

IN WÜRDE STERBEN DÜRFEN*

gem. m. Gerhard Marschütz

1. Sterben als existenzielle Herausforderung und Aufgabe

Wohl bei keiner anderen Lebensaufgabe spielt das Menschenbild eine so große Rolle wie bei der Bewältigung der letzten uns bevorstehenden Lebensaufgabe. Wie jede Lebensphase (Kindheit, Jugend, Adoleszenz, Erwachsenenalter, Reife und Alter) hat auch die letzte Lebensphase ihre spezifischen existenziellen Aufgaben. Sterben gehört unausweichlich zum Leben und stellt als die letzte große Lebenskrise besondere Herausforderungen dar, in denen sich alles noch einmal entscheidet. Wie der Mensch gelebt hat, so wird er auch sterben. Zugleich hat er im Sterben noch einmal die Möglichkeit, seinem Leben ein endgültiges Vorzeichen zu geben: Es gilt, das zurückliegende Leben als Ganzes anzunehmen. In unserer hektischen Zeit bietet sich für viele Menschen in der Phase des Sterbens erstmals die Chance, den Sinn und Unsinn ihres gelebten Lebens in seiner Gesamtheit zu überblicken. Dieses Leben gilt es, in versöhnter Weise anzunehmen, mit allen seinen Höhen und Tiefen, gelungenen und misslungenen Beziehungen, und als angenommenes Leben loszulassen. Keine leichte Aufgabe.

Jeder von uns stirbt aber in einer bestimmten Weise unvollendet. Die Rechnungen des irdischen Lebens gehen nicht auf. Entschwindet ein Mensch im Tod einfach in ein vernichtendes Nichts oder in ein Nichts von dem, was wir gegenständlich begreifen, wägen messen und zählen können, in dem sich aber eine daseinsgewährende Fülle verbirgt, die das vergangene Leben auch in jedem Augenblick getragen hat? Hochreligionen des Ostens und auch alte Philosophen sowie moderne Esoterik (aber in völlig anderer Weise) versuchen, die Sehnsucht des Menschen nach Gerechtigkeit in dem Sinn weiterzudenken, dass durch eine Seelenwanderung in einem künftigen Leben alles besser gemacht werden kann und soll – eine Form von Selbsterlösung.

Ein Christ braucht in dem Maß als er christlich glaubt und dieser Glaube im Sterben sich noch einmal vertieft keine Selbsterlösungsstrategien. Er lebt aus der Gewissheit des Glaubens, dass er erlöst ist, dass Gottes Handeln in Jesus Christus ihn mit einer daseinsgewährenden Liebe umfängt und nun auch im Tod in einer neuen geheimnisvollen Weise mit sich selbst beschenkt. Geheimnis hat hierbei nichts mit Rätsel zu tun, sondern mit jenem nicht mehr begrifflich oder anders zu begreifenden Größeren, in dem wir daheim sind. Der Christ glaubt, dass er im Tod nicht herausfällt aus allen tragenden Beziehungen, sondern noch tiefer hineinfällt in die Hände Gottes, der in sich selbst nicht einsam, sondern Gemeinschaft ist und eine solche *Communio* in neuer Weise eröffnen. Auch Angehörige und Freunde, die dies glauben können, erfahren, dass der liebe Tote ihnen in einer neuen Weise

* Dieser, gemeinsam mit meinem Kollegen Gerhard Marschütz verfasste Artikel erschien in: INTAMS-Review 8(2002) 74-86.

gegenwärtig ist und ansprechbar im Gebet – in einem Gebet für ihn und auch zu ihm, worauf meist vergessen wird.

2. Spezifisch neue Probleme in der heutigen Gesellschaft

Die Erfüllung dieser letzten Lebensaufgabe im Sterben unterliegt in modernen westeuropäischen Gesellschaften besonderen Herausforderungen, die frühere Zeiten so nicht kannten. Was ist so neu an unserer gegenwärtigen Situation? Hierzu einige Stichworte:

1. Die Lebenserwartung erhöht sich im Gefolge medizinischer und anderer Fortschritte; auf dem Hintergrund kontinuierlich sinkender Geburtenraten steigt damit auch der Anteil hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Die Konsequenzen dieser Entwicklung, die vermutlich weiter diesen Richtungsverlauf nehmen wird, harren der Wahrnehmung und Bearbeitung.
2. 70-90% aller Menschen sterben heute in Krankenhäusern, Kliniken und Altenheimen. Professionelle routinierte Patientenversorgung vermag jedoch die seelischen, sozialen und religiösen Interessen der hier Sterbenden oftmals nur unzureichend zu beachten. Sie ermöglicht und bewirkt zugleich die soziale Verdrängung von Sterben und Tod. Moderne Gesellschaften legen hinsichtlich Sterben und Tod „keine Pausen mehr ein, um ihre eigene Funktionsfähigkeit und ‚Unsterblichkeit‘ nicht zu gefährden“ (Michael N. Ebertz). Vielmehr entwickeln sie Orte der Ausgliederung aus dem tagtäglichen Leben und entlasten damit die Zumutung, über Sterben und Tod nachzudenken. Gegenläufig hierzu entwickelt sich aber seit einiger Zeit verstärkt ein neues gesellschaftliches Interesse an einem anderen Umgang mit Sterbenden.
3. Rund die Hälfte des Gesundheitsbudgets wird in den letzten Lebensmonaten eines Menschen ausgegeben und die Ressourcen dafür werden immer knapper. Das öffentlich meist nicht ausgesprochene Ansinnen, das eine zunehmend ökonomisch perspektivierte Logik des Denkens nahelegt, lautet: Man könnte diese Hälfte des Gesundheitsbudgets einsparen, in dem die letzte Lebensphase durch beschleunigte Herbeiführung des Todes abgekürzt wird. An sozialtechnischen und psychotechnischen Möglichkeiten fehlt es wahrlich nicht, sterbenden oder unheilbar kranken Menschen, die uns zur Last fallen, nahe zu legen, diesen Wunsch zu äußern.
4. 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 von Autonomie noch größer. Aber in welchem Sinn wird vom Recht auf den eigenen Tod oder von der Wahrnehmung der Autonomie hinsichtlich einer assistierten Tötung auf Verlangen gesprochen?
5. Die Bereitschaft, unvermeidbares Leiden als schicksalhaft anzunehmen, und das Leiden anderer solidarisch in alltäglichen Situationen und über längere Zeit mitzutragen, nimmt ab. An die Stelle solidarischen Mitleidens tritt oft

billiges Mitleid. Gemäß der letzten europäischen Wertestudie aus dem Jahr 1999 sinkt das Solidaritätsniveau im Großen. Die Angst, durch den Einsatz für andere etwas vom Leben zu versäumen ist größer als der Wunsch nach Solidarität. Zugleich wird unvermeidbares Leiden alsbald mit unzureichender, ja oft auch unzumutbarer Lebensqualität gleichgesetzt.

6. Dies alles hängt nicht nur mit einer allgemeinen Bewusstseinslage der Machbarkeit aller Dinge zusammen, sondern insbesondere mit dem Fortschritt der modernen Medizin und den Erwartungen an sie. Bereits im 17. Jahrhundert hat René Descartes in seinem „Discours de la méthode“ den Satz geprägt, dass die Medizin eines Tages alle Krankheiten heilen kann und vielleicht auch die Altersschwäche los werden wird. Damit wird an die Medizin eine hohe Erwartungshaltung herangetragen und zugleich eine entsprechende Anspruchshaltung der Bevölkerung: Die Medizin muss alle Wünsche erfüllen. Nun hat die moderne Medizin tatsächlich enorme Fortschritte gemacht und stellt uns vor immer neue schwierige Entscheidungsfragen, vor allem dort, wo der Einsatz dieser Medizin keine Heilung mehr verspricht, sondern nur die Verlängerung eines unter Umständen qualvollen Sterbeprozesses.

Wie ist auf diese und andere neue Herausforderungen, ethisch und rechtsethisch einzugehen? Gibt es ein ethisch begründetes Recht auf Euthanasie im Sinne einer Tötung auf Wunsch oder eher eines auf Palliativmedizin und umfassende Sterbegleitung? Bestehen ferner neu angezeigte moralische Verpflichtungen für Familien bzw. Angehörige von Sterbenden, insofern die meisten Menschen ihr Leben dort beschließen wollen, wo sie es gelebt haben?

3. Die neue Euthanasiedebatte

Angesichts der vorhin stichwortartig und keineswegs vollständig beschriebenen neuen Situation, aber auch der abnehmenden Bedeutung des christlichen Glaubens in einer säkularen Öffentlichkeit sowie einer postmodernen Geistesströmung, in der alle universalen Ansprüche abgelehnt werden, zeichnen sich bei manchen Gruppen Tendenzen ab, die modernen Probleme des Sterbens durch Tötung auf Verlangen zu lösen. Wir regeln so vieles im Leben, zunehmend den Eintritt in das Leben, warum sollten wir nicht auch den Austritt aus diesem irdischen Leben nach unseren Wünschen regeln dürfen?

Der Ruf nach Euthanasie ist durchaus vielschichtig, denn der Begriff Euthanasie hat zumindest fünf in der Literatur genannte, in der öffentlichen Diskussion jedoch oft zu wenig unterschiedene Bedeutungen:

- Unfreiwillige Euthanasie – im Sinne der Vernichtung lebensunwerten oder belastenden Lebens auf Initiative anderer;
- Nicht freiwillige Euthanasie – im Sinne der Tötung von Menschen, die den Tod gar nicht verstehen können (z.B. Kleinstkinder, demente Personen usw.);
- Freiwillige aktive Euthanasie – im Sinne einer Tötung auf eigenen Wunsch;

- Passive Euthanasie – im Sinne einer Herbeiführung des Todes durch Unterlassung;
- Indirekte Euthanasie – im Sinne einer unter Umständen als Nebenfolge in Kauf genommenen Lebensverkürzung durch medikamentöse Schmerzstillung.

Die Überlegungen konzentrieren sich auf die derzeit im Vordergrund stehende medizinethische Debatte um die freiwillige aktive Euthanasie. Bislang war und ist in allen zivilisierten Gesellschaften dieser Welt die Tötung auch auf eigenes Verlangen strafbar. Als erstes Parlament der Welt hat das Regionalparlament der Northern Territories Australiens im Jahr 1996 versucht, freiwillige aktive Euthanasie straffrei zu stellen. Dieses Gesetz wurde allerdings wegen der daraus folgenden Schwierigkeiten vom gesamt-australischen Parlament bald wieder aufgehoben (verfassungswidrig, Ausschaltung des Rechtsweges usw.).

Seit dem Jahr 2001 versuchen nun die Niederlande als erster Staat der Welt, freiwillige aktive Euthanasie unter bestimmten Voraussetzungen straffrei zu stellen. Trotz großer und wachsender Widerstände in vielen Kreisen der Bevölkerung wird sie von der niederländischen Regierung unter folgenden Voraussetzungen (sog. Sorgfaltskriterien genannt) akzeptiert:

- Der Arzt muss der Meinung sein, dass der Patient freiwillig und wohlüberlegt den Wunsch geäußert hat,
- dass das Leiden des Patienten unerträglich ist,
- dass der Patient der Meinung ist, dass es keine sinnvolle andere Lösung gibt,
- dass der Arzt einen unabhängigen weiteren Arzt konsultiert, der seine Meinung auch schriftlich niederlegt,
- dass die Tötungshandlung medizinisch sorgfältig durchgeführt wurde.
- Bei Patienten zwischen 12 und 16 Jahren müssen Eltern oder Vormund der Tötung zustimmen,
- bei 16- bis 18-Jährigen müssen die Eltern nur in den Überlegungsprozeß mit einbezogen werden.

In weiten Kreisen des Europäischen Parlaments besteht eine große Sorge, dass diese Gesetzesinitiative grenzüberschreitende Wirkung zeitigen könnte und im Widerspruch zur Europäischen Menschenrechtskonvention steht. Ein erstes Hearing fand am 14. 2. 2001 im Europäischen Parlament in Strassburg statt. Emotionale Betroffenheit über diese fundamentale Änderung aller bisherigen Regelungen in den Niederlanden, dass erstmals eine Gesellschaft ihren Ärzten zubilligt und zumutet, aktiv Patienten straffrei zu töten, reicht nicht aus. Es bedarf über die Analyse heutiger Bedingungen des Sterbens in modernen Gesellschaften hinausgehend auch einer intensiven Auseinandersetzung mit den Argumenten, die für die freiwillige aktive Euthanasie ins Treffen geführt werden.

4. Entspricht freiwillige aktive Euthanasie der Würde terminal Kranker?

Dass alles Recht in der Freiheit eines jeden Menschen in seinem Zusammenleben mit anderen Freiheitswesen begründet ist, gehört zu den hoffentlich unverlierbaren Einsichten der so krisenhaften europäischen Freiheitsgeschichte. Das oberste Rechtsprinzip ist das Kompatibilitätsgebot der Freiheit des einen mit der des anderen. Grundlegende Rechte sind daher nicht großzügig zu gewähren, sondern zu gewährleisten. Das wichtigste Dokument in diesem Zusammenhang, das völkerrechtlich verbindlich ist und in vielen Staaten im Verfassungsrang steht, ist die Europäische Menschenrechtskonvention von 1950. Der Artikel 2 lautet: „Das Recht jedes Menschen auf das Leben wird gesetzlich geschützt ... niemand darf absichtlich seines Lebens beraubt werden.“

Gilt diese grundlegende Bestimmung auch für terminal Kranke und Sterbende? Was bedeutet dieser Artikel 2 in der Spannung der vorgegebenen Begründung der Menschenrechte und der eingangs benannten wichtigsten aktuellen Probleme in unseren Gesellschaften?

1. Bezüglich der genannten Probleme der zunehmenden Lebenserwartung und der teuren letzten Lebensphase gilt es, mit Entschiedenheit die grundlegende Nichtinstrumentalisierbarkeit eines jeden Menschen festzuhalten. Sie schließt aus, dass ein Mensch aus ökonomischen Einsparungserwägungen und anderen Nützlichkeitsabwägungen seines Lebens beraubt wird. Ein derartiges Vorgehen wäre ein eklatanter und direkter Widerspruch gegen die Grundlage aller Ethik und aller Menschenrechtsdokumente.
2. Hinsichtlich des im vierten Punkt genannten Anspruchs auf Autonomie ist zu beachten: Wenn die Autonomie des Patienten nicht im Sinne eines Abwehrrechtes zum Persönlichkeitsschutz, sondern im Sinne eines Anspruchsrechtes als Argument für die freiwillige aktive Euthanasie verstanden wird, dann müsste die Tötung auf Verlangen in jedem Fall erlaubt sein und nicht nur bei als schwer eingeschätzten (von wem?) physischen und psychischen Leiden. Dürfte dann ein Arzt jemals ein Verlangen nach Euthanasie verweigern? Weiterhin ist zu fragen: Wenn der Patient das Recht zur Selbstbestimmung bis zum Tod hat und auch in seinem Sterben ein sittlich verantwortliches Wesen bleibt, wie kann er dieses Recht auf Selbstbestimmung auf einen anderen übertragen?
3. Wenn eine Gesellschaft ihren Ärzten zubilligt und zumutet zu töten, gerät der Sterbende unweigerlich unter Druck der näheren und weiteren Umgebung. Dieser Druck muss nicht direkt und hart, sondern kann sehr subtil und schwer durchschaubar ausgeübt werden. Aber auch ohne spürbaren Druck muss sich der Schwerkranke die Frage stellen, ob er seiner Umgebung in einem vielleicht längeren Krankheits- und Sterbeprozess zur Last fallen darf. Wenn dem Arzt die aktive Tötung gestattet wird, verändert sich die Situation des Patienten grundlegend: Der Patient hat sich dann zu fragen, ob er dem

Arzt, dem Pflegenden, dem Angehörigen, ja der Gesellschaft und ihren Institutionen, vor allem den Krankenkassen den Aufwand für seine Behandlung und Pflege noch weiter zumuten darf.

4. Wer also die Tötung auf Verlangen im Namen der Autonomie des Patienten fordert, schränkt die Autonomie des Patienten in anderer Hinsicht gerade ein und unterläuft sie folgeschwer. Eine falsch verstandene und überzogene Autonomie im Sinne eines umfassenden Anspruchsrechtes auf Tötung kann in ihr genaues Gegenteil umkippen. Darüber hinaus erzeugt Angebot auch Nachfrage.
5. Um so wichtiger ist es daher, das richtige und unverlierbare Anliegen der Autonomie als Abwehrrecht, dass eine Person nicht gegen ihren Willen behandelt und weiterbehandelt werden darf, nicht nur zu begründen, sondern auch umfassend zu respektieren. Dieser Respekt umfasst auch Patientenverfügungen, mit denen ein Patient für bestimmte Situationen bestimmte medizinische Behandlungen vorwegnehmend ausschließt.
6. Die Aspekte Leiden und Lebensqualität entziehen sich der Möglichkeit einer restlosen Objektivierung und vermögen daher kein objektives Korrelat mit der medizinisch eingeschätzten Kondition des Patienten darzustellen. Wie kann ein Arzt also jemals sicher sein, dass das Leiden eines Patienten unerträglich ist? Es fällt auf, dass dort, wo das umfassende Konzept einer Palliativmedizin im Sinne der Weltgesundheitsorganisation nach dem höchsten wissenschaftlichen und humanen Standard in die Praxis umgesetzt wird – wie etwa in der Hospizbewegung – der Wunsch nach Tötung nur sehr selten geäußert wird und wenn, in einem guten Gesprächsklima geklärt werden kann. Gerade Menschen mit großer Erfahrung in der Hospizbewegung wissen um die Vielschichtigkeit menschlichen Wünschens in dieser Situation. Ihre Beobachtungen zeigen, dass wohl niemals mit abschließender Eindeutigkeit geklärt werden kann, ob die Äußerung eines Wunsches nach Tötung ein verdeckter Hilferuf ist, ob dieser Wunsch nicht in einer immer wiederkehrenden depressiven Durchgangsphase geäußert wird, ob er unter subtilem Druck oder vielleicht anderen Erwägungen zustande kommt.
7. Palliativmedizin ist sicher nicht die teuerste, wohl aber eine der menschlichsten Formen der Medizin und sollte daher den ihr zukommenden hohen Stellenwert im Gesundheitswesen in unseren Gesellschaften erhalten. Die Recommendation 1418 aus 1999 des Europarates, der sogenannte Gattererbericht, enthält in dem von der parlamentarischen Versammlung des Europarates mit überwältigender Mehrheit angenommenen Dokument und vor allem auch im Explanatory Memorandum hierzu viele detaillierte konstruktive Weisungen.
8. Angesichts der oft schwierigen Entscheidungsfragen bei der medizinischen Behandlung ist nachdrücklich der ethisch relevante Unterschied zwischen aktiver Tötung und einem Zulassen des Sterbens ins Bewusstsein zu rufen. Vielfach wird in der medizinethischen Literatur mit spitzfindigen Beispielen

der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie verwischt. Die in manchen Fällen aufweisbare Unschärfe – Tötung durch eine Giftspritze oder Tötung durch Unterlassung einer lebenserhaltenden Maßnahme liegen tatsächlich oft nahe beisammen – ist jedoch kein hinreichendes Argument gegen diese Unterscheidung. Die in der Literatur genannten Beispiele beziehen sich aber auf unterlassene Hilfeleistung und nicht auf ein verantwortliches Zulassen des Sterbens, das wiederum von gezielter passiver Euthanasie zu unterscheiden ist.

9. Der Unterschied zwischen aktivem Töten oder einer Tötungsintention durch Unterlassen einerseits vom Zulassen des Sterbens andererseits wird von den medizinischen, den pflegenden Berufen und auch den Angehörigen spontan wahrgenommen und lässt sich auf drei Ebenen reflektieren:

Auf der Ebene der Kausalität:

Bei der aktiven Tötung stirbt ein Mensch an einer Fremddursache durch die Hand eines anderen, auch wenn dieser andere durch eine Äußerung des Patienten provoziert ist. Missbrauch, Missverständnis und Fehldiagnosen können sich jederzeit auch in unseren Gesellschaften bei der Komplexität menschlichen Wünschens einschleichen.

Beim Zulassen des Sterbens hingegen, sterben nur Kranke und nicht auch Gesunde und sie sterben an ihrer Krankheit und ihrer zu Ende gehenden Lebensdynamik und nicht durch Fremdverfügung mit technischen Mitteln.

Auf der Ebene der Intention:

Bei der aktiven Tötung ist die Intention, dass der Sterbende tot sein möge und zwar sofort.

Beim Zulassen des Sterbens hingegen ist die Intention der Respekt vor einem Menschen, der mit seinem Leben ganzheitlich an ein Ende kommt, und dass diesem Prozess Zeit, Raum und Hilfe gegeben wird.

Auf der Ebene der Motivation:

Auf der Ebene der grundlegenden Motivation bedeutet aktive Tötung technische Fremdverfügung bis zuletzt. Der Arzt kommt dem Tod zuvor und behält damit die konkrete Gewalt über Leben und Tod. Selbst wenn er von humanistischen Beweggründen geleitet meint, auf diese Weise helfen zu können, spaltet er den Patienten in eine Psyche, der er helfen will und in einen Leib, den er tötet. Der Arzt kann in keinem Fall aber den Leib losgelöst von der Person töten. Jede aktive Tötungshandlung richtet sich nicht nur gegen einen Organismus, sondern immer gegen eine unteilbare Person. Während bei der Palliativmedizin der Arzt Leiden lindert, beseitigt er bei der aktiven Tötung den Leidenden. Aktive Tötung bedeutet daher Negierung einer Person und verträgt sich nicht mit einer behaftenden Grundmotivation, hingegen Zulassen des Sterbens als Ausdruck des Respekts vor dem Sterbenden sehr wohl.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Wenn keines der für die freiwillige aktive Euthanasie ins Treffen geführten Argumente tragfähig ist, kann auch die Addition von unzureichenden Argumenten keine Begründung für die Billigung einer Tötung auf Verlangen sein. Dies gilt insbesondere auch für die in den Sorgfaltskriterien des niederländischen Euthanasiegesetzes verschlüsselten Versuche einer Rechtfertigung aktiver Euthanasie.

10. Ethik und Recht sind an das bewährte Berufsethos zurückgebunden (vgl. auch Artikel 4 der Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin), wie es sich vor allem in den standesethischen Codices niederschlägt. Das jahrtausende alte ärztliche Ethos hat nicht die Tötung von Patienten, sondern das Prinzip des Nichtschadens, des Wohltuns und des Linderns von Leiden zum Inhalt. Das in unserer europäischen Kultur mit ihren vielen Wurzeln und Facetten kontinuierlich durchgehaltene Ethos hat trotz oder gerade wegen der entsetzlichen Widersprüche in unmenschlichen Systemen zunehmend weltweit seinen Niederschlag gefunden.
11. So hat der Weltärztebund 1987 in Madrid festgehalten, 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.“
12. In der Erklärung des Weltärztebundes von Marbella 1992 heißt es: „Ärztliche Unterstützung beim Suizid ist unethisch und muss durch die medizinische Profession verurteilt werden.“ Von diesem weltweit verankerten Ethos und von der europäischen Menschenrechtskonvention des Europarates, deren Artikel 2 im Jahr 1999 durch die Recommendation 1418 mit großer parlamentarischer Mehrheit interpretiert worden ist, sollte unsere Gesellschaft – auch angesichts der neuen Herausforderungen – nicht abgehen, denn die Gefahr eines Rückfalls in Inhumanität kann keineswegs als gering veranschlagt werden.

5. Zur christlichen Aufgabe: Ein Sterben in Würde ermöglichen

Zunächst einmal sollen sich Christen nicht durch den weit verbreiteten Vorwurf zurückdrängen lassen, sie vertreten bloß eine Sondermoral und wollen diese der Gesellschaft als ganzer aufzwingen. Die christliche Botschaft ist eine Botschaft mit universalem Anspruch und daher eine Botschaft für alle Wesen, die Menschenantlitz tragen. Diesem universalen Blick liegt die tiefe Überzeugung zugrunde, dass das aus der christlichen Offenbarung vernehmbare Bild vom Menschen nicht nur für Christen, sondern darüber hinaus für alle Menschen bedeutungsvoll ist, insofern darin erst die ganze Wahrheit über den Menschen erkennbar wird. Da es keine doppelte Wahrheit geben kann, gilt es, die christliche Botschaft mittels vernünftiger Argumente zu vertreten und zugleich konkret aufzuweisen, wie menschenwürdiges Sterben gelingen kann.

Ein Sterben in Würde ermöglichen – das stellt angesichts der genannten Herausforderungen die wohl wichtigste Aufgabe der Christen dar. Der Mensch darf nicht um sein eigenes Sterben und seinen eigenen Tod betrogen werden. Hierzu gehört, dass das Lebensrecht nicht zum medizinisch diktierten Lebenszwang erniedrigt und derart das Sterben-Können als aktive Aufgabe und Fähigkeit verhindert wird. Es ist eine Missachtung der Würde sterbender Menschen, wenn allein das medizinisch Machbare die Grenzen der Behandlung setzt und so der Blick für die Eingrenzung des Machbaren auf das Sinnvolle und für andere Formen der Behandlung verschlossen bleibt.

Christliche Bemühungen für ein Sterben in Würde sind auf unterschiedlichen Ebenen voranzutreiben. Auf der Ebene der Weiterentwicklung der Menschenrechte ist beispielsweise hinsichtlich der bereits genannten Recommendation 1418 des Europarates zu berichten, dass diese von einer christlichen Abgeordneten aus Österreich, Frau Edeltraud Gatterer, im Europarat eingebracht und im Juni 1999 mit überwältigender parlamentarischer Mehrheit angenommen wurde. Das Dokument mit dem Titel „Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte Sterbender“ analysiert zunächst die wichtigsten Ängste der Menschen vor dem Sterben und gibt in drei wesentlichen Punkten Antwort auf die Probleme und Weisung für die Gesundheitspolitik in den 43 Mitgliedsstaaten des Europarates.

In einem ersten Punkt wird der gleiche und freie Zugang zur Palliativmedizin (lindernden Medizin) als Grundrecht festgehalten und der umfassende Ausbau palliativmedizinischer Versorgung als eine wichtige Priorität der Gesundheitspolitik gefordert. Im zweiten Punkt werden die Selbstbestimmung des Patienten als Abwehrrecht durchbuchstabiert und Bedingungen für das Zulassen des Sterbens formuliert. Im abschließenden dritten Punkt wird der Lebensschutz dahin konkretisiert, dass der Artikel 2 der Menschenrechtskonvention (niemand darf absichtlich seines Lebens beraubt werden) gerade auch angesichts der neuen Herausforderungen für Sterbende und terminal Kranke gilt. Dieses Dokument stellt somit eine Konkretisierung und Interpretation des Lebensschutzes in der europäischen Menschenrechtstradition dar.

Christen haben aber nicht nur auf politischer Ebene an allgemeinen Bewusstseinsstandards mitzuarbeiten, sondern zugleich auch modellhaft vorzuleben, wie eine menschenwürdige Sterbebegleitung gerade in unseren modernen Gesellschaften, wo viele Menschen keine Angehörigen mehr haben, gewährleistet werden kann. Es waren Christen, die in der Hospizbewegung subsidiär begonnen haben, sich um jene Menschen im Sterben zu sorgen, deren Familie nicht für sie sorgt oder sorgen kann. Hospize (vom lateinischen *hospitium*: Herberge, Haus für Gäste) sind Gast- und Raststätten auf der letzten Lebensstufe und möchten den Menschen, die keine andere Möglichkeit haben, Gast sein lassen beim Sterben, um ihnen ein menschliches und würdiges Sterben zu ermöglichen. Deziert christliche Hospizeinrichtungen wollen den Sterbenden insbesondere aus der Kraft des Glaubens, der Hoffnung und der Liebe nahe sein und so zeichenhaft verdeutlichen, dass im Mittragen Sterbender die Nähe des mittragenden Gottes aufleuchtet.

Menschenwürdiges Sterben ist stets von einer qualifizierten palliativen Begleitung abhängig. Die Palliativmedizin ist nicht zuletzt in der Hospizbewegung im umfassenden Sinn und auch auf höchstem wissenschaftlichem Niveau verwirklicht durch den Einsatz aller Mittel zur Linderung nicht nur physischer, sondern auch spiritueller, sozialer und psychischer Schmerzen sowie der Begleitung der Angehörigen beim Sterbenden und nach dem Tod des Geliebten.

J. Ch. Student hat fünf Grundprinzipien für die Hospizarbeit formuliert:

1. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum der Betreuung durch den Hospiz-Dienst.
2. Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.
3. Ehrenamtliche Helfer werden in den Hospiz-Dienst einbezogen.
4. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der lindernden (palliativen) Therapie.
5. Hospize gewährleisten Kontinuität der Betreuung.

Mit diesen Prinzipien, die mutatis mutandis auch in die Strukturen der Krankenhäuser einzubringen sind, werden die Sorgen und Wünsche vieler Menschen im Hinblick auf ihr eigenes Sterben aufgegriffen und beantwortet: die Sorge und der Wunsch, im Sterben nicht allein gelassen zu sein, Angehörigen nicht übermäßig zur Last zu fallen, keine unnötigen Schmerzen erleiden sowie keine unverhältnismäßigen lebensverlängernden Maßnahmen über sich ergehen lassen zu müssen.

Hospize als eine Gastfreundschaft beim Sterben verstehen sich weder für nur einige wenige Auserwählte noch als die ideale Lösung für alle, sondern subsidiär für alle jene Menschen, denen sonst eine menschenwürdige Sterbebegleitung nicht zuteil werden kann. Die gesellschaftliche vorrangige Aufgabe besteht demnach darin, an einem neuen Generationenvertrag zu arbeiten, wie ihn Kardinal Carlo Martini bei einer Konferenz der Europäischen Bischofskonferenz zum Thema Geburt und Tod als Herausforderung der Evangelisierung beschrieben hat: „Wir ... unterstützen die Debatten für einen neuen Generationenvertrag. So wie die Eltern ihre Kinder zur Welt bringen, werden künftig die Kinder ihre Eltern aus der Welt begleiten.“

Die Notwendigkeit einer Debatte für einen neuen Generationenvertrag signalisiert freilich, dass dieser in den letzten Jahrzehnten zunehmend brüchig geworden ist. Zwar werden pflegebedürftige ältere Menschen immer noch mehrheitlich von Familienangehörigen, insbesondere von Frauen, gepflegt und wird somit das öffentliche Sozialbudget entlastet. Zugleich ist nicht zu übersehen, dass Familien im herkömmlichen Sinn in unserer Gesellschaft immer weniger als selbstverständlich vorausgesetzt werden können: Sie nehmen anteilmäßig ab, was zu einer zunehmenden Polarisierung von familialen und nichtfamilialen Lebensformen führt. Zudem werden Familien (nicht zuletzt aufgrund veränderter Lebensbiographien von Frauen) immer kinderärmer, was die vermehrte Überalterung der Bevölkerung zur Folge hat, und instabiler (hohe Ehescheidungsrate, vielfältige und wechselnde Familienstrukturen), was auf eine verminderte familiäre Belastungskapazität schließen lässt. Da andererseits gemäß zahlreichen Wertestudien der Wunsch nach

Familie ungebrochen hoch ist, verweisen die genannten familialen Umbruchfaktoren vor allem auf unzureichende politische und soziale Rahmenbedingungen. Familienentfremdete Gesellschaftsstrukturen belasten elterliche, vor allem weibliche Lebensentwürfe zwischen Familie und Beruf. Sie tragen maßgeblich daran schuld, dass es immer weniger Eltern gibt und diese immer weniger Kinder zur Welt bringen und diese zugleich immer weniger ihre Eltern aus der Welt zu begleiten vermögen. Familiäre Erziehung von Kindern und Pflege von Eltern bedarf verstärkt angemessener Rahmenbedingungen, die sozial anerkannte Perspektiven für diese notwendige Aufgabe eröffnen.

6. Sterbebegleitung als familiale Aufgabe

Während früher 90% aller Menschen zu Hause im Kreis der Familie starben, verkehrt sich diese Zahl heute ins Gegenteil: In Großstädten sterben etwa 90% aller Menschen in Krankenhäusern und Heimen. Nach wie vor äußern aber die meisten Menschen den Wunsch, ihr Leben dort beschließen zu können, wo sie es gelebt haben: in gewohnter Umgebung und vor allem in der Nähe von ihnen vertrauten Menschen. Diese Diskrepanz von Wunsch und Wirklichkeit hat vielfältige, zum Teil bereits genannte Ursachen.

So hat sich im Zuge moderner medizinisch-technischer Behandlungslogik das Sterbegeschehen weithin aus dem familialen Kontext heraus in einen professionell-institutionalisierten Zusammenhang verlagert. Durch Hospitalisierung des Sterbens und Spezialisierung von Sterbebegleitung sind Familienangehörige gleichsam zu „Laien“ in Angelegenheiten des Sterbens und des Todes gemacht worden. Die Entfamilialisierung des Sterbens ist somit auch Ausdruck der sozialen Auslagerung des Sterbens in hierfür ausgebildete nichtfamiliale Orte. Hinzu kommt, dass Sterbende ihren engsten Angehörigen nicht zur Last fallen möchten. Sie wissen darum, dass das Leben zwar für sie zu Ende geht, nach ihrem Tod aber für die anderen in weithin gewohnter Weise weitergehen wird und muss. Diesen Fortgang des Lebens nicht blockieren zu wollen, ist freilich ein weiteres Indiz für die soziale Verdrängung des Todes aus dem alltäglichen Leben, an der Familien als sozial integrierte Lebensform notwendig partizipieren. Deshalb fühlen sich auch viele Familien der Aufgabe, sterbende Angehörige auf ihrem letzten Lebensweg zu begleiten, nicht gewachsen. Die familiäre Angst vor Überforderung resultiert aus einer oftmals nicht integrierten Denkperspektive einer möglichen Unterstützung von außen und vor allem aus der existenziellen Unsicherheit, ob und wie man die unmittelbare Konfrontation mit Sterben und Tod bewältigen und sich zutrauen kann.

Ohne qualifizierte Unterstützung und Ermutigung von außen sind Familien in der Regel überlastet, sterbende Angehörige zu Hause zu begleiten. Es bedarf zunächst struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen, die gegebenenfalls einen Wechsel zwischen familialer Betreuung, ambulanter Hauskrankenpflege, stationärem Krankenhausaufenthalt und möglicher Rücküberweisung nach Hause gewährleisten können. Wann immer es möglich ist, sollten Sterbende in die Familie

entlassen werden, da die Rahmenbedingungen in Krankenhäusern für die Begleitung von Sterbenden weithin sehr eingegrenzt sind und den Bedürfnissen und Erwartungen der Sterbenden nur sehr bedingt entsprechen. Familiäre Sterbebegleitung unterliegt jedoch hohen Anforderungen, die zudem im voraus nur bedingt eingeschätzt werden können.

Sie bedarf vorweg zeitlicher Möglichkeitsbedingungen. Das frei verfügbare Zeitbudget moderner Familien ist nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden beruflichen Engagements von Frauen zumeist knapp bemessen. Gesellschaftlich ist daher dafür zu sorgen, dass familiäre Sterbebegleitung durch entsprechende Rahmenbedingungen wahrgenommen werden kann. In Österreich wird derzeit überlegt, eine Karenzzeit für die familiäre Begleitung von sterbenden Angehörigen gesetzlich einzuführen. Frauen und Männer sollten eine solche Zeit, gegebenenfalls auch alternierend, in Anspruch nehmen können.

Darüber hinaus bedürfen Familien der Befähigung, mit dem Thema „Sterben und Tod“ angemessen umgehen zu können. Hierzu gehört einerseits das Wissen um den möglichen Verlauf des Sterbeprozesses. Familien müssen über die körperlichen und geistigen Veränderungen, die voraussichtlich eintreten werden, und über die notwendigen pflegerischen Maßnahmen Bescheid wissen. Sie müssen vorbereitet sein auf unterschiedliche mögliche Phasen des Sterbeweges (Verleugnung, Resignation, Depression, Hoffnung, Akzeptanz ...) und auf die hierdurch herausgeforderte Auseinandersetzung mit schwierigen Gefühlen und die Bewältigung von belastenden und stressreichen Konfliktsituationen. Auch unmündige Kinder, die mitunter in der Familie leben, müssen in eine solche Vorbereitung einbezogen werden. Emotional steht jedes Familienmitglied wahrscheinlich an einem anderen Punkt innerhalb des Sterbebegleitungsprozesses.

Familien müssen andererseits auch befähigt werden, den Sterbevorgang zulassen zu können. Gerade Angehörige können den bevorstehenden Tod eines ihnen sehr vertrauten Menschen oftmals nur schwer akzeptieren und unterbinden so die Annahme des Sterbens in der Unerbittlichkeit des Loslassen-Müssens, das Erleiden von Abschied und Trennung sowie die notwendige Übergabe des Lebens und der eigenen Geschichte. Sterben ist nicht nur eine Aufgabe für den sterbenden Menschen, sondern gleichermaßen für die ihn begleitenden Angehörigen. Sterben und Tod erprobt die Leidensfähigkeit der Überlebenden und mutet ihnen die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit zu. Sterbende vermitteln die intensive Erfahrung der Begrenztheit des eigenen Lebens und stoßen Umdenkprozesse hinsichtlich einer bislang selbstverständlich vorausgesetzten, nunmehr aber fragwürdig werdenden Hierarchie von Wichtigkeiten im Leben an. Diese Lebensbotschaft der Sterbenden erweist die Begleitung sterbender Angehöriger nicht nur als eine familiäre Aufgabe, sondern zugleich als Gabe, die befähigt, eine Kultur des Lebens zu entwickeln, die Sterben und Tod nicht ausklammert, sondern integriert.

Familien werden in Kooperation mit Seelsorgern und Gemeindemitgliedern dafür Sorge tragen, dass sterbende Angehörige aus der Kraft des Glaubens heraus ihren letzten Lebensabschnitt bewältigen können, um so das „Zeitliche segnen“ und

in versöhnter Weise verlassen zu können. Gemeinsames Gebet, das Lesen in der Heiligen Schrift und geistliches Gespräch können dem Sterbeprozess einen tiefen Sinngehalt einstiften. Ein im christlichen Glauben vollzogenes Sterben und eine entsprechende Sterbebegleitung fällt deshalb nicht unbedingt leichter und ist keineswegs frei von offenen Fragen und Widersprüchen. Es ist aber getragen von der Hoffnung, dass die Verzweigung nicht das letzte Wort hat. Dem Sterbenden hilft wohl am meisten, wenn ihm jemand hilft, die kleinen in ihm noch verbleibenden Ansatzpunkte für Hoffnung mit der großen Hoffnung, die ihn sein Leben lang – mitunter auch nur verborgen – inspiriert hat, in Verbindung bringen zu können.

Sterben gehört zum Leben. „Leben aber bedeutet, lieben lernen. Leben heißt, bis zum letzten Augenblick lernen“ (so ein Wort der Gründerin der Hospizbewegung Ciceley Saunders). Wo könnte das besser gelingen als in der Familie.

Literatur:

- Baumgartner, K. (Hg.): Für ein Sterben in Würde. Erfahrungen unter medizinisch-therapeutischen und theologisch-pastoralen Aspekten, München 1997.
- Fässler-Weibel, P. (Hg.): Gelebte Trauer. Vom Umgang mit Angehörigen bei Sterben und Tod, Freiburg (Schweiz) 1991.
- Fleming, J.: Death, dying and euthanasia: Australia vs. the Northern Territory, in: de Dios Vial Correa, J./Sgreccia, E. (Hg.): The Dignity of the Dying Person, Citta del Vaticano 2000, 355–366.
- Holderegger, A.: Das medizinisch assistierte Sterben, Fribourg 1999.
- Kissane, D./Street, A./Nitschke, P.: Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territories, Australia, in: The Lancet 352 (1998), 1097–1102.
- Pompey, H.: Sterbende nicht allein lassen. Erfahrungen christlicher Sterbebegleitung, Mainz 1996.
- Student, J. Ch. (Hg.), Das Hospiz-Buch, Freiburg ³1994.
- Virt, G.: Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes, Innsbruck 1998.
- Zimmermann-Acklin, M.: Euthanasie, Freiburg 1997.
- Zulehner, P. M.: Wege zu einer solidarischen Politik, Innsbruck 1999.