



► Le droit à l'autodétermination donne au patient le droit de décider pour lui-même, dit médecin néphrologue Béatrice Birmelé..... 4



► Die Probleme des medizinisch begleiteten und manipulierten Sterbens haben Sprengkraft, sagt Ethiker Ulrich H.J.Körtner 8



► The patients will and transparent medical behaviour: not easy to be achieved and balanced, says sociologist Heleen Weyers..... 12

GEKE *focus*



13 (1/2011)



A time to live - a time to die

Proceedings of a CPCE study process on death-hastening decisions and caring for the dying

Zur Sache.

Von Michael Bünker.

Rapide medizinische Fortschritte und eine steigende Lebenserwartung, aber auch eine kaum noch überschaubare Vielfalt an rechtlichen Implikationen haben die Fragen nach dem menschlichen Lebensende und seinen Begleitumständen neu auf die Tagesordnung gebracht. Viele Mitgliedskirchen der GEKE sind betroffen, weil sie selbst Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize unterhalten; alle Mitgliedskirchen sind betroffen, weil sie ethische Orientierung geben wollen in Situationen, die für viele Menschen eine große Belastung sind.

Wie aber kann die Orientierung aussehen? Ist alles, was medizinisch möglich ist, auch umzusetzen? Oder ist verstärkt auf Palliativmedizin zu setzen? Aber was ist mit den Nebenwirkungen palliativer Sedierung? Ist Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zum Suizid dort, wo keine Therapie mehr möglich ist, straffrei zu stellen oder öffnen wir damit eine Tür, die später nicht wieder geschlossen werden kann, wenn etwa wegen der Verknappung von Ressourcen auf ein Ende der therapeutischen Maßnahmen gedrängt wird? Viele Kirchen der GEKE haben sich in den letzten Jahren mit diesen und ähnlichen Fragen beschäftigt. Ihre Positionspapiere

setzten teils ganz unterschiedliche Akzente, und bisweilen konnte man deutliche Differenzen entdecken. Das liegt natürlich auch daran, dass die Kirchen sich in Ländern mit ganz unterschiedlichen rechtlichen Regelungen und ethischen Traditionen zu Wort meldeten.

Eine Polyphonie evangelischer Stimmen in Europa wäre jedoch ein unbefriedigender Zustand gewesen. Deshalb hat sich die GEKE schon vor mehr als zwei Jahren des Themas angenommen. Der Fachkreis Ethik hat, verstärkt durch einige weitere Fachkolleginnen und -kollegen, die Stellungnahmen der Kirchen gesichtet und die Orientierungshilfe „A time to live and a time to die“ erarbeitet, die vom Rat der GEKE zur Diskussion freigegeben wurde. Der GEKE-Rat meint, dass der Text eine wichtige Grundlage für die gemeinsame Antwort der evangelischen Kirchen in Europa auf die Fragen darstellt, die mit dem Ende des Lebens verbunden sind. Nach einer letzten Überarbeitung wird die Studie im Mai 2011 veröffentlicht. Bereits heute finden Sie im focus einige grundlegende Betrachtungen von Experten verschiedener Länder zum Thema. Sie alle waren Teil einer internationalen Konsultation in Tutzing. Dort diskutierten Experten aus Wissenschaft und Praxis mit Kirchenvertretungen den Textentwurf der GEKE und empfahlen einige Ergänzungen.

Michael Bünker ist Generalsekretär der GEKE und Bischof der Evangelischen Kirche A.B. in Österreich.

Information

Die Studie ist ab Mitte Mai herunterladbar unter:
the study will be downloadable mid-May via:

www.leuenberg.eu.



„A time to live and a time to die“

The CPCE study process on death-hastening decisions and caring for the dying. By Ulla Schmidt.

In today's Europe, death is increasingly taking place in the context of health care facilities and as the result of medical intervention. In this situation protestant churches in Europe face a challenge to engage in exchange with policy-makers and legislators in the public sphere, as well as to accompany church-members who want to be faithful to their commitments in the midst of the positions and situations in which they find themselves, whether as health care personnel, politicians, patients or family-members.

The aim of the CPCE study "A time to live and a time to die" is to provide an aid of orientation for churches and their leaderships when they seek to meet this challenge. It explores the possibility of a common voice and contribution among protestant churches in consideration of the comprehensive work on these issues within CPCE members. Starting from the basic recognition of Christian life as framed by the triad of freedom, love and responsibility, the document recognizes how creation in the image of God and justification in Christ endows human life with the right to protection and with a fundamental dignity. Above all, the attentive care and compassion for the concrete and unique patient, also when no cure or improvement is possible, remains a shared and vital concern for all the churches. The document then reflects on questions such as palliative care, withholding or discontinuing life-supporting treatment, euthanasia and assisted suicide. Rather than developing a catalogue of fixed answers of do's and don'ts, we have wanted to reflect on these concrete, pressing issues in the light of the basic commitments of a Christian, protestant tradition.

A motive that was reinforced and underlined even further in our discussions at the Tutzing consultation, where medical and juridical experts together with church representatives discussed the draft, permeates the reflections, namely to respond to these questions at the end of life in ways that are reflective of relationality as a basic condition of all human life. Realising how patients' wishes might fluctuate under conditions of serious illness, pain, agony and fatigue towards the end of life, attention to their concrete relations, be it with



health care personnel, family and friends, ministers or pastors, or Christian brothers and sisters, might expand possibilities of a dignified life as well as open up alternatives to a wish to have one's life ended. Furthermore, the basic condition of relationality also points in the direction of not abandoning or cutting off communication and accompaniment with the patient and family who, upon examining their deepest beliefs and convictions, embark on choices that churches might find it hard to condone as good and ideal.

“The aim of the study is to provide an orientation for churches and their leaderships.”

–
ULLA SCHMIDT

In this respect, it also became even more important throughout our discussions how a Christian, protestant notion of freedom is different from a modern secular notion of autonomy. Without denying that autonomy is a legitimate and important concern in medical ethics, it can not serve as the sole or even the dominant approach to issues and dilemmas confronting us at the end of life. Human life is not a property to be disposed of at will. Nor, however, is biological life an absolute, overriding good in the sense that it should always be continued at all costs. What a protestant, Christian notion of freedom includes, is the understanding that it is grounded in life as given through God's creative and redemptive acts, and therefore to be received in loving responsibility for the life of the neighbour as well as for oneself.

Ulla Schmidt is Acting Research Director at the Centre for Church Research and Professor at the Faculty of Theology at the University of Oslo.

Entscheidungen am Lebensende

Anmerkungen aus kirchlicher Sicht. Von Thomas Wipf.

Wann Leben anfängt und wann Leben zu Ende geht sind längst keine Fragen mehr, die wir einfach der Natur überlassen. Moderne Medizin und Biotechnologien stellen uns ein immer größeres Wissen und weiterreichende Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung. Weil wir immer mehr tun können, müssen wir aber immer mehr verantworten. Die Kirchen stellen sich der Verantwortung – die protestantischen Kirchen auch der ganzen Komplexität dieser Verantwortung.

Das Anliegen der GEKE, eine Orientierungshilfe zu Sterbehilfe und Sterbegleitung für die protestantischen Kirchen in Europa zu verfassen, bildet eine anspruchsvolle Herausforderung. Das Dokument verfolgt das Ziel, «a common voice of the Protestant churches in Europe» zu präsentieren. Wer sich in der kirchlichen Diskussion über Sterben und Tod in Europa etwas auskennt weiß, wie unterschiedlich die nationalen kirchlichen Voraussetzungen und Zugänge sein können. Die Heftigkeit, mit der manche bioethischen Kontroversen ausgetragen werden, geht auch an Theologie und Kirchen nicht immer spurlos vorbei. Aber: Es ist eine der großen Stärken des Protestantismus in Europa, solche Differenzen wahrzunehmen, ernst zu nehmen und zu Wort kommen zu lassen. Protestantismus erschöpft sich nicht in der Fähigkeit und Bereitschaft zum Diskurs, aber er kann ohne argumentative Auseinandersetzung in der Sache nicht bestehen.

Die Ablehnung der Suizidhilfe ist in den Ländern am entschiedensten, in denen der Staat Suizidhilfe entweder verbietet oder praktisch unmöglich macht. Das kirchliche Engagement richtet sich dort vor allem darauf, die bestehende Rechtslage oder gesellschaftliche Praxis zu verteidigen. In Ländern, die Suizidhilfe zulassen oder zumindest nicht grundsätzlich unter Strafe stellen, kommt man mit dieser Zielsetzung nicht weiter. Wenn Kirchen in dieser Situation gegen Suizidhilfe eintreten, müssen sie nämlich nicht begründen, warum auf eine neue Handlungsoption verzichtet, sondern warum eine bereits bestehende gesellschaftliche Praxis verboten werden sollte. Auf etwas, was es noch nicht gibt, auch weiterhin zu verzichten, ist etwas völlig anderes, als etwas, was es heute gibt, in Zukunft zu verbieten. Eine aktuelle Praxis kann nur verboten werden, wenn

man unterstellt, dass das, was Menschen heute legal tun, eigentlich falsch ist. Es mag zwar legal sein, aber es ist moralisch fragwürdig.

Wer eine heute legale Praxis zukünftig verbieten will, muss seine Absicht vor denjenigen begründen können, die von dieser Handlungsmöglichkeit legal Gebrauch machen oder in Zukunft machen wollen. Das klingt sehr pragmatisch. Dahinter steckt aber eine grundsätzliche Überzeugung: Die Tragfähigkeit einer ethischen Position muss sich daran messen lassen, ob sie im Respekt vor den Betroffenen vertreten und gerechtfertigt werden kann. Auch wenn die Entscheidung eines Menschen unserem eigenen Erleben fremd ist oder unseren eigenen Überzeugungen zutiefst widerspricht, dürfen wir die Entscheidung des Anderen nicht einfach übergehen. Das gilt besonders in Situationen von existenzieller Tragweite, wie Entscheidungen am Lebensende.

Für das gemeinsame Gespräch der protestantischen Kirchen in Europa bedeutet das: Wir anerkennen im wechselseitigen Respekt die jeweiligen historischen und politischen Voraussetzungen und Bedingungen unserer Schwesterkirchen. Und wir verpflichten uns gegenseitig darauf, die eigene spezifische Situation argumentativ in die ethische Diskussion einzubringen. So können die verschiedenen Ausgangslagen der protestantischen Kirchen in Europa im gemeinsamen Gespräch fruchtbar gemacht werden. So türmt das vielfältige Erbe historischer Erfahrungen keine unüberwindbare Grenze auf, sondern bereichert die Diskussion und setzt gegenseitige Lernprozesse in Gang.

Jede Kirche kann hier spezifische Einsichten und Kompetenzen einbringen: manche Kirchen pointiert ihre geschichtlichen, andere ihre politischen Hintergründe und wieder andere ihre praktischen Erfahrungen. Zum letzten Punkt nur eine Bemerkung aus schweizerischer Sicht. Sigmund Freud hat einmal geäußert: «Im Grunde glaube niemand an seinen eigenen Tod». Wenn ich auf die Suizidhilfediskussionen in den vergangenen Jahren zurückblicke, möchte ich manchmal in Abwandlung sagen: Manche Stimme in der theologisch-ethischen

“...eine Einladung zum Leben im Respekt vor den Grenzen...”

-

THOMAS WIPF

Diskussion scheint auch nicht mit dem eigenen Tod zu rechnen. Ich meine das in einem doppelten Sinne. Einerseits sollten wir bei allen guten, wichtigen und richtigen theoretischen Überlegungen niemals vergessen, dass hinter den Argumenten wirkliche und konkrete Menschen mit ihren realen Lebenssituationen und -schicksalen stehen. Andererseits müssen wir uns stets neu vor Augen führen, dass der lebendige Gott, den wir bekennen und auf dessen liebendes und gegenwärtiges Handeln wir hoffen, sich nicht in ethische Prinzipien meißeln lässt.

Es gehört Mut dazu und noch mehr Gottvertrauen, im Gehorsam vor Gott mit Karl Barth zu sagen: «Das Leben ist kein zweiter Gott.» Der Satz muss erklärt werden, um nicht fahrlässig der Beliebigkeit Tor und Tür zu öffnen. Zugleich können wir als reformatorische Kirchen nicht darauf verzichten, uns von diesem Satz immer wieder neu provozieren zu lassen. Wolfgang Huber hat einmal von dem «Unbequemen des christlichen Glaubens» gesprochen. Im Hinblick auf die Fragen von Entscheidungen am Lebensende steckt das Unbequeme in dem Satz von Karl Barth aus seiner Kirchlichen Dogmatik.

Der Schweizerische Evangelische Kirchenbund hat schon vor einigen Jahren versucht, mit dieser

Unbequemlichkeit Ernst zu machen. Für die konkrete ethische Urteilsfindung hat er drei Grundsätze formuliert, die in einem wechselseitigen, unauflösba-rem Verhältnis stehen: der Lebensschutz, die menschliche Freiheit und die mitmenschliche Solidarität. Solidarität gründet in freiwilliger Zuwendung, wie umgekehrt Freiheit nur dort möglich wird, wo soziale Gemeinschaft wirklich ist. Leben kann nur dort wirk-sam geschützt werden, wo mitmenschliche Solidarität auch in Grenzsituationen des Lebens erfahren werden kann. In diesem Sinne hat Karl Barth die moralische Pflicht des «Du sollst leben» durch das Angebot des Evangeliums «Du darfst leben» ersetzt. Kein Gesetz und keine moralische Norm können eine verzweifelte, sterbewillige Person von ihrem Entschluss abhalten, wie Dietrich Bonhoeffer in seiner Ethik bemerkt. Verbote oder Gründe gegen das Sterben helfen nicht wirklich weiter. Dringend nötig dagegen sind Angebote und überzeugende Gründe für das Leben. Das wünsche ich mir von der GEKE-Orientierung: kein Moralismus der Verbote, sondern eine Einladung zum Leben im Respekt vor den Grenzen, die jeder Mensch nur mit sich und Gott ausmachen kann.

Thomas Wipf ist der geschäftsführende Präsident der GEKE.



Gesellschaftliche Veränderungen und kirchliche Verantwortung

Theologische, ethische und gesellschaftliche Fragen. Von Sándor Fazakas.

„Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf das wir klug werden“ betet der Verfasser des 90. Psalms. Nicht nur der Mensch in biblischen Zeiten und der Antike, sondern auch unsere Vorfahren bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert waren der Meinung, dass das Sterben eine Kunst sei. Doch scheint diese alte Kunst des eigenen Sterbens verloren gegangen zu sein. Die Entwicklung der modernen Medizin und neue Erscheinungsformen des Sterbens rufen – über das äußere Sicherheitsgefühl eines medizinisch begleiteten Sterbens hinaus – verschiedene Ängste hervor im Blick auf die lebensverlängernden Möglichkeiten menschlichen Lebens: Die Sorge, nicht rechtzeitig sterben zu können oder zu dürfen. Zugleich meldet sich der Wunsch nach einem würdigen Sterben. Diese sozio-kulturelle Entwicklung ist aber viel komplexer und hat nicht allein mit medizinischem Fortschritt zu tun. Es wäre verfehlt, sie als kulturelle Verfallsgeschichte zu betrachten. Stattdessen muss die Verantwortung der Kirche hinsichtlich der Entscheidungen und Möglichkeiten am Lebensende neu gedacht werden. Es wäre angebracht, die gemeinschaftliche Sterbekultur zu fördern.

Die Aufgabe der Kirchen ist nicht begrenzt auf die Bestattung der Toten und auf eine möglichst professionelle Durchführung von Ritualen und Dienstleistungen. Der sukzessive Paradigmenwechsel in der Trauerkultur in vielen europäischen Ländern macht deutlich: Das Christentum hat seine Monopolsituation auf die Deutung des Lebens und des Todes verloren. Viele „Sinnanbieter“ für Leben und Tod tummeln sich auf dem religiösen Markt. Die Kirchen jedoch können schon viel früher diejenigen Orte und Räume zur Verfügung stellen, in denen ein Austausch über Leiden, Schmerz, Krankheit, Angst, Tod und Sterben stattfinden kann. Das Reden und Nachdenken über den Tod wird so schon im voraus gemeinschaftlich verankert. Die neuesten kirchensoziologischen Umfragen belegen die Erfahrung, dass die Befragten nicht den Hauptgottesdienst am Sonntagvormittag vorziehen, sondern eben solche Angebote, die Gemeinschaft pflegen und erlebbar machen. Orte, an denen Gespräche über Lebensführung,

Orientierung und moralische Entscheidungen geführt werden. Die Gemeinden sind die Orte, wo Menschen als Leidende wahrgenommen werden, Trost, Vertrautheit und Geborgenheit erfahren können. Hier können bestimmte Inhalte des biblischen Glaubens und des christlichen Wirklichkeitsverständnisses im Zusammenhang von Leben und Tod, Sterben und Hoffnung thematisiert werden. Haltungen, Einstellungen, Beistand und Solidarität, Hilfe und Begleitung werden durch diese persönlichen Kontakte vermittelt, erlernt, geübt und korrigiert. Diese Leibhaftigkeit der Sozialgestalt christlicher Kirche ist nicht einfach eine Antwort auf spirituelle Bedürfnisse moderner Menschen – sie entspricht dem Wesen protestantischer Ekklesiologie.

Allgemein wird die These vertreten, dass ein positives Verhältnis zu Tod und Sterben und die Vorstellung über einen schönen Tod nicht zuletzt deshalb unmöglich wurden, weil die jüdisch-christliche Tradition und die Bibel selbst den Tod als etwas Schlechtes





und Widernatürliches darstellen. Der Tod - ein Feind Gottes und Feind des Menschen, der mit der Sünde der Menschen in die Welt gekommen ist. Diese negative Grundeinstellung zum Tod macht das Sterben schwierig. Weil, so meint man, die Kirche kein objektives Wissen über ein Leben nach dem Tod vermitteln kann, wendet man sich Geistersehern und Meistern der Hypnose zu und entleiht Elemente aus der Sterbekultur nicht-christlicher Religionen. Populärwissenschaftliche Abhandlungen versuchen, sich für eine neue „Kunst“ des schönen Sterbens auszusprechen, deren Voraussetzung die Überwindung irrationaler Ängste vor dem Tod und eine Versöhnung mit dem Tod sei. In einem solchen Milieu täten die Kirchen gut daran, von den wissenschaftstheologischen Erkenntnissen über Leib und Seele, Tod und Auferstehung, Erwählung und Rechtfertigung in Verkündigung, Lehre, Diakonie und Seelsorge mehr Gebrauch zu machen und neue Methoden und Wege für die Kommunikation dieser Inhalte zu bedenken.

Schließlich kann der theologisch-ethische Beitrag der Kirchen zur Sterbehilfedebatte auch darin bestehen, eine eindeutige Kritik gegenüber jedem Moralismus zu formulieren. Aufgabe der Kirche oder eines Christenmenschen besteht nicht darin, moralische Appelle aufzurichten. Besonders dort nicht, wo keine Unterweisung

erwartet wird, sondern ein Bedarf an solidarischer Hinwendung wahrzunehmen ist – selbst wenn moralische Einstellungen oder religiöse Überzeugungen offensichtlich von unseren abweichen. In den biblischen Beispielen wie den Heilungen Jesu (Mt 8–9) oder dem Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25–37) geht Rechtsgläubigkeit der Hinwendung nicht voraus. Auf den resignierten Ruf neben dem Teich Bethesda „ich habe keinen Menschen“ (Jn 5,7) folgt keine Unterweisung aus der Tora und kein Appell auf das Gewissen des Betroffenen. Es folgen Empathie, Mitleid, Beistand und Solidarität.

In einer Zeit heftiger Auseinandersetzungen um die Sterbehilfe sind die Worte Karl Barths erleuchtend: Die Kirche ist „ihrem lebendigen Herrn verpflichtet. Sie denkt, redet und handelt darum gerade nicht «prinzipiell». Sie urteilt vielmehr geistlich und darum von Fall zu Fall... Sie wahrt sich darum die Freiheit, neue Erscheinungen auch neu zu würdigen“. Die Aufgabe der Kirche besteht also darin, den Ängsten der Sterbenden und der Angehörigen mit einer gelebten Kultur aus Hoffnung, Beistand und Solidarität zu begegnen. Kirche kann „trösten“ und „ermahnen“ – das klingt zwar nach wenig, doch kann sie Menschen Kraft geben, die sich zwischen Ängsten und Gewissensfragen befinden – seien es Sterbende, Angehörige, Ärzte oder Pflegepersonal, und Menschen, die sich für solche gesellschaftliche Verhältnisse einsetzen, die den Menschen ermöglichen, ihrem eigenen Sterben gelassen entgegenzugehen.

Sándor Fazakas ist Rektor der Reformierten Theologischen Universität Debrecen.

Le droit du patient à l'autodétermination

Par Béatrice Birmelé.

Le droit à l'autodétermination donne au patient le droit de décider pour lui-même. Il a le droit de disposer de lui et de déterminer ce qui lui semble le plus adapté, selon la situation dans laquelle il se trouve. C'est son autonomie. Mais ce droit à l'autodétermination est aussi un droit de protection, parce qu'il est vulnérable. Et les possibilités techniques, en particulier dans le domaine médical, doivent pouvoir être contrôlées. On ne peut rien faire sans le consentement du patient.

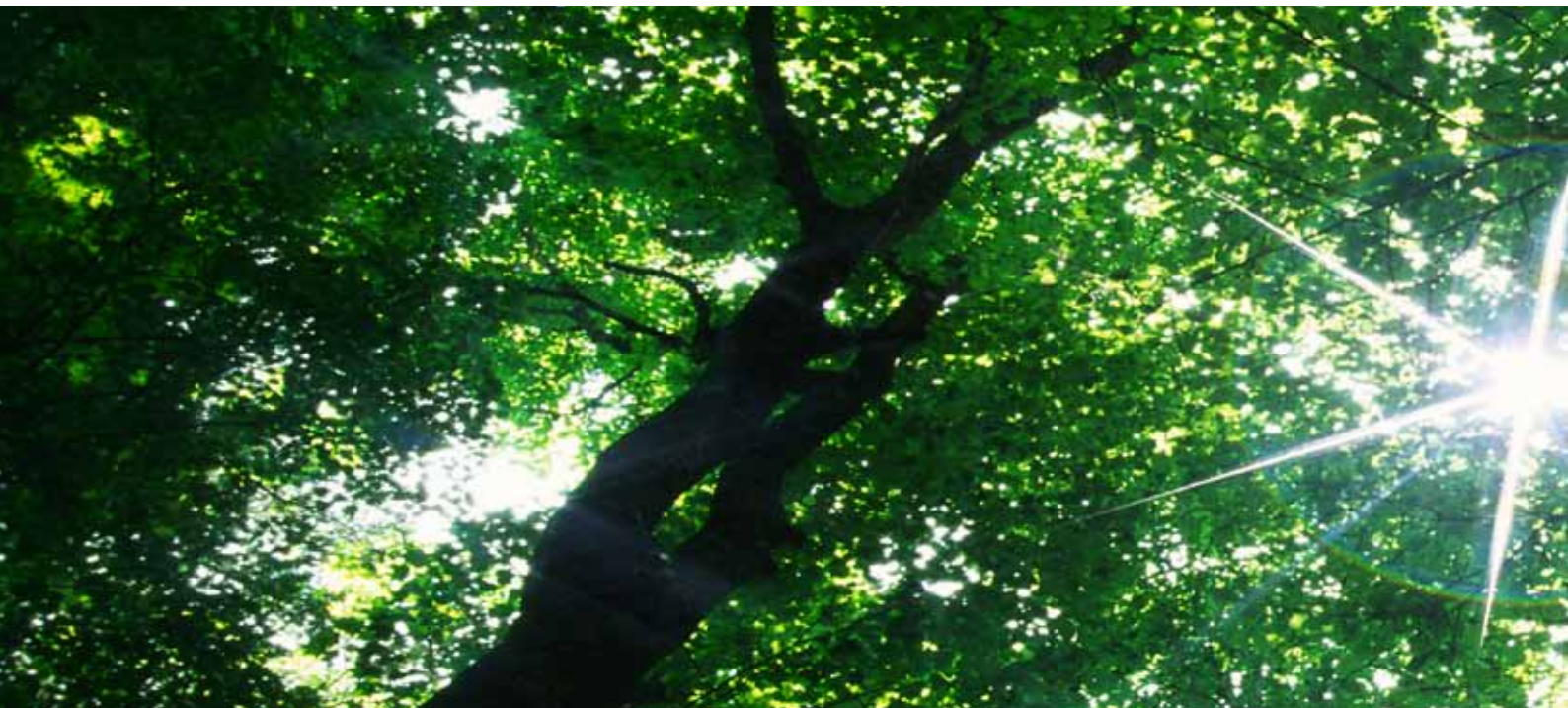
Ce droit à l'autodétermination donne lieu à une réelle tension : d'une part chacun a la liberté de décider pour lui-même sans dépendre des autres, d'autre part la société doit mettre des limites à ce droit de disposition et protéger le patient. C'est aussi une question majeure lorsque l'on aborde la problématique de l'euthanasie.

Mais entre droit de disposition et droit de protection, on peut envisager une troisième possibilité, celle de la volonté. Il faut déterminer ce que veut vraiment le patient ; ce qu'il veut pour lui aujourd'hui, mais aussi demain, lorsqu'il dispose lui-même ; ce qu'il veut lorsqu'il est vulnérable, qu'il a besoin d'être protégé, qu'il est en difficulté pour l'exprimer. Que sait-il, croit-il, a-t-il compris ? Sous quelle contrainte s'exprime sa volonté ? Que veut-il à la fin de sa vie, lorsqu'il faut aborder la question de la mort, qui reste un mystère ? Il semble essentiel de connaître cette volonté.

La délibération pourrait apporter une réponse, la délibération telle que Aristote la décrit dans *Ethique à Nicomaque*. La délibération est choix de ce qu'il faut préconiser. Il ne s'agit pas seulement de choisir, mais de préconiser ce qui est préférable. Elle n'est pas une opinion, un souhait ou une connaissance, mais la délibération nécessite sagesse, raison et temps. Il faut déterminer quelles contraintes sont nécessaires et acceptables et lesquelles sont inacceptables et intenable. Et tous doivent pouvoir participer à cette délibération : le patient, sa famille, le médecin et les soignants, l'aumônier, le psychologue.

Cette délibération fait place à une parole, à un dialogue. Le patient peut raconter son récit de vie, dire ce qu'il détermine pour lui-même. Les autres peuvent l'écouter, l'aider à exprimer quelle est vraiment sa volonté, volonté libre de toute contrainte, dans la situation dans laquelle il se trouve. Le médecin et les soignants peuvent préciser quelles sont les possibilités thérapeutiques en vue d'un mieux-être ou d'une guérison, ou proposer des traitements palliatifs.

Le patient peut dire ce qui est acceptable pour lui et ce qui ne l'est pas. Chaque participant peut s'exprimer. Car ce que souhaite, désire ou veut le patient n'est pas toujours acceptable pour ses proches, les soignants, pour les autres participants de la délibération. Seul un



dialogue peut permettre d'aller au-delà des différends, vers une décision que tous peuvent accepter.

Droit à l'autodétermination et euthanasie
Le droit de disposition pourrait signifier que chacun peut décider pour lui-même. Il peut disposer de lui-même, souhaiter, demander ou réclamer sa propre mort. Certaines personnes peuvent difficilement accepter de ne pas garder le contrôle des situations dans lesquelles elles sont, ou ne pas décider pour elles-mêmes. Parfois l'image que le patient a de lui-même, de son propre corps est insupportable. Et que peut-on proposer lorsque la douleur physique ou psychologique est trop importante et insupportable ? La médecine n'a pas toujours de réponse. La douleur morale est parfois trop intense malgré les traitements palliatifs, la présence et la relation avec les proches. Peut-on demander l'euthanasie parce que c'est la meilleure solution, ou plutôt la moins mauvaise ? Comment prendre en compte le droit de disposition ?

Le patient doit être protégé parce qu'il est vulnérable, surtout en fin de vie. Il faut mettre en place des traitements palliatifs, l'accompagner, essayer de limiter sa souffrance et sa solitude. Il doit être protégé car les possibilités techniques peuvent conduire à des traitements déraisonnables, ou au contraire entraîner la mort par un geste d'euthanasie non contrôlé.

Est-ce que cette sollicitude peut éventuellement conduire à entendre la demande, lorsque le patient pose la question de l'euthanasie, lorsque son existence devient insupportable ? Peut-on le contraindre à exister lorsqu'il ne le souhaite pas ? Que peut-on faire pour l'aider à avoir à nouveau le désir d'exister sans pourtant le contraindre ?

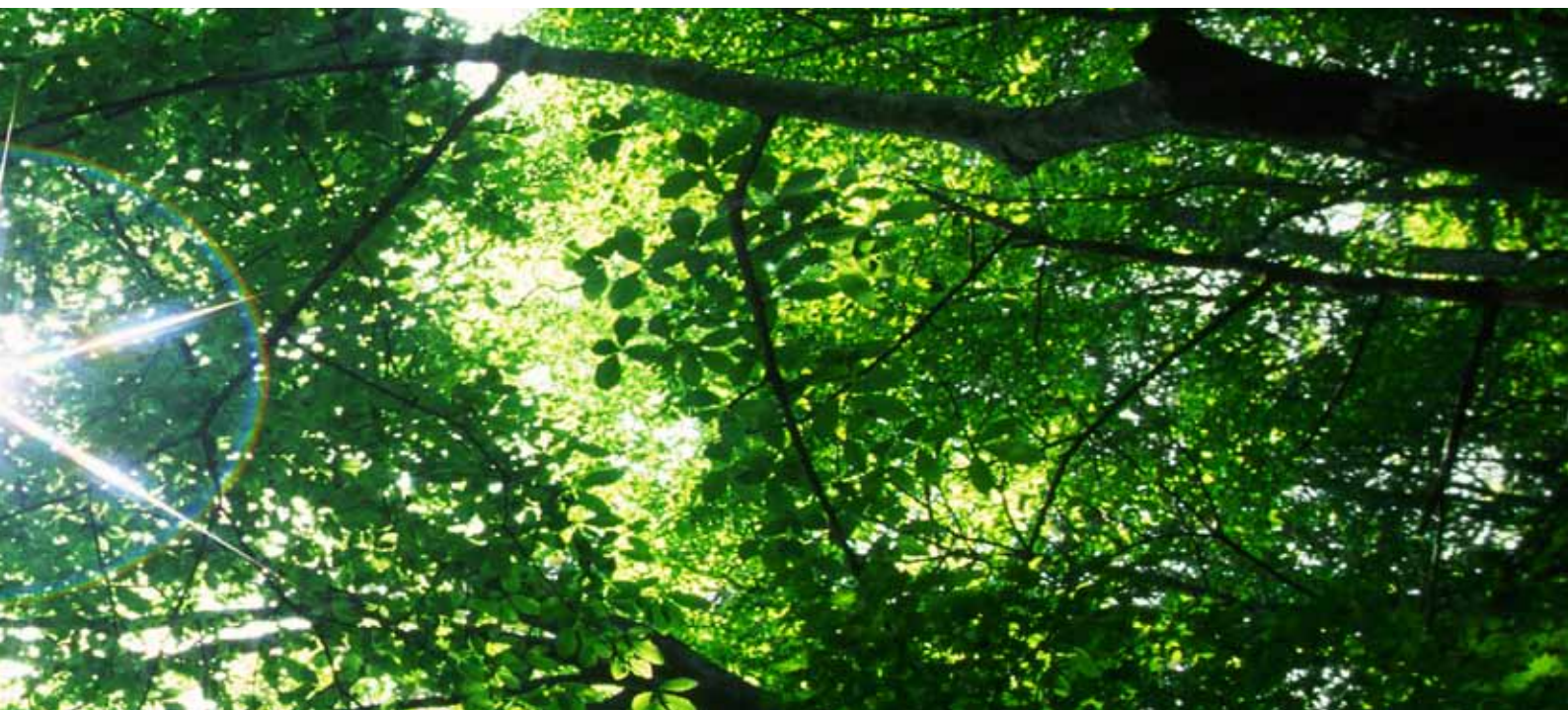
La délibération permet de préciser ce que veut le patient, quelle vie vaut d'être vécue. La délibération donne lieu à une parole et à un dialogue auquel tous peuvent participer, afin de trouver la meilleure solution, ou la moins mauvaise. Par la délibération le patient peut exprimer son droit de disposer de lui-même, et il peut être protégé. Une décision en vue d'un éventuel geste d'euthanasie ne devrait jamais se prendre en dehors d'une délibération, et jamais dans la solitude.

Le droit de disposition laisse aussi une place à l'imputabilité et à la responsabilité. Dans une situation clinique de fin de vie dans laquelle se pose la question d'une euthanasie, le patient et le médecin ne vont-ils pas prendre une décision, en toute responsabilité ?

Et le droit d'être protégé laisse la possibilité de la confiance. Si c'est la volonté du patient, s'il renouvelle une demande d'euthanasie, est-il possible de lui faire confiance, d'accepter que c'est réellement sa demande ? Et aussi avoir confiance dans le médecin, qu'il a écouté le patient et qu'il s'agit de la moins mauvaise solution ?

Dans le cadre de l'euthanasie, le droit du patient à l'autodétermination comprend le droit de disposer de lui-même et le droit d'être protégé. Pour cette raison, si une telle question se pose exceptionnellement, s'il s'agit de la volonté du patient, s'il n'y a vraiment pas d'autre solution, une telle décision ne devrait être prise qu'après une délibération.

Béatrice Birmelé est médecin néphrologue, chargée de cours en éthique médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Tours et UFR de Médecine, Université François Rabelais, Tours.



Unterbrechen, Unterlassen und Weiterführen von lebenserhaltenden Maßnahmen

Von *Ulrich H.J. Körtner*.

Die Probleme des medizinisch begleiteten und manipulierten Sterbens haben keine geringere Sprengkraft als diejenigen der Biomedizin. Mit Ausnahme von Unfallopfern, Gewaltverbrechen oder unvorhersehbaren natürlichen Todesfällen befinden sich die meisten Sterbenden in ärztlicher Behandlung. Ein Großteil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Das durch medizinische Interventionen begleitete Sterben ist also in der westlichen Welt der Regelfall. Daher wäre es völlig verfehlt, in den Debatten über Sterbehilfe und Euthanasie nur Indizien eines Verfalls kultureller Standards und moralischer Werte erblicken zu wollen. Es ist vielmehr notwendig zu prüfen, wie weit die Anwendung des heutigen Potentials medizinischer Möglichkeiten in bestimmten Situationen überhaupt sinnvoll ist, und wo die humanen Grenzen der modernen Medizin liegen.

Hierbei besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben, aus welchem das gesetzlich verankerte Verbot jeder absichtlichen Tötung folgt. Widersprochen werden muss aber der häufig geäußerten Ansicht, die Fortschritte der modernen Medizin, insbesondere der Intensivmedizin, machten das Problem der Euthanasie besonders drängend. Etliche Hauptargumente ihrer Befürworter sind seit der Antike hinlänglich bekannt und resultieren nicht aus neuen medizinisch-technischen Entwicklungen, sondern aus einem der christlichen Anthropologie widersprechenden Menschenbild.

Allerdings führen die steigende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt zu neuen Erscheinungsformen des Sterbens, die auch ethisch vor neue Probleme stellen. Die Zahl der Hochbetagten nimmt beständig zu. Dem Tod geht oftmals eine längere Phase der Multimorbidität und schwerer Pflegebedürftigkeit voraus. Mit der höheren Lebensdauer steigt die Zahl der Menschen, die an einer fortschreitenden Demenzerkrankung mit starker Persönlichkeitsveränderung leiden. Nicht nur, dass die Phase des Sterbens sich gegenüber früheren Epochen immer mehr in die Länge ziehen kann, sondern es schiebt sich zwischen die Lebensphasen von

weitgehender körperlicher und geistiger Gesundheit und die Sterbephase eine eigene Lebensphase, welche grundlegende Fragen nach unserer Identität im Leben und im Sterben, nach Integrität, Kontinuität und Diskontinuität menschlicher Biographien stellen. Solche Fragen sind freilich ebenso wenig wie diejenige, welches Leiden als sinnlos oder sinnvoll empfunden wird, als solche keine rein medizinischen Probleme, sondern Fragen der religiösen oder weltanschaulichen Einstellung und der persönlichen Lebensumstände.

Das größte gesellschaftliche Problem ist nicht die medizinische Überversorgung, sondern die Einsamkeit der Sterbenden, die der Soziologe Norbert Elias eindrücklich beschrieben hat. Sie ist, wie überhaupt die Vereinsamung von Menschen, in der Großstadt ein besonders drängendes Problem und setzt sich fort in der Einsamkeit vieler Toter, bei deren Begräbnis keine Angehörigen oder Nachbarn anwesend sind. Anonyme Bestattungen, die zu einem tiefgreifenden Wandel der Bestattungskultur führen, nehmen in Großstädten beständig zu. Wien, das zum Tod und zum Bestattungswesen von jeher ein besonderes Verhältnis hatte, stellt hier noch eine gewisse Ausnahme dar.

Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen ist mit erheblichen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen alleingelassen fühlen: mit der Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen; mit der Angst im Sterben alleingelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben fahrlässig verkürzt wird durch mangelnde medizinische und pflegerische Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung. Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, der Einsamkeit der Sterbenden entgegenzuwirken und eine neue Kultur der Solidarität mit den Sterbenden zu entwickeln.

Das Recht auf Leben ist ein unveräußerliches Menschenrecht. Das elementarste Recht des Menschen, nämlich Rechte zu haben – wie Hannah Arendt gesagt hat – setzt die physische Existenz des Menschen voraus. Weil der Tod zum Leben gehört, impliziert das Recht auf Leben recht verstanden auch das Recht auf Sterben. Die Frage lautet aber, ob das Recht auf den eigenen Tod mit dem Recht gleichzusetzen ist, sich auf eigenen Wunsch töten zu lassen. Ist mein Leben mein Besitz, über das ich frei verfügen kann wie über mein sonstiges Eigentum? Rechtlich betrachtet stellt sich die Frage nach der Reichweite des Rechtes auf Leben, wie es in Artikel 2 des deutschen Grundgesetzes und Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention kodifiziert ist, und seinem Verhältnis zum Recht auf Selbstbestimmung und auf Privatsphäre, das in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention garantiert wird. Im christlichen Kontext lautet die Frage, ob ich selbst der Herr über mein Leben und Sterben bin, oder ob das Leben und der Leib eine Leihgabe Gottes sind, der Rechenschaft von uns fordert, wie wir mit dieser Gabe umgehen.

Mit der Gabe des Lebens ist das grundlegende und unantastbare Recht auf Leben gegeben. Dieses gilt es, in allen Phasen des Lebens zu schützen – auch in der Phase des Sterbens, gehört doch das vom Tod zu unterscheidende Sterben noch zum Leben. Sterbende sind nicht Halbtote, sondern – bis zum letzten Atemzug – Lebende.

So gilt der ethische Grundsatz: Im Zweifelsfall für das Leben – in dubio pro vita. Das Recht auf Leben bedeutet freilich keine Pflicht zum Leben. Weder aus rechtlicher, noch – nach meinem Verständnis – aus christlicher Sicht haben wir das Recht, andere Menschen zum Leben oder Weiterleben zu zwingen, auch wenn wir alles dafür tun sollen, ihren Lebenswillen zu stärken und ihnen helfen sollen, die kostbare und einmalige Gabe ihres Lebens zu achten.

Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten. Sofern die Grenzen gewachtet werden, die das österreichische und das deutsche Strafrecht gegenüber aktiver Sterbehilfe ziehen – in Österreich steht auch die Suizidbeihilfe unter Strafe –, ist die Freiheit der Menschen zu achten. Wer glaubt, mündige Bürger vor sich selbst schützen zu müssen, gibt letztlich der Forderung nach einer Liberalisierung der Euthanasie neue Nahrung.

Ethisch steht das Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht zur Diskussion. Beide Prinzipien dürfen jedoch nicht abstrakt gegeneinander gestellt werden. Einerseits ist die Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Andererseits steht der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten nicht notwendigerweise im Gegensatz zur Fürsorge, sondern muß geradezu als ihre Implikation verstanden werden.



Ein abstrakter Autonomiebegriff nimmt freilich die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist philosophisch wie theologisch betrachtet problematisch, die Würde des Menschen an ein Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren.

Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Überlegungen von Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme zur Autonomie kranker und leidender Menschen. Gehören Krankheit und Sterben zum Leben dazu, ist nicht Autonomie, sondern Souveränität das angemessene Persönlichkeitsideal. Abhängigkeit bewußt zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen ist ein Zeichen von Stärke, nicht von Schwäche. Dieser Gedanke berührt sich mit wesentlichen Einsichten des christlichen Glaubens und seines Verständnisses von Menschenwürde, die auch Menschen mit Behinderungen, Schwerstkranke und Sterbende nicht verlieren können.

Die menschliche Existenz ist nicht nur durch Verantwortung, sondern auch durch Freiheit bestimmt. Kennzeichen der Sünde ist es, sterben zu müssen und doch nicht sterben zu können. Der Glaube eröffnet dagegen die Freiheit zum Leben wie zum Sterbenkönnen. Die Freiheit eines Christenmenschen schließt die Freiheit nicht nur im Sterben, sondern auch zum Sterben ein. Die Achtung vor der Gewissensfreiheit ist nicht nur ein allgemeiner ethischer Grundsatz, sondern zutiefst christlich. Nach christlicher Überzeugung ist das Leben zwar als gute Gabe Gottes zu achten und zu schützen. Der Glaube an die Auferstehung von den Toten führt im Christentum aber auch zu einer eigentümlichen Relativierung des Lebens. So gewiß es von Gott kommt, ist es doch nicht das höchste Gut. Nach christlicher Auffassung wird das natürliche Leben überboten durch das Mit-Christus-Sein, das Leben und Tod umschließt. Weil nach der Botschaft des Neuen Testaments Liebe stärker ist als der Tod und uns nichts von der Liebe Gottes scheiden kann (Römer 8), ist das natürliche Dasein kein absoluter Wert.

Wann für einen Menschen, auch und gerade, wenn er sich Gott als seinem Schöpfer und Erlöser gegenüber verantwortlich fühlt, der Zeitpunkt gekommen ist, sein Leben loszulassen, um sich in Gottes Armen fallen zu lassen und in ihn „hineinzusterben“ (Hans-Jörg

Rosenstock), kann nicht von Außenstehenden entschieden werden. Daß der Tod natürlicherweise zum Leben gehört, besagt nicht, daß man aus natürlichen Sterbeverläufen normative Handlungsanweisungen für die Ethik am Lebensende. Unser Verhältnis zum natürlichen Leben ist vielmehr durch die Dialektik von Widerstand und Ergebung bestimmt (Dietrich Bonhoeffer), und die Grenzen zwischen beidem lassen sich nicht prinzipiell, sondern nur in der konkreten Situation ziehen. Es kann dem Willen Gottes ebenso entsprechen, das Sterben zu einem konkreten Zeitpunkt zu akzeptieren und den Dingen ihren Lauf zu lassen, wie auch, sich Krankheit und Tod unter Einsatz moderner medizinischer Möglichkeiten zu widersetzen.

Die Euthanasiedebatte wie die Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin fordern dazu heraus, neu darüber nachzudenken, was wir für zumutbares und unzumutbares Leiden halten. In Anbetracht des biomedizinischen Fortschritts wird jede Form des Leidens sehr schnell als unzumutbar empfunden, sei es für die Betroffenen selbst, sei es für ihre Umgebung. Daß schon das Leben als solches eine Zumutung sein kann, und daß wir auch unseren Kindern, indem wir ihnen das Leben schenken, dieses zugleich zumuten, ist eine grundsätzliche Tatsache, die heute einer neuen Bewertung unterzogen wird. So zwingt uns die moderne Medizin, die Begriffe des Zumutbaren und des Unzumutbaren ethisch zu bedenken.

Die Diskussion über die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe zeigen außerdem, wie notwendig es ist, sich neu zu Bewußtsein zu bringen, daß nicht jedes ethisch verantwortete Lassen gleichbedeutend mit einem Unterlassen ist. Die Grenzen unseres Handelns, auch der Medizin, müssen darum in jeder Situation neu bestimmt werden. Das gilt auch an den Grenzen des Lebens. Wie das Leben selbst, kann auch jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein. Daher gibt es eine ethisch verantwortbare Begrenzung der Verantwortung, die es ermöglicht, das Scheitern therapeutischer Bemühungen und auch das Sterben in den Lebenszusammenhang zu integrieren.

Gegenüber der Neigung zum Aktivismus in Medizin und Pflege gilt es zu beachten, dass die aktive Intervention nicht in jedem Fall moralisch höher zu bewerten ist als der Verzicht auf sie. Die Entscheidung hat vielmehr immer vom Subjekt der Medizin auszugehen. Das aber ist der Patient oder die Patientin. Unter Umständen ist auch der Verzicht auf Diagnose und Therapie Bestandteil einer guten und humanen Medizin (Erny Gillen).

Die Frage „Therapieverzicht am Lebensende?“ ist in dieser Pauschalität falsch gestellt. Zu fragen ist sehr wohl, wo die Grenzen kurativer Medizin erreicht sind. Sie fallen aber nicht mit den Grenzen medizinischer Möglichkeiten überhaupt zusammen. Die Mangelhaftigkeit eines einseitig kurativen Medizinkonzepts verrät sich in dem Unwort „austherapiert“. Die Auskunft: „Wir können leider nichts mehr für Sie tun“ ist im engen Kontext eines kurativen Therapieansatzes möglicherweise zutreffend, aus Sicht eines umfassenden Therapiebegriffs jedoch ein Armutszeugnis. Wo kurativ nichts mehr zu machen ist, läßt sich palliativ sehr wohl noch vieles tun – und zwar bis zum letzten Atemzug.

Worauf es theologisch allerdings ankommt, ist, daß die Einsicht in die Fragmentarität menschlichen Lebens jedes medizinische oder psychotherapeutische Bemühen um Heilung von allen offenen oder geheimen Heilsansprüchen entlastet. Heil und Heilung sind aufeinander bezogen, aber doch klar zu unterscheiden. Die Heilkunst darf nicht zur Heilslehre überhöht werden.

Wie barmherzig oder unbarmherzig therapeutische Konzepte sind, bemißt sich nicht zuletzt am Umgang mit den Unheilbaren. Die Solidarität mit den Unheilbaren und Sterbenden führt auch die Gesunden ins Leiden. Umgekehrt ist jede Genesung bestenfalls der Vorschein jenes Heils, dessen Fülle der christliche Glaube erhofft. Indem daher auch jede Heilung fragmentarisch bleibt, weist sie über sich hinaus.

Ulrich H.J. Körtner ist Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der und Vorstand des Instituts für Systematische Theologie und Religionswissenschaft der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien.

A time to live - a time to die

Die Orientierungshilfe „Eine Zeit zu leben, eine Zeit zu sterben“ wird nach der kommenden Sitzung des GEKE-Präsidiums am 9. und 10. Mai veröffentlicht.

Die Studie ist dann kostenlos über die Internetseite der GEKE unter www.leuenberg.eu downloadbar.

“A time to live, a time to die” will be published with or shortly after the upcoming meeting of the CPCE Presidium may 9th and 10th.

The study will be downloadable from the CPCE website under www.leuenberg.eu.

Impressum

CPCE focus is the quarterly magazine of the Community of Protestant Churches in Europe, a community of 105 protestant churches from all over Europe.

Resp.: Thomas Flügge. Proof: Manuel Erhardt.

Authors of this edition: Béatrice Birmelé, Theo A. Boer, Michael Bünker, Sandor Fazakas, Thomas Flügge, Ulrich H.J. Körtner, Katja Korf, Frank Mathwig, Ulla Schmidt, Heleen Weyers, Thomas Wipf.

Picture Copyrights: iStockphoto Pp 1(4x),6-7,8-9,11,13,15,16-17,18,22-23; epdÖ/Uschmann P 2; zVg P 3; SEK/Mosimann P 5.

Translation: Alasdair Heron, Elke Leypold.

Layout: Thomas Flügge.

Print: Evangelischer Presseverband epv, Vienna.

ISSN 1997-0978.

Subscribe for free : www.leuenberg.eu.

Contact: news@leuenberg.eu

Medical behavior at the end of life

The viewpoint of a sociologist of law. By Heleen Weyers.

The will of the patient is important, because in most European countries medical treatment is only allowed after the – informed – consent of the patient. However, in most European countries the idea of informed consent only has a minimal legal status (Vezzoni 2008).

The Netherlands is one of the European countries in which the legal status of informed consent is strong. Dutch law sets very few limits on the right of the patient to refuse treatment, and includes a provision in which advance written treatment refusals are recognized as binding for the doctor. In spite of this strong legal status, empirical research shows that the law is not very effective. Apparently, people do not know about this right or do not think of it as very important; at least, they do not hand over advance directives to their physicians (Kleijer 2005; Vezzoni 2008). In 2002, only about 10% of the Dutch did so in their last year of life. Furthermore, when confronted with a vignette in which written treatment refusal played a role, most doctors reacted negatively to the question as to whether they would follow the advance directive. The reasons for their refusal varied. Doctors thought of the advance directive as of poor quality; they thought of advance directives only as giving extra information and not being obligatory (Vezzoni 2008).

Looking for an explanation of these shortcomings with respect to the effectiveness of the law, Vezzoni surmised a lack of ‘vital social practises’. In the USA, a country in which institutions are obliged to ask incoming patients whether they would like to write an advance treatment refusal, the frequency of advance directives is much higher. So, providing such a law could be helpful. Furthermore, involvement of the institutions will make them interested in the quality of the advance directives and will help to improve their quality, giving doctors fewer reasons not to follow them.

With respect to transparency: Research shows that doctors are involved in various kinds of medical behaviour that shortens life: stopping or not starting treatment that prolongs life; pain relief with a life shortening side-effect; and actively ending the life of a patient (when done at the request of a competent patient, this is called ‘euthanasia’). From a legal perspective, abstinence and pain relief which shorten life can be justified. They are

justified when applied on medical indication. When this is the case, the behaviour of the doctor falls under the so-called ‘medical exception’. When the treatment is not medically indicated, this medical behaviour is illegal.

How can we distinguish normal medical behaviour (indicated abstinence and pain relief) from behaviour that is legally more problematic? Most research on medical behaviour that shortens life is conducted in the Netherlands (the most recent study Onwuteaka-Philipsen et al 2007). The researchers in these studies divide medical decisions on the basis of the treatment given and on (subjective) intentions. (They also look at the competence and the request of the patient, but these are not important for my argument.) They distinguish two kinds of treatment: abstinence and providing a drug (this can be a sedative but also a lethal drug). The researchers see three levels of intentions. First, they mention ‘the explicit intention of shortening life’. This intention amounts to euthanasia when a drug is used and a competent patient has asked for it. When this intention occurs in abstinence, however, the researchers tend to think about it as normal medical behaviour. Second, the researchers distinguish ‘partly with the intention to short the life’. This intention is often referred to as a subsidiary intention with pain relief as the primary one. The third is not really an intention: It stands for taking into account the probability that the treatment has a life-shortening effect. According to the researchers, this ‘intention’ is possible both with pain relief and with abstinence (Griffiths, Weyers and Adams 2008, p 151).

From an empirical and legal point of view, the division made by the Dutch researchers is highly problematic. When euthanasia takes place, we – as a society – become familiar with it only when the doctor is willing to let us know. This is so because euthanasia takes place in private situations and normally only when all who know about it agree. In another situation, the doctor will not carry out euthanasia because she runs the risk of being prosecuted. In a control system based on subjective intentions, we have to rely on the doctor’s capacity to estimate her intentions. We know that people have many intentions at the same time (Quill 1991); that people are notoriously bad at estimating their own intentions (Wegner 2001); and that it is arbitrary to call one of their intentions the primary one and others secondary

(Griffiths 1993). Therefore, a control system based on subjective intentions is built on quicksand. The control system should be based on an objectified idea of intention (as it is in criminal law); that is, if the doctor (should) know the result of the treatment (death) and she accepts this result, her intention (to end the patient's life) is proven. The next question then is: Is the treatment medically indicated? If it is the case, no criminal act has occurred; if it is not the case, the treatment does not fall under the medical exception.

The lesson to be learned from the Dutch research is that we should not take pain relief and abstinence as unproblematic categories; they can be as problematic as euthanasia. Or the other way round: Why should euthanasia be rejected when the same result is possible with other medical behaviour that is not categorically rejected? From the Dutch research we know that the three types of medical behaviour at the end of life are not always easy to separate. Those who strive for transparency regarding medical behaviour at the end of life should look for ways to gain insights in all three categories.

The will of the patient and transparent medical behaviour are rightly seen as important, but research in medical practice shows that they are not easy to achieve.

Heleen Weyers, Department of Legal Theory, University of Groningen.



Euthanasia and Dying Well

Some Remarks from a Dutch Perspective. By Theo A. Boer.

Together with Switzerland and the state of Oregon, the Netherlands and Belgium form the rare group of countries in which euthanasia and/or physician assisted suicide have gained legal status. In the Netherlands, euthanasia is defined as the intentional and active termination by a doctor of the life of a patient, on his request. Refraining from treatment, or withdrawing a medically futile treatment, by some referred to as 'passive euthanasia,' is not comprised within this definition, nor is the termination of life without a request: physicians engaging in actively killing a patient without an explicit request most probably will have to face prosecution, with the notable and seldom exception of the killing of severely defective newborns.

According to Dutch law, doctors who have acted under a set of due care criteria will not be prosecuted: 1: the patient and the physician have together reached the conclusion that the suffering is unbearable and that there are no prospects of improvement. 2: there is a lasting and informed request from the patient. 3: a second doctor has seen the patient and can confirm the suffering and the request. 4: the euthanasia was performed according to accepted medical standards. 5: after the euthanasia, the physician reports the case to one of the five Regional Review Committees (RRC). A RRC consists of a lawyer, a physician, and an ethicist. When a case meets each of the criteria, it is closed; if it does not, a report is sent to the Prosecutor General and the Inspector General.

In 2010, 3'100 euthanasia cases were reported, being about 2½% of all deaths. As such, it still is an exceptional death. It occurs mostly within the realm of terminal cancer in patients with no longer than weeks to live. Frequently mentioned grounds of suffering are pain, nausea, dependence for daily care, dyspnoea, extreme fatigue, anxiety, loss of body functions (speech, motion), meaninglessness, loss of dignity, autonomy, and loneliness. Most doctors experience euthanasia as unusual and burdensome. As for the 2'500 cases that I reviewed as the ethicist-member of a RRC, 48% of the patients were aged 60-79, 18 % were over 80, and the remainder was under 60 years old. Euthanasia with patients under 18 is virtually absent. The number of females slightly outnumbers that of males. Although euthanasia and physician assisted suicide (PAS) are both

legally possible, the great majority of patients resort to euthanasia, not PAS.

Being a euthanasia sceptic, I have in the past years come to the conviction that if a country wants to legalize euthanasia, the Dutch system, with its system of due care criteria, consulting doctors, and RRC's, may be worth considering. But honesty demands me to also mention my ambiguity. The euthanasia numbers have gone up by 14% annually in the period 2007-2010. In my own region, the numbers have doubled since I started in 2005. As yet, no explanation for the increase has been found. Remarkably, the rise is not caused by cases of dementia or of psychiatric illnesses: the great majority of cases still take place within the context of terminal cancer. Although it is too early to speak of euthanasia as becoming a "default" way to die –95% of cancer patients still die from tragic but nevertheless natural causes– it becomes increasingly common to request euthanasia once cancer has been diagnosed. There are also indications that an increasing number of patients see the sheer fact of their terminal illness as a cause of unbearable suffering, and request euthanasia prior to the incurrence of the more physical symptoms of suffering.



Another cause for concern is the increasing public pressure in favour of euthanasia and PAS for patients whose primary suffering is social, psychological, existential, or biographical: the so called “suffering from life”-cases. Although the Royal Dutch Medical

view that human life should be extended as long as possible under all circumstances. No doubt some euthanasia cases are the result of previous decisions to postpone death and to go on treating a person, against all odds.

Postponing death on the one hand, and killing a patient when the battle against cancer is lost on the other, are two sides of the same coin: the human tendency to be the masters of our own lives and deaths. Natural Law thinking never had much advocacy in the Dutch context.

One of the risks of an euthanasia practice as found in the Netherlands is that the process of dying is seen as something to be avoided rather than being anticipated upon. Just as there is an art of living, giving birth, and ageing, there may be an art of dying. Many of those who are critical about making legal arrangements with regard to euthanasia, will still have some form of sympathy for a request on the part of a terminally

ill patient. Reversely, euthanasia advocates better be aware that euthanasia may tend to become an unwarranted medical solution to a nonmedical problem. Those who define a good death merely in terms of a quiet, painless, and controlled death, may go blind for its spiritual, social, and existential aspects. The art of dying well requires a number of crafts, provisions, attitudes, and commitments. The patient and his relatives need both information and reassurance with regard to the different stages of terminal sickness; palliative care, including spiritual care, needs to be optimized. Nursing care needs to be arranged in such a way that a patient is able to bond with the people who will guide him towards the last steps in life. A patient’s family needs lasting help of friends and other community members. According to the American ethicist Stanley Hauerwas, a dedicated Christian community holds the key to the solution of many societal and political problems. Euthanasia may be a case in point.

Dr. Theo A. Boer is Senior Lecturer of Ethics at the Protestant Theological University at Utrecht, the Netherlands.

Association is sceptical of this trend, it has nevertheless opened the door to it in a document issued in December 2010.

Instead of being “forerunners” in the international debate, the Dutch can increasingly be described in terms of “loners.” This is what makes international discussions, such as have recently taken place within the CPCE through the document *A Time to Live, and a Time to Die*, all the more important. Crucial in this document is the importance of the distinction, affirmed by most Dutch churches, between dying through the administration of a lethal substance, and dying following the decision to no longer halt an impending death. Many physicians, religious and nonreligious, affirm the importance of this distinction on an experiential basis.

A Time to Live, and a Time to Die does not advocate vitalism, i.e., the



Suizidhilfe?

Bemerkungen aus schweizerischer Sicht. Von Frank Mathwig.

Suizidhilfe unterscheidet sich von Tötung auf Verlangen oder aktive Sterbehilfe dadurch, dass die Tatherrschaft bei der suizidwilligen Person liegt. Die «Hilfe» durch Dritte besteht in assistierenden Tätigkeiten, vor allem in der Beschaffung resp. Verschreibung des tödlichen Medikaments durch eine Ärztin oder einen Arzt. Die Suizidhilfe ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, die die suizidwillige Person erfüllen muss: Sie muss im medizinisch-juristischen Sinn zurechnungsfähig sein und aus freiem Willen und anhaltend – nicht nur situativ und affekthaft – einen Sterbewunsch äußern. Hinzu treten das äußere Kriterium einer terminalen Erkrankung bzw. einer weit fortgeschrittenen Krankheitsphase, die nach state of the art keine Besserung mehr erwarten lässt.

Eine rein medizinethische Betrachtung der Suizidhilfe greift allerdings zu kurz und provoziert Missverständnisse. Wie die Diskussionen im Vorfeld des ersten gesamtschweizerischen Strafgesetzbuches zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeigen, entstand die Idee der straffreien Suizidhilfe nicht im Rahmen medizinischer Überlegungen. Damals gab etwa der Strafrechtler Ernst Hafer zu bedenken: «Es widerstrebt einem feineren menschlichen Empfinden, den Freund zu strafen, der dem vor der Welt durch ein Verbrechen ehrlos gewordenen, in seiner Existenz vernichteten Freund das Mittel zum Selbstmord verschafft, gleichgültig ob im einzelnen Fall Anstiftung oder Beihilfe vorliegt. Es widerstrebt der Gerechtigkeit, den Gehilfen zu strafen, der einen unrettbaren Kranken, zum Tode entschlossenen in seinem Entschluss, sich selbst den Tod zu geben, bestärkt und ihm die Mittel dazu in die Hand gibt.»

Bemerkenswert an den damaligen Diskussionen ist dreierlei: 1. Bei der Frage der Strafbarkeit bzw. Straflosigkeit von Suizidhilfe ging es nicht um bestimmte Indikationen, also etwa ein besonderer Krankheitszustand oder die terminale Krankheitsphase. 2. Diskutiert wurde auch nicht über einen Rechtsanspruch auf Suizidhilfe. 3. Das heute zentrale Argument des Rechts auf Selbstbestimmung spielte damals keine bedeutende Rolle. Die medizinethische Frage nach Kriterien,

die erfüllt sein müssen, damit jemand einer anderen Person straffrei Suizidhilfe leisten darf, wird gar nicht gestellt. Im Mittelpunkt der Überlegungen stehen nicht die sterbewillige Person, ihr Gesundheitszustand oder ihre mentale und kognitive Konstitution, sondern die assistierende Person, ihre Motive und ihre Beziehung zu dem Menschen mit Suizidabsichten. Suizidhilfe wird dezidiert in den moralischen Kontext eines «Freundschaftsdienstes» gerückt. Der besondere Charakter einer Sozialbeziehung bildet die Grundlage für Suizidhilfe. Es geht – vor dem Hintergrund der von Kant geprägten Unterscheidung zwischen Moral und Recht – um die Legitimität der «inneren» Motive, nicht um die Legalität der «äußeren» Handlungen.

Das Handeln als Freundschaftsdienst angesichts eines sachlich nachvollziehbaren und moralisch motivierten, ernsthaften Verlangens der suizidwilligen Person verortet die Suizidhilfe im Raum affektiver Solidaritätsbeziehungen und nicht im Rahmen institutioneller Dienstleistungen. Diese Differenz darf nicht übersehen werden, denn Motive, die aus einer affektiven Bindung zwischen suizidwilliger und assistierender Person herrühren, taugen kaum zur Begründung eines professionellen medizinischen Handelns. Das medizinische Ethos abstrahiert gerade von persönlichen Bindungen als Motiv ärztlichen Handelns, nicht zuletzt um der Gleichbehandlung der Patientinnen und Patienten willen. Wenn Empathie und Mitleid aufgrund affektiver Sozialbeziehungen nicht zählen sollen, stellt sich die Frage nach den Motiven, Absichten und Zielen in institutionellen Handlungszusammenhängen.

Die mit Hilfe der Indikation der terminalen Krankheitsphase und den Zulassungsbedingungen vorgenommene Übertragung der Suizidhilfe auf medizinische Zusammenhänge ist mit einer ethisch signifikanten Umstellung der Argumentation verbunden: Nun zählen nicht mehr die sozialen Bindungen zwischen den Beteiligten und die daraus erwachsenden Motive, sondern Suizidhilfe wird funktional und konsequentialistisch als Verkürzung eines bereits bestehenden und unumkehrbaren terminalen Krankheits- oder Sterbeprozesses legitimiert. Aber überzeugt eine solche Begründung? Denn aus der «Natur der Sache» – der Tatsache, dass sich ein Mensch in der letzten Krankheitsphase befindet – lassen sich keine moralischen Normen ableiten. Insofern unterscheidet sich das Handlungsziel der Verkürzung der letzten Lebensphase moralisch nicht von demjenigen der Beendigung des Lebens an sich. Es sind nicht moralische Intuitionen und Erwägungen, die das eine eher akzeptabel erscheinen lassen, als das andere, sondern eine quality-of-life-Logik, nach der einem jüngeren oder gesünderem Leben

mehr Wert beigemessen wird als einem Leben in hohem Alter oder mit aussichtsloser Gesundheitsprognose.

Ethische Fragen zum Lebensanfang und -ende sind auch in Kirche und Theologie umstritten. Die GEKE hat in ihrer 2007 erschienen Studie zu «Gesetz und Evangelium» das Thema in den Abschnitten zur Bioethik aufgegriffen. Vor dem Hintergrund der rezipierten Unterscheidung zwischen «zwei Arten von Moral», «einer Moral der Gewissensschärfung und einer Moral der Kompromissuche», ging es damals um die Suche nach einer Verständigung zwischen konfligierenden Positionen zur Stammzellenforschung und Präimplantationsdiagnostik, während der Duktus von «A Time to Live» die andere Zielsetzung in den Vordergrund rückt.

Die GEKE-Studie von 2007 enthält auch eine kurze Bemerkung zum aktuellen Thema: «Faktisch ist der Mensch heute in die Lage versetzt, vor Gott erkennen zu müssen, dass er nicht umhin kann, selbst in die Bereiche von Geburt und Tod einzugreifen. Wer den praktischen Sinn des Glaubens an Gott und sein Handeln darin sieht, der Natur ihren Lauf zu lassen, verwechselt Gott mit der Natur, die sich uns heute mehr denn je als höchst variabel, evolutiv und menschlicher Zwecksetzung unterworfen zeigt. Schon der Begriff des «natürliche» Lebensendes erweist sich als relativ, weil immer schon mit umweltbedingten, von Menschen verursachten Schädigungen zu rechnen ist, denen menschliches Leben von Geburt an ausgesetzt ist.» Wie spiegelt sich diese ethische Statusbestimmung des Lebens in den normativen Aussagen von «A Time to Live» wider bzw. wo wird begründet davon abgewichen?

Theologische Ethik im bioethischen Kontext steht vor einer doppelten Versuchung: entweder der Nivellierung ihrer theologischen Begründungszusammenhänge oder der Moralisierung biblischer Motive und theologischer Begriffe. Vor diesem Hintergrund wäre zu fragen, was mit der Rede vom Menschen «as the image of God» im aktuellen GEKE-Text gemeint ist. Wie lassen sich daraus eine grundlegende Pflicht zum Lebensschutz (vgl. 21) und eine Zurückweisung des moralischen Rechtes auf Suizid (vgl. 48) ableiten? Aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen kann für eine moralische Pflicht zum «Würdeschutz» und ein moralisches Verbot der Würdeverletzung argumentiert werden. Ob sich dieser Schutz und dieses Verbot zwangsläufig oder ausschließlich in Akten der Lebensbewahrung ausdrücken muss, ist eine ganz andere Frage. Natürlich gehen Würdeschutz und der Schutz von Leib und Leben – im Sinne von Abwehrrechten der ersten Generation der

Menschenrechte – Hand in Hand. Aber ist das immer und in jedem Fall so?

Die enge Verbindung zwischen menschlicher Würde und Lebensschutz beruht auf einer einseitigen Sicht, die auf das aktive Handeln fokussiert. Deutlich wird diese Tendenz im Abschnitt über Suizidhilfe, der auf die Situation der suizidwilligen Person nur am Rande eingeht. Damit riskiert der Text die Möglichkeit eines moralisch unvoreingenommenen Blicks auf das Problem des Suizids. Alle vorgebrachten Einwände gegen einen Automatismus in der Suizidhilfe sind richtig und verdienen Beachtung. Aber ist das wirklich alles, was über die Situation suizidwilliger Menschen gesagt werden kann und muss?

Beim Suizid kommt unsere Alltagsmoral schnell an ihre Grenzen. Gegen menschliche Verzweiflung und Perspektivlosigkeit ist kein moralisches Kraut gewachsen, wie bereits Bonhoeffer festhält: «Den Verzweifelten rettet kein Gesetz, das an die eigene Kraft appelliert, es treibt ihn nur noch in hoffnungslosere Verzweiflung; [...] Wer nicht mehr leben kann, dem hilft auch der Befehl, dass er leben soll, nicht weiter.» Eine ethisch reflektierte Position kommt deshalb nicht darum herum, die Grenzen der Moral ins Auge zu fassen, erst recht wenn es darum geht, sich und sein Leben als Geschenk des Schöpfers zu begreifen und anzunehmen. «Niemand kann mich darin vertreten. Und niemand kann von einem anderen Menschen fordern, sein Leben als Gabe Gottes zu begreifen. Gerade deshalb besteht die Aufgabe von Christinnen und Christen darin, alles Menschenmögliche zu tun, damit Menschen sich als Geschöpfe Gottes erleben können und ihr Leben als Geschenk des Schöpfers wahrnehmen, annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können. Es geht darum, menschlich zu leben, damit menschengemässes Leben und Sterben möglich werden kann.»

Frank Mathwig ist Beauftragter für Theologie und Ethik im Institut für Theologie und Ethik ITE des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes SEK und Lehrbeauftragter an der Theologischen Fakultät der Universität Bern.

Frank-Dieter Fischbach neuer GEKE-Beauftragter für Sozialethik

Der rheinische Pfarrer Frank-Dieter Fischbach vertritt seit 1. März 2011 die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE gegenüber den politischen Institutionen in Brüssel.

Pfr. Frank-Dieter Fischbach ist seit 1. März 2011 Beauftragter für ethische Fragen der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE in Brüssel. Der rheinische Pfarrer verstärkt als Vertreter der GEKE die Kommission für Kirche und Gesellschaft der Konferenz Europäischer Kirchen KEK.

Die bereits seit 2004 existierende Verbindungsstelle der GEKE zu den politischen Institutionen in Brüssel soll die Evangelischen Kirchen in die Lage versetzen, profiliert und zeitnah in aktuellen Fragen der Politik, Gesellschaft und Ökumene ein deutliches evangelisches Zeugnis abzulegen und die Präsenz der evangelischen Kirchen auf europäischer Ebene auszubauen. Zu den Aufgaben gehört außerdem die Koordination des ethischen Beratungsgremiums der GEKE, dem „Fachkreis Ethik“.

Der 46-jährige Theologe Frank-Dieter Fischbach war zuvor unter anderem Europareferent im Büro der Evangelischen Landeskirchen Nordrhein-Westfalens bei Landtag und Landesregierung in Düsseldorf und Dozent für Sozialethik an der Ev. Sozialakademie Friedewald. Bis zu seinem Dienstantritt bei der GEKE war Fischbach Pfarrer der Ev. Friedenskirchengemeinde Troisdorf. Fischbach tritt die Nachfolge von Pfr. Dr. Dieter Heidtmann an.

New Economic Order for the EU: Combining Competition and Fairness

Leaders from the church, the economy and politics met in the Evangelical Academy Bad Boll on the eve of the EU Summit to discuss fundamental values of the European economic order.

What fundamental values must be realized through the reform of European economic politics which is being discussed today by the heads of states and governments in Brussels? These questions were debated yesterday in the Evangelical Academy Bad Boll by leading representatives of the Community of Protestant Churches in Europe (CPCE), the economy and European politics. Their conclusion: competition and such values as social justice must not be played off against each other.

Thomas Wipf, President of CPCE, emphasized the necessity of reestablishing confidence in the economy. "Obviously not only the state lives from preconditions that it cannot itself establish, so too does the market economy. Without the re-establishment of confidence neither can the bank system be stabilized nor the stability of the Euro guaranteed."

The MEP Heidi Rühle (The Greens) challenged the heads of state and governments to set signals for a more sustainable economic order. "The economic crisis has led everyone to the recognition that in the EU there is a debate about economic politics and social standards. But here there must not just be social deconstruction; there must be improvements – for example through the introduction of a minimum wage."

"Fitness for competition and high social standards do not exclude each other", emphasized Marcel Haag, the head of the department of the European Commission responsible for EU economic strategy. "Under the top ten of the most competitive EU states are above all those with the highest social standards."

CPCE General Secretary Bishop Michael Bünker from Vienna stressed responsibility for the coming generation: "We must ensure that the costs of the financial and economic crisis are justly financed. It would be irresponsible to leave these debts to the future generation."

The entrepreneur Eckart Hengstenberg presented standards for value-oriented business politics: "We must make the application of values in the hands of business

visible and so comparable. It was already observed by Caesar that 'What is not appropriate does not exist.'"

Thomas Keller, Managing Director of the Deutsche Bank, and the business adviser Daniel Dietzfelbinger recalled at the conference the protestant roots of the social market economy. "Protestantism, lutheran and reformed, created the spiritual and historical situation in which the social market economy could take shape." The protestant churches should therefore raise their voices when the shaping of a European social market economy is involved.

The conference was organized in cooperation between the Evangelical Academy Bad Boll, the Community of Protestant Churches in Europe (CPCE) and the Working Group of Protestant Businessmen (AEU). In the framework of the conference the Revd Dr. Dieter Heidtmann was installed as study leader for economic politics and economic ethics in the Evangelical Academy Bad Boll. The 48 year old theologian previously worked in Brussels as the representative of CPCE. In this function he accompanied important EU legislation, including the EU Treaty or the new EU economic strategy "EU 2020".

 **Neue Wirtschaftsordnung für die EU: Wettbewerb und Gerechtigkeit verbinden**

Welche Grundwerte müssen bei der Reform der europäischen Wirtschaftspolitik, die heute von den Staats- und Regierungschefs in Brüssel diskutiert wird, verwirklicht werden? Diese Frage haben gestern Spitzenvertreter der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), der Wirtschaft und der europäischen Politik in der evangelischen Akademie Bad Boll debattiert. Ihr Fazit: Wettbewerb und Werte wie soziale Gerechtigkeit dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Thomas Wipf, Präsident der GEKE, betonte die Notwendigkeit der Wiederherstellung von Vertrauen in die Wirtschaft. „Offensichtlich lebt nicht nur der



Staat von Voraussetzungen, die er selbst nicht setzen kann, sondern auch die Marktwirtschaft. Ohne die Wiederherstellung von Vertrauenswürdigkeit wird es weder gelingen, das Bankensystem zu stabilisieren noch die Stabilität des Euro zu garantieren.“

Die Europaabgeordnete Heide Rühle (Die Grünen) forderte die Staats- und Regierungschefs auf, die Weichen für eine nachhaltigere Wirtschaftsordnung zu stellen: „Die Wirtschaftskrise hat alle zu der Erkenntnis geführt, dass in der EU über einheitliche Wirtschaftspolitik und Sozialstandards debattiert wird. Dabei darf es aber nicht nur um Sozialabbau, sondern muss es auch um Verbesserungen gehen – zum Beispiel durch die Einführung eines Mindestlohns“.

„Wettbewerbsfähigkeit und hohe Sozialstandards eines Staates schließen sich nicht aus“, betonte Marcel Haag, verantwortlicher Abteilungsleiter der Europäischen Kommission für die Wirtschaftsstrategie der EU. „Unter den Top Ten der wettbewerbsfähigsten EU-Staaten finden Sie vor allem jene mit den höchsten sozialen Standards.“

Der evangelische Bischof Michael Bünker aus Wien hob die Verantwortung gegenüber der kommenden Generation hervor: „Wir müssen gewährleisten, dass die Kosten der Finanz- und Wirtschaftskrise gerecht finanziert werden. Es ist unverantwortlich, diese Schulden der zukünftigen Generation zu überlassen.“

Der Unternehmer Eckart Hengstenberg stellte Maßstäbe einer Werte-orientierten Unternehmenspolitik vor: „Wir müssen die Umsetzung von Werten im unternehmerischen Handeln sichtbar und damit vergleichbar machen.

Schon Cäsar hat festgestellt: „Was nicht gemessen wird, existiert nicht.““

Thomas Keller, Managing Director der Deutschen Bank, und der Unternehmensberater Daniel Dietzfelbinger erinnerten auf der Tagung an die evangelischen Wurzeln der Sozialen Marktwirtschaft. „Der Protestantismus, lutherisch wie reformiert, bildete die geistesgeschichtliche Situation, in der die Soziale Marktwirtschaft gestaltet werden konnte.“ Die evangelischen Kirchen sollten deshalb ihre Stimme einbringen, wenn es darum gehe, eine europäische Soziale Marktwirtschaft zu gestalten.

Die Tagung war eine Kooperationsveranstaltung der Evangelischen Akademie Bad Boll mit der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) und dem Arbeitskreis Evangelischer Unternehmer (AEU). Im Rahmen der Tagung wurde Pfarrer Dr. Dieter Heidtmann als Studienleiter für Wirtschaftspolitik und Wirtschaftsethik in der Evangelischen Akademie Bad Boll eingeführt. Der 48-jährige Theologe arbeitete zuvor in Brüssel als Vertreter der GEKE. In dieser Funktion begleitete er wichtige Gesetzgebungen der Europäischen Union, unter anderem den neuen EU-Vertrag oder die neue EU-Wirtschaftsstrategie „EU 2020“.

Dieter Heidtmann, Katja Korf, Thomas Flügge.



fr

Un nouvel ordre économique pour l'UE : lier compétition et justice

Quelles sont les valeurs fondamentales à mettre en œuvre lors de la réforme de la politique européenne qui sera discutée aujourd'hui par les chefs d'état et de gouvernement à Bruxelles ? C'est la question débattue hier par des représentants de la Communion d'Églises protestantes en Europe (CEPE), de l'économie et de la politique européenne à l'Evangelische Akademie Bad Boll. Leur conclusion : la compétition et les valeurs comme la justice sociale ne doivent pas être opposées.

Le président de la CEPE, Thomas Wipf, a souligné la nécessité de rétablir la confiance dans l'économie. « De toute évidence, l'état et l'économie du marché dépendent tous les deux de conditions qu'ils ne peuvent pas établir eux-mêmes. On ne pourra stabiliser ni le système bancaire ni l'euro sans avoir restauré une certaine crédibilité. »

L'eurodéputée Heide Rühle (Die Grünen) a demandé aux chefs d'états et de gouvernement de poser les jalons pour un ordre économique durable : « La crise économique a conduit tout le monde à reconnaître que l'UE doit débattre d'une politique économique commune et des standards sociaux communs. Il s'agira de ne pas remettre en cause les acquis sociaux mais de proposer des améliorations – comme par exemple l'instauration d'un salaire minimum. »

« Dans un état, la compétitivité et les standards sociaux élevés ne s'excluent pas, » a souligné Marcel Haag, responsable du département pour la stratégie économique de la Commission Européenne. « Les dix états les plus

compétitifs de l'UE sont ceux qui ont les meilleurs standards sociaux. »

L'évêque protestant de Vienne, Michael Bünker, a mis l'accent sur la responsabilité envers la génération à venir : « Il faut garantir un juste financement des coûts de la crise financière et économique. Il serait irresponsable de laisser ces dettes à la génération future. »

L'entrepreneur Eckart Hengstenberg a présenté les critères d'une politique d'entreprise tenant compte de valeurs. « Il faut traduire les valeurs dans l'action de l'entreprise, les rendre visibles et par là comparables. César disait déjà : 'ce que l'on ne peut pas mesurer, n'existe pas'. »

Thomas Keller, directeur exécutif de la Deutsche Bank, et Daniel Dietzfelbinger, conseiller d'entreprise, ont rappelé les racines protestantes d'une économie sociale de marché. « Le protestantisme luthérien et réformé a été le point de départ dans l'histoire des idées pour le développement d'une économie sociale de marché. » Pour cette raison, les Églises protestantes doivent faire entendre leurs voix lorsqu'il s'agit de concevoir une économie sociale européenne.

La rencontre était organisée par l'Evangelische Akademie Bad Boll en coopération avec la CEPE et l'Arbeitskreis Evangelischer Unternehmer (AEU). Dans le cadre de cette rencontre, le Pasteur Dr. Dieter Heidtmann a été installé dans sa nouvelle fonction comme directeur d'études pour la politique et l'éthique économiques à l'Akademie Bad Boll. Le théologien Heidtmann, 48 ans, a travaillé auparavant comme représentant de la CEPE à Bruxelles.

Contents

Zur Sache.	2
Von Michael Bünker.	
„A time to live and a time to die“	3
The CPCE study process on death-hastening decisions and caring for the dying. By Ulla Schmidt.	
Entscheidungen am Lebensende	4
Anmerkungen aus kirchlicher Sicht. Von Thomas Wipf.	
Gesellschaftliche Veränderungen und kirchliche Verantwortung	6
Theologische, ethische und gesellschaftliche Fragen. Von Sándor Fazakas.	
Le droit du patient à l'autodétermination	8
Par Béatrice Birmelé.	
Unterbrechen, Unterlassen und Weiterführen von lebenserhaltenden Maßnahmen	10
Von Ulrich H.J. Körtner.	
Medical behavior at the end of life	14
The viewpoint of a sociologist of law. By Heleen Weyers.	
Euthanasia and Dying Well	16
Some Remarks from a Dutch Perspective. By Theo A. Boer.	
Suizidhilfe?	18
Bemerkungen aus schweizerischer Sicht. Von Frank Mathwig.	
Frank-Dieter Fischbach neuer GEKE-Beauftragter für Sozialethik	20
Der rheinische Pfarrer Frank-Dieter Fischbach vertritt seit 1. März 2011 die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE gegenüber den politischen Institutionen in Brüssel.	
New Economic Order for the EU: Combining Competition and Fairness	21
Leaders from the church, the economy and politics met in the Evangelical Academy Bad Boll on the eve of the EU Summit to discuss fundamental values of the European economic order.	