

903

Heiligenkreuzer Schriftenreihe  
DIES ACADEMICUS BAND 2  
der Philosophisch-Theologischen Hochschule Heiligenkreuz

# **E U T H A N A S I E**

aus

**medizinischer, juristischer  
sozialethischer und  
theologischer Sicht**

Herausgegeben von  
Hofrat Hon.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Wolfgang Wehrmann,  
Obmann des Vereines der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde  
A-2532 Heiligenkreuz/Wien 2003

Zusammenstellung, Bearbeitung und Layout:  
stud. theol. Markus Heinrich

© Verein der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde  
Bezug beim Verein der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde

## **Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Franz Gerstenbrand – Euthanasie, eine neuropsychiatrische Stellungnahme**

### Einleitung:

Nach dem hippokratischen Eid hat jeder Arzt die Verpflichtung zu heilen und das Auftreten von Erkrankungen seiner Patienten zu reduzieren. Der Arzt soll aber auch die Behandlung von Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden oder sich im Alter in einem fortgeschrittenen körperlichen und geistigen Abbau befinden, nicht fortsetzen. Nach Hippokrates ist eine Lebensverlängerung über Stunden oder Tage durch künstliche Maßnahmen ethisch-moralisch nicht gerechtfertigt, eine Verlängerung des Leidens von Sterbenden ist zu verhindern. Im hippokratischen Eid ist somit sowohl das kurative Element, als auch die Pflicht des Arztes verankert, Leid zu vermindern. Die künstliche Verlängerung des Leidens eines Menschen ist einem Arzt nach dem hippokratischen Grundprinzip nicht erlaubt. Hippokrates hat vor mehr als 2.000 Jahren die heute geltende Grundformel jeder ärztlicher Verpflichtung festgelegt.

In der Helsinki Deklaration des Weltärztebundes, publiziert 1964 und den mehrfachen Amendments, das letzte als Edinburgh Amendment 2000 herausgegeben, ist festgestellt, dass für die notwendige Therapie eines Erkrankten alle zur Verfügung stehenden Mittel einzusetzen sind, nichts ist außer acht zu lassen. Zur Linderung eines Leidens hat der Arzt alle Möglichkeiten und Mittel anzuwenden. In der Helsinki-Deklaration sind die Untersuchungen am Menschen geregelt, die die Wirksamkeit von neu entwickelten Medikamenten, sowie die Brauchbarkeit neuer diagnostischer Geräte und neuer Instrumente überprüfen und klarstellen. Die Durchführung von Untersuchungen am Menschen ist im GCP-EU-System (Good Clinical Practice-Europe) und in den daraus entwickelten

Bestimmungen, dem ICH-GCP (International Conference of Harmonisation of Good Clinical Practice) festgelegt. Die Befolgung der Regeln zumindestens der GCP-EU ist derzeit für die Anerkennung des Protokolls einer klinischen Prüfung (clinical trial) Voraussetzung. Eine unabhängige Ethik-Kommission (IEC - Independence Ethics Committee) für die Anerkennung des Protokolls nimmt die zentrale Rolle ein.

Die moderne Medizin hat im 20. Jahrhundert durch die neuen Erkenntnisse in Physik und Chemie enorme Fortschritte in Diagnostik, Therapie und Prophylaxe von Erkrankungen des Menschen erreicht. Schon im 19. Jahrhundert war es gelungen, verheerende Epidemien durch die Aufdeckung ihrer Ursachen einzudämmen. Einzelne dieser Infektionskrankheiten konnten in der westlichen Welt sogar ausgerottet werden. Heute können mit Hilfe der bildgebenden Verfahren, vor allem der Magnetresonanztomographie (MRT) auch kleine strukturelle Veränderungen im menschlichen Gehirn erkannt und deren Entwicklung verfolgt werden. Neuerdings lassen sich auch funktionelle Abläufe in den verschiedenen Hirnregionen durch das funktionelle Magnetresonanz-Imaging-Verfahren (fMRI) oder das PET-System (Positron Emission Tomography) darstellen. Das geniale Prinzip der Magnetresonanztomographie beruht auf der Beeinflussung des im Kern des Wasserstoffatoms vorhandenen Protonen-Spinings durch hohe Magnetfelder (15.000 bis 30.000 Gaus ). Beim PET-System wird die Anreicherung von markierter Glukose gemessen. Biochemische Prozesse lassen sich durch moderne Untersuchungsmethoden bis auf eine molekulare Ebene verfolgen. Mit Hilfe der Ergebnisse biochemischer Forschung wurden verschiedene neurologische Erkrankungen und psychiatrische Störungen aufgeklärt und durch den Nachweis von Fehlfunktionen in den Transmittersystemen des Gehirns aus dem mystischen Nebel des Mittelalters in die Behandlungsmöglichkeit moderner

Therapiemethoden gebracht. So ist man auch der Erklärung von unkontrollierten Aggressionspotentialen durch Erkenntnis über funktionelle Störungen im Triebsystem des Gehirn, dem limbischen System näher gekommen. Tiefenpsychologische Theorien müssen dadurch einige Abstriche einleiten.

Der westliche Mensch des dritten Jahrtausends verlangt, dass ihm alle Möglichkeiten der modernen Medizin zur Verfügung stehen, von etwaigen Leiden rasch befreit zu werden, aber auch sein Leben verlängern zu können. Der moderne Mensch pocht auf sein Recht, auch im Alter und bei Auftreten schwerer unheilbarer Erkrankungen und unerwarteter körperlicher Schäden, sowie bei geistigem Verfall gleichberechtigt ärztlich versorgt zu sein.

Der Fortschritt in Diagnose und Therapie hat aber neue Dimensionen der ärztlichen Tätigkeit und der ärztlichen Verantwortung hervorgerufen. Die bisher bestehende Angst, zu früh zu sterben wird, wie dies Pöltner (2002) so trefflich formuliert, durch die neuen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin von der Sorge abgelöst, zu spät sterben zu müssen. Die Angst vor einer medizinischen Überversorgung und einer dadurch entstehenden Leidensverlängerung erfährt durch die bereits verschiedentlich diskutierten, „gesundheits-ökonomischen Maßnahmen“, wie die Einschränkung, alte Menschen durch teure Operationen und aufwendige Medikamente zu behandeln, oder die medizinische Versorgung von Krebspatienten mit zweifelhaftem Behandlungsausgang zu verhindern, in der Angst vor einer Unterversorgung, einen umgekehrten Trend.

Die tief sitzende Angst vor dem Sterben übertrifft bei jedem Menschen die Frucht vor dem Leiden. Das Leiden seinerseits ist durch das Erleben von Schmerzen letztlich aber der Beweis für



das noch Fortbestehen des Lebens eines Menschen. Im Augenblick der aktuellen Todesgefahr ergreift jeden Menschen eine panische Angst vor dem Sterben, die Alles überwiegende Todesangst. In den psychologischen Erörterungen über das Sterben wird heute das Auslöschen eines lebendigen Menschen noch immer als Sachfrage behandelt, die beim Sterben des Einzelnen entstehenden Emotionen sind in den Hintergrund gerückt.

Der medizinische Tod tritt entweder durch akutes Herzversagen ein (Sekunden-Herztod, primärer Herztod) mit dem auch die Hirnfunktion ausgelöscht wird, oder erfolgt durch Zusammenbruch der Hirnfunktionen und als dessen Folge durch Eintreten des Herzstillstandes, Gesamttod eines Menschen. Der Ausfall von Großhirn und Hirnstamm, führt bei künstlich aufrecht erhaltener Herz- und Kreislauffunktion zum Hirntod, Absterben des Gehirns bei Überleben des Körpers. Durch Beatmung und medikamentöse Unterstützung können bei einem hirntoten Patient über Tage, Wochen und auch Jahre seine körperlichen Funktionen aufrecht erhalten werden. Das Gehirn kann dabei bereits zerfallen sein, das Rückenmark weist aber noch Grundfunktionen auf. Ein hirntotes Kind wird in Amerika auf diese Weise seit über 15 Jahren am Leben erhalten (Shewmon 1998), an einem Leben, dass kein menschliches Leben mehr darstellt und mit der grausamen Vision einer Organbank verbunden ist. Medizinisch und legislativ entspricht der Hirntod (brain death) und der Hirnstammtod (brain stem death, in England) dem Tod der Einzelperson.

Aus Angst vor dem unüberwindbaren Tod als endgültigem Zustand wird von allen Religionen in ihrer Glaubenslehre die Endgültigkeit des Todes genommen, oder zumindest gemildert. Das Fortleben des einzelnen Menschen nach dem Gestorbensein stellt sich als Tröstung für die unüberbrückbare Tatsache des

körperlich Ausgelöschtseins dar. Lediglich im Buddhismus wird der Tod als die Erlösung vom Leben und somit vom irdischen Leiden empfunden. Der einzelne Auserwählte hat den Weg zur Wiedergeburt überwunden und ist der Gnade zuteil geworden, in das ewige Nichts eines unendlichen Universums, in das Nirwana einzugehen, er hat den Weg vom Leben zum Tode glücklich überwunden.

#### Die Euthanasie:

Eu Thanatos, aus dem Griechischen bedeutet den guten Tod, das friedfertige das sanfte Sterben, das Sterben ohne Qualen. Unter Euthanasie wird in seiner seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts verstandenen Bedeutung der gezielt herbei geführt Tod eines Menschen verstanden. Der Begriff Euthanasie überspringt die Phase des Sterbens, den Weg vom Leben zum Gestorbensein. Die Bezeichnung Euthanasie wurde im 20. Jahrhundert im Bereich der sogenannten westlichen Zivilisation neu aufgegriffen. Euthanasie ist im Dritten Reich als politisches Instrumentarium installiert worden. Wehrlose menschliche Wesen wurden nicht ermordet oder auch liquidiert, sondern einem guten – einem gütigen Tod in der Zwangs-Euthanasie übergeben. Das Euthanasie-System des Nazi-Regimes hat den Tod als Mittel zum Zweck verwendet, um bestimmte, nicht in das System einordenbare menschliche Wesen vom Leben in den Tod zu bringen. Im Dritten Reich wurden mit der Zwangs-Euthanasie Geistesranke, Hirngeschädigte, Erbkrankte, aber auch „rassisch Minderwertige“ mit medizinischen Methoden beseitigt, als verdeckte Todesstrafe für „lebensunwertes Leben“. Unter den Begriff Euthanasie wurde im Nazi-Regime eine bestimmte Form der Liquidation, des Ermordens von Menschen verborgen. Der Weg zum „guten Tod“, der Euthanasie ist nach dessen maschineller Instrumentalisierung im Nazi-Regime als Hohn einer entarteten Ideologie geblieben. Der Begriff Euthanasie, Sterbehilfe war in Deutschland und in Österreich



wegen des schrecklichen Missbrauchs während des Nazi-Regimes eine Zeit lang nicht diskutiert worden.

Nach der heutigen Vorstellung sollte Euthanasie eine Hilfe am Weg vom Leben in den Tod für einen Todkranken darstellen. Der Begriff Euthanasie wird daher meist mit dem Ausdruck Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Sterbebeistand, Hilfe zu Sterben ersetzt. Wenn Euthanasie nach der heutigen Begriffseinordnung gegenüber der Euthanasie im Nazi-Regime als ein „guter Tod“ gegenüber einem „gewaltsamen Tod“, ausgelegt werden könnte, so sollte der Begriff Euthanasie eigentlich die Bedeutung des sanften Sterbens ohne Qualen besitzen.

Nach der medizinisch-legistischen Bedeutungsauslegung ist mit Euthanasie die gezielte Herbeiführung des Todes eines Menschen zu verstehen, um dessen Schmerzen oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung des noch bestehenden Lebens ein Ende zu bereiten (Pöltner 2002), das heißt Hilfe zum Sterben zu geben. Euthanasie als Sterbehilfe bedeutet ein Leben, das kurz vor dem Ende steht, zu beenden.

In der Euthanasie werden legistisch eine aktive und passive Form unterschieden. Medizinisch sind die freiwillige Euthanasie, das heißt Tötung auf Verlangen, sowie Tötung gegen den Willen des Betroffenen oder ohne dessen möglich gewesene Willensäußerung eingeholt zu haben und die unfreiwillige Euthanasie zu trennen.

Bei der aktiven Euthanasie, der aktiven Sterbehilfe wird das Leben eines Menschen durch eine aktive Handlung eines anderen Menschen mit medizinischen Mitteln beendet. Vom Arzt werden tödlich wirkende Medikamente verabreicht. Als aktive Sterbehilfe gilt nach dem österreichischen Recht auch die Beihilfe zum Selbstmord.

Bei der aktiven Euthanasie wird gegenüber der Zwangseuthanasie des Dritten Reichs der freie Wunsch des Patienten diskutiert, seinem Leben ein Ende zu setzen. Basis der Diskussion über die aktive Euthanasie ist der Grundsatz, dass jeder Mensch das Recht hat, über sich selbst zu verfügen. Das Recht über sich selbst zu verfügen, dürfe nach dieser Auffassung durch traditionelle und weltanschauliche Überzeugung strafrechtlich nicht eingeengt werden. Den Kirchen wird dabei der Vorwurf gemacht, durch ihre Stellung im Staat, weltanschauliche Minderheiten zu unterdrücken. Moralisch steht dem gegenüber, dass der Schutz der individuellen Freiheitsrechte des Menschen letztlich eine Tötung auf Verlangen verbietet (Pöltner, 2002). Dabei ergibt sich die Erfahrungstatsache, dass der Ruf nach Gnadentod in der Regel nicht von Kranken und Sterbenden, sondern von der Umgebung, nicht selten von jungen Menschen erhoben wird, wobei im Wunsch des jungen Menschen das Verlangen nach Leben gesehen werden kann. Zur Diskussion gestellt wird außerdem, dass ein vorher von einem Menschen geäußerter Wunsch, in einer unheilbaren Gesundheitssituation den Gnadentod zu erhalten, von dem Betroffenen in der aktuellen Situation dieser Wunsch sehr selten geäußert wird.

Die *aktive Sterbehilfe (aktive Euthanasie)* ist in Österreich und in den meisten zivilisierten Staaten gesetzlich geregelt. Als aktive Sterbehilfe wird legistisch die absichtliche Lebensverkürzung, bzw. die aktive Beschleunigung des Todeseintrittes, wie auch die Tötung auf Verlangen als krimineller Akt eingestuft. Geschieht dies ohne Begehren des Patienten so kommt §75 des StGB, also Mord in Frage, geschieht dies auf Wunsch des Patienten, Tötung auf Verlangen, so tritt der Tatbestand nach § 77 des StGB in Kraft. Eine Mitwirkung am Selbstmord wird nach Paragraph § 78 des StGB



bestraft. Das Strafausmaß liegt bei § 75 bei 10 bis zu 20 Jahren oder auch bei lebenslanger Freiheitsstrafe, Tötung auf Verlangen wird nach § 77 mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren bestraft. Ein ähnliches Strafausmaß ist im § 78 vorgesehen. Die aktive Sterbehilfe ist nicht nur strafbar, sie wird von den meisten ärztlichen Standesregeln ausdrücklich abgelehnt. Diese klare Regelung wird in Europa nur in Holland und seit kurzem in Belgien nicht eingehalten.

Die *passive Sterbehilfe (passive Euthanasie)* ist von der aktiven Euthanasie, der aktiven Sterbehilfe gesetzlich zu trennen. Die passive Euthanasie ist indirekt und unter bestimmten Umständen bereits im hippokratischen Eid als ärztliche Verpflichtung mit dem Hinweis festgelegt, dass bei einem Patienten, der sich am Ende einer unheilbaren Krankheit oder im Alter nach fortgeschrittenem körperlichen und geistigen Abbau befindet, eine Lebensverlängerung über Stunden und Tage durch künstliche Maßnahmen ethisch und moralisch nicht gerechtfertigt ist. Schon nach Auslegung des hippokratischen Eides ist eine sinnlose Verlängerung von Leidenszeit und Sterben zu verhindern.

Durch die breite Information über die gängigen Maßnahmen auf Intensivstationen ist mancher gesunde Mensch verängstigt, dass er in einer schweren Erkrankung hilflos den eingeschalteten Apparaten ausgesetzt sein könnte. Dazu ist festzustellen, dass ein hoher Prozentsatz von Menschen, die an Intensivstationen behandelt werden, diese entweder weitestgehend hergestellt oder in einer Verfassung verlassen, in der sie durch eine Nachbehandlung eine erträgliche Lebensqualität erhalten.

Die passive Euthanasie, als passive Sterbehilfe bezeichnet, bedeutet den Behandlungsverzicht des Arztes, bei Sterbenden oder bald Sterbenden, seine ärztliche Tätigkeit fortzusetzen. Das

Wort passiv sagt aus, dass sich der Arzt sowohl dem Sterbeprozess, als auch der Grunderkrankung gegenüber passiv verhält. Dieses passive Verhalten darf aber keineswegs den Kranken und dessen Leiden betreffen. Der Arzt und seine Helfer sind voll verpflichtet, dem Kranken durch sorgfältige Grundpflege und palliative, d. h. schmerzlindernde Therapie, sowie durch menschliche Zuwendung beizustehen. Die Grundpflege eines Patienten ist ein Gebot der Menschlichkeit und unabhängig vom ärztlichem Beruf. Als Krankenpflege dient sie dazu, das Wohlbefinden des Patienten zu fördern, ohne direktem Bezug zu einer kausalen Behandlung bestimmter Krankheiten. Dazu gehören die Maßnahmen der Körperhygiene, Lagerung des Patienten, Zufuhr von Flüssigkeit und Ernährung, sowie alle Maßnahmen, die für das körperliche und seelische Wohlbefinden des Patienten notwendig sind.

Prinzipiell besteht die Grundlage jedweder ärztlichen Tätigkeit für den entscheidungsfähigen Patienten im Einverständnis desselben, die ihm vom Arzt vorgeschlagenen und in allen Details erklärten Maßnahmen anzunehmen. Es kann jeder entscheidungsfähige Patient die ärztlich notwendigen Maßnahmen ablehnen. Er muss allerdings vom Arzt auf die durch Ablehnung einer vorgeschlagenen Behandlung eintretende Gefahr für sein Leben und für eine mögliche Wiederherstellung seiner Gesundheit in allen Details aufgeklärt werden. Eine laufende Behandlung kann in ihrer weiteren Anwendung unterbrochen werden, wenn der entscheidungsfähige Patient die Fortsetzung ablehnt. Ein solcher Patient entzieht mit seiner Ablehnung dem Arzt das Behandlungsrecht. Andererseits darf ein Arzt nichts durchführen, was dem ärztlichen Heilauftrag widerspricht, zum Beispiel sinnlose und unnötige Operationen durchzuführen, ungeeignete Medikamente zu verordnen etc.



Beim entscheidungsunfähigen Patienten („patient unable to consent“), wie bei Patienten im Koma oder in der Endphase einer Erkrankung mit Abnahme seines Bewusstseins, sowie nach einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess liegt die Entscheidung über das weitere Vorgehen, insbesondere die Berechtigung, eine „Maximal-Therapie“ durchzuführen oder zu unterlassen beim behandelnden Arzt. Dieser ist allerdings verpflichtet, alles was zur Linderung der Beschwerden seines Patienten beiträgt, durchzuführen. Für die Entscheidung eines Arztes eine Maximaltherapie durchzuführen oder diese zu unterlassen, sind 2 Kriterien maßgeblich.

Ein Kriterium besteht in der Beurteilung des „mutmaßlichen Willens eines Patienten“, mit der Überlegung, wie der Kranke in der gegebenen Situation selbst entschieden hätte. Dabei darf der Arzt den Deckmantel der eigenen Vernunft-Heiheit nicht missbrauchen (Pöltner 2002). Hilfsmöglichkeiten für die Entscheidung des behandelnden Arztes sind Gespräche mit den Angehörigen oder dem Sachwalter, wobei der Arzt das Interesse des Patienten auch gegen Eigeninteressen von Angehörigen zu wahren hat. Konkrete Hinweise sind das Vorliegen eines Patiententestamentes, bzw. einer sogenannten Patientenverfügung. Dabei ist auf ein neueres Datum zu achten. Die Verfügung muss in die gegebene Situation eingepasst werden. Das Interesse Dritter darf bei einer ärztlichen Entscheidung zur Unterlassung der Durchführung einer Maximaltherapie keinerlei Rolle spielen.

Als weiteres objektives Kriterium sind Diagnose und Prognose in die Entscheidung miteinzubeziehen. Bei Bestehen von Schäden, die ein Weiterleben auf keinen Fall mehr ermöglichen, kann für einen Behandlungsverzicht entschieden werden.

Bei Hoffnung auf Besserung des Zustandes oder sogar Heilung sind die Vitalfunktionen zu stabilisieren und die weitere Prognose abzuwarten, bevor Entscheidungen über einen möglichen Behandlungsabbruch getroffen werden können „end of life decision“.

Bei nicht entscheidungsfähigen Patienten, die sich in einem stabilen Zustand befinden, wie dies beim apallischen Syndrom, ohne Rückbildungsmöglichkeit, der Fall ist oder wie dies bei einer Alzheimer'schen Erkrankung der Fall sein kann, ergibt sich der Umstand, dass nach Auftreten von Komplikationen, wie einer Pneumonie, einer Magen- und Darmblutung oder anderen Komplikationen im Hinblick auf das Ausbleiben einer Veränderung des eingetretenen Zustandes oder einer Besserung der Erkrankung auf eine Maximaltherapie verzichtet werden soll.

#### Zusammenfassung:

Abschließend ist festzustellen, dass durch die enorme Entwicklung der modernen Medizin für den heutigen Menschen ungleubliche Möglichkeiten in der Behandlung auch von schwersten Erkrankungen bestehen, Möglichkeiten, die noch vor wenigen Jahren im Bereich der Utopie gelegen sind. Ein Effekt dieser Entwicklung ist die Steigerung des Durchschnittsalters des Menschen der westlichen Welt, sowie die Möglichkeit durch gezielte Prophylaxe, Krankheiten zu verhindern und durch Anwendung moderner Therapieprogramme auch schwerste Erkrankungen zu heilen. Durch rechtzeitige chirurgische Eingriffe unter Verwendung hoch entwickelter Geräte und mit Hilfe neu entwickelter Medikamenten oder auch physikalischer Methoden können bösartige Krankheiten abgefangen und beseitigt gewesen. Kein wesentliches Problem ist der Austausch von Gelenken und der Ersatz von Organen. Biochemisch abgestimmte Substanzen erlauben den Eingriff in die



verschiedenen Körperfunktionen, in zunehmender Weise in die Funktionen des Gehirns. Durch Stimulationsmethoden lassen sich fehlgeleitete Hirn- und Rückenmarksfunktionen stabilisieren und abstimmen. Implantate von körpereigenen Geweben bringen Ersatz für ausgefallene Organbereiche. Die erst zum Teil erforschte Möglichkeit der Stammzellen-implantation weist interessante neue Wege, ist aber derzeit und auch in nächster Zukunft noch nicht am Menschen anwendbar. Molekulare Eingriffe in das menschliche Gen kann die Weitergabe von Erbkrankheiten verhindern. Durch den Aufbau von neuen Ganglienzell-Netzsystemen durch gezielte Leistungsanforderung kann auch das Gehirn eines älteren Menschen neue Funktionen entwickeln und neue Fähigkeiten erlernen.

Jedes ärztliche Handeln untersteht ethischen Grundregeln. Diese sind im hippokratischen Eid festgelegt und wurden in der Helsinki-Konvention von 1964 und deren mehrmaligen Amendments festgelegt. Die bioethischen Grundprinzipien verlangen die Erforschung der Funktionen des menschlichen Körpers und vor allem des Gehirns, sowie intensive Untersuchungen zur Gewinnung neuer Medikamente und neuer Behandlungsmethoden. Das Ziel jeder medizinischen Forschung liegt in der Erhaltung der Gesundheit des Menschen, in der Heilung von Krankheiten, in der Verlängerung des menschlichen Lebens, aber auch in Palliativmaßnahmen zur Verringerung und Erleichterung des Leidens. Alle Untersuchungen am Menschen oder an „menschlichem Material“ finden eine strenge Regelung in der ICH-GCP.

Der unwiderruflichen Frage des Todes als integrativer Anteil des Lebens wird derzeit in den einzelnen Forschungsprogrammen wenig Beachtung geschenkt. Der Weg vom Leben in den Tod, das Sterben, dessen Ablauf und sein

wissenschaftlicher Inhalt ist nur in geringem Umfang erforscht. Das Ereignis, dass ein menschliches Leben verlöscht und nur mehr die leibliche Hülle verbleibt, deren endgültiger Zerfall vorgesehen ist, war bis jetzt in den erfahrenen und wohlmeinenden Händen der verschiedenen Religionen oder in den Diskussionszirkeln ideologischer Gemeinschaften gelegen. Durch die zunehmende Tendenz in der Materialisierung der sogenannten geistigen Welt, haben die spirituellen Systeme der verschiedenen Religionen mit Transzendenz in das Überirdische ihren Einfluss auf die verschiedenen zivilisatorischen Einheiten verloren. Generell ist es zur Hinwendung zu Denksystemen mit dem kategorischen Grundprinzip der Freiheit des Einzelnen gekommen. Der Versuch, die KANT'schen Moraldogmen den Gegebenheiten der modernen Welt anzupassen, hat bis jetzt zu keinem nachhaltigen Resultat geführt.

Die Euthanasie wurde in den letzten Jahrzehnten viel diskutiert und ist derzeit zu einer weltanschaulichen Entscheidungsfrage geworden. Ihren negativen Höhepunkt hatte Euthanasie in der Zwangseuthanasie des Nazi-Regimes als Instrument eines abwegigen Moralbegriffes erreicht. Die zunehmende Diskussion über Mittel, einem Menschen Leid und Not zu ersparen, kann in der westlichen Welt als Folge der Abnahme des Einflusses der einzelnen Religionen angesehen werden. Die amerikanische Auffassung, dass dem jungen, aktiven Leben mehr Platz zu schaffen ist, stellt einen zusätzlichen Faktor dar. Es erfüllt mit Erstaunen, wie die christlichen Kirchen diesem moralisch-ethischen Problem hilflos und untätig gegenüber stehen. Eine Wortmeldung für die Werte des menschlichen Leben ist weit und breit nicht zu erkennen.

Das Wohl des Einzelnen mit dem vermeintlichen Recht auf Entscheidung über den eigenen Tod beherrscht die westliche Denkensform. Demgegenüber stehen die islamische



Philosophie des gemeinsamen Wohlerlebens im Namen Gottes und die konfuzianischen Lebensregeln, dass über das Wohlbefinden des Einzelnen das Wohlergehen der Gemeinschaft zu stellen ist. Den christlichen Kirchen ist es nicht gelungen, eine Brücke zwischen den Moralbegriffen von KANT und SCHILLER und der materialistischen, westlichen Ideologie der industrialisierten, global orientierten, dem Fortschritt verpflichteten Lebensform herzustellen.

Der Kontakt der einzelnen christlichen Gemeinschaften zur modernen Forschung, vor allem zur modernen Medizin wurde bis jetzt nicht tragfähig aufgebaut. Die heute gültigen ethischen Grundlagen für Selbstüberwachung und Regulation der Forschung mussten aus der Philosophie des Altertums entwickelt werden, ergänzt durch die Morallehre des Heiligen Augustinus und des Thomas von Aquin. Die moderne medizinische Forschung und die Anwendung der aus der Forschung gewonnenen Ergebnisse für neue Behandlungs- und Heilmethoden werden derzeit, entfernt von den christlichen Religionen, in einem neuen ethisch-moralischen Bereich geregelt, der von den materialistischen Denkensformeln des letzten Jahrhunderts maßgeblich beeinflusst ist.

Durch die globalisierenden neuen Tendenzen der „Evidence based medicine“, dass nur der Beweis von hunderten Beispielen, gewonnen aus teils fragwürdigen Erfolgsberichten der englischsprachigen Literatur Geltung hat, wird ein weiteres materialistisch-fundiertes Element in die Behandlungsgrundlagen des Arztes im dritten Jahrtausend eingeführt.

Der Tod als wichtigste medizinische Fragestellung und der Weg vom Leben zum Tod, das Sterben, steht in der Zeit des beginnenden 3. Jahrtausends ohne Reflexion auf religiöse Grundsätze als alleiniges wissenschaftliches Ereignis zur

Diskussion. Die Euthanasie als Beihilfe zum Sterben, dem endgültigen Auslöschen des einzelnen Menschen wird von den Überlebenden, den ebenfalls vom Tod Bedrohten, aus der Angst vom Todsein und der Angst beim Sterben allein und ohne moralisch-ethischen Beistand zu sein, als Möglichkeit eines bevorzugten Sterbens betrachtet.

Der Arzt als der Handhaber der Euthanasie ist dabei durch die Schreckensvision bedroht, einen Mord begangen zu haben, oder zumindestens am Mord mitbeteiligt gewesen zu sein, mit der Gewissensbelastung, seine ärztliche Verpflichtung nicht befolgt zu haben.

Ein Arzt aber, der an der Euthanasie mitwirkt, sie betreibt, sich dafür entscheidet, ist nach den heute geltenden ethisch-moralischen Gesetzen letztlich einem KZ-Arzt gleich zusetzen, der opportunistisch dem Drang der Zeit nachgibt und sich über das bestehende ärztliche Grundgesetz, das Leben eines anderen Menschen nicht anzutasten, hinwegsetzt.

#### Literatur:

1. Augustinus: Bekenntnisse und Gottesstaat, Alfred Kröner, Stuttgart 1951
2. Baumgartner H., Gerstenbrand F.: Neuroethics-A new approach in neurological services. In: Bergen D. C., Chopra J.S., Silberberg D., Barac B., Lechner H. (Eds.), Progress in Neurology, 2 Livingstone, 281-284, 1999

3. Baumgartner H.; Allocation of Resources in Neurology: East and West- a Challenge to European Solidarity, EFNS-Newsletter, 3,1, 2000

4. Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms . Council of Europe. 1950. European treaties series (ETS) no. 005

5. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. Council of Europe. 1997. European treaties series (ETS), no. 164

6. Additional protocol to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, on the prohibition of cloning human beings. Council of Europe. 1998 „European treaties series (ETS) no. 168

7. Council of Europe, Committee of Ministers. “Explanatory report to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine”, Strasbourg, January 1997

8. Council of Europe, Directorate of Legal Affairs. ”Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine”. Strasbourg, November 1996

9. De Wachter, M.A.M.: The European Convention on Bioethics, Hastings Centre Report 27, 1, 13-23, 1997

10. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, human Medicines Evaluation Unit “Note for guidance on Good Clinical Practice (CPMP/ICH/135/95)”, ICH Harmonised Tripartite Guideline, January 1997

11. Good Clinical Practice for trials on medicinal products on the European Community 11.07.1990 (III/3976/88-EN, final) GCP.

12. Declaration of Helsinki of the World Medical Association (WMA), adopted by the 18<sup>th</sup> WMA general assembly Helsinki 1964; latest amendment 852<sup>nd</sup> MMA general assembly, Edinburgh 2000.

13. Kant I.: Zur Kritik der reinen Vernunft, Philipp Reclam jun., Leipzig, 1966

14. Mathias A.: Schillers Gedankenlyrik, Freytag G., Tempsky F., Leipzig, Wien, 1903


15. Pöltner G.: Grundkurs Medizin-Ethik, Facultas UTB, Wien, 2002

16. Shewmon, D.A.: Chronic „brain death“ conceptual consequences, Neurology 1998, 1538-1545

17. Uhlig H.: Buddha, Die Wege des Erleuchteten, Gustav Lübbe Verlag, 1994

18. Wrede R. : Worte des Konfuzius, Aus dem Buch der Gespräche, Paul Hugendübel, München, 1942



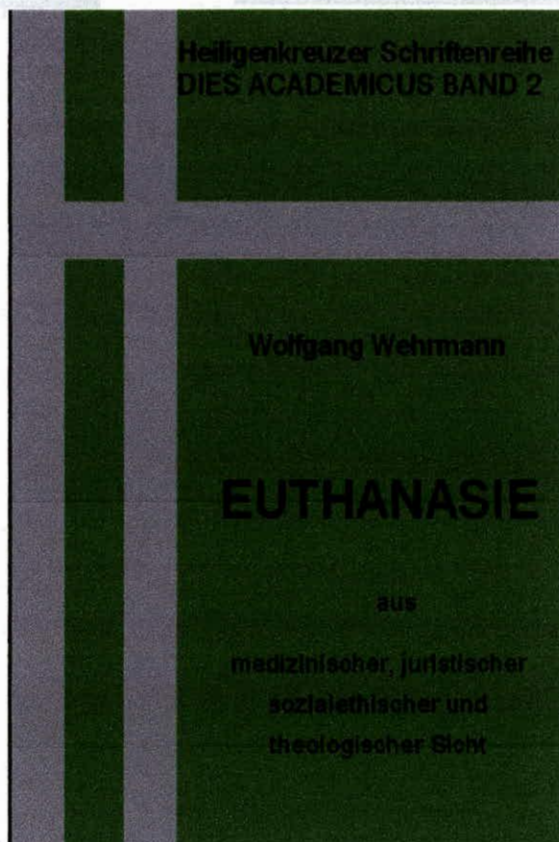
Heiligenkreuzer Schriftenreihe DIES ACADEMICUS BAND 2 // Eu-  
thanasie aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theo-  
logischer Sicht 

Heiligenkreuzer Schriftenreihe  
DIES ACADEMICUS BAND 2  
der Philosophisch-Theologischen Hochschule Heiligenkreuz

Herausgegeben von  
Hofrat Hon.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Wolfgang Wehrmann,  
Obmann des Vereins der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde  
A-2532 Heiligenkreuz/Wien 2003

Zusammenstellung, Bearbeitung und Layout:  
stud. theol. Markus Heinrich

© Verein der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde  
Bezug beim Verein der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde



**Autor/in:** Wehrmann, Wolfgang [Hergb.]  
**Titel:** Heiligenkreuzer Schriftenreihe DIES ACADEMICUS BAND 2 // Euthanasie  
aus medizinischer, juristischer, sozialetischer und theologischer Sicht  
Verein der Heiligenkreuzer Hochschulfreunde, Bezug beim Verein der  
Heiligenkreuzer Hochschulfreunde

**Gewicht:** 370 g  
**Verlag:** Eigenverlag d. Vereins  
**Sprache:** Deutsch

Erscheinungsjahr: 2003