

AKTUELLE DEBATTEN UM DIE EUTHANASIE*

Die Debatte um die Euthanasie hat einen neuen Schub bekommen. Dafür gibt es *sachliche* Gründe¹:

- Der Anteil an hochbetagten Menschen in der Gesamtbevölkerung und die Lebenserwartung nehmen in unseren Gesellschaften zu und werden vermutlich weiter zunehmen.
- Rund die Hälfte des Gesundheitsbudgets wird in den letzten Lebensmonaten ausgegeben, und die Ressourcen dafür werden immer knapper. Das meist nicht ausgesprochene Ansinnen, das in einer zunehmend rein ökonomisch denkenden Gesellschaft naheliegt, wird meist erst inoffiziell nach Veranstaltungen geäußert: Wie wäre es, wenn wir diese Hälfte des Gesundheitsbudgets einsparen könnten, indem wir die letzte Lebensphase abkürzen durch beschleunigte Herbeiführung des Todes? Es fehlt wahrlich nicht an sozialtechnischen und psychotechnischen Möglichkeiten, den Menschen, die uns zur Last fallen, nahezulegen, diesen Wunsch zu äußern.
- Das Bewußtsein der Autonomie im Sinne der Selbstbestimmung ist das Signum der Neuzeit. Trotz der von manchen „postmodern“ genannten Kritik an der die Neuzeit prägenden Aufklärung wird die Wichtigkeit der Autonomie noch größer. Aber in welchem Sinn?
- Die Bereitschaft, unvermeidbares Leiden als schicksalhaft anzunehmen, und das Leiden anderer solidarisch in alltäglichen Situationen und über längere Zeit mitzutragen, nimmt ab. Die Angst, durch den Einsatz für andere etwas vom Leben zu versäumen, ist größer als der Wunsch nach Solidarität.

Dies alles hängt nicht nur mit einer allgemeinen Bewußtseinslage der Machbarkeit aller Dinge zusammen, sondern insbesondere mit dem Fortschritt der modernen Medizin, die uns vor schwierige Entscheidungsfragen stellt: Vor allem dort, wo der Einsatz dieser Medizin keine Heilung mehr verspricht, sondern nur mehr eine Verlängerung eines unter Umständen qualvollen Lebens.

Für diesen neuen Schub gibt es aber auch *politische* Gründe. In den Niederlanden und Belgien sind mittlerweile Gesetze in Kraft getreten, die es Ärzten unter

* Dieser Berichtsartikel entstand nach einem sehr einseitig besetzten Hearing im Europarat am 25.10.2002 in Paris, in dem die Befürworter der Euthanasie für die Gesetzesänderung in den Niederlanden und Belgien warben. Es zeichnete sich ab, daß ein Vorstoß im Europarat zu erwarten war, der die Liberalisierung der Euthanasie für den Bereich aller 46 Mitgliedsstaaten des Europarates empfehlen und die Recommendation 1418/99, die vom Ministerrat bereits mehrfach willkommen geheißen worden war, aufweichen würde. Diese Recommendation setzt auf Ausbau und Umsetzung der Palliativmedizin, sowie auf die Stärkung der Autonomie der Patienten, enthält aber eine klare Absage an die aktive direkte Euthanasie.

¹ Originalpublikation in: Orientierung 67(2003) 16-19.

¹ Vgl. M. Zimmermann-Aklin, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. (STE 79), Fribourg-Freiburg/Br. ²2003.

bestimmten Voraussetzungen gestatten, Menschen auf Verlangen zu töten.² Im Europarat ist ein Antrag des belgischen Senators Philippe Monfils eingebracht worden, demgemäß die Minister aufgefordert werden, Ärzten in Europa unter bestimmten Voraussetzungen zu gestatten, straffrei auf Verlangen zu töten.

1. Die Recommendation 1418

Der Vorschlag einer *Recommendation*, das heißt Empfehlung an die parlamentarische Versammlung und das Ministerkomitee, ist vom Schweizer Abgeordneten Dick Marty zu erwarten: Die Beihilfe zum Suizid als Lösung für Menschen, die nicht mehr leben wollen, soll ganz Europa schmackhaft gemacht werden. Und dies soll als Türöffner gelten für die künftige Einführung der Euthanasie in den 44 Mitgliedsstaaten des Europarates. Im Dezember 2001 ist eine Initiative zur Straffreistellung der Tötung auf Verlangen vom Schweizer Parlament abgelehnt worden. Soll das, was vom Schweizer Parlament abgelehnt wurde, über eine Europaratsinitiative langfristig erreicht werden?

Die Strategie der Euthanasiebefürworter läßt sich absehen: Sie hatte bereits Vorboten im "Ausschuß für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherschutz" des Europäischen Parlaments am 30. April 1991, als ein Antrag von Léon Schwartzenberg bereits eine Mehrheit gefunden hatte, daß beim Fehlen jeder kurativen Therapie, korrekt angewandter palliativer Behandlung und wenn ein Kranker nachdrücklich und unablässig fordert, daß seiner Existenz, die für ihn jede Würde verloren hat, ein Ende gesetzt wird, diese Forderung befriedigt werden muß.

Sie hatte aber auch Vorboten im Europarat. Die österreichische Abgeordnete des Europarates, Edeltraud Gatterer, fand einen Entwurf für eine Empfehlung aus dem Jahr 1995 zur Erfüllung der Wünsche Todkranker vor, deren erster Satz bereits die Stoßrichtung angab: Eine medizinische Intervention zur Beschleunigung der Herbeiführung des Todes zu rechtfertigen. Frau Gatterer nahm sich geistesgegenwärtig selbst des Themas an und ließ den Text einer neuen *Recommendation* zum Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte Sterbender und terminal Kranker ausarbeiten. Dieser Text wurde unter außergewöhnlich großem Interesse der Abgeordneten im Gesundheits- und Sozialausschuß des Europarates im Januar 1999 von Experten vorgestellt, erläutert und diskutiert.

Diese *Recommendation 1418* analysiert zunächst die spezifischen Probleme mit dem Sterben in unserer Gesellschaft, wie sie sich in den Ängsten der Bevölkerung widerspiegeln. In drei Schritten werden hierauf die Mitgliedsstaaten des Europarates aufgefordert, rechtliche und politische Maßnahmen zum Schutz der Menschenrechte Sterbender zu ergreifen.

Erstens: Es soll dem Ausbau und der Umsetzung der Palliativmedizin, die in ihrer Umsetzung vielfach weit hinter dem wissenschaftlich erreichten Niveau zu-

² J. Jans, "Sterbehilfe" in den Niederlanden und Belgien. Rechtslage, Kirchen und ethische Diskussion, in: ZEE 46 (2002) 283-300.

rückbleiben, Vorrang eingeräumt werden. Sie umfaßt nach der Beschreibung der WHO die Linderung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Leiden. Jeder Bürger in Europa soll einen rechtlich gesicherten Zugang zur palliativmedizinischen Behandlung auf qualitätsgesichertem hohem Niveau haben.

Zweitens: Es soll die Autonomie terminal Kranker dahingehend gestärkt werden, daß niemand in Europa gegen seinen Willen behandelt oder weiterbehandelt wird. Auch Patientenverfügungen sollen berücksichtigt werden, und diese Berücksichtigung soll in den Mitgliedsstaaten auch rechtlich abgesichert werden. Wenn ein Arzt es nicht verantworten kann, sich an den Wortlaut einer solchen Verfügung zu halten, soll er dies schriftlich in einer für Angehörige und Patientenanwälte nachvollziehbaren Form begründen. Sterben soll also auf Wunsch des Patienten zugelassen werden, wenn er soweit ist.

Drittens: Es soll das unveräußerliche Recht auf Leben gemäß Art. 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (1950), „daß niemand absichtlich seines Lebens beraubt werden darf“, ausdrücklich auch für terminal Kranke in dem Sinn gelten, daß der Tötungswunsch keine Rechtfertigung für eine Tötungshandlung darstellt.

Ein ausführliches *Explanatory Memorandum*, in dem Verständnis und Gehalt von Menschenwürde ebenso ausgeführt werden wie viele Anregungen zu den drei Kapiteln, ergänzt dieses Dokument.

Im Juni 1999 wurde diese *Recommendation* von der parlamentarischen Versammlung des Europarates mit überwältigender Mehrheit angenommen, so daß diese fast ein Konsensdokument darstellt.³ Diese *Recommendation* wurde am 26. März 2002 auch ausdrücklich vom Ministerrat des Europarates willkommen geheißen, insbesondere Paragraph 9 (c) mit der Aufrechterhaltung des Verbotes einer absichtlichen Tötung terminal Kranker. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat ausdrücklich in seiner Entscheidung im Fall Diane Pretty auf die *Recommendation* Bezug genommen.

Doch die Debatte geht weiter. Bevor die *Recommendation 1418/99* voll umgesetzt wurde, haben die Niederlande und Belgien die Euthanasiegesetze liberalisiert und betreiben nun eine neuerliche Diskussion im Europarat. Am 25. Oktober 2002 fand im Gesundheits- und Sozialausschuß des Europarates in Paris ein ziemlich einseitig besetztes Hearing statt, zu dem mehrheitlich Befürworter der Euthanasie eingeladen wurden. Der Ausschußberichtersteller, der Abgeordnete Dick Marty, eröffnete das Hearing mit dem Hinweis, daß die neue Euthanasiegesetzgebung in den Niederlanden und in Belgien eine Herausforderung für die anderen Mitgliedsstaaten darstelle und daß Euthanasie in den verschiedenen Formen überall alltägliche Praxis sei. Er sieht darin eine Verpflichtung, die in den Mitgliedsstaaten bestehenden Gesetze unter dieser doppelten Herausforderung neu zu betrachten. Die von der parlamentarischen Versammlung mit großer Mehrheit angenommene *Recommendation 1418/99* soll neu aufgerollt werden.

³ Der Text ist im Internet auf der Homepage der parlamentarischen Versammlung des Europarates abrufbar: <http://assembly.coe.int>.

2. Neue Debatten

Der Autor des hier vorliegenden Artikels hielt beim abschließenden Round Table das im folgenden dokumentierte Schlußwort:

Die letzten Lebensaufgaben liegen noch vor einem jeden von uns, nämlich zum zurückliegenden Leben an seinem Ende Stellung zu nehmen, dieses akzeptierte Leben loszulassen und Abschied zu nehmen. Dies ist nicht nur eine intellektuelle, sondern auch eine emotionelle Aufgabe, wie alle wichtigen Lebensaufgaben, bei denen wir Zeit und Hilfe unserer Mitmenschen brauchen.

Das Thema Euthanasie wird daher nicht nur intellektuell, sondern mit vielen Emotionen diskutiert. Sterben wird mehr und mehr gestaltet durch medizinische Assistenz. Diese neuen medizinischen Handlungssituationen nötigen uns zu Entscheidungen, die frühere Generationen nicht kannten. Diese Probleme werden oft unter dem Begriff Euthanasie verhandelt.

Allerdings spiegeln sich seit geraumer Zeit auch viele Bedeutungen, die der Begriff Euthanasie in der Literatur gewonnen hat, in diesem wider: Von der *freiwilligen* Euthanasie im Sinne der Tötung auf eigenes Verlangen, zur *nichtfreiwilligen* Euthanasie bei Menschen, die den Tod nicht mehr (z.B. Koma- oder demente Patienten) oder noch nicht (z.B. Neugeborene) verstehen können, zur *unfreiwilligen* Euthanasie im Sinne der Fremdverfügung auf Grund fremder Werturteile der Vernichtung unwerten Lebens.

Von all diesen Bedeutungen ist das sogenannte Zulassen des Sterbens zu unterscheiden: Hier steht keine Tötungsabsicht im Vordergrund, sondern der Respekt vor dem zu Ende gehenden Leben, dessen Ende zugelassen, aber nicht herbeigeführt, aber auch nicht aufgehalten wird. Auch die Schmerzstillung mit unter Umständen in Kauf genommener Lebensverkürzung und eine Behandlungsbegrenzung bei nicht aufzuhaltendem Sterbeprozess gehört hierher.

Sterben ist immer eingebettet und abhängig von größeren kulturellen, gesellschaftlichen Kontexten und wurde daher immer auf verschiedenen Ebenen gestaltet:

- durch gesundheitspolitische Maßnahmen,
- durch medizinrechtliche Maßnahmen,
- durch ökonomische Prioritäten und sogenannte Zwänge,
- durch den Versuch, menschenrechtliche Grundlagen zu erarbeiten.

Die ethische Dimension durchdringt alle diese Bereiche. Für die in diesem Rahmen zu treffenden Entscheidungen möchte ich neun zu berücksichtigende Aspekte aufzeigen.

3. Neun grundlegende Gesichtspunkte

Erstens: Ethik ist nicht Moral, sondern die *Theorie der Moral*. Ethik reflektiert vielmehr methodisch auf die zunächst ungefragt übernommenen Wertungen, die in unserer Gesellschaft oft sehr plural sind. Sie ist allerdings rückgebunden an und

reflektiert auf gelebte Moral oder Ethos, wie es sich etwa in den verschiedenen Berufscodices niederschlägt. Grundlegend für unser Problem ist das durch Jahrtausende bewährte und immer weiter entwickelte *Ethos der Ärzte*. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten beruht darauf, und dieses ist ein hohes gesellschaftliches und nicht nur privates Gut, das geschützt werden muß. Der Weltärztebund hat 1987 in Madrid dieses Ethos auf den Punkt gebracht, „daß das Leben eines Menschen vorsätzlich zu beenden, selbst auf eigenen Wunsch des Patienten oder naher Verwandter, unethisch ist. Dies hindert jedoch den Arzt nicht, die Wünsche des Patienten, dem natürlichen Sterbevorgang in der letzten Krankheitsphase seinen Lauf nehmen zu lassen, zu respektieren.“ Und in der Erklärung des Weltärztebundes von Marbella 1992 heißt es: „Ärztliche Unterstützung beim Suizid ist unethisch und muß durch die medizinische Profession verurteilt werden.“

Wie gehen Ärzte, die im Sinne auch der freiwilligen Euthanasie gezielt aktiv töten, mit diesem Ethikcodex um und wie ist ihr Verhältnis zum Weltärztebund zu bestimmen?

Zweitens: Aus diesem Ethos der Ärzte folgt die Pflicht zur Hilfe auch dann, wenn eine kurative Heilbehandlung bei einem Patienten nicht mehr möglich ist und jeder Versuch das Leiden nur vergrößern und verlängern würde. Die in diesem Zusammenhang nicht hoch genug einzuschätzende *Palliativmedizin* oder lindernde Medizin ist sicher nicht die teuerste, wohl aber eine der menschlichsten Formen der Medizin. Sie umfaßt nach der Beschreibung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Linderung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Leiden. Diese Palliativmedizin hat immer noch nicht den Stellenwert, den sie haben sollte. Der hohe wissenschaftliche Standard, den die Palliativmedizin erreicht hat, wird noch immer nicht in die Praxis umgesetzt, und längst nicht alle Menschen haben Zugang zur Palliativmedizin. Palliativmedizin lindert die Leiden, aber tötet nicht den Leidenden, aus welchen Motiven immer. Tötung ist und bleibt ein aggressiver Akt für den Betroffenen und eine Zumutung für denjenigen, der diese Tötungshandlung vollziehen soll. Palliativmedizin hält den Sterbenden nicht zurück und beschleunigt in der Regel das Sterben nicht, sondern läßt Sterben zu.

Hier eröffnen sich große Möglichkeiten gegen eine allseits beklagte Übertherapie und Verlängerung von Leidenszuständen. Alle Heilberufe haben durch die Jahrhunderte hindurch immer gut den Unterschied zwischen einer intendierten, das heißt im Vergleich zur natürlichen vorverlegten Lebensbeendigung und einem bloßen Zulassen des Sterbens herausgearbeitet (in der Literatur angeführte Beispiele beziehen sich meist nicht auf ein Zulassen des Sterbens, sondern auf eine pflichtwidrig unterlassene Hilfeleistung zur Lebenserhaltung). Dieser Unterschied besteht nicht nur in der Ursache des Sterbens (aus dem inneren Krankheitsverlauf oder durch eine Fremdverfügung), sondern auch in der Intention und der ihr zu Grunde liegenden Motivation. Wer die Tötungshandlung delegiert, öffnet Mißverständnissen, Fehleinschätzungen und Mißbräuchen Tür und Tor.

Drittens: Tötung auf Verlangen *vermindert nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Freiheiten*. Am meisten abhängig in einem Sterbeprozess ist der

Sterbende, aber auch der Arzt steht in vielen Abhängigkeitsverhältnissen zur Gesellschaft, zu den Kassen, zu den Angehörigen, zu den verschiedenen Wünschen und Interessen. Der Arzt gerät in die Doppelrolle, Prüfer der Kriterien und Vollstrecker der Tötung zu sein. Ärzte und Patienten geraten unvermeidlich dort unter Druck, wo die Gesellschaft und ihre Rechtsordnung den Ärzten oder anderen Menschen zubilligt zu töten. Dieser Druck ist oft nicht intendiert, aber ebensowenig zu vermeiden. Er wird auf vielfältige subtile Weise ausgeübt. Die Billigung zu töten, wenn auch auf eigenes Verlangen, bringt den Sterbenden zunehmend unter Rechtfertigungszwang, wenn er noch weiterleben möchte.

Unsere Gesellschaft hat die Tendenz, alle Tabus aufzulösen, gerät aber unweigerlich unter den Einfluß neuer Tabus. Diese Tabus beziehen sich auf die ökonomischen Zwänge, die meist erst nach Veranstaltungen etwa in der Form angesprochen werden: „Wie lange können wir uns die Ethik noch leisten?“ Wenn vielfach in den Publikationen deutlich wird, daß wir in unseren Gesellschaften in den letzten Lebensmonaten ebensoviel Gesundheitsbudget verbrauchen wie während des gesamten zurückliegenden Lebens, dann liegt die Gefahr nahe, daß Euthanasie zu einer billigen Lösung wird. Auch gutgemeinte Hinweise auf derzeit bestehende Sozialversicherungsregelungen können die Sorge vor dieser Gefahr nicht ausräumen.

Wenn die durch die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) Artikel 2 geschützte Zone des Lebens am Ende des Lebens ausgehöhlt wird, dann wird auch die Solidaritätsbereitschaft der Gesellschaft langfristig unterminiert.

Viertens: Autonomie bedeutet in unserer Tradition nicht eine beliebige Wunsch-erfüllung, sondern *sittliche* Selbstverpflichtung. Auch der Sterbende bleibt bis zu seinem Tod sittlich verantwortlich und darf auf seinem Weg dahin von seinen Mitbürgern nichts verlangen, was gegen die Menschenrechte und bewährte Moral verstößt. Diese Autonomie des Patienten gilt es allerdings, mit aller Kraft dahingehend zu schützen, daß niemand gegen seinen Willen behandelt oder weiterbehandelt wird. Dementsprechend ist eine Aufwertung der Patientenverfügungen, die vom Arzt unbedingt ernst genommen werden müssen, in der *Recommendation 1418/99* als Appell an alle Mitgliedsstaaten des Europarates formuliert. Dieser wird er befolgt, öffnet viele Möglichkeiten zur Vermeidung unnötiger Verlängerungen von Qualen und Leiden, wenn ein Mensch so weit ist, Abschied zu nehmen.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in diesem Zusammenhang eindeutig und klar mit Hinweis auf die *Recommendation 1418/99* festgehalten, daß Autonomie jedoch keinerlei Anspruch auf Tötung durch andere beinhalten kann.

Fünftens: Die Kriterien, die für die von den Befürwortern der Billigung der Euthanasie zum Schutz vor Mißbrauch ins Treffen geführt werden, sind *mehr als problematisch*. Wenn auf die Überzeugung des Arztes abgehoben wird, daß der Patient wirklich freiwillig getötet werden will, dann bedeutet dies eine zusätzliche Abhängigkeit vom Arzt. Eine nachträgliche Überprüfung, ob diese Überzeugung richtig war, ist angesichts der Tatsache, daß der Patient nach der Euthanasie bereits tot ist, nicht mehr möglich. Wir haben viel von der Ambivalenz der Wünsche Ster-

bender gehört, die sich oft über längere Zeiten hin ändern können. Es läßt sich wohl niemals mit eindeutiger Sicherheit feststellen, ob dieser Tötungswunsch ein verdeckter Hilferuf ist, ob er unter depressiven Schwankungen zustande kommt, welcher innere und äußere subtile Druck hier mitwirkt usw. Menschliches Wünschen ist sehr vielschichtig und reicht hinein bis in unbewußte Sphären. Wenn ein Mensch wirklich sterben will auf all den Ebenen der Vielschichtigkeit seines Wünschens, dann stirbt er auch ohne fremde, dazwischentretende Ursache. Mißbrauch, Mißverständnis und Fehldiagnosen können sich jederzeit auch in unseren Gesellschaften bei der Komplexität einschleichen, wenn eine Tötung durch andere zugelassen wird.

Wenn auf die Überzeugung des Arztes abgehoben wird, daß es sich um unerträgliches Leiden und unerträgliche Schmerzen handelt, dann muß dies im Lichte des höchsten Standards der Palliativmedizin gesehen werden. Wer bestimmt, wann Leiden unerträglich wird und vor allem für wen dieses Leiden unerträglich ist?

Der Schritt von der Tötung auf eigenes Verlangen zur Tötung ohne Verlangen, im Sinne der nichtfreiwilligen Euthanasie im wohlverstandenen Eigeninteresse, ist dann nicht mehr weit und nicht mehr abgrenzbar, wie die Erfahrungen zeigen.

Versuche, Bedingungen für die Rechtmäßigkeit der aktiven Tötung durch einen anderen Menschen zu formulieren, sind bisher nicht gelungen. Sie lassen sich nicht überwachen und werden auch in Zukunft nicht gelingen. Die Situationen am Ende einer Biographie sind so verschieden, daß sehr viele Ermessensurteile bleiben, denen der Patient ausgeliefert wird. Ermessensurteile in einem so wichtigen Bereich wie dem Lebensschutz, ohne rechtliche Überprüfung, tun einem Rechtsstaat nicht gut.

Sechstens: Man will einerseits – berechtigterweise – den *Paternalismus* früherer Zeiten überwinden, doch durch die Hintertür bekommt der Arzt, wenn ihm die Gesellschaft zubilligt, legal zu töten, eine Macht, die er nie zuvor hatte.

Siebtens: Der *Bedarf nach einer rechtlichen Regelung* besteht in einem so grundlegenden Bereich wie dem Schutz des Menschenlebens nicht nur generell: Gesetze müssen im Speziellen die Schwächsten schützen und sie müssen den Schwächsten in dieser Situation der Abhängigkeit auch vor jedem – auch noch so subtilen – Druck schützen. Auch in Extremsituationen ist die Schutzfunktion des Rechtes nicht aufgehoben, sonst wird es strategisch ausgenützt. Ein rechtliches Verfahren darf daher bei einer so wichtigen Entscheidung über Leben und Tod nicht ausfallen.

Wir brauchen keine anderen und neuen Gesetze als die, die das Leben in einer umfassenden Weise auch strafrechtlich schützen. Eine Gesellschaft schreibt ja in das Strafrecht jene Bereiche hinein, die ihr besonders wichtig sind. Die Tatsache, daß es da und dort – wie überall – illegales Handeln gibt, als Grund für eine Legalisierung der Euthanasie ins Treffen zu führen, ist absurd. Man braucht sich nur diese Logik in anderen Bereichen vorzustellen.

Auch das Argument, daß illegales Handeln auf diese Weise transparent gemacht werden kann, trägt nicht. Dies beweisen die weiter bestehenden Dunkelziffern auch in jenen Ländern, die die Euthanasie legalisiert haben.

Achtens: Alle Gesetze sind rückgebunden an die Menschenrechte, die nicht erst zu gewähren, sondern zu gewährleisten sind. Die *Recommendation 1418/99* des Europarates trägt den Rechten Sterbender sehr differenziert Rechnung und ist vom Ministerkomitee des Europarates grundsätzlich bereits positiv willkommen geheißen worden. Zum Verständnis der Grundlagen dieser Recommendation sind vor allem im *Explanatory Memorandum* sehr viele Antworten auf Detailfragen gegeben. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat im Fall Diane Pretty in seinem Urteil am 29. April 2002 mehrfach die *Recommendation 1418/99* des Europarates ausdrücklich erwähnt.

Neutens: Abweichende Gesetze entspringen oft spezifischen politischen Kontexten, zu deren Verständnis die Kenntnis vieler historischer und politischer Eigenarten in diesen Ländern nötig ist. Diese abweichenden Gesetze haben daher keine gesamteuropäische Dimension – im Gegenteil: In einem zusammenwachsenden Europa war es in bewährter Weise der Europarat, der sich um die menschenrechtlichen Grundlagen, trotz unterschiedlicher Traditionen, gekümmert hat.

Eine genaue Untersuchung über die Zahlen der durch Euthanasie in legalem Rahmen getöteten Menschen fehlt noch. Es werden unterschiedliche Informationen vorgelegt und interpretiert. Es ist daher noch gar nicht abzusehen, wie weit das Angebot einer Tötung auf Verlangen auch die Nachfrage steigert. Eine Extrapolation der von den Niederlanden derzeit vorgelegten Zahlen auf Europa würde auf mindestens zweihunderttausend pro Jahr durch Euthanasie getötete Patienten in Europa hinweisen.

Die Aushöhlung des Lebensschutzes geht weiter, wenn man die Entwicklung der Euthanasiegesetze in den Niederlanden und in Belgien, wo Menschen mit Demenzercheinungen in die legalisierte Euthanasie einbezogen sind, miteinander vergleicht. Für eine adäquate Beurteilung der tatsächlichen Situation in diesen beiden Ländern müßten auch die kritischen Stimmen aus diesen Ländern gehört werden, die bei diesem Hearing zu wenig vertreten waren.

Für die „Europäisierung Europas“ stellt eine Rahmenregelung des Schutzes Sterbender und abhängiger Menschen auf der Basis der Europäischen Menschenrechtskonvention, wie sie mit großer parlamentarischer Mehrheit in der *Recommendation 1418/99* vorgenommen wurde, eine große Aufgabe für den Europarat dar. Unsere Generation stellt die Weichen für vermutlich viele weitere Generationen. Die *Recommendation 1418/99* zeigt vor allem im *Explanatory Memorandum* klar auf, was Menschenwürde als Grundlage für die Menschenrechte bedeutet, daß die Würde des Menschen wohl verletzt werden kann, aber nicht durch Leiden, gleich welcher Art, verloren geht. Menschenrechte auf der Basis der Menschenwürde kann man nicht alle paar Monate und Jahre ändern.