

Sterbehilfe heute

Die folgenden pastoraltheologischen Betrachtungen und Vorschläge über Sterbehilfe heute beziehen sich vor allem auf die Situation der Seelsorger, der Schwestern, der Krankenpfleger, der Ärzte und aller, die sich sonst mit Schwerkranken beschäftigen in den Krankenhäusern der heutigen „christlichen“ Industrieländer, insofern sie mit der Aufgabe konfrontiert werden, den Schwerkranken zu einem christlichen Sterben zu helfen.

Es handelt sich also um praktische Richtlinien, die theoretisch aus dem theologischen Standpunkt über den Sinn des Todes und aus der Kenntnis der heutigen religiösen Lage abgeleitet werden. Dementsprechend wird erst der theoretische Rahmen mit besonderer Rücksicht auf die Wandlung der Zeiten skizziert, um dann mit besserer Begründung die praktische Thematik behandeln zu können. Im Umfang eines Artikels wird selbstverständlich nur eine konzentriert knappe und synthetische Darstellung der umfangreichen Probleme dieser Thematik möglich sein. Schließlich handelt es sich nicht um einen sekundären Gegenstand der Pastoraltheologie, sondern um die entscheidendste Begegnung zwischen Kirche und Mensch in der Stunde seiner Begegnung mit Gott¹.

1. Der Sinn des Todes aus theologischer Sicht

Aus der Theologie, d. h. aus dem Inhalt des christlichen Glaubens und der mit ihm innerlich verbundenen Vernunft, ergibt sich ein als immer gültig, unabhängig von Ort und Zeit verstandener, aus der im Grunde immerwährende Beziehung zwischen dem Wesen des Menschen und dem Wesen Gottes in der Heilsgeschichte (Schöpfung, Erlösung, Eschatologie, Kirche) abgeleiteter Sinn des Todes: Durch den Tod tritt der Mensch, ohne seine persönliche Identität zu verlieren (Unsterblichkeit der Seele), aus diesem irdischen Leben in die Vollendung, aus dem Halbdunkel und Halblicht des Glaubens (in speculo et aenigmate) in die Gegenwart Gottes, des Vaters allen Lichts, aus dem Exil (peregrinamur super terram) in das Vaterland (patria nostra in coelis est). Tod ist für den Christen nicht Vernichtung, sondern Übergang und verliert von dieser Seite die überspitzte Dramatik und untröstbare Traurigkeit, die er für jene haben muß „qui spem non habent“².

Diese Dramatik kehrt aber in einer weit größeren Intensität zurück, insofern für den Gläubigen der Tod nicht nur Übergang in das ewige Leben, sondern auch Untergang in den „zweiten“, ewigen Tod sein kann, wenn einer gegen Gott und den Menschen Stellung genommen hat und ohne Liebe zu Gott und dem Nächsten gestorben ist. Mit anderen Worten ist der Tod die Zeit der Entscheidung und der Ort, wo das Leben seinen letzten, wirklichen Sinn erhält: Der Sinn des Todes ist vor allem als Verwirklichung und konkrete Entscheidung des Sinnes eines gelebten Lebens zu verstehen³.

Diese äußerst ernste Tragik des Todes wird aber wieder vom Glauben, und zwar durch die Betonung der Barmherzigkeit Gottes und der Macht der Erlösung, durch die Erleichterung mittels der Krankensakramente (Beichte, Krankensalbung, Kommunion als Viaticum) gemildert und auf das menschliche Maß zurückgebracht. Man darf behaupten, daß die ganze Entwicklung der Theologie in bezug auf den Tod einer solchen Vermenschlichung entspricht, wodurch sie, ohne den theologischen Sinn des Todes (und mit ihm den Sinn des Lebens) aufzugeben, versucht, einer sich immer mehr von der Kirche entfremdenden Welt entgegenzukommen und sie retten zu können. Es sei erst von dieser Entfremdung etwas erwähnt, die den Kern der heutigen Situation ausmacht.

¹ Bolech P., Krankenseelsorge im Umbruch, Wien 1967, 15 ff.

² C. I. C. „Centrum informationis Camilliarum“, N. 77, Roma, 1976, 22 ff.

³ Roth G., Sterben des Menschen — menschliches Sterben, in Ordensnachrichten, Heft 92/93 (1976) 415—428.

2. Religiöse Entfremdung in den „christlichen“ Ländern und die heutige Situation

Besonders seit der Neuzeit haben in den christlichen Ländern jene Kräfte an Einfluß gewonnen, die dem theozentrischen Jenseitsbegriff eine anthropozentrische Diesseitsauffassung des Lebens entgegengesetzt haben. Besonders durch die Aufklärung, deren Wirkung in zwei Jahrhunderten die gesamte Bevölkerung des alten und neuen Kontinents erreicht hat, wurde der theozentrische Sinn des Todes als endgültige Entscheidung für oder gegen Gott (und dadurch für oder gegen die ewige Rettung des Menschen) entweder durch Skeptizismus oder durch Negation der persönlichen Unsterblichkeit mittels idealistischer oder materialistischer Ideologien und jedenfalls durch immer intensivere Konzentration auf diesseitige Lebenswerte verdrängt und in den Hintergrund verschoben.

Die Entwicklung der Wissenschaft und Technik, die Politisierung der aus ihrem Dorfleben entführten Massen, die Wirkung der Literatur, Kunst und Unterhaltung, der Beitrag der psychoanalytischen Psychologie zur Ausschaltung der Schuldgefühle und viele andere, an sich nicht negative, sondern aus dem Zeitgeist negativ wirkende Faktoren haben die Menschen immer mehr diesseitig und dadurch ihr Leben immer sinnloser gemacht. Heute sind wir mit dem nicht nur theologisch, sondern auch rein menschlich traurigen Ergebnis dieser Entwicklung (für viele Menschen, die weder sinnvoll leben noch weniger sinnvoll sterben können) konfrontiert: konsumistischer Materialismus einerseits, radikale, anarchistische Ablehnung aller ethischen Werte oder Flucht in Alkoholismus, Drogen und pseudomystische Selbstentleerung andererseits haben uns – wenn man dazu an die Bedrohung durch die Atomwaffen und die Umweltverseuchung, die demographische Explosion der Dritten Welt und die Ausschöpfung der Energiequellen denkt – an den Rand einer apokalyptischen Ära gebracht. Dieser Tatsachen sind sich viele nicht klar bewußt; sie leben in der wachsenden Alienation durch gesteuerte Massenmedien, bis sie plötzlich durch die Krankheit in den speziellen Raum des Krankenhauses eingeliefert werden.

Hier wird ihnen die beste Hilfe der Medizin angeboten und gleichzeitig der Weg zur Besinnung und Vorbereitung für einen christlichen Tod oft erschwert⁴. Das Krankenhaus ist nur Abbild der Gesellschaft, aus der es gestiftet und unterstützt wird. Darum sollte es nicht wundern, daß die Konfrontation mit dem Tod meistens verdrängt wird, daß die Medizin sich auf die Heilung des Körpers und die Bekämpfung der Schmerzen konzentriert, daß Verwandte und Personal dem Patienten jeden Schock ersparen möchten und dadurch ihm helfen wollen, so zu sterben, wie er gelebt hat, d. h. in der Alienation, ohne zu wissen, warum und wie er sterben sollte, wie er nicht wußte, wie und warum er hätte leben sollen⁵.

Es wäre aber ein Fehler, zu denken, daß die heutige Situation im Krankenhaus keine positiven Stützpunkte für eine wirksame Tätigkeit der Seelsorge bietet. Es gibt nicht nur eine beachtliche Zahl von Gläubigen, die im Grund trotz mancher Zweifel und Probleme der christlichen Auffassung des Lebens treu geblieben sind, sondern auch die angeblich irdisch denkenden und praktisch gottlos und kirchenlos gewordenen Menschen sind meistens nicht so radikal der religiösen Gesinnung abgewandt, daß sie nicht für eine gerade durch die Grenzsituation der Krankheit begünstigte Besinnung zugänglich wären.

Trotz aller religiösen Entfremdung bleiben besonders in den traditionell christlichen Ländern (von denen hier vor allem die Rede ist) Erinnerungen von der Schulzeit, dem früheren Familienleben und religiösen Erlebnissen, die erweckt werden können, und es bleibt immer, wenn auch verdrängt, jene Spiritualität des Menschen, die einen Sinn des Lebens und dadurch auch des Sterbens sucht, die nicht durch irdische Werte

⁴ Rütger B., *Das Krankenhaus und die Politik*, Stuttgart, 1973, 57 ff.

⁵ Bolech P., *Cordiaques et Cancéreux*, *Présence* Nr. 91–92, Champrosay 1965.

befriedigt werden kann. Übrigens sind auch in der säkularisierten und kranken Gesellschaft von heute die christlichen Werte nicht ganz abgestorben. Wenn von Würde des Menschen, von Freiheit und Gleichheit, von Solidarität und Hilfe gesprochen wird, bezieht man sich auf Werte der christlichen Tradition, deren religiöser Ursprung und religiöse Grundbedeutung wieder bewußt gemacht werden können.

Es gibt bisher wenige direkte Forschungen über die religiöse Gesinnung unserer Patienten, aber sie genügen, um einem radikalen Pessimismus — der jede pastorale Tätigkeit ausschließen würde — im Sinne des eben Gesagten jede Begründung zu entziehen. Z. B. hat Dr. Witzel in der medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg festgestellt, daß von den Sterbenden 61 Prozent an das Weiterleben nach dem Tod glaubten⁶. Ähnliche Ergebnisse wurden indirekt auch von der systematischen Forschung unter der Leitung von Elisabeth Kübler-Ross in Chicago erreicht⁷. Für eine pastorale Betrachtung dieses Problems wäre es unrealistisch, die heutige religiöse Entfremdung des Menschen zu ignorieren, aber es wäre noch unrealistischer zu vergessen, daß der Mensch im Grunde religiös ist und bleibt und daß seine Gottlosigkeit nur eben als Entfremdung zu verstehen ist.

Aus dieser Überzeugung heraus hat sich die Theologie, ohne die obenerwähnte Grundhaltung aufzugeben, immer mehr bemüht, den modernen Menschen zu verstehen und der pastoralen Praxis neue, der heutigen Zeit angepaßte Deutungen des Glaubensinhaltes zu bieten.

3. Theologischer Anschluß an die heutige Situation

Schon lange vor dem Konzil hat die katholische Theologie begonnen, die Theorie des Gewissens zu vertiefen und die subjektive von der objektiven Dimension zu unterscheiden. Dadurch war es möglich, die Differenz zwischen der objektiven Ungerechtigkeit des Unglaubens und Aberglaubens und des entsprechenden Benehmens der Menschen und dem subjektiven guten Glauben, der wesentlich für die Beziehung mit Gott und für die Rettung der Seele ist, aufrechtzuhalten. Daraus entstand jene positive Toleranz, die im letzten Konzil ihre erste feierliche Erklärung gefunden hat und den heutigen Ökumenismus ermöglicht. Für die pastorale Praxis mit den Kranken bedeutet diese Entwicklung die Möglichkeit der höchsten Rücksicht auf die subjektive Situation des Patienten auf religiösem Gebiet, d. h. die Rücksicht auf seine Freiheit, ohne Gefahr, in Konflikt mit dem Glauben zu geraten.

Besonders in den letzten Jahrzehnten, aber nicht ohne Vorgänger in der Vergangenheit, hat sich die Theologie mit den anders Denkenden und ihren Situationen gründlich beschäftigt, um vom theologischen Prinzip der „voluntas salvifica universalis“ Gottes ausgehend, die positiven Glaubensinhalte unter scheinbar ungläubigen Formen zu entdecken und zu fördern. So ist z. B. K. Rahner zu seinem Begriff des „anonymen Christentums“ gekommen. Dort, wo eine echte Nächstenliebe am Werk ist, dort ist auch die Gnade Gottes am Werk, und dort, wo die Gnade Gottes am Werk ist, ist auch die Erlösung Christi, das Christentum am Werk, auch wenn die Nächstenliebe unter anderen Namen und Bekenntnissen vorkommt. Dieser Begriff erlaubt dem Seelsorger z. B., einen echten Partner in einem scheinbar ungläubigen, aber opferbereiten Arzt und in vielen Patienten, die wirklich gute Menschen sind, „anonyme Christen“ zu sehen. Zusammengenommen ermöglichen die zwei erwähnten Entwicklungen die Vorstellung einer christlichen Begegnung mit Gott auch in den Fällen, in denen der Priester abgelehnt wird⁸.

⁶ Böckle F., Das Recht auf den eigenen Tod, Bonn - Röttgen 1973, 6.

⁷ Kübler-Ross E., On Death and Dying, New York 1969.

⁸ Bolech P., Krankenseelsorge im Umbruch, Wien 1967, 25 ff.

⁹ Schillebeeckx E., Die Sakramente im Plane Gottes, Referat beim Krankenseelsorgerkongreß in Verona 1966.

Es kann geschehen, daß jemand aus irriger Überzeugung und schlechter Information die Sakramente ablehnt, ohne eine gottfeindliche Haltung zu haben⁹.

Wenn man neben diesen zwei Punkten die gesamte Entwicklung der Theologie zur positiven Deutung des Hauptstrebens unserer Zeit, besonders auf dem Gebiet der Wissenschaft, dem sozialen Fortschritt, zu enger Beziehung und Kontinuität zwischen Diesseits und Jenseits, zu heilsgeschichtlicher christozentrischer Humanisierung des Menschen, zur Reform der religiösen Sprache usw. in Betracht zieht¹⁰, ergibt sich die Möglichkeit einer Konvergenz zwischen der christlichen Auffassung der Sterbehilfe und der gesunden humanen Bemühung, dem Menschen am Ende seines Lebens zu einem menschenwürdigen Tod zu helfen, einer Bemühung, die trotz aller obenerwähnten Entfremdungen immer und ehrlich bei vielen unserer Ärzte und Krankenschwestern festzustellen ist. Gerade aus diesem Konvergenzgedanken wird es möglich, eine praktische Sterbehilfe in der heutigen Situation zu entwerfen. Es wird möglich, den Übergang von der Theorie zur Praxis unter diesem Konvergenzprinzip der Hilfe zu gestalten.

4. Das Prinzip „Nächstenliebe“ als leitendes Prinzip der christlichen Sterbehilfe

Sterbehilfe bedeutet als christliches Prinzip nichts anderes, als dem Nächsten in seiner kritischen Situation der Todesgefahr zu helfen. Sie schließt in sich nicht nur den geistigen, sondern auch den körperlichen Beistand.

Die Nächstenliebe im Namen Gottes, als Gottesliebe im Nächsten ist das Grundgesetz des christlichen Glaubens und das praktische Ergebnis des gesamten theoretischen Inhalts dieses Glaubens. Wie aus Mt 25 klar zu sehen ist, bezieht sich das sowohl auf die körperlichen als auch auf die geistigen Nöte des Menschen, und dadurch schließt sie global nicht nur den Beistand des Seelsorgers, sondern auch den des Arztes, der Krankenschwester und aller, die sich um den Sterbenden bemühen, mit ein. Wenn der Seelsorger seine Hilfe in diesem Rahmen der Nächstenliebe sieht und in seinem Geiste auch die körperliche Hilfe des Krankenpersonals als wenigstens objektive und materielle Nächstenliebe, immer auf dem Grunde seines Glaubens an Gott, Christus und an den Menschen als Bild Gottes betrachtet, ergibt sich fast selbstverständlich die richtige Haltung am Krankenbett in der heutigen Situation.

Es wird erstens ein dreifacher Schlüssel zur Begegnung mit dem Patienten geboten:

a) Er sieht in dem Leidenden und Sterbenden einen Bruder, mit dem er sich identifizieren kann, und dadurch fühlt er sich nicht fremd und ist für die Entfremdung des Entfremdeten gerüstet.

b) Gerade aus dieser Liebe nimmt er die höchste Rücksicht auf die Freiheit und Empfindlichkeit, auf die subjektive Reaktion des Patienten („omnia suffert . . .“)¹¹.

c) Er wird hellhörig und taktvoll und weiß, daß es hier nicht um einen persönlichen Erfolg geht, sondern um Gottes Sache und um den Weg Gottes. Er begeht nie den Fehler, auch einen Ablehnenden als Verlorenen zu betrachten¹².

Vor allem aber wird durch dieses Prinzip die erwähnte potentielle Konvergenz zwischen christlichen und säkularen Begriffen der Krankenhilfe möglich. Auch auf säkula-rem Gebiet will man dem Patienten helfen, damit sein Tod möglichst hinausgeschoben und jedenfalls erträglicher wird. Auch der Arzt versteht sich im Grunde als im Dienst des Patienten stehend. Divergent bleibt nur die oft verschiedene religiöse Grund-auffassung. Aber diese schließt nicht eine praktische Konvergenz aus, wenn der Arzt sich auch um eine psychologische Hilfe kümmert und die wirksame Mitarbeit einer menschlich intelligenten Seelsorge begrüßt. Es liegt auf der Hand, wie ein jede Hilfe

¹⁰ Casanova G., Das Gespräch der Kirche mit der Welt, Wien 1965, Cap. 6.

¹¹ 1 Kor 13, 1 ff.

¹² Bolech P., Krankenseelsorge im Umbruch, Wien 1967, 65 ff.

schätzender Seelsorger den Rahmen einer Mitarbeit, um dem ganzen Menschen zu helfen, schaffen kann (*caritas omnia comprehendit — pneumatikos intelligit omnia!*). Von dieser Grundhaltung ausgehend, scheint es jetzt nicht schwer, auf die konkreteren Probleme der heutigen Sterbehilfe überzugehen.

5. Das Problem der Euthanasie

Die Differenz und gleichzeitig die Konvergenz zwischen der christlichen und der säkularen Auffassung der Sterbehilfe ist klar aus der öfters diskutierten Frage der Euthanasie hervorgegangen. Obgleich in den Ländern, wo das pragmatische Denken herrscht (z. B. in England), die Auffassung vertreten wurde, daß es erlaubt sein sollte, die zustimmenden Patienten von einer unheilbaren Krankheit durch einen ärztlichen Tod („aktive Euthanasie“) zu befreien, hat sich besonders in traditionell katholischen Ländern noch die Meinung durchgesetzt, daß nie der Tod direkt herbeigeführt werden darf¹³. Besonders haben sich viele Ärzte gegen die aktive Euthanasie gewehrt, die sie als dem hippokratischen Eid und dem Ethos ihres Berufes entgegengesetzt empfinden. Im Gegenteil, im Einklang mit der Kirche und der Theologie hat sich die Meinung durchgesetzt, daß es erlaubt und ratsam sei, durch schmerzstillende Mittel die Qual des Sterbens zu lindern, auch im Fall einer indirekt folgenden Verkürzung des Lebens. Mit Recht erinnert K. Rahner daran, daß durch die Bekämpfung der Schmerzen der Freiheit, dem Bewußtsein und schließlich dem menschenwürdigen und christlichen Tod des Menschen geholfen wird¹⁴.

Aus demselben Prinzip der Hilfe ist man fast einstimmig der Meinung, daß es nicht richtig ist, tief bewußtlose und zugleich hoffnungslose Patienten mit künstlichen Mitteln, besonders mit technisch ersetzten Körperfunktionen am Leben zu erhalten. Das wäre nicht eine Verlängerung des Lebens, sondern eine Verlängerung des Sterbens. Sie kann nicht als Nächstenliebe aufgefaßt werden¹⁵. Wer möchte künstlich in diesem Zustand erhalten werden?

Es bleiben Probleme offen besonders über die gesetzliche Formulierung und die konkrete Entscheidung: Wer sollte entscheiden, ob man mit einer künstlichen Verlängerung aufhören darf und was zu tun ist im Fall, daß die Hilfsmittel nicht dem Bedürfnis entsprechen und unter vielen nur einigen geholfen werden kann (wie es bei einer Katastrophe der Fall sein kann)? Man neigt in Laienkreisen dazu, die ganze Verantwortlichkeit dem Arzt zu übertragen. Man vergißt, daß der Arzt nur ein Delegierter der Gesellschaft für die Heilung der Menschen ist. Das ist wieder ein Beweis der Impotenz dieser offiziell gottlosen, neutralen und pluralistischen Gesellschaft und des entsprechenden Staates, über letzte Dinge zu entscheiden. Trotzdem ist gerade in dieser Diskussion der noch lebende christliche Geist und die Konvergenz der menschlichen mit der göttlichen Auffassung des Todes sichtbar¹⁶.

6. Das Problem der Wahrheit am Krankenbett

Die zweite Frage, wo die Divergenz und Konvergenz der religiösen und säkularen Auffassung des Sterbens klar werden kann, ist die Frage, ob und wie, wann und von wem dem Schwerkranken die Wahrheit über seinen Zustand mitgeteilt werden sollte. Ob es eine objektive Pflicht dazu und ein Recht auf bewußtes Sterben gibt und wie dieses Recht ohne psychologisch-medizinischen Schaden vollzogen werden kann. In traditionell-katholischen, aber auch in orthodox-evangelischen und existentiell denkenden Kreisen wird das Recht und die Pflicht zur Wahrheit ohne Ausnahme vertre-

¹³ Demartini Grete: Die Presse (Wien), 15./16. März 1975, 19.

¹⁴ Rahner K., StdZ 1971, 34 ff.

¹⁵ Rahner K., StdZ 1975, 34: Der Kranke hat ein Recht auf möglichst viel Freiheit, und die Sterbehilfe zur „wahren Euthanasie“ sollte als Hilfe für diese Freiheit verstanden werden.

¹⁶ Vgl. Virt G., Sterben auf Verlangen? ThPQ 125 (1977) 129–143. Engelmeier M.-P., Sterbehilfe. ThPQ 124 (1976) 336–349.

ten: Der Sterbende soll wissen, daß er stirbt, damit er sinnvoll sterben kann¹⁷. Psychologen und Ärzte neigen hingegen dazu, dem Patienten diese Wahrheit zu verschweigen, damit er nicht schockiert wird, nicht die notwendige Hoffnung auf die Heilung verliert, damit sein Tod nicht erschwert wird¹⁸. Beide wollen den Menschen helfen, aber für die ersten ist die religiöse Bedeutung des Todes, für die zweiten die gesunde Form des Sterbens wichtiger. Wenn aber die Situation näher betrachtet wird, scheint diese Divergenz nicht unversöhnlich zu sein. Erstens gibt es viele Patienten, die bereit sind, die Wahrheit zu wissen und denen sie oft schon vor einer „offiziellen“ Mitteilung ihrer Lage bewußt wird. Zweitens: kann man in den Fällen, wo man eine negative Reaktion fürchtet, behaupten, daß das religiöse Interesse des Patienten durch eine Mitteilung gefördert werden kann? Gilt hier nicht die Auffassung von K. Rahner¹⁹, daß die Entscheidung auch in anderen Formen stattfinden kann, d. h. daß nicht immer durch eine ausdrückliche Mitteilung der Wahrheit (religiös) geholfen wird? Mit anderen Worten: man darf das Prinzip aufstellen, wo eine negative Reaktion zu erwarten ist, dort trifft man auf Unverständnis, und dadurch ist die „Wahrheit“ schädlich²⁰. Tatsächlich konvergiert die intelligente, für die Freiheit des Patienten rücksichtsvolle Haltung mit dem medizinischen Verlangen, daß der Mensch schockfrei sterben sollte. Hier konkretisiert sich das Gebot der Nächstenliebe in der Bemühung, die religiöse Hilfe mit menschlicher und dadurch auch wirklich wirksamer Rücksicht zu bieten.

So verlagert sich das theoretische Problem in das praktische: wie kann man einem Patienten, der es noch nicht weiß, eine Wahrheit mitteilen, vor der er sich fürchtet? Durch wen, wann und wie sollte diese Mitteilung unternommen werden²¹?

Hier wurde schon vieles untersucht und mit dem im Grunde nach dem Gesagten eindeutigen Ergebnis, daß nur nach dem hellhörig verstandenen Wunsch des Patienten entschieden werden darf, von wem er die ihn so persönlich treffende Wahrheit hören will²². In der Tat ist er bereit, diese Wahrheit nur von jemandem zu hören, dem er vertraut, weil er sich von ihm als Mensch angenommen fühlt. Das kann der Geistliche, der Arzt, ein Verwandter, eine Krankenschwester oder ein Freund sein²³. Selbstverständlich ist das nur bei längeren Krankheiten möglich. Wo es sich um plötzliche Unfälle handelt, kann nur einer, der den Patienten gut kennt und von ihm geschätzt wird, diese Verantwortlichkeit auf sich nehmen. In den Fällen, wo eine positive Wirkung sehr unwahrscheinlich ist, sollte eine ausdrückliche Mitteilung aus den oben angeführten Gründen unterbleiben. Es ist auch selbstverständlich, daß, wenn der Patient als tiefgläubiger Mensch bekannt ist und vor allem, wenn er im Kreis von praktizierenden Christen gelebt hat, die Mitteilung der Wahrheit keinen unerträglichen Schock bewirken kann, und zwar aus dem einfachen Grund, weil die mit dem Glauben

¹⁷ Rahner K., *StdZ* 1975, 34, schreibt: Der Mensch sollte „möglichst ‚bewußt‘ sterben. Er sollte den Tod nicht nur erleiden, sondern auch in Freiheit tun. Er hat darum das Recht zu wissen, daß und wann er sterben muß.“ Und weiter: „Weil und insofern der Tod (das Sterben) eine ausgezeichnete Situation der Freiheit im theologischen Sinn ist, hat der Mensch ein Recht, sogar in etwa eine Pflicht, die Sterbesituation so zu gestalten, daß auch in einem empirischen Sinn möglichst viel Freiheitsmöglichkeit gewahrt wird.“ Der theologische Begriff der Freiheit nach Rahner ist „die Möglichkeit der totalen und endgültigen Selbstverfügung des Freiheitssubjektes über sich selbst und sein Leben als eines und ganzes“ (32).

¹⁸ Bowers M., *Wie können wir Sterbenden beistehen*, München 1971, 103 ff.

¹⁹ Rahner K., a. a. O.

²⁰ Bolech P. / Huber H., *Die Kommunikation der Wahrheit am Krankenbett in „Arzt und Christ“* 22 (1976) 97–102.

²¹ Bolech P. / Huber H., ebd. 99.

²² Prest A. R. L., *Die Sprache der Sterbenden*, Göttingen 1970.

²³ Vgl. hierzu die Bücher: *Sporken P.*, *Darf die Medizin, was sie kann?* Düsseldorf 1971; *Menschlich sterben*, Düsseldorf 1973; *Häring B.*, *Etica medica*, Roma 1972; *Bowers M.*, *Wie können wir Sterbenden beistehen?* München 1971.

verbundene religiöse Hoffnung dazu helfen wird, auch die Möglichkeit eines nahen Todes mit Ergebung zu akzeptieren.

Es ergibt sich also, daß nur dann die Wahrheit mitgeteilt werden soll, wenn sie mit Hoffnung verbunden werden kann. Dies bildet auch die Basis zur Zusammenarbeit zwischen Seelsorger und Arzt: beide stimmen über das Prinzip Hoffnung überein, der Arzt wird eine religiöse Hoffnung begrüßen, insofern sie den Tod subjektiv vermenschlicht, und der Seelsorger wird nicht durch die Mitteilung der Wahrheit die menschliche Hoffnung der Heilung völlig und direkt ausschließen. Es genügt, von der Möglichkeit eines baldigen Sterbens zu sprechen. Selbstverständlich ist nur der Arzt zuständig, diese medizinische Möglichkeit festzustellen, und so wird es hier sichtbar, wie wichtig es ist, die Konvergenz zu betonen, die auch heute eine ehrliche Mitarbeit am Krankenbett ermöglichen kann.

7. Das Problem des religiösen Kontaktes mit dem Schwerkranken

Die Mitteilung der Wahrheit ist ein zentraler Punkt der religiösen Krankenhilfe. Sie verlangt einerseits den Kontakt mit dem Patienten als Vorbereitung und ermöglicht andererseits den Empfang der Krankensakramente. Bevor man etwas von dem letzteren in der heutigen Situation sagen kann, muß man im Rahmen des bisher Gesagten die Bedingungen und Wege des ersteren besprechen.

Die erste Bedingung für den religiösen Kontakt mit dem heutigen Patienten ist die menschliche und religiöse Persönlichkeit des Seelsorgers (oder seines Helfers). Er sollte einerseits selbst gläubig, liebevoll und theologisch vorbereitet sein und andererseits aus seinem religiösen Standpunkt selbst menschlich²⁴, aufgeschlossen, fähig, die anderen Menschen in ihrer Situation zu verstehen, darum auch der heutigen kulturellen, sozialen und psychologischen Lage kundig: gleichzeitig ein Mann Gottes und ein Mann der Welt – im Grunde nach dem Modell Christi eine lebendige Brücke zwischen Himmel und Erde . . .

Gibt es eine solche Persönlichkeit, wird sich der Kontakt fast automatisch ergeben. Es würde sich eine spontane Sympathie bilden zwischen dem im Grunde Hilfe und Trost brauchenden Kranken und diesem verständnisvollen Menschen, der sich gleichzeitig mit der Lage des Leidenden identifizieren und sie aus seiner religiösen Gesinnung mitertragen kann. Dann sollte auch die Kommunikation durch das Wort – aber auch eine schweigende Kommunikation ist möglich – ohne große Schwierigkeit zustande kommen. Der Patient weiß bald, daß er von diesem Menschen nicht zurückgewiesen wird, wenn er ihm seine tiefsten Sorgen und verdrängten Schuldgefühle mitteilt, er weiß, daß er von ihm irgendwie eine positive Antwort bekommen kann, und sieht fast durch seine menschliche Haltung die Gegenwart eines Hoffnung gebenden Gottes durch. Es ist auch nicht notwendig, daß man direkt, besonders in der ersten Phase, ausdrücklich über religiöse Themen spricht²⁵. Jedes Thema, vor allem die Gesundheit des Patienten, die kleinen Erlebnisse seines Tages oder die Erinnerungen an seine Familie, seinen Beruf oder auch allgemeine Themen über Gesellschaft und Kultur, sind gut, um den Kontakt zu fördern. Der Wunsch eines neuen baldigen Besuches ist das beste Zeichen, daß der Kontakt schon hergestellt worden ist.

Sehr wichtig ist ein freundlicher Umgang des Seelsorgers mit den Ärzten und Krankenschwestern sowie mit den Besuchern, damit eine positive Atmosphäre für den Kontakt hergestellt werden kann. Viele Patienten, ihrer gewohnten Umwelt entrissen, schließen sich von den Mitpatienten ab, werden aber langsam der neuen „Gemeinschaft“ zugänglich, und am Ende finden sie auch den Besuch eines Geistlichen annehm-

²⁴ *Sporken P.* schreibt in „Umgang mit Sterbenden“, Düsseldorf 1973: „Pastorales Gespräch setzt menschliches voraus.“ Vgl. auch *Haschek P.*, Das Gespräch am Krankenbett, 75 ff, und *Bolech P.*, Der Krankenbesuch, 65 ff, bd. in Krankenseelsorge im Umbruch, Wien 1967.

²⁵ *Sporken P.*, Umgang mit Sterbenden, Düsseldorf 1973, 36.

bar, wenn dieser sich zwanglos als einen Teil des Krankenhauses darstellen kann. Entgegen dieser christlichen Selbstverständlichkeit steht jede bürokratische Maske²⁶, hinter der sich die Kälte der Lieblosigkeit und der Zweifel und die Angst des Kleingläubigen vor dem Tode verbirgt. Es wird in diesem Zusammenhang von den verschiedenen Phasen der psychologischen Reaktionen des Patienten (Regression in die Kindheit, Aggression, Flucht in die Aktivität, Depression usw.²⁷) gesprochen; man könnte auch zu verschiedenen Hilfsmitteln greifen (Bücher und Blätter, Musik, Gebetsgruppen etc.), aber die Situationen sind bei den einzelnen so verschieden, daß man keine allgemeine Weisung geben kann. Im Grunde ist immer die Grundhaltung des Seelsorgers und seiner Mitarbeiter entscheidend, und es wäre ein Fehler, durch eine Überspezialisierung der Gestaltung des Krankenlebens aus dem Krankenhaus eine separate Welt mit Gefahr einer entsprechenden Sucht (man lese z. B. den „Zauberberg“ von Thomas Mann über die Atmosphäre eines Lungenkrankenhauses und man vergleiche es mit der „Krebsstation“ von Solschenizyn!), eine Welt für sich zu machen und zu vergessen, daß das Krankenhaus nur ein Teil der großen Menschengemeinschaft und nur ein Ort des Überganges ist.

8. Die Krankenliturgie

Die Liturgie ist Teilnahme am kirchlichen Leben in ihrer direkten Beziehung zu Gott durch Gebet und Wort, durch Vermittlung der Gnade durch die hl. Sakramente. Bei den Kranken handelt es sich vor allem um das Gebet und die Krankensakramente (Beichte, Kommunion, Krankensalbung). Das 2. Vatikanum nennt die Liturgie die Fortsetzung des Erlösungswerkes Christi in allen Zeiten. Die Aufgabe der Boten Christi ist nicht nur, die einstige Heilstat des Herrn zu verkünden, durch die wir gerettet und in das Reich des Vaters versetzt wurden, „sondern auch das Heilswerk, das sie verkünden durch Meßopfer und Sakramente, um welche sich das liturgische Leben rankt, zu üben“²⁸.

Aus dem bisher Gesagten zur Konkretisierung des Geistes der Nächstenliebe zum Dienst an den Kranken in der heutigen Situation ergibt sich, daß die Krankenliturgie nur dort praktiziert werden darf, wo der Glaube vorausgesetzt werden kann. Es ist theologisch besser, ein Vaterunser am Sterbebett eines Patienten zu beten, als ein Sakrament einem Menschen zu spenden, der keine Beziehung und kein Verständnis dafür hat²⁹. Auf jeden Fall, wo der Glaube vorhanden ist oder die Möglichkeit besteht, den oft verdrängten Glauben – manchmal primitiv – zu wecken, sind die Krankensakramente echte Hilfe für diese Menschen³⁰.

Die liturgische Erneuerung ist einer der größten Erfolge des 2. Vatikanums und bietet dem Seelsorger ein unerschöpfliches geistiges Gut am Krankenbett³¹. Von hier aus gesehen, kommt der Teilnahme der Kranken an der Liturgie eine eminente Bedeutung zu, aus der sie einen ungeheuren Gewinn und wirkliche Hilfe in ihren geistigen und leiblichen Nöten bekommen können.

²⁶ Vgl. hierzu: Masken als Abwehrmechanismen in Bowers M., Wie können wir Sterbenden beistehen? München 1971, 59 ff.

²⁷ Sporken P., Umgang mit Sterbenden, Düsseldorf 1973, 38 ff.

²⁸ 2. Vatikanum, Konstitution über die Liturgie „Sacrosanctum Concilium“, 6.

²⁹ Rahner K., StDZ 1975, 36: Man darf nicht „die Schwäche des Kranken ausnützen, um ihm einen religiösen Vollzug seines Sterbens überzustülpen, den er konkret nicht existentiell vollziehen kann und der somit für sein ewiges Heil auch nichts beiträgt.“

³⁰ Rahner K., ebd. 37: „Natürlich kann es in einer solchen Situation (wo der Glaube verdrängt ist) gelingen, eine alte, im Leben des Sterbenden weit zurückliegende sakramentale Praxis ohne große Schwierigkeit wieder aufzuwecken, so daß das sakramentale Geschehen in seiner Greifbarkeit und Eindeutigkeit den Akt der Ergebung in das Sterben als Verfügung Gottes in Hoffnung erleichtert und festigt.“

³¹ Schwarzenberger R., in „Arzt und Christ“ 21 (1975) 199–201. Zur Beurteilung der Neuordnung der Krankensalbung verweist er auf ein Wort von Prof. Knauber, dem Fach-

Das Konzil sagt dazu: „Durch die Krankensalbung und durch das Gebet der Priester empfiehlt die ganze Kirche die Kranken dem leidenden und verherrlichten Herrn, um sie zu erleichtern und zu heilen. Ferner mahnt die Kirche die Kranken, daß sie sich mit dem Leiden und Sterben Christi willentlich (libere) vereinen und so zum Wohle des Volkes beitragen³².“ An vielen Stellen der Konstitution über die Kirche werden die Christen ermuntert, dem Bilde des Herrn gleichzuwerden, der für uns Genugtuung geleistet hat, im eigenen Fleisch zu ergänzen, was an seinem Leiden noch aussteht, die Beschwerden des Lebens zu einem geistigen Opfer zu machen, mit allen Gliedern des mystischen Christus zusammen Sühne zu leisten.

Die liturgische Feier erlöst den Kranken aus seiner Einsamkeit, holt ihn gleichsam heim in die große Gemeinschaft des Volkes Gottes. Noch mehr: der Kranke, der sich als unnütz ansieht und sich beklagt, daß er abgestellt sei, wird geradezu in die Mitte der Welt gerückt, genau an jene Stelle, wo Kreuz und Altar stehen, wo sich allein Heil der Welt ereignet. Weil die Gnade nicht mehr um der Großtaten willen gegeben wird, sondern um der größeren Liebe willen, die zur Passion gehört, leuchtet dem Kranken durch die Teilnahme an der Liturgie ein neuer Daseinssinn und neue Existenzberechtigung auf. Das tröstet und hat heilsame Wirkung.

9. Sterbehilfe als Lebenshilfe

Denkt man an die kurz besprochene Thematik zurück, zeigt sich als Ergänzung des vorgeschlagenen Weges der Begegnung des Glaubens mit dem heutigen Menschen am Sterbebett neben der Konvergenz und Mitarbeit zwischen religiösen und säkularen Methoden der Sterbehilfe auch die Möglichkeit einer Bestätigung des Glaubens, und dadurch könnte auch ein inneres religiöses Erlebnis in den Helfenden entstehen, das zum Heil dieser Menschen beitragen kann; in der Bemühung, dem Sterbenden zu helfen, helfen die „Gesunden“ sich selbst. Aus der Todeshilfe wird eine Lebenshilfe! In der Tat kann der Glaube des helfenden Seelsorgers und seiner Gemeinschaft durch die Wirksamkeit des am Sterbebett gespendeten Trostes bestätigt werden: sieht man, wie der Mensch bereit ist, in der Hoffnung zu sterben, kann man nicht umhin, den eigenen Glauben und die eigene Hoffnung als wirklichkeitsnahe, als dem heutigen Menschen entsprechend zu betrachten.

Aber auch dem „ungläubigen“, geistig verworrenen Menschen der heutigen Gesellschaft wird gerade in dieser Grenzsituation auffallen, daß letztlich nur die religiösen Werte fähig sind, dem Menschen dort zu helfen, wo weder Wissenschaft noch Technik etwas sagen können. So wirkt der Tod selbst durch die Liebe heilend und rettend. Wie am Kreuz entsteht das Leben durch den Tod, durch die Vermittlung der Liebe.

Es fehlt hier der Raum, diesen Gedanken zu entwickeln. Man darf aber behaupten, daß gerade in dieser Ergänzung zwischen Theorie und Praxis, zwischen Glauben und Wirksamkeit im Dienst des Menschen der Weg zu einer Erneuerung der Sterbehilfe und vor allem des Bewußtwerdens ihrer Bedeutung liegt. Besonders würde sich die enge Beziehung zwischen der Stellung zum Tode und der Stellung zum Leben klären. Es gilt immer der alte Spruch der Weisheit: man kann nicht richtig leben, wenn man nicht richtig sterben kann, und umgekehrt. Das bedeutet ferner, daß die theologische Sichtung des Todes und des Lebens für die menschliche unentbehrlich ist und daß das Problem der Sterbehilfe nicht nur ein „Spezialgebiet“ der Seelsorge oder eine Aufgabe der Medizin, sondern ein zentrales Anliegen der ganzen Gesellschaft darstellt.

bearbeiter der neuen deutschsprachigen Ausgabe der Feier der Krankensakramente: „Zweifelloos ist der neue Ordo zuinnerst von dem Anliegen erfüllt, die bisherige Praxis und Doktrin der sogenannten ‚Letzten Ölung‘ von ihrer mittelalterlichen Engbrüstigkeit zu befreien und mit dem Ziel eines von Grund auf erneuerten biblisch-liturgie-theologischen Verständnisses vom ‚Sakrament der Kranken‘ einen neuen Weg einzuschlagen.“

³² 2. Vatikanum, Konstitution über die Kirche „Lumen Gentium“, 11; Röm 8, 17; Kol 1, 24; 2 Tim 2, 11–12; 1 Petr 4, 13.