den Händen des Sterbewilligen selbst, bei der aktiven Sterbehilfe jedoch in denen eines anderen liegt.

Unter *indirekter Sterbehilfe* wird die nicht-beabsichtigte Herbeiführung des Todes als Nebenfolge der Leidensminderung gefaßt, die Bereitstellung einer palliativen Therapie oder Arznei mit dem Hauptziel der Schmerzbekämpfung und Beruhigung des Patienten bis zum Eintritt des Todes, welche aber indirekt das Leben des Patienten verkürzen kann. Im Unterschied zur aktiven wird die indirekte Sterbehilfe unter Anwendung des Prinzips der Doppelwirkung allgemein – auch von Vertretern der katholischen Moralthologie – für zulässig erachtet, vorausgesetzt, die Schmerzlinderung ist dabei das Hauptziel, der Patient hat vorher seine Einwilligung gegeben und der Tod steht mit hoher Wahrscheinlichkeit bevor. Unter *passiver Sterbehilfe* wird unter diesen Umständen der Abbruch oder die Nichtaufnahme lebensverlängernder Maßnahmen verstanden.

Dieter Birnbacher, Privatdozent für Philosophie der Naturwissenschaften an der Universität-Gesamthochschule Essen, problematisierte bei der Würzburger Tagung die Gründe dafür, „das aktive Bewirken des Todes in einer so radikalen Weise anders zu bewerten als das passive Geschehenlassen, wie es die katholische Moralthologie, das geltende Recht und zumindest ein Teil der herrschenden moralischen Anschauungen tun“. Dabei solle das, so die Prämisse Birnbachers, was als „Sterbehilfe“ gelten dürfe, streng bezogen bleiben auf die exakt bestimmte Situation: Ein schwerer und mit hoher Wahrscheinlichkeit irreversibler Leidenszustand, die ernstlich und über längere Zeit wiederholte Äußerung des Verlangens zu sterben und das Wissen des Patienten um die Tragweite seines Verlangens.

Birnbacher bestritt die Plausibilität der gebräuchlichen

Argumente für die ethische Relevanz einer Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe: der passive Sterbehilfe Leistende „verfüge“ nicht über das Leben des anderen, in diesem Fall sei der Tod nicht beabsichtigt, aktives Bewirken sei ethisch anders zu beurteilen als ein entsprechendes Geschehenlassen. Für Birnbacher läßt auch die Perspektive einer an den Folgen einer einzelnen Handlung für gesellschaftliche Praxis oder rechtliche Regelungen orientierten Ethik keinen bedeutsamen Unterschied zwischen aktivem Handeln und passivem Geschehenlassen erkennen, solange beide exakt dieselben Folgen haben. Die Unterscheidbarkeit hänge davon ab, auf welcher Ebene die Fragen nach den Folgen gestellt werde: auf der Ebene einzelner Akte von Sterbehilfe, auf der einer geduldeten, aber nicht legitimierten Praxis oder der Ebene einer durch Standesethos, Standesrecht und Strafrecht legitimierten Praxis. Für die Beurteilung einer – durch Regeln gedeckten oder ungedeckten – Praxis der aktiven Sterbehilfe seien weitergehende Folgedimensionen zu berücksichtigen als bei der Beurteilung isolierter Einzelfälle.

Bedenken von Ärzten und Juristen

Im Blick auf eine allgemeine Praxis gehen die meisten Gegner der aktiven Sterbehilfe davon aus, daß die Anerkennung aktiver Sterbehilfe mit viel weitergehenden Gefahren verbunden sei als die der passiven Sterbehilfe. So lasse sich beispielsweise das Selbstverständnis des Arztes, wie es sich im Hippokratischen Eid manifestiert, mit der oft praktizierten und anerkannten passiven Sterbehilfe vereinbaren, während die Zulassung einer aktiven Sterbehilfe Bild und Selbstbild des Arztes negativ verändern würde.

Die meisten Ärzte, dies wurde in Würzburg wiederholt betont, orientieren sich in ihrer Praxis an der moralischen Rechtfertigung für ein Nichtverlängern des Lebens eines Sterbenden bei gleichzeitiger Ablehnung der aktiven Tötung eines unheilbar Kranken. Die berufsständischen Organisationen der Ärzte plädieren daher im allgemeinen *gegen* eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe.

Aus der Perspektive des Arztes, der täglich am Krankenbett zwischen dem zu erwartenden Nutzen und der möglichen Belastung für den Patienten zu entscheiden habe, betonte Klaus Wilms, Professor für Innere Medizin an der Universität Würzburg, die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Dies gelte insbesondere für die Onkologie: Der Begriff der Lebensqualität habe gerade dort Vorrang vor einer „Lebensverlängerung um jeden Preis“. Für die moralische Beurteilung eines Unterlassens therapeutischer Maßnahmen bei unheilbar Kranken oder Sterbenden sei entscheidend, daß nicht Abbruch und Unterlassen der lebenserhaltenden Behandlung, sondern die Krankheit des Patienten Todesursache sei. Zudem könne, gab Wilms zu bedenken, bei vielen unheilbaren Erkrankungen nicht auf Medikamente verzichtet werden, die Risiken für das Leben der Patienten einschließen. Jedoch sei die ausrei-

chende Schmerzbe­kämpfung – ein selbstverständlicher Bestandteil ärztlicher Pflicht – in diesen Fällen das übergeordnete Gut gegenüber dem Risiko einer potentiellen Lebensverkürzung.

Vielfach wird darauf hingewiesen, daß die Aufweichung einer unterschiedlichen ethischen Bewertung aktiver und passiver Sterbehilfe zu einem Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patienten führe. Demgegenüber gab Birnbacher zu bedenken: in der Leidenssituation einer unheilbaren Krankheit sei das Wissen um die Erlaubtheit einer aktiven Sterbehilfe auf Verlangen als ultima ratio der Leidensbegrenzung unter Umständen eher erleichternd. Eine wirklich vertrauensschwächende und damit auch realistischere Bedrohung könne allerdings für potentielle Patienten die Vorstellung bedeuten, angesichts des Pflegenotstandes mangels Alternative einer aktiven Sterbehilfe zustimmen zu müssen. Grundsätzlich darf, dies wurde bei der Akademietagung von verschiedener Seite hervorgehoben, die Diskussion um Sterbehilfe nicht in Zusammenhang gebracht werden mit der Notwendigkeit, die Lebensbedingungen Schwerkranker und Schwerbehinderter so zu verbessern, daß das Verlangen nach Sterbehilfe schlechterdings nur als ultima ratio in Frage kommen kann.

Den Sterbeprozess bewußt gestalten

Dem „Wehret den Anfängen“, dem sogenannten „Dambruchargument“ oder dem der „schiefen Bahn“, von vielen Gegnern der Freigabe der aktiven Sterbehilfe in die Debatte eingeführt, kam auch in den Referaten und Diskussionsbeiträgen der Würzburger Tagung eine entscheidende Funktion zu. Es wurde auf die Gefahr des Ausufers einer Liberalisierung verwiesen, auch wenn sie in bester Absicht eingeführt würde. Ärzte sollten keine „Lizenz zum Töten“ erhalten. Eine Abkehr von der Regel, daß aktive Sterbehilfe ein schweres Verbrechen sei, werde zur Akzeptanz des Tötens in anderen, noch weniger zu rechtfertigenden Situationen beitragen: Dieter Giesen, Jurist von der Freien Universität Berlin, bekräftigte dementsprechend das Gewicht der Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe. Juristisch gesehen seien gesetzliche Vorschriften für eine Milderung der sonst für Mord und Totschlag vorgesehenen Strafen ausreichend. Die Zulassung aktiver Sterbehilfe – in der Annahme eines Dienstes zum Wohl der betroffenen Person – schwäche dagegen gefährlich die innere Abneigung gegen das Töten. Jede Diskussion und jeder Konsens über Sterbehilfe müßten sich am Selbstbestimmungsrecht des einzelnen ausrichten, das Prinzip der Autonomie sei heute für das Recht fast durchweg bestimmend. Das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen, bis hin zur Entscheidung darüber, ob das eigene Leben noch als lebenswert empfunden werden könne, ist nun aber zugleich eines der Hauptargumente der Befürworter einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe. Giesen sah darin eine *Fehlinterpretation des Prinzips der Autonomie*: Die Anwälte einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe argumentierten in dem Sinne, daß das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen sein Recht auf Wohlbe-

finden und ein Recht zum Sterben einschließe. Damit verknüpften sie die Anerkennung des korrelierenden Rechtes des Arztes, den Todeswunsch seines Patienten zu befolgen und aktive Sterbehilfe zu leisten. Jemand, der die Entscheidung über sein Leben einer anderen Person überlasse, handle aber heteronom und eben nicht mehr autonom. Für die Rechtsprechung werde ein grundsätzlicher Ansatz benötigt, bei dem sowohl das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung wie die korrespondierenden Pflichten und Verantwortlichkeiten seines Arztes die „Parameter medizinischer Entscheidungsfindung“ bilden müßten.

Die Gefahr, ein liberaler Umgang mit der aktiven Sterbehilfe könne die „Hemmschwelle gegen die Mitleidstötung“ senken, so resümierte auch Birnbacher, sei nicht gering zu veranschlagen. Dies sei sowohl gegenüber der gerichtlichen Praxis als auch in bezug auf das Bewußtsein in der Bevölkerung geltend zu machen. Die drohende Gefahr, aktive Tötung könne zur ärztlichen Routine werden sowie die Gefahr, daß die Praxis der aktiven Sterbehilfe auch auf Fälle unfreiwilliger Mitleidstötung ausgedehnt werden könnten, führten ihn zu dem Ergebnis: Wenn auch „keine überzeugenden prinzipiellen Gründe“ zu erkennen seien, aus denen heraus aktive Sterbehilfe auf Verlangen ethisch abgelehnt werden könne, so sprächen doch „pragmatische Gründe“ dafür, die aktive Sterbehilfe auf Extremfälle zu begrenzen.

Der Regensburger Moraltheologe Eberhard Schockenhoff, geistlicher Beirat der katholischen Ärzteschaft Deutschlands, wandte sich in Würzburg gegen die mit großem Anspruch auf Plausibilität in der Euthanasiedebatte vertretene Meinung, in der aussichtslosen Lage einer unheilbaren Krankheit sei die Tötung auf Verlangen letzte und vor allem einzige Hilfe. Die Erfahrungen der Hospizbewegung unterstrichen jedoch: Der Wunsch, den Todesprozeß zu beschleunigen, tauche dort nicht mehr auf, wo intensive menschliche Zuwendung in Verbindung mit einer wirksamen Schmerzbe­kämpfung den Sterbenden die Möglichkeit der Gestaltung des eigenen Todes einräumen. Seine Zielbestimmung einer humanen Sterbehilfe „als einer Hilfe zum eigenen Tod“ setze, so Schockenhoff, entschieden die moralische Relevanz der Unterscheidung von aktiver Euthanasie und Sterbenlassen voraus. Denn das nur Geschehenlassen gewähre dem Sterbenden das Recht auf seinen eigenen Tod, nicht im Sinne der manipulierten Selbsttötung, sondern im Sinne einer bewußten Gestaltung des Sterbeprozesses. Die aktive Euthanasie dagegen mache den Tod zu einem künstlichen Ereignis und greife einem „eigenen Tod“ vor.

Auch wenn die Debatte um die Euthanasie aus einem „Protest gegen mögliche therapeutische Exzesse“ der modernen Intensivmedizin heraus entstanden sei, werde die Idee der aktiven Sterbehilfe letztlich durch das gleiche Denkmodell bestimmt, durch die Vorstellung einer „technischen Bewerkstelligung des Todes“.

Bezüglich der „Denkmodelle“, Rationalitäten und Wert hintergründe, die die einzelnen Positionen bestimmen, wies Arno Anzenbacher, Professor für Christliche

Anthropologie an der Universität Mainz, bei der Würzburger Tagung auf ein entscheidendes Kennzeichen der gegenwärtigen Diskussion um die Sterbehilfe hin: Die Singer-Debatte und ihre Wirkung in der Öffentlichkeit hätten nicht nur die Aktualität und Dringlichkeit des Themas deutlich gemacht, sondern zugleich einen „gewissen Argumentationsnotstand“ offenkundig werden lassen. Eine rein rationale Rechtfertigung der einschlägigen Nor-

men des herkömmlichen Ethos, gegenüber Thesen, wie sie Singer vertritt, bereite oft erhebliche Schwierigkeiten. Eine solche rationale Auseinandersetzung, vor einem metaphysikfreien Hintergrund und ohne die Setzung religiöser Grundüberzeugungen, wird aber unter Hinweis auf den säkularisierten Charakter unserer Gesellschaft gerade für die Neuregelung der Sterbehilfe gefordert.

Alexander Foitzik

Vermittler zwischen den Fronten

Die Kirchen und der politische Wandel in Südafrika

Mit dem Beginn der Verfassungskonferenz am 20. Dezember ist der politische Wandel in Südafrika in eine neue Phase getreten. Über lange Jahre waren die christlichen Kirchen in ihrer Haltung gegenüber dem Apartheidsystem gespalten: Während die Burenkirchen bis vor kurzem die Rassentrennung ideologisch untermauerten, gehörten andere Kirchen zu den entschiedensten Gegnern der Apartheid. Im Systemwandel der letzten Jahre kam den Kirchen als Vermittler eine wichtige Rolle zu; jetzt können sie sich wieder stärker aus dem aktuellen politischen Geschehen zurückziehen.

So weitreichend die Erklärung von Präsident de Klerk am 2. Februar 1990 für die politische Öffnung Südafrikas war, so einschneidend waren die Tage vom 5. bis 9. November 1990 für die Kirchen des Landes. Zum ersten Mal seit 30 Jahren fanden sich bei der *Nationalen Konferenz von Rustenburg* wieder Vertreter aller Kirchen Südafrikas zusammen. 1960 war nach den blutigen Ereignissen von Sharpeville ein tiefes Zerwürfnis aufgebrochen. Es trat auf der historischen Konferenz von Cottesloe zutage, die zum Austritt der Niederduitse Gereformeerde Kerk aus dem Weltkirchenrat führte. Seither standen sich *zwei Blöcke von Kirchen verfeindet gegenüber*.

Auf der einen Seite fanden sich die drei weißen reformierten Kirchen. Die größte, die Niederduitse Gereformeerde Kerk, lieferte die theologische Rechtfertigung für die Politik der Apartheid und auch das Alibi für alle damit verbundenen Maßnahmen. Die meisten Mitglieder der – noch – regierenden Nationalen Partei gehören ihr an, daher auch die Umschreibung „the National Party at prayer“. Die beiden kleineren reformierten Kirchen, die Niederduitse Hervormde Kerk und die Gereformeerde Kerk, waren noch konservativer als die Niederduitse Gereformeerde Kerk, hatten aber bedeutend weniger politischen Einfluß.

Auf der anderen Seite standen die Mitgliedskirchen des Südafrikanischen Kirchenrats und die Südafrikanische Katholische Bischofskonferenz. Die *katholische Kirche* hatte sich seit der Machtübernahme der Nationalen Partei 1948 immer wieder dezidiert gegen Apartheid und diskri-

minierende Gesetzesmaßnahmen ausgesprochen und die Forderungen der schwarzen Bevölkerungsmehrheit unterstützt. Dem *Südafrikanischen Kirchenrat* gehören inzwischen zwanzig Kirchen als Vollmitglieder an, drei Kirchen besitzen Beobachterstatus, darunter die Südafrikanische Katholische Bischofskonferenz, und diverse kirchliche Organisationen sind mit ihm assoziiert. Er war ursprünglich eine gemäßigte, in den Führungsspitzen von Weißen dominierte Institution, wandelte sich indes unter dem Einfluß der Black Consciousness-Bewegung und dem Heranwachsen einer schwarzen Führung innerhalb seiner Mitgliedskirchen seit Ende der 60er Jahre zunehmend zum *Fürsprecher der leidtragenden Mehrheit des Apartheidsystems*.

Kirche als Freiraum für die Opposition

Das 1968 veröffentlichte Dokument „The Message to the People of South Africa“ ist Zeugnis dieses Wandels. Die Gesamtvertretung der südafrikanischen Kirchen mit Ausnahme der Reformierten Kirchen verurteilte die Regierungspolitik, die „Getrennte Entwicklung“, wie Apartheid damals euphemistisch umschrieben wurde. Sie berief sich auf eine höhere Autorität als die des Staates. Allerdings war sie zunächst noch nicht in der Lage, konkrete Alternativen und praktische Strategien für einen gesamtgesellschaftlichen Wandel anzubieten. Dennoch eröffnete die Deklaration von 1968 eine offene Auseinandersetzung zwischen der Regierung einerseits und dem South African Council of Churches und seinen Mitgliedskirchen andererseits.

Die zunehmende Polarisierung zwischen Regierung und Opposition und die sich steigernde gewaltsame Konfrontation seit 1976, dem Aufstand von Soweto, veranlaßte die Kirchen, sich offener und konkreter als zuvor für die leidenden Menschen einzusetzen und sich mit den Zielen des ANC zu identifizieren. Exponierte regierungskritische Kirchenführer wie *Smangaliso Mkhatsbwa* von der katholischen Kirche, *Allan Boesak* von der Niederduitse Gereformeerde Sendingskerk, der Tochterkirche der Niederduitse Gereformeerde Kerk für Coloureds, *Frank*