

Die Debatte
um die Sterbehilfe

Der „natürliche Tod“

Franz-Josef Bormann

Die spektakuläre Suizidbeihilfe des früheren Hamburger Justizsenators Roger Kusch im Juni dieses Jahres hat noch einmal deutlich gezeigt, dass es in der gegenwärtigen Diskussion um die Sterbehilfe längst nicht mehr nur um die besonders brennenden Fragen nach den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht oder die Ermessensspielräume in der Planung und Durchführung konkreter pflegerischer Maßnahmen geht. Zunehmend steht auch das Selbstverständnis des modernen Menschen überhaupt zur Debatte. Er hat im Gefolge einer äußerst rasanten technischen Entwicklung immer mehr Determinanten seiner alltäglichen Lebenswelt nachhaltig verändert und schickt sich nunmehr an, auch die bis vor Kurzem noch als unverrückbar erscheinende Grenze des Todes seinem autonomen Gestaltungswillen zu unterwerfen.

Doch was gebietet jene Autonomie, die die philosophische Tradition als vernunftförmige Willensbestimmung stets von einer unkonditionierten, im Grunde willkürlichen Selbstbestimmung abzugrenzen wusste? Während die einen in ungebrochenem Vertrauen auf die Heilungsversprechen moderner hoch technisierter Medizin angstvoll auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen blicken und in der schon bald unvermeidlichen Rationierung medizinisch-therapeutischer Leistungen die entscheidende Gefährdung ihrer autonomen Willensbestimmung ausmachen, verweisen die anderen auf die schon heute bestehende Inhumanität einer nicht selten aufgezwun-

genen Übertherapie, der gegenüber sich vor allem alte, alleinstehende und schwerstkranke Patienten zunehmend ohnmächtig erfahren. Nicht nur die Einstellung zur modernen Intensivmedizin und ihren Möglichkeiten scheint zwischen verschiedenen Personengruppen erheblichen Schwankungen zu unterliegen. Auch die moralischen Leitvorstellungen zur Überwindung tatsächlicher oder vermeintlicher Missstände driften im Zuge der gesamtgesellschaftlichen Pluralisierung immer weiter auseinander. So treten einem eher traditionellen ärztlichen Standesethos, das am umfassenden Wohl des Patienten orientiert ist und als selbstverständliches Element seines Prinzipienkanons ein kategorisches ärztliches Tötungsverbot beinhaltet, zunehmend utilitaristisch inspirierte medizinethische Entwürfe entgegen, die wesentliche Aspekte unserer herkömmlichen moralischen Begriffssprache einer radikalen Kritik unterziehen und in der Tötung auf Verlangen sowie der ärztlichen Suizidbeihilfe Handlungstypen erblicken, die weder dem legitimen Selbstbestimmungsrecht des Patienten noch dem ärztlichen Ethos widerstreiten und daher auch strafrechtlich nicht länger sanktioniert werden sollten.

Die entscheidende ethische Frage lautet also, wie beide Aspekte, das dem Lebensschutz dienende Tötungsverbot auf der einen und die Autonomie von Ärzten, Pflegern und Patienten auf der anderen Seite, so miteinander zum Ausgleich gebracht werden können, dass keines dieser

Güter preisgegeben wird oder auf Dauer ernstlichen Schaden nimmt.

Moralische Abwägung

Anhänger einer ärztlichen Tötung auf Verlangen haben zu Recht darauf hingewiesen, dass die traditionelle moralisch-sprachliche Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie beziehungsweise zwischen Töten und Sterbenlassen nicht immer frei von problematischen Voraussetzungen war und daher immer wieder Anlass zu begrifflichen Verwirrungen gegeben hat. Es ist jedoch zweifelhaft, ob diese Defizite wirklich so gravierend sind, dass wir die überlieferte Terminologie insgesamt aufgeben und stattdessen nur noch von verschiedenen, moralisch gleichwertigen Stufen der „Therapiebegrenzung“ reden sollten. Dazu besteht kein Anlass. Selbst wenn man zugibt, dass die Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie nicht einfach mit derjenigen von „Handeln“ und „Nichthandeln“ oder „Tun“ und „Unterlassen“ gleichgesetzt werden kann, sondern in beiden Fällen ein vom Akteur zu verantwortendes Handeln vorliegt, das rein technisch entweder durch ein Tun im Sinne der Ausführung bestimmter Körperbewegungen oder durch ein Unterlassen im Sinne eines Verzichts auf entsprechende Körperbewegungen realisiert werden kann, bedeutet das noch lange nicht, dass die Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens damit ununterscheidbar geworden sind.

Ganz im Gegenteil lässt sich zumindest in der sogenannten Standardsituation der Sterbehilfe, in der sich ein noch urteils- und entscheidungsfähiger Patient in einem schweren, mit hoher Wahrscheinlichkeit irreversiblen Krankheitszustand, aber noch nicht im Sterbeprozess befindet, sowohl auf der rein handlungstheoretisch-beschreibenden als auch auf der moralisch-normativen Ebene ein gewichtiger Unterschied zwischen aktiver Euthanasie

im Sinne der absichtlichen und aktiven Beschleunigung des Todesintritts und passiver Euthanasie im Sinne des bewussten Verzichts auf die Einleitung oder Weiterführung medizinischer Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung nachweisen.

Um zu verstehen, worin der entscheidende handlungstheoretische Unterschied besteht, müssen wir die kausale Rolle des handelnden Akteurs möglichst präzise untersuchen. Bezieht man sämtliche für die Entstehung eines Ereignisses kausal wirksamen Faktoren in die Betrachtung ein, dann ergibt sich folgendes Bild: Während bei der freiwilligen aktiven Euthanasie das Handeln des Arztes zwar nicht der einzige kausal wirksame Faktor, wohl aber die *alleinige hinreichende* Bedingung für den Tod des Patienten darstellt, ist die Handlung des Arztes bei der passiven Euthanasie entweder die zwar notwendige, aber nicht hinreichende oder – im Fall sogenannter kausaler Überdeterminierung bei schwerstkranken multimorbiden Patienten – zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten, da neben dem ärztlichen Handeln noch weitere Ursachen (wie etwa ein weit fortgeschrittenes Tumorleiden oder eine schwere Herzinsuffizienz) für den Eintritt des Todes existieren. Besonders der zuletzt angesprochene Fall des gleichzeitigen Vorliegens mehrerer hinreichender Bedingungen des Todesintritts dürfte für die ethische Beurteilung typischer Therapiebegrenzungsmassnahmen im Rahmen der passiven Euthanasie (wie zum Beispiel der Verzicht auf eine maximale antibiotische Bekämpfung interkurrenter Infektionskrankungen oder die Extubation) bei der Behandlung von Krebspatienten im Endstadium von großer Bedeutung sein.

Wo aber liegt die moralische Relevanz dieses kausalen Unterschieds? Hier ist auf den entscheidenden Zusammenhang zu verweisen, der zwischen den morali-

schen Rechten und Pflichten von Arzt und Patient auf der einen und der kausalen Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen auf der anderen Seite besteht. Wer tötet, greift immer in das Lebensrecht beziehungsweise das Recht auf Nichtschädigung eines anderen Menschen ein und verstößt damit gegen eine moralische Unterlassungspflicht. Wer einen Menschen dagegen sterben lässt, also unter ganz bestimmten Bedingungen auf den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen verzichtet, der macht sich weder einer Übertretung des Tötungsverbots noch eines Verstoßes gegen eine positive Hilfspflicht schuldig, da er alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen zur Erhaltung personalen menschlichen Lebens bereits ausgeschöpft hat.

Gegen diese im Blick auf die Begründung der moralischen Unzulässigkeit von unfreiwilliger sowie *nicht* freiwilliger aktiver Euthanasie durchaus allgemein akzeptierte Unterscheidung drängt sich jedoch im Fall der freiwilligen, das heißt der vom Patienten selbst verlangten ärztlichen Tötung ein naheliegender Einwand auf. Warum soll es unzulässig sein, dass der Patient selbst freiwillig auf sein Lebensrecht verzichtet? Bildet der unzweideutig artikuliert freiwillige Todeswunsch des Patienten – zumindest unter strengen, einen manipulativen Missbrauch weitgehend ausschließenden Sicherheitsvorkehrungen – nicht durchaus eine ausreichende Basis zur Legitimation einer ärztlichen Tötungshandlung?

Plädoyer für den „natürlichen Tod“

An eine überzeugende Kritik der aktiven Euthanasie, die in einer säkular-pluralistischen Gesellschaft wie der unsrigen Anspruch auf normative Geltung erhebt, sind wenigstens zwei Forderungen zu stellen: Erstens darf die Argumentation nicht auf religiös-weltanschaulichen Voraussetzungen (wie zum Beispiel der Vorstellung von der „Heiligkeit des Lebens“)

beruhen, und zweitens ist aufgrund der wertmäßigen Differenz zwischen dem moralisch Guten (das zu tun jeder immer verpflichtet ist) und den verschiedenen partikulären Einzelgütern (denen lediglich sogenannte *Prima-facie*-Pflichten korrespondieren) ausdrücklich anzuerkennen, dass auch das eigene physische Leben – als fundamentalstes, nicht aber höchstes Gut des Menschen – nicht einfach verabsolutiert und damit jeglicher moralischer Abwägung entzogen werden darf. Eine plausible Begründung des moralischen Verbots der ärztlichen Tötung auf Verlangen muss daher auf einem objektiven, das heißt für jedermann vor dem Forum seiner praktischen Vernunft einsichtigen Datum beruhen, dessen normative Implikationen die Praxis aktiver Euthanasie ausschließen. Dieses Datum ist die Natürlichkeit des Todes. Die aktive Euthanasie ist ganz unabhängig davon, ob sie nun freiwillig erfolgt oder nicht, allein schon deswegen moralisch unzulässig, weil sie eine rational nicht zu rechtfertigende substanzielle Verfremdung des natürlichen Todes darstellt.

Der im Konzept des natürlichen Todes vorausgesetzte Natur-Begriff verweist auf die entfaltete Art beziehungsweise Individualnatur im Sinne des „äußersten Seinkönnens“ des Menschen, das dieser unter der Leitung seiner praktischen Vernunft immer schon erstrebt und das wesentlich in der Entfaltung der grundlegenden menschlichen Fähigkeiten, insbesondere der rationalen Handlungsfähigkeit, besteht. Die praktische Bedeutung des Konzepts eines natürlichen Todes liegt also darin, dass es auf einen allgemein umrissenen, umfassenden Vollendungszustand des Menschen verweist, der begründeterweise den Vorzug vor allen anderen partikularen Strebenszielen verdient. Allerdings scheint hinsichtlich der normativen Konsequenzen, die sich aus diesem Konzept ergeben, eine eigentümliche Asymmetrie zu bestehen. Das Ver-

bot einer Verzögerung des natürlichen Todes erfreut sich tatsächlich einer breiten Akzeptanz, weil leicht einzusehen ist, dass die zeitliche Zerdehnung des Sterbeprozesses durch den unverhältnismäßigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen für den Betroffenen kaum wünschenswert ist. Sie ist in aller Regel mit einer Verlängerung des Leidens verbunden, ohne einen wesentlichen Zuwachs an positiven Handlungsmöglichkeiten mit sich zu bringen. Das Verbot einer wesentlichen Beschleunigung des Todeseintritts stößt bei nicht wenigen Zeitgenossen auf hartnäckige Kritik. Insbesondere unter dem Eindruck der gestiegenen Leistungsanforderungen in unserer hochkomplexen Gesellschaft und der damit einhergehenden allgemeinen Wertschätzung von Effizienz und Nützlichkeit scheint die Zahl derjenigen rapide zuzunehmen, die einem durch schwere Krankheit belasteten Lebensabschnitt von vornherein jegliche Lebensqualität absprechen und folglich in der aktiven Euthanasie einen willkommenen Ausweg aus einer zunehmend misslichen Lebenssituation erblicken. Auch wenn diese Haltung auf den ersten Blick psychologisch durchaus verständlich ist, drängt sich doch die Frage auf, ob sie auch einer moralphilosophischen Überprüfung standhält und wirklich als die humanere Lösung des „Todesproblems“ anzusehen ist.

Fehldeutungen eines Begriffs

Zum besseren Verständnis des Begriffs des „natürlichen Todes“, der zu Recht auch Eingang in wichtige internationale und nationale Dokumentationen des ärztlichen Standesethos gefunden hat, empfiehlt es sich, auf drei verbreitete Missverständnisse einzugehen, die im Blick auf die gegenwärtige Diskussionslage besonders folgenreich sind.

Eine erste Gruppe von Missverständnissen ist eng mit der Mehrdeutigkeit des Natur-Begriffs verbunden. Bei den meis-

ten Zeitgenossen löst die Vorstellung von etwas Natürlichem Assoziationen von Ursprünglichkeit, Urwüchsigkeit und Primitivität aus, die, unabhängig davon, ob sie nun positiv oder negativ besetzt sind, in einem eindeutigen Spannungsverhältnis zu unserer technischen Zivilisation stehen. Ein solches, im Grunde *naturalistisches* Naturverständnis, für das das „Natürliche“ als das „andere der Vernunft“ den polaren Gegensatz zur Kultur, Technik und Rationalität bildet, ist jedoch strikt von der normativen Vorstellung vollendeter menschlicher Individualbeziehungsweise Artnatur zu unterscheiden, die im Begriff eines natürlichen Todes vorausgesetzt ist. Wenn der Mensch als vernunftbegabtes Sinnenwesen (*animal rationale*) wesenhaft auf die Selbstentfaltung unter der Leitung seiner Vernunft angelegt ist und diese Vernunft im eminenten Sinne Kultur und Technik hervorbringt, dann ist es weder zulässig, einen fundamentalen Gegensatz zwischen „Natur“ und „Kultur“ beziehungsweise „Technik“ zu behaupten, noch darf der Begriff eines natürlichen Todes mit der romantischen Vorstellung eines irgendwie archaischen Dahinscheidens verwechselt werden, das sich ohne jede Berührung mit den Errungenschaften der modernen Medizintechnik vollzöge. Natürlich sind Sterben und Tod des Menschen vielmehr immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung beziehungsweise körperlichen Dysfunktionalität eintreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, dass es zu einer definitiven, das heißt mit dem verhältnismäßigen Einsatz medizinisch-therapeutischer Maßnahmen nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen (insbesondere zerebralen) Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit eines wenigstens minimalen personalen Selbstvollzuges darstellen. Nicht natürlich ist ein Tod dagegen genau dann, wenn er entweder vor dem natürlichen Todeszeitpunkt etwa als Folge von

Unfall, Verbrechen oder Nichtbehandlung einer behandelbaren Erkrankung oder wenn er nach dem natürlichen Todeszeitpunkt erfolgt, zum Beispiel durch den unverhältnismäßigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen. Der Begriff des natürlichen Todes steht also keineswegs von sich aus in einem antagonistischen Gegensatz zur modernen Medizin, sondern versucht im Raum unserer derzeitigen medizinischen Maßnahmen jene wichtige Grenze zu markieren, die den Bereich der human sinnvollen von den bloß technisch möglichen ärztlichen Interventionsformen unterscheidet.

Autonomie des Willens

Besondere Aufmerksamkeit verdient eine zweite Gruppe von Missverständnissen, die im Begriff des natürlichen Todes ein hochgradig spekulatives Konzept erblicken, das von außen an den menschlichen Willen herangetragen wird und zu einer fragwürdigen heteronomen Beschränkung der individuellen Selbstbestimmung führt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob das in einer solchen Kritik vorausgesetzte Autonomieverständnis nicht seinerseits auf einer folgenschweren – *autonomistischen* – Verzerrung rationaler Willensbestimmung beruht. Soll die immer wieder beschworene Autonomie des Individuums nicht in subjektive Willkür abgleiten, dann muss die in einer Analyse der Bedingungen der Möglichkeit vernünftiger Willensbestimmtheit zu erhebende Tiefenstruktur des menschlichen Wollens als kritischer Maßstab konkreter willentlicher Entscheidungen unbedingt berücksichtigt werden. Tatsächlich ist der menschliche Wille nämlich immer schon notwendigerweise auf eine Vielzahl objektiver Güter ausgerichtet, die nicht einfach beziehungslos nebeneinanderstehen, sondern im übergeordneten Ziel der Entfaltung und Akтуierung menschlicher Handlungsfähigkeit konvergieren. Da jeder, der überhaupt irgendetwas will,

ganz unabhängig von der konkreten Art des Gewollten immer schon einschliessweise die Möglichkeit zur ungehinderten Ausübung aller zur Erlangung des konkreten Strebezels notwendigen Handlungen und damit die optimale Entfaltung der eigenen Handlungsfähigkeit will, erscheint auch der Erhalt der eigenen physischen Existenz in dem Maße geboten, wie er die notwendige Voraussetzung für den Vollzug der eigenen Handlungsfähigkeit darstellt. Es ist also letztlich der unbedingte Wert des vernunftbestimmten Handelns selbst, der dazu führt, auch die hierfür unverzichtbaren Voraussetzungen (wie das Leben, die Freiheit et cetera) in den Schutzraum ethischer Normierung aufzunehmen und zu Bezugspunkten bestimmter „Pflichten gegen sich selbst“ beziehungsweise einer moralisch gebotenen „Selbstliebe“ zu erheben. Wer daher in der Standardsituation der Sterbehilfe zur Vermeidung der mit einem schweren Krankheitsprozess unweigerlich einhergehenden Nöte und Belastungen bei noch bestehenden Handlungsmöglichkeiten zum Mittel des Suizids beziehungsweise der aktiven Euthanasie greift, der trifft eine Entscheidung, die im Widerspruch zum natürlichen menschlichen Wollen steht, der eigenen Würde beziehungsweise Selbstzwecklichkeit als handlungsfähigem Subjekt widerstreitet und daher auch nicht als legitimer Ausdruck vernünftiger Selbstgesetzlichkeit oder Autonomie anzuerkennen ist. In diesem Urteil stimmen so unterschiedliche Ethiker wie Thomas von Aquin und Immanuel Kant ebenso überein wie Verfechter neuester Ansätze einer an den menschlichen Grundfähigkeiten orientierten *capability*-Ethik. Es sind also keineswegs nur pragmatische Gründe (wie der Schutz vor Missbrauch und die latente Gefahr von Dammbrecheeffekten), die der moralischen Unbedenklichkeitserklärung einer Praxis der aktiven Euthanasie im Wege stehen. Vielmehr le-

gen grundlegende handlungstheoretische Überlegungen sowie tief greifende theoretische und praktische Widersprüche im Autonomieverständnis der Anhänger einer ärztlichen Tötung auf Verlangen den Schluss nahe, dass eine reflektierte Konzeption rationaler Willensbestimmung zumindest in der Standardsituation der Sterbehilfe keinen Raum für eine aktive Euthanasie lässt.

Sittliches Handeln

Wenn der eigentliche Grund für die moralische Unzulässigkeit der aktiven Euthanasie in der Standardsituation der Sterbehilfe darin liegt, dass die Tötung auf Verlangen den Patienten selbst wertvoller Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und daher nicht vernünftigerweise gewollt werden kann, dann ist näher zu klären, worin denn dieses Handlungspotenzial näherhin besteht. Tatsächlich beruht die Attraktivität der aktiven Euthanasie für nicht wenige Zeitgenossen ja gerade darauf, dass sie im Fall gravierender Beeinträchtigungen der eigenen Handlungsfähigkeit durch schwere Krankheit die rasche und schmerzfreie Beendigung eines aus der Binnenperspektive des Betroffenen nicht mehr lebenswert erscheinenden Lebens zu garantieren scheint. Obwohl selbstverständlich zuzugeben ist, dass dem betroffenen Patienten oftmals krankheitsbedingt bestimmte sozial und individuell besonders wertgeschätzte Handlungsformen nicht mehr länger möglich sind, bedeutet das noch keineswegs, dass ihm damit jede Möglichkeit genommen ist, sich als sittliches Subjekt im Handeln auszudrücken und damit die verbliebene Lebensspanne als sinnvoll zu erleben. Der moralphilosophisch entscheidende Begriff der Handlungsfähigkeit darf nicht *aktivistisch* verkürzt werden. Die einseitige Wertschätzung sozial nützlicher Aktivität insbesondere in Gestalt möglichst effizienter Erwerbsarbeit sollte uns nicht

übersehen lassen, dass es neben der aktiven auch eine passiv-kontemplative Dimension menschlicher Handlungsfähigkeit gibt, die allerdings unter den herrschenden Bedingungen unserer sogenannten Leistungsgesellschaft weithin verdrängt wird. Eine umfassende, ganzheitliche Sicht der Handlungsfähigkeit befreit uns nicht nur von dem Zwang, die Einheit des menschlichen Lebens anhand fragwürdiger Lebensqualitätskriterien in lebenswerte und lebensunwerte Phasen zu zergliedern, sie bildet zudem auch die notwendige Voraussetzung dafür, der Prozesshaftigkeit menschlichen Sterbens – wie sie heute von der modernen Psychologie und Thanatologie wieder stärker betont wird – gerecht werden zu können. Wie für alle anderen Lebens- und Reifungskrisen so gilt auch für die Begegnung des Menschen mit seinem Tod, dass nicht die Haltung der Verdrängung und Verweigerung, sondern nur die Annahme sowie das Ringen mit Herausforderungen und Problemen schließlich zum Wachsen und Reifen der individuellen Persönlichkeit führen. Nur wer sich auf diesen mühevollen Weg auch und gerade im Angesicht des Todes einlässt, der hat die Chance, seinen Lebensweg in der Annahme des Todes zu vollenden. Während die Tötung auf Verlangen als Symptom einer strukturellen Todesverdrängung letztlich eine zur vermeintlich nüchternen Freiheitstat stilisierte Ausflucht vor der Lebensaufgabe des Sterbens, ja den gewaltsamen Abbruch einer noch unvollendeten Biografie darstellt, bietet die Anerkennung der Grenze des natürlichen Todes zwar nicht schon die Garantie, wohl aber die unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass der schwer kranke Patient die letzte Lebensspanne als persönlichen Weg zu seinem „eigenen Tod“ erleben und gestalten kann.

Was folgt aus den hier angestellten ethischen Überlegungen für den konkreten ärztlichen und pflegerischen Umgang

mit schwerstkranken Patienten? Um sicherzustellen, dass der Aufweis der moralischen Unzulässigkeit der aktiven Euthanasie sowie des ärztlich assistierten Suizids und das Plädoyer für eine Orientierung von Behandlung und Pflege am Konzept des natürlichen Todes nicht nur argumentativ stringent, sondern auch praktikabel erscheinen, sei abschließend noch auf drei konkrete Schlussfolgerungen verwiesen.

Erstens ist eine Realisierung des Konzepts des natürlichen Todes im hier erläuterten Sinne nur dann möglich, wenn es gelingt, eine auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten genau abgestimmte wirksame Schmerztherapie möglichst flächendeckend bereitzustellen. Die weltweiten Erfahrungen der Hospizbewegung haben gezeigt, dass der palliativ gut versorgte Patient kaum jemals einen Wunsch nach Lebensverkürzung äußert. Nur vom weitgehend schmerzfreien Menschen ist aber realistischerweise zu erwarten, dass er die Kraft aufbringt, sich den Herausforderungen der letzten Lebensspanne zu stellen.

Nicht weniger bedeutsam als eine möglichst optimale Schmerz- und Symptomkontrolle ist *zweitens* die umfassende psychosoziale Begleitung des Patienten, um ihm die Angst vor Einsamkeitsgefühlen zu nehmen und das subjektive Wohlbefinden sowie die Beziehungsfähigkeit möglichst lange auf einem möglichst hohen Niveau zu erhalten. Idealtypischerweise sollte diese Begleitungs- und Beziehungsarbeit von einem interdisziplinären Team (aus Ärzten, Schwestern, Pflegern, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern

und Angehörigen) getragen werden, um eine gute Koordination der verschiedenen Einzelaktivitäten zu gewährleisten.

Schließlich sollte *drittens* der Individualität jedes einzelnen Patienten gerade in seiner letzten Lebensphase ein möglichst großer Freiraum gewährt werden. Der „natürliche Tod“ meint kein starres Schema unterschiedsloser Gleichbehandlung, das der je persönlichen Bedürfnislage und Entwicklungsfähigkeit einzelner Patienten gleichgültig gegenübersteht. Vielmehr erreicht das Konzept eines „natürlichen Todes“ im hier gemeinten Sinne überall dort sein praktisches Ziel, wo der Patient in die Lage versetzt wird, seinen je „eigenen Tod“ zu erleben.

Auch wenn man im nüchternen Blick auf den klinischen Alltag in deutschen Krankenhäusern und Altenheimen einräumen muss, dass es eine Fülle von Defiziten in allen drei Bereichen – in der palliativen Versorgung nicht weniger als in der psychosozialen Begleitung und individuellen Ansprache Schwerstkranker – gibt, ist daraus keineswegs zu folgern, dass die Legalisierung der aktiven Euthanasie ein geeignetes Mittel ist, um diese Probleme zu überwinden. Nicht die zu Unrecht im Mittelpunkt des öffentlichen medialen Interesses stehende Forderung nach gesetzlicher Freigabe aktiver Euthanasie beziehungsweise ärztlicher Suizidbeihilfe stellt das praktische Gebot der Stunde dar, sondern eine spürbare schrittweise Verbesserung der palliativen Versorgung und ganzmenschlichen Begleitung schwerstkranker Patienten, die alle Bürgerinnen und Bürger unseres Landes angeht.