

Martin Hein

Menschenwürde am Lebensende – zwischen Hoffnung auf Lebensverlängerung und Freiheit zum Sterbenlassen

3. Hospiz- und Palliativtag im Werra-Meißner-Kreis, 9. November 2012, Hessisch Lichtenau.

I. Die Frage nach Leben und Tod

„Wenn das Leid, das wir tragen, den Weg uns weist / und der Tod, den wir sterben, vom Leben singt, / dann hat Gott unter uns schon sein Haus gebaut, / dann wohnt er schon in unserer Welt. / Ja, dann schauen wir heut schon sein Angesicht / in der Liebe, die alles umfängt“ (Evangelisches Gesangbuch 632,5).

So heißt es in einem der Lieder des Evangelischen Gesangbuchs. Kann der Tod „vom Leben singen“? Gewiss dürfen wir das nicht wörtlich von Sterbenden erwarten. Sterben kann äußerst schmerzvoll und dramatisch und fern aller Leichtigkeit sein. Aber es gibt die Beobachtung, dass sich im Sterben eines Menschen viel davon wiederfindet, was sein Leben ausgemacht hat, wie er es gelebt und für sich gedeutet hat. Und darum gibt es im guten Fall die Erfahrung, dass Menschen getröstet und im Frieden ihr Leben beschließen und es aus der Hand geben können.

Leben und Tod, Tod und Leben gehören zusammen. Und es ist, wollen wir uns nicht völlig abgebrüht und emotionslos gebärden, für unsere Einstellung zum Leben unentbehrlich, dass wir uns der Frage nach dem Sterben und nach dem Tod stellen. Lebenskunst und Sterbekunst sind die zwei Seiten derselben Medaille. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit unseres Lebens müssen wir allerdings so führen, dass sie dem Leben dient! Und das kann man nicht früh genug tun.

Die Frage nach Leben und Tod haben Menschen zu allen Zeiten gestellt. Und die Antworten auf diese Fragen sind einem geschichtlichen Wandel unterworfen. Sie sind unter anderem abhängig von gesellschaftlichen Wertvorstellungen, medizinischen Möglichkeiten und nicht zuletzt auch von wirtschaftlichen Ressourcen. Dieser Hinweis ist darum wichtig, weil auch die gegenwärtigen Diskussionen über Menschenwürde am Lebensende immer in Bezug auf aktuelle Rahmenbedingungen wie den medizinischen Fortschritt, unser Verständnis von Freiheit und die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems geführt wird.

Den Wandel in den Voraussetzungen, die zu den Fragen nach Leben und Tod führen, will ich kurz andeuten: Waren es für die Menschen des Mittelalters und der frühen Neuzeit meist Todesgefahren, die mit Seuchen oder Kriegen einhergingen, oft einen unvorhergesehen, unzeitigen, „jähem Tod“ mit sich brachten und deshalb die Angst vor dem Tod und der unvorbereiteten Begegnung mit Gott als dem strafenden Richter nährten, so sind es heute vor allem Fragen der menschlichen Eingriffsmöglichkeiten am Ende des Lebens, also Fragen der „Machbarkeit“, die uns zur ethischen Reflexion und zu einer eigenen Positionsbestimmung herausfordern. Und je nachdem, ob wir über unser eigenes Leben und Sterben nachdenken oder ob wir als Menschen mit ärztlicher, pflegender oder seelsorglicher Profession mit dem Leben und Sterben anderer Menschen zu tun haben, können die Antworten nochmals unterschiedlich akzentuiert sein.

„Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?“ So lautet die vielleicht bekannteste Frage des Heidelberger Katechismus. Es ist zugleich die entscheidende existenzielle Frage: Worauf verlasse ich mich, wenn es „drauf ankommt“? Die vom Heidelberger Katechismus vorgegebene Antwort lautet: „Dass ich mit Leib und Seele, sowohl im Leben als auch im Sterben, nicht mir, sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre [...].“ (EG 807).

Es ist eine altertümliche und sich nicht auf Anhieb erschließende Sprache, die der alte Katechismus spricht. Doch mich beeindruckt daran, wie es hier gelingt, in wenigen Worten die umfassende Gewissheit des Glaubens zu formulieren. Die Frage nach dem tragenden Grund im Leben *und* im Sterben bindet beides untrennbar zusammen: Leben und Tod.

II. Was kann und will evangelische Ethik leisten?

Welche Orientierung können Menschen angesichts einer sehr komplexen ethischen Fragestellung von den Kirchen erwarten? Wenn Ethik die Frage nach dem „guten“, d.h. sachgemäßen menschlichen Handeln und Verhalten zu beantworten sucht, kann es bei „christlicher Ethik“ nicht um eine Ethik ausschließlich für Christen gehen. Die Bestimmung „christlich“ benennt vielmehr die eigenen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der ethischen Reflexion, hält aber den Anspruch aufrecht, für alle Menschen gelten zu können.

Eine christlich begründete Ethik geht in den Fragen, die das Leben betreffen, vom Gedanken der Schöpfung aus: Gott ist der Schöpfer des Lebens. Dieser Gedanke steht nicht im Gegensatz zu dem, was etwa die Biologie über die Entstehung des Lebens, die Entwicklung der verschiedenen Arten und hier besonders des Menschen erforscht hat. Aber Leben bleibt trotz allem ein Wunder – christlich gedeutet: Es ist Ausdruck der liebenden Zuwendung Gottes zu dieser Welt. Menschliches Leben ist ein Geschenk, das unserer Verfügung im Grundsatz entzogen ist. Das Sterben gehört von Anfang an zu unserem Leben dazu.

Zugleich eröffnet der Gedanke unserer Geschöpflichkeit einen weiten Horizont, der in der Sprache der Bibel mit „Ebenbildlichkeit Gottes“ ausge-

drückt wird. Daraus leiten sich zwei für eine christlich begründete Ethik fundamentale Aspekte ab:

Zum einen folgt aus der „Ebenbildlichkeit Gottes“ die prinzipielle Würde jedes einzelnen Menschen – und damit auch sein Lebensrecht. Weitere Maßstäbe zur Beurteilung eines „Wertes“ von menschlichem Leben lehnt der christliche Glaube ab. Die Unterscheidung von wertvollem und weniger wertvollem, gar unwertem Leben verbietet sich! Nichts kann unserer Würde, die mit unserem Menschsein geschenkt ist, hinzugefügt oder weggenommen werden, auch nicht durch Behinderungen oder sonstige gesundheitliche Einschränkungen. Jeder einzelnen Phase menschlichen Lebens kommt diese Würde zu.

Daneben ergibt sich aus der Vorstellung der Ebenbildlichkeit der Gedanke der Verantwortlichkeit von uns Menschen gegenüber Gott, die unsere Freiheit stets begrenzt – auch die Freiheit gegenüber uns selbst. Unbegrenzte menschliche Autonomie gibt es nach christlichem Verständnis nicht.

Beide Bestimmungen, Geschöpflichkeit wie Ebenbildlichkeit, sind also Bestimmungen einer Beziehung: Sie bezeichnen unsere Beziehung zu Gott.

Trotz dieser hohen Einschätzung menschlicher Existenz hat eine christlich begründete Ethik ein sehr realistisches Menschenverständnis: Sie geht davon aus, dass wir mit Fehlern und Schwächen behaftet sind, die unser Verhältnis zu uns selbst, das Zusammenleben untereinander und unser Verhalten gegenüber der Natur belasten. Daran ändert sich trotz aller Optimierungen und Entwicklungsmöglichkeiten durch Erziehung und Bildung nichts. Unser mögliches Scheitern, Versagen und unsere Begrenztheit müssen stets mit bedacht werden. Theologisch beschreiben wir das mit dem Begriff „Sünde“. Deshalb ist für eine christlich begründete

Ethik stets der Gedanke ebenso wichtig, dass wir trotz verfehlten Handelns oder Verhaltens von Gott geliebt sind, dass uns „vergeben“ wird und wir die Chance zu einem Neuanfang erhalten. Auch diese Perspektive muss im Zusammenhang ethischer Überlegungen stets verankert sein.

Charakteristisch für den Ansatz einer spezifisch evangelischen Ethik ist die Hochschätzung der Gewissensentscheidung. Dafür hat Martin Luther bahnbrechende Einsichten bereitgestellt: Für ihn ist das Gewissen nicht autonom, sondern es ist das Hören auf das Wort Gottes und damit Inbegriff der Gottesbeziehung. Gewissensbildung beschreibt einen Wechselprozess von Vorgabe aus dem Wort Gottes und individueller, eigenverantworteter Aneignung. Das im Wort Gottes gebundene Gewissen befähigt uns, verantwortlich zu handeln.

Niemand kann uns ein ethisches Urteil abnehmen. Und einer Entscheidung, die wir im Gewissen für Recht erkannt haben, müssen wir unbedingt treu bleiben. Auch dafür steht Martin Luther. Gewissensentscheidungen können also bei verschiedenen Menschen angesichts ein- und derselben Situation unterschiedlich ausfallen – und darum unter Umständen sehr einsam machen!

III. Die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts

Der Segen der modernen Medizin ist völlig unbestritten. Zahlreiche Erkrankungen und Verletzungen, die noch vor einer Generation unweigerlich zum Tod geführt hätten, können heute so behandelt werden, dass Menschen nicht nur eine Chance auf ein längeres Leben, sondern auf eine weitgehende oder gar vollständige Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben.

Gleichwohl bringt der medizinische Fortschritt neue ethische Fragen und Probleme mit sich, die ich nur stichwortartig anreißen will:

Birgt eine medizinische Versorgung wirkliche Heilungschancen? Oder wird das Sterben nur verlängert, ohne dass die Lebensqualität noch gesteigert werden kann?

Wie verhält es sich mit den Wünschen und Wertmaßstäben des Patienten? Kennen ärztliches und pflegendes Personal diese Wünsche und Wertmaßstäbe? Und wie verhalten sie sich zu den eigenen Wertvorstellungen? Liegen sie dicht beieinander – oder weit auseinander? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für eine Behandlung?

Welche Rolle spielen eigentlich die Angehörigen von schwer kranken Patientinnen und Patienten? Versuchen sie Druck auszuüben, damit „alles Mögliche gemacht“ wird, auch wenn diese aus ärztlicher Sicht nicht mehr sinnvoll ist? Oder wollen sie verhindern, dass ihre Angehörigen „an Schläuche und Maschinen angeschlossen“ werden, obwohl dies aus ärztlicher Perspektive eine notwendige Maßnahme ist, die nicht nur Lebensverlängerung, sondern Genesung ermöglichen kann?

Moderne Medizin und Pflege kosten viel Geld. Die Debatte um Priorisierung oder gar Rationierung im Gesundheitswesen kommt bei uns erst allmählich in Gang. Das schürt bei manchem Ängste, ob nicht unausgesprochene wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen, wenn zu einer bestimmten Therapie geraten oder von ihr abgeraten wird.

Die Kernfragen lauten: Können wir zwischen dem medizinisch Machbaren einerseits und dem medizinisch Sinnvollen andererseits klar unterscheiden? Und: Können wir diese Entscheidung den Betroffenen gegenüber vertreten und vermitteln?

Es ist offensichtlich, dass die Ambivalenz des medizinischen Fortschritts dann besonders drängend wird, wenn es keine Aussicht auf Heilung mehr gibt, sondern die Frage nach dem Machbaren und dem Sinnvollen eine Abwägung zwischen Lebensverlängerung und Lebensqualität erfordert.

IV. Zwischen dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe und „Leben um jeden Preis“

In der Debatte um die Tötung auf Verlangen, die aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung wird immer wieder das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen betont. Dies kann aber, wie gesagt, nach meiner Auffassung keine absolute Geltung haben. Ich erinnere nur an die Situation von Menschen, die sich aus einer akuten Krise heraus zur Selbsttötung entscheiden. Manche werden gegen ihren Willen von ihrem eigenen Tod abgehalten. Meistens können sie nach ihrer Rettung und der Bearbeitung ihrer Probleme die Situation neu bewerten und sind dankbar für ihre Bewahrung. Dafür wurde ihr Selbstbestimmungsrecht allerdings vorübergehend verletzt.

Nehmen wir Selbstbestimmung ernst, dann gehört dazu eine echte Wahlmöglichkeit. Ein Schwerstkranker, dessen Zustand aussichtslos und dessen Leiden unerträglich ist, hat diese kaum. Das Verlangen nach Lebensbeendigung erscheint ihm als einzig gangbarer Weg. Wie würde er sich aber entscheiden, wenn sein Zustand zwar aussichtslos bliebe, sein Leiden aber erträglich wäre?

Auch muss gefragt werden, inwiefern das Selbstbestimmungsrecht eines schwerkranken Menschen frei ist von verborgenem Druck, der auf ihn einwirkt. Wir wissen alle, wie sehr Erwartungshaltungen aus unserem sozialen Umfeld unsere Entscheidung beeinflussen können und wie sich ein gesellschaftliches Klima darauf auswirkt. Ist ein Kranker wirklich frei in

seiner Entscheidung, wenn er die Angehörigen unter der Last seiner Krankheit leiden sieht, auch wenn sie ihm ein anderes Bild zu vermitteln suchen? Es hat Wirkungen, wenn Zuwendung fehlt oder wenn die hohen Kosten der medizinischen Versorgung oder der Pflege ständig öffentlich beklagt werden. Hier entsteht ein Druck zur „Selbstentsorgung“, dem man sich nur mit Mühe entziehen kann.

Könnte das Verlangen nach Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung nicht viel eher ein heimlicher Hilfeschrei nach Zuwendung und Liebe sein, nach Schmerzfreiheit und Geborgenheit in tragfähigen sozialen Beziehungen, nach seelischem und geistlichem Beistand auf dem schwersten Weg des Lebens?

Der gegenwärtig diskutierte Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums, der gewerbliche Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt, aber die Straffreiheit von nahestehenden Personen sicherstellen will, entgeht diesem Dilemma nicht: Gerade die Straffreiheit für nahestehende Personen – neben Familienangehörigen ist dabei auch an ärztliches und pflegendes Personal gedacht – kann den Eindruck erwecken, diese Art der Beihilfe zur Selbsttötung sei „normal“ und ethisch unproblematisch.

Ich will es abschließend noch einmal theologisch formulieren: Unser Leben bleibt eine Gabe Gottes, die in weiten Bereichen unserer Verfügung entzogen ist. Dieses Argument gegen die aktive Sterbehilfe muss aber auch von der anderen Seite her bedacht werden: Wenn das Leben eine unverfügbare Gabe Gottes ist, welche ethischen Grenzen gibt es dann im Blick auf das hinauszögernde Eingreifen in den Sterbeprozess eines todkranken Menschen?

V. Sterbenlassen als ethische Option

Hier gilt es, das „Sterbenlassen“ als eine ärztliche und pflegerische Handlungsmöglichkeit in den Blick zu nehmen, den Fokus also auf das zu richten, was wir als „passive Sterbehilfe“ bezeichnen. Ich bin davon überzeugt: „Sterbenlassen“ kann die Würde eines Menschen unter Umständen eher respektieren als eine weitere lebensverlängernde Behandlung. Und ich bin ebenfalls davon überzeugt, dass diese Option viel zu selten in den Blick genommen wird.

Das „Sterbenlassen“ als eine ärztliche und pflegerische Alternative einem Patienten anbieten zu können, setzt voraus, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten einerseits und den Behandelnden und Pflegenden andererseits besteht. Es setzt also idealerweise eine längere Patientenbeziehung voraus. Weil diese aber im Alltag häufig nicht gegeben ist, kann der Kontakt zum Hausarzt hilfreich sein. Das gilt insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen werden und anzunehmen ist, dass sie im Lauf ihrer Erkrankung erneut in eine lebensbedrohliche Situation kommen, in der sich die Frage nach einer erneuten Krankenhauseinweisung oder gar nach ihrer Reanimation stellt.

Die Situation ist komplex, das gestehe ich unumwunden zu. Jeder Pfarrer und jede Pfarrerin kennt die Bitte alter und kranker Menschen, am Ende zu Hause bleiben zu dürfen und nicht mehr in die Klinik zu kommen. Dabei spielen – auch das sei zugestanden – auch manchmal irrationale Ängste vor „Schläuchen und Maschinen“ eine Rolle. Aber wenn es dann zu einer Akutsituation kommt, rufen viele Angehörige eben doch den Notarzt, der im Zweifelsfall den Versuch einer Reanimation unternimmt – und handeln damit dem erklärten Patientenwillen zuwider.

Die Option der Sterbenlassens entspricht den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zu ärztlichen Sterbebegleitung vom 21. Januar 2011“, in

denen es heißt: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.“¹

Noch einen letzten Aspekt will ich nennen: Offensichtlich ist es so, dass es für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige, ärztliches und pflegendes Personal – deutlich schwieriger ist, eine begonnene Maßnahme wie die Beatmung wegen Aussichtslosigkeit zu beenden, als diese erst gar nicht einzuleiten. Auch dort, wo es rechtlich möglich und ethisch verantwortbar wäre, bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen zu beenden, wird dies zum Problem, sobald die Maßnahmen erst einmal eingeleitet wurden. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive sind jedoch der Verzicht auf eine Maßnahme und die Beendigung einer bereits begonnenen Maßnahme nicht grundsätzlich zu unterscheiden.

Vielleicht lässt sich manche ethische Konfliktsituation am Lebensende dadurch vermeiden, wenn nicht immer stillschweigend vorausgesetzt wird, dass jeder Patient mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auch alle Möglichkeiten nutzen will, die die moderne Medizin bietet.

VI. Die Kultur der Lebensdienlichkeit stärken: Palliativmedizin und Hospizbewegung

Auch am Ende des Lebens verliert die Frage, ob Interventionen der verschiedensten Art wirklich lebensdienlich sind, nicht ihre Berechtigung. An

¹ Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), A346-A348; hier: 346;
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf

dieser Stelle kommen für mich Palliativmedizin und Hospizbewegung ins Spiel.

Die moderne Palliativmedizin ist in der Lage, Schmerzen weitestgehend zu lindern und unnötiges Leiden zu verhindern. Soweit ich das beurteilen kann, liegen die konkreten Probleme in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender manchmal nicht an fehlenden Möglichkeiten palliativmedizinischer Versorgung, sondern in mangelndem Wissen der Betroffenen um diese Möglichkeiten. Veranstaltungen wie die heutige sind darum wichtig, weil sie das Wissen, welche große Bandbreite palliativmedizinischer Interventionen es gibt, multiplizieren.

In der Diskussion um die Sterbebegleitung ist unbestritten, dass die Werte und Einstellungen sowie die Bedürfnisse eines Menschen am Lebensende eine sehr hohe Priorität haben und bei allen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen berücksichtigt werden sollen. Das wird durch die Hospizarbeit – sei es die stationäre oder ambulante – wieder stärker ins öffentliche Bewusstsein gebracht. Und vor allem leistet die Hospizarbeit eine wichtige Unterstützung von Sterbenden und ihren Familien, wenn es darum geht, die letzte Lebensphase erträglich und menschenwürdig zu gestalten.

Doch ebenso wie die physischen und psychischen Bedürfnisse eines Menschen sind auch seine religiösen Bedürfnisse ernst zu nehmen. Seelsorgliche Angebote dürfen nicht vorenthalten werden, sollten jedoch behutsam und mit hoher Sensibilität für die Situation des Sterbenden eingebracht werden. Seelsorge ist eine zentrale Aufgabe von Pfarrerinnen und Pfarrern, aber auch eine Gabe, die allen Christinnen und Christen zugetraut ist. Auf das Hören, was einen Menschen in seiner letzten Lebensphase bewegt, das Gehörte – sofern das gewünscht ist – im Gebet vor Gott bringen, ein Bibelwort als Trost zusprechen, einen Menschen im Namen des dreieinigen Gottes segnen – dazu sind alle Christen befähigt.

Kurz zusammengefasst: Wenn es gelingt, einen Schwerstkranken möglichst schmerzfrei zu stellen und zugleich ein soziales Netz aufzubauen, das ihn trägt, dann kommt es erfahrungsgemäß nicht mehr zu dem Wunsch, lebensbeendende Maßnahmen einzuleiten. Sterbebegleitung statt Sterbehilfe – das bleibt die Aufgabe, die uns aus der Perspektive christlicher Ethik gestellt ist.

Und manchmal erleben wir es dann tatsächlich: „Wenn das Leid, das wir tragen, den Weg uns weist / und der Tod, den wir sterben, vom Leben singt, / dann hat Gott unter uns schon sein Haus gebaut, / dann wohnt er schon in unserer Welt. / Ja, dann schauen wir heut schon sein Angesicht / in der Liebe, die alles umfängt“ (EG 632,5).