

ALFONS RIEDL

Seinen Tod sterben dürfen. Zur Diskussion um die Sterbehilfe

Die Angst, durch die „apparative Medizin“ einmal an seinem natürlichen Tod gehindert zu werden, ist heute offenbar groß und weit verbreitet. Alle geäußerte Befremdung gegenüber der niederländischen Gesetzesänderung zugunsten begrenzter Euthanasiehandlungen darf darüber nicht hinwegtäuschen. Wer deshalb – mit guten Gründen – in einer Tötung auf Verlangen oder aus Mitleid keine ethische und menschenwürdige Problemlösung zu sehen vermag, darf die Antwort auf diese Ängste nicht schuldig bleiben. Sie sind aufgehoben in jenem Umgang mit Sterbenden, der diesen den Tod, der zum Leben gehört, nicht mit allen Mitteln streitig macht, sie vielmehr auf ihrer letzten Wegstrecke Hilfe und Zuwendung erfahren läßt. Dies bedingt allerdings, den vielfach verdrängten Tod wieder ins Leben zurückzuholen. – Der dem nachstehenden Beitrag zugrundeliegende umgreifende Ansatz will unter Absehung von medizin-ethischen Detailfragen diese größeren Zusammenhänge bewußt machen. Der Autor ist Professor für Moralthologie an der Theologischen Fakultät in Linz. (Redaktion)

1. Der „gute“ Tod: *Anspruch und Verpflichtung*

Die Frage, wie man sterben möchte,¹ konfrontiert mit der sperrigen Wirklichkeit des Todes, die noch immer weithin aus dem individuellen und öffentlichen Bewußtsein verdrängt wird, obschon man inzwischen die Tabuisierung, Marginalisierung, Privatisierung, Professionalisierung und

Hospitalisierung des Sterbens kritisch wahrnimmt und zunehmend thematisiert. Umgekehrt prägt die vielfältige Konfrontation mit dem Tod jene (eher unbewußte) Wunschvorstellung in bezug auf das Wie, das heißt das So und So-nicht des eigenen Sterbens.

Tatsächlich ereignet sich ja der allen Menschen auferlegte Tod sehr unterschiedlich: plötzlich und in einem Moment, ja sogar im Schlaf (und gerade dieser Wunsch nach einem Sterben ohne bewußte Erfahrung und Auseinandersetzung, ohne Schmerzen und ohne Angst wird immer wieder geäußert), oder aber auf dem Weg über eine längerdauernde quälende Krankheit, wiederholte Zusammenbrüche und einen schweren Todeskampf.

Wo eine wünschenswerte Besserung nicht mehr in Aussicht steht und der Tod unabwendbar ist, werden Ängste und Schmerzen, die ein Sterbender durchzumachen hat, als besonders bedrückend und widersprüchlich empfunden. Man wünscht ihm in dieser Endphase – unbeschadet aller Trauer über den bevorstehenden Abschied – einen möglichst kurzen, leidarmen und friedvollen Sterbeprozess. Der unabwendbare Tod soll wenigstens ein soweit als möglich sanfter, „guter“ Tod sein.

Dieser Wunsch der Sterblichen und Sterbenden, in dem sich ein Anspruch artikuliert, erscheint als Verpflichtung

¹ Der in der Magazin-Beilage der „Frankfurter Allgemeinen“ an namhafte Persönlichkeiten gerichtete Fragebogen enthält auch die Frage: „Wie möchten Sie sterben?“

für jene, die auf dieses Sterben in irgendeiner Weise Einfluß zu nehmen vermögen. Demgemäß hat die „Sterbehilfe“ als Sorge und Bemühung, diesen guten Tod zu ermöglichen, unstreitig als eine Grundforderung der Humanität und der Nächstenliebe zu gelten. Die mitmenschliche Zuwendung und Hilfe kann den Bereich des Sterbens und die Not der Sterbenden nicht nur nicht übergehen, sondern ist hier sogar in besonderer Weise gefordert.

2. Das Sterbegeschehen als ethische Herausforderung

Die Maßnahmen solcher Sterbehilfe unterscheiden sich allerdings grundsätzlich in Hilfen beim (oder im) Sterben und „Hilfen“ zum Sterben. Die erstgenannte Kategorie, zu der die medizinische Versorgung, die Linderung der Schmerzen, die pflegerische Betreuung sowie die menschliche Nähe und Zuwendung gehören, steht, wenn man einmal von der speziellen Frage der medizinischen Interventionen absieht, generell außer Streit.

Die entscheidende Frage bezieht sich darauf, ob das Ethos der Sterbehilfe auch Maßnahmen gebietet oder doch rechtfertigt, die gezielt den Tod herbeiführen, um den unumkehrbaren und qualvollen Sterbensprozeß abzukürzen, anstatt ihn seinen trotz des Einsatzes der Medizintechnik schließlich nicht mehr aufzuhaltenden natürlich-biologischen Abläufen zu überlassen, wobei sich die Frage noch schärfer für jene Situation stellt, in welcher der Patient selber den Wunsch nach einer

direkten Beendigung dieses seines Lebens äußert. Auch wer die Idee der Mitleidstötung (nicht-entscheidungsfähiger Personen) – insbesondere wegen der Dehnbarkeit der Grenzen und der Untergrabung des Vertrauens – zurückweist, kann sich gleichwohl auf die Überlegung einer ethisch verantwortbaren „Tötung auf Verlangen“ oder „Beihilfe zur Selbsttötung“ einlassen.

Diese Überlegungen und Positionen haben in jüngster Zeit auf breiter Ebene eine Aktualisierung erfahren. Der Grund dafür liegt auf den ersten Blick in der Ambivalenz des medizinischen Fortschritts, insofern es zumal durch den Einsatz der Technik mehr und mehr möglich ist, den Tod aufzuhalten, ohne dabei zugleich einen Gewinn an Leben zu erzielen. Dies erweckt offenbar in vielen Zeitgenossen die Angst, einmal den – wenn auch in bester Absicht eingesetzten – lebensrettenden und lebenserhaltenden Apparaturen ausgeliefert zu sein und so gegen ihre persönliche Option leidvoll und ohne erkennbaren Sinn an ihrem „natürlichen“ Tod gehindert zu werden. Hinzu kommt beziehungsweise dahinter liegt die in der Grundhaltung des Haben-wollens wurzelnde Ungeduld oder Unfähigkeit, eine (zumutbare) pathische Situation auszuhalten, ohne sie sogleich durch einen Akt der Selbstverfügung „abzuschalten“.²

So wird das „Recht auf einen natürlichen Tod“ propagiert, wird „humanes Sterben“ organisiert und wird die Aufhebung der Strafbarkeit der „Tötung auf Verlangen“ (beziehungsweise auch der „Beihilfe zur Selbsttötung“)

² Vgl. J. Rief, Lebensverlängerung und Sterbehilfe in moraltheologischer Perspektive, in: W. Beinert (Hg.), *Einübung ins Leben – der Tod...*, Regensburg 1986, 133–162, hier 135–141. Das Nicht-warten-können und Nicht-leiden-wollen zeigt sich u. a. in einer aggressiven Werbung („Hol dir – sofort!“) und in einem übermäßigen Tablettenkonsum.

postuliert.³ Wenige Jahrzehnte nach den erschreckenden Euthanasie-Programmen des Nationalsozialismus mit ihrer beleidigenden Rede von „lebensunwertem Leben“ scheint der Bann gebrochen, den schwerbelasteten Terminus „Euthanasie“ wieder – wiewohl mit entschiedener Abgrenzung gegenüber jenem Verständnis – zu verwenden, obschon viele den (allerdings ebenfalls erklärungsbedürftigen) Ausdruck „Sterbehilfe“ bevorzugen.

Die in den 1970er Jahren offen aufgebrochene Diskussion hat sowohl die Ethik – und hier in hohem Maße die theologische Ethik – bis heute herausgefordert⁴ als auch eine Reihe kirchenamtlicher Stellungnahmen veranlaßt, darunter eine Erklärung der römischen Glaubenskongregation (5. Mai 1980).⁵

Mit den bekanntgewordenen Thesen des australischen Philosophen Peter Singer⁶ und mit der politischen Entscheidung in den Niederlanden (1993), eng definierte Maßnahmen einer Sterbehilfe durch den Arzt nicht mehr als Straftatbestand zu werten,⁷ hat die Auseinandersetzung neuen Auftrieb bekommen.⁸ Sie macht deutlich, daß begrenzte Maßnahmen der Sterbehilfe eine keineswegs zu vernachlässigende gesellschaftliche Akzeptanz finden, die ihre Kritiker nur allzu leicht ins Abseits der Humanität verweist.

Nun gibt es in der Tat zu einem humanen, das heißt des Menschen im allgemeinen und der konkreten Person im besonderen würdigen Sterben keine ethische Alternative. Die terminologischen und positionellen Divergenzen

³ Bezeichnend dafür sind zahlreiche Veröffentlichungen, die sich zudem an einen breiten Leserkreis wenden: M.D. Heifetz – Ch. Mangel, *Das Recht zu sterben*, Frankfurt/M. 1976; P. Krauss, *Der ersehnte Tod. Tötung auf Verlangen*, Stuttgart 1976; P. Moor, *Die Freiheit zum Tode...*, Reinbek 1977; B. Hedeby, *Ja zur Sterbehilfe*, Zug 1978; J. Hackethal, *Humanes Sterben. Mitleidstötung als Patientenrecht und Arztpflicht*, München 1988; D. Humphry, *In Würde sterben...*, Hamburg 1992.

⁴ Aus der umfangreichen Literatur vgl. bes. A. Auer u.a., *Zwischen Heil Auftrag und Sterbehilfe...*, Köln 1977; F. Böckle, *Menschenwürdig sterben*, Zürich 1979; U. Eibach, *Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen?*, Wuppertal 1988; V. Eid, *Das Sterben bestehen. Konfliktsituationen am Lebensende*, in: *Leben in der Hand des Menschen* (Theol. Ber. 20), Zürich 1991, 179–209; Ders. (Hg.), *Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten?*, Mainz 1985; Ders. – R. Frey (Hg.), *Sterbehilfe oder Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht?*, Mainz 1978; A.W. v. Eiff (Hg.), *Verantwortung für das menschliche Leben...*, Düsseldorf 1991, 76–102; A. Eser u.a. (Hg.), *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg 1992, 321–330. 170–191. 552–560. 1086–1101; R. Hegselmann – R. Merkel (Hg.), *Zur Debatte über Euthanasie*, Frankfurt/M. 1991; H. Hepp (Hg.), *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!*, Düsseldorf 1992; H.D. Hiersche (Hg.), *Euthanasie. Probleme der Sterbehilfe*, München 1975; W. Knevels u.a., *Euthanasie. Hilfe beim Sterben – Hilfe zum Sterben*, Hamburg 1975; A. Leist (Hg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*, Frankfurt/M. 1990, 283–383; Th. Lohmann, *Euthanasie in der Diskussion...*, Düsseldorf 1975; M. v. Lutterotti, *Menschenwürdiges Sterben. Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?*, Freiburg 1985; J. Rief (s. Anm. 2); H. Rotter – G. Virt (Hg.), *Neues Lexikon der christlichen Moral*, Innsbruck 1990, 165–172. 774–777; H. Schlögel, *Der erneute Streit um die Euthanasie*, in: *ZKTh* 114 (1992) 425–439; E. Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg 1991; P. Sporken, *Menschlich sterben*, Düsseldorf 1972; G. Virt, *Sterben auf Verlangen?*, in: *ThPQ* 125 (1977) 129–143; J.-P. Wils – D. Mieth (Hg.), *Ethik ohne Chance? Erkundungen im technischen Zeitalter*, Tübingen 1991, 247–292.

⁵ Verlautb. d. Apost. Stuhls, Nr. 20. Die deutschen Bischöfe haben zwei Schreiben „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“ (1. 6. 75) und „Menschenwürdig sterben und christlich sterben“ (20. 11. 78) erlassen. Die österreichischen Bischöfe approbierten eine Stellungnahme der Pastoral-Kommission „Menschenwürdiges Sterben, Sterbebeistand und Euthanasie“; vgl. Herder-Korrespondenz 32 (1978) 182–186.

⁶ *Praktische Ethik*, Stuttgart 1984, bes. 174–214. Kritisch dazu u. a. T. Bastian (Hg.), *Denken – schreiben – töten. Zur neuen „Euthanasie“-Diskussion und zur Philosophie Peter Singers*, Stuttgart 1990; A. Leist (Hg.), *Um Leben und Tod* (s. Anm. 4); J.-P. Wils (Hg.), *Streitfall Euthanasie...*, Tübingen 1991.

⁷ Vgl. Herder-Korrespondenz 48 (1994) 125–129; s. a. 46 (1992) 39–43.

⁸ Zur geschichtlichen Entwicklung vgl. E. Schockenhoff (s. Anm. 4), 50–66.

in bezug auf die Sterbehilfe, die deshalb einen ungeschützten Sprachgebrauch verwehren,⁹ bewegen sich durchweg auf dem Basis- und Zielkonsens eines „menschlichen Sterbens in Würde“. Allerdings erspart ein solches (paränetisches) Postulat nicht die ethische Reflexion.¹⁰ Insofern es moralische Sensibilität zu wecken vermag und die Richtung angibt, in der die Problemlösungen zu suchen sind, behält es seinen Wert, bedarf jedoch der Operationalisierung durch die konkrete sittliche Urteilsfindung und die Auslegung dessen, was das Kriterium der „Menschenwürde“ beinhaltet. Wenn zu deren Grundkoordinaten die unveräußerliche verantwortliche Selbstentscheidung, die in der Personalität begründete Unverfügbarkeit und wiederum der Erweis befreiender Solidarität gehören,¹¹ dann muß sich zeigen lassen, daß die Ängste, Anliegen und Ansprüche, denen mit der Zulassung beziehungsweise Forderung direkter (lebensbeendender) Sterbehilfe begegnet werden soll, in einer Ethik des menschenwürdigen Sterbens sehr wohl aufgehoben sind. Somit ist die Alternative falsch gestellt, die Ablehnung beziehungsweise Verweigerung solcher Sterbehilfe ignoriere den Willen des Patienten und fordere – aus welchen Motiven auch immer – einen maximalen Einsatz medizinischer Technik bis hin zum unabwendbaren Exitus.

3. Das Nein zur direkten Sterbehilfe

Der Anspruch des Humanen, mit dem die Sterbehilfe als Hilfe zum beschleunigten Sterben vertreten und gefordert wird, und die ausgedehnte Plausibilität, die sich mit ihr verbindet, erlauben keine oberflächliche Kritik und eilfertige Zurückweisung. Dabei enthebt das strafrechtliche Verbot die ethische Frage durchaus nicht ihrer Bedeutung. Wenn etwa im deutschen wie im österreichischen Strafrecht die „Tötung auf Verlangen“ unter Strafe steht (§ 216 beziehungsweise § 77 StGB),¹² so bedeutet – ganz abgesehen von der Effektivität – diese Sanktion (wie sich hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs gezeigt hat) keine unüberwindliche Hürde. Wenn somit das besondere Gewicht auf die ethische Argumentation zu legen ist, so entkräftet dies umgekehrt nicht die ethische Relevanz des Strafrechts. Dieses macht hier eine Grenze bewußt, die durch die Unantastbarkeit fremden Lebens bestimmt ist und auch durch den besonderen Umstand des „Verlangens“ nicht verwischt oder verschoben werden darf.¹³ Mit gutem Grund hat man daher die niederländische Euthanasiegesetzgebung als einen Schritt in die verkehrte Richtung kritisiert.

Die ethische Tradition zeigt eine zunehmende Sensibilität in bezug auf die direkte Tötung eines anderen Menschen (vom Verbot der Blutrache bis

⁹ So kann etwa „passive“ Euthanasie beziehungsweise Sterbehilfe eine lebensbeendende Unterlassung oder den Verzicht auf eine nur mehr sterbensverzögernde (und daher ethisch nicht mehr angezeigte) Maßnahme bedeuten.

¹⁰ Zum Verhältnis Paränese – normative Ethik vgl. B. Schüller, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie, Düsseldorf 1987, 15–40.

¹¹ Zum ethischen Aspekt der Menschenwürde vgl. W. Wolbert, in: H. Rotter – G. Virt (Hg.) (s. Anm. 4), 488–493.

¹² Vgl. dazu: R. Merkel, Teilnahme am Suizid – Tötung auf Verlangen – Euthanasie. Fragen an die Strafrechtsdogmatik, in: R. Hegselmann – R. Merkel (Hg.) (s. Anm. 4), 71–127.

¹³ Diese bewußtseinswirksame Funktion des Strafrechts wird in letzter Zeit verstärkt thematisiert (so in den Bemühungen um Sanktionierung der Vergewaltigung innerhalb der Ehe).

zur Kritik an der Todesstrafe); das jüdisch-christliche Tötungsverbot markiert deutlich die (wiewohl nicht absolute) Unverfügbarkeit fremden Lebens. Weniger eindeutig ist die Tradition hinsichtlich der Selbstverfügung des Menschen, auch wenn diese in der christlichen Ethik – mit Berufung auf das ausschließliche Herrschaftsrecht Gottes über Leben und Tod sowie auf das gebotene Vertrauen in den göttlichen Beistand – entschieden verneint wird. Auf diesem Hintergrund erscheint die Infragestellung der generellen Geltung des Tötungsverbots und die differenzierende Herausnahme der „Tötung auf Verlangen“ als ein Regreß, der um so befremdlicher und gefährlicher ist, als gerade in der Gegenwart das Lebensrecht durch Gewaltakte egoistischer oder politischer Motivation in vielfältiger Weise und in erschütterndem Ausmaß mißachtet wird.

Abgesehen davon, daß eine (wie auch immer positiv motivierte) Tötungshandlung des Arztes ein qualitatives Novum innerhalb des ärztlichen Selbstverständnisses und der medizinischen Ethik darstellt,¹⁴ dem Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt abträglich ist und (wie ein Schwangerschaftsabbruch) nicht jedem Arzt zumutbar erscheint, bringt die ethische Rechtfertigung auch nur der „Tötung auf Verlangen“ nicht nur die Aufgabe mit sich, die Äußerung eines solchen Verlangens zutreffend zu deuten, und zwar darin vor allem den Ruf nach helfender Zuwendung zu vernehmen; sie könnte sich auch durchaus zu einem moralischen Anspruch entwickeln, unter bestimmten

Umständen dieses Verlangen auch zu äußern, um auf diese Weise die Umgebung, die Angehörigen und die Gesellschaft nicht über ein gewisses Maß zu belasten. Dabei ist nicht nötig, daß ein derartiges Ansinnen mehr oder minder ausdrücklich an den Patienten herangetragen wird; es genügt, wenn er selbst aufgrund eigener Überlegungen oder sogar mißdeuteter Zeichen sich in diese Richtung gedrängt fühlt, und dies vielleicht nicht ohne die Befürchtung, im Weigerungsfall weniger sorgfältig und freundlich behandelt (wenn nicht gar auch ohne seinen Willen „euthanasiert“) zu werden.

Überdies könnten die immer drängenderen ökonomischen und organisatorischen Rücksichten im modernen Gesundheitswesen, die grundsätzlich ihre Berechtigung haben und sogar unverzichtbar geworden sind, für sich genommen und damit aus dem Gesamtzusammenhang isoliert ein Gefälle auslösen, in dem die Menschlichkeit, die sich vor allem im uneigennütigen, spontanen, nicht-einklagbaren und unverrechnbaren Handeln erweist, buchstäblich „auf der Strecke“ bleiben würde. Die Humanität, von der wir alle leben, hat sozusagen immer auch ihren Preis. Daran ist zu erinnern, wenn heute auf verschiedenen Gebieten (zum Beispiel auch in bezug auf den arbeitsfreien Sonntag) eindrucksvolle Rechnungen aufgemacht werden, wieviel unter welchen Bedingungen einzusparen beziehungsweise zu gewinnen wäre. Die Unannehmbarkeit solcher Bedingungen zu durchschauen und den verhängnisvollen Anfängen zu wehren beziehungsweise die Weichen richtig zu

¹⁴ Neueste medizinische Standesdeklarationen verstehen „Hilfe“ ausdrücklich nicht im Sinne gezielter Lebensverkürzung; vgl. E. Schockenhoff (s. Anm. 4), 71–74.

stellen, ist ein Gebot der Stunde. Das Argument von der Dammbruchgefahr, das gewiß niemandem verwerfliche Intentionen unterstellen will, behält gleichwohl auch gegen den Einwand, es orientiere sich mehr an den (im übrigen begrenzbaren) Möglichkeiten als an der realen Not des Sterbenden, sein Gewicht.¹⁵ Die Sorge, die es leitet, gilt ja dem Lebensrecht jedes einzelnen.

So konvergieren diese Überlegungen darin, in der Sterbehilfe – auch in der Form der „Tötung auf Verlangen“ – nicht eine ethische Konfliktlösung zu sehen und zu suchen. Daraus folgt, daß die durchaus ernsten Probleme, die keineswegs geleugnet oder verkannt werden sollen und von denen noch zu reden ist, auf anderen Wegen zu lösen oder wenigstens zu mildern sind.

4. Was – nicht mehr – zu tun ist

a) *Optimale, nicht maximale Therapie*

Alle ärztliche Kunst und Tätigkeit steht im Dienst des Patienten, dessen Heilung und Wohl ihre oberste Norm darstellt. Bei lebensbedrohlicher Krankheit wird man jene Mittel einsetzen, die, wenn schon nicht Heilung, so wenigstens eine Linderung der Beschwerden und in diesen Grenzen einen Gewinn an Leben (und dazu gehört ein Minimum an Erkenntnis- und Kommunikationsfähigkeit) erwarten lassen. Dies stellt immer wieder vor die Notwendigkeit der Wahl und

die Schwierigkeit der Abwägung.

Wo nur mehr geringe Überlebenschancen bestehen, sind auch risikoreichere Maßnahmen gerechtfertigt. Wo Interventionen nur mehr einen geringen Erfolg versprechen und zugleich dem Patienten erhebliche Beschwerden auferlegen, wird man sie ihm nicht aufdrängen. Falls er selber nicht mehr Stellung nehmen kann, gilt es einfühlend in seinem Sinne zu handeln, wobei jene alte und wohlbekannte „Goldene Regel“ hilfreich sein kann, nämlich den anderen so zu behandeln, wie man selber an seiner Stelle behandelt werden möchte.¹⁶ Gerade die Situation, in der der Sterbenskranke kaum mehr ansprechbar und äusserungsfähig ist, verlangt eine besondere Sorgfalt, ihn entsprechend seinem wahren Wohl zu behandeln.

Dieses Wohl verlangt nicht einen maximalen, sondern einen optimalen Einsatz medizinischer Maßnahmen. Dies schließt ein, daß bestimmte Interventionen bewußt unterlassen werden, die lediglich den notvollen Sterbeprozess verzögern. In sich widersprüchlich und „un-sinnig“¹⁷ stellen sie darum kein Gebot ärztlicher Ethik dar, ja sind im Blick auf den vom Tod Gezeichneten als kontraindiziert zu betrachten.

Eine derartige Unterlassung – auch sie muß ethisch verantwortet werden – begründet keine Schuld. Eine solche ist ja nur dort anzunehmen, wo auch eine sittliche Verpflichtung besteht. Selbst die „Heiligkeit des Lebens“ stellt keine exzessiven Forderungen an die Le-

¹⁵ Vgl. ebd. 98f.

¹⁶ Es ist bemerkenswert, daß im Neuen Testament diese Regel gleich dem Gebot der Liebe als Zusammenfassung des ganzen Gesetzes und der Propheten gewertet wird (Mt 7,12).

¹⁷ Dieses Kriterium hebt sich deutlich von einem ökonomisch-funktionalistischen Verständnis der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen ab. Erst recht unterscheidet es sich von der Sicht- und Redeweise, ein Leben sei unter bestimmten Umständen nicht mehr „lebenswert“.

benserhaltung. Zu diesem Leben gehört ja auch der Tod, den es darum anzunehmen gilt.¹⁸

Engagierter Einsatz der Medizin für das Leben, seine Heilung und Erhaltung, und Annahme des dem Menschen auferlegten Todes schließen einander nicht aus. Dieser ist nicht die Macht, vor der medizinische Kunst und ärztliches Bemühen kapitulieren müssen. Wenn der Tod zum menschlichen Leben gehört, dann bedeutet er als solcher kein Versagen der Medizin, sondern begrenzt ihren Aufgabenbereich und bestimmt ihr Vorgehen in der Terminalphase. Darum kann man den Grundprinzipien medizinischen Handelns, zu heilen und zu lindern, durchaus die Annahme des Todes hinzufügen. Der Dienst am Leben erfordert sogar, dem Menschen seinen Tod nicht mit allen Mitteln streitig zu machen. Religiös gesprochen heißt dies: Wo Gott einen Menschen offensichtlich heimholen will, muß und soll man ihm nicht sozusagen in den Arm fallen.¹⁹

b) Schmerzen lindern

Wo Heilung oder Besserung nicht mehr möglich sind, konzentriert sich die medizinische Betreuung auf die Linderung der Beschwerden und Schmerzen. Der Schmerz als hilfreiches Signal einer Störung kann aber, wo sich diese nicht mehr beheben läßt, zu einer schweren und anhaltenden Belastung werden und ein erträgliches Maß, das nicht die personalen und kommunikativen Vollzüge absorbiert, übersteigen.

Immer schon gehört die Schmerzlinderung zu den großen Aufgaben

und Diensten der Medizin. Niemand braucht in größerem Maße unter Schmerzen zu leiden, als er will oder als man ihm als Begleiterscheinung einer therapeutisch indizierten Maßnahme zumuten muß. Insofern allerdings die Schmerzbekämpfung ihrerseits unerwünschte Nebenfolgen hat, verlangt sie eine Abwägung. Wo Schwer- und Todkranke vergleichsweise starke Mittel benötigen, bei denen mit gravierenden Nebenwirkungen zu rechnen ist, stellt sich das Abwägungsproblem mit besonderem Ernst. Auch wenn die angezeigten Mittel voraussichtlich bei ständig zu steigenden Dosen den Organismus so sehr belasten, daß dadurch das Lebensende beschleunigt wird, wird man diese Mittel nicht verweigern und verweigern dürfen. Sie bedeuten keine gezielte, direkte Beendigung des Lebens.

c) Grenzsituationen

Ein besonderes Problem bilden jene Fälle, in denen die verfügbaren Mittel versagen oder in denen das Leben nur mit schwer belastender technischer Unterstützung (zum Beispiel gegen Erstickung) zu erhalten möglich ist. Hier können sich Grenzsituationen ergeben, die auch die Ethik an ihre Grenze geraten lassen, weil sich, wie es scheint, die gängigen Unterscheidungen zwischen (direkter und aktiver) Hilfe zum Sterben und (bloßer, unter Umständen jedoch unzureichender) Linderung der Beschwerden schwerlich mehr durchhalten lassen.

Man mag wünschen, möglichst nicht mit solchen extremen Konstellationen konfrontiert zu werden; dennoch müs-

¹⁸ Es ist wohl zu beachten, daß auch die Glaubenskongregation in dieser Frage keine maximalistische Position vertritt, sondern sich für verantwortliche Abwägungen ausspricht.

¹⁹ Vgl. H. Thielicke, *Wer darf sterben?*, Freiburg 1979, 39f.

sen auch in solchen Situationen verantwortbare Entscheidungen, so schwierig sie sich auch darstellen mögen, getroffen werden und getroffen werden können. Sie orientieren sich am Wohl des Patienten, in diesem Fall an seinem menschlichen Anspruch, auf dieser letzten Lebensstrecke nicht übermäßigen Qualen ausgeliefert zu werden, sondern in Ruhe sterben zu dürfen.

Verständlicherweise wird die Frage aufgeworfen, ob sich gezieltes Beenden einer verzweiferten Lage in jedem Fall, und sei er noch so tragisch, aus ethischer und christlicher Sicht schlechthin verbiete.²⁰ Wo diese Frage offengelassen wird, geschieht dies doch in dem Bewußtsein unabwiesbarer Verantwortung für den Sterbenden, dem man in dieser Notsituation „der Nächste ist“.²¹ Auch wenn sich ein letztgültiges Urteil möglicherweise nicht begründen läßt, bleibt grundsätzlich ein Unterschied zwischen einem (eigenmächtigen) Verfügen des Todes und einem (demütigen) Sich-fügen in das dem Menschen gesetzte Lebensende. Eine konkrete Entscheidung, die sich nach Intention und Gestalt als solches Sich-fügen versteht, wird man nicht außerhalb sittlicher Verantwortbarkeit stellen müssen.

Die (bereits in einer Reihe von Krankenanstalten eingerichtete, interdisziplinär besetzte) „Ethikkommission“²² hat keine andere Möglichkeit, als unter Zugrundelegung der ethischen Kriterien der Nicht-Verfügbarkeit des Lebens sowie der Verpflichtung auf

das Wohl des Patienten die konkreten Handlungsalternativen zu erörtern und eine Entscheidung zu treffen, die, weil sie die Problemsituation umfassend wahrzunehmen trachtet, nicht nur den handelnden Arzt (oder Mitarbeiter) unbeschadet aller persönlichen Betroffenheit guten Gewissens sein läßt. Es gibt keinen anderen Weg der Entscheidungsfindung; er begründet aber sehr wohl das Vertrauen, auch in der letzten Lebensphase (in dem vollen und guten Sinn des Wortes) „menschlich“ behandelt zu werden.

5. Der „eigene Tod“

R.M. Rilke formuliert die tiefsinnige Gebetsbitte um eines jeden Menschen „eigenen Tod, das Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not... Denn dieses macht das Sterben fremd und schwer, daß es nicht unser Tod ist; einer der uns endlich nimmt, nur weil wir keinen reifen; drum geht ein Sturm, uns alle abzustreifen“.²³

Die naturwissenschaftliche Definition des Todes und die medizinischen Kriterien des individuellen Todes erfassen nicht das Ereignis des je einmaligen Sterbens eines individuellen Menschen. Wie das Leben so hat auch der Tod einen Geheimnischarakter; man kann ihn erst feststellen, nachdem er eingetreten ist. Und auch hier geschieht er, wiewohl irreversibel, in einem Prozeß, der erst schrittweise den

²⁰ Vgl. V. Eid, Das Sterben bestehen (s. Anm. 4), 191–200; K.-H. Peschke, in: H. Rotter – G. Virt (Hg.) (s. Anm. 4), 172.

²¹ Lk 10,36.

²² Vgl. A. Eser u. a. (Hg.) (s. Anm. 4), 314–321.

²³ R.M. Rilke, Das Stundenbuch: Sämtliche Werke I, Frankfurt/M. 1982, 103f. Zu Quelle und Bedeutung dieses Ausdrucks vgl. A. Stahl, Rilke-Kommentar zum lyrischen Werk, München 1978, 191. In diesem Zusammenhang spricht Rilke auch vom „große(n) Tod, den jeder in sich hat“, als der „Frucht, um die sich alles dreht“.

ganzen Menschen erfaßt und in den Verfall einbezieht.

Der „eigene Tod“ ist das Ende und die Vollendung einer je einmaligen, individuellen irdischen Existenz. Dies ist nicht eine Sache des Alters und der biographischen Umstände, obschon wir heute an einem späten Tod Maß nehmen und betroffen sind, wenn jemand „mitten aus dem Leben gerissen“ wird. Auch hierin kann eines Menschen „eigener Tod“ sich ereignen, der durch unangepaßte und unverhältnismäßige, verdrängende Maßnahmen verzerrt würde.

Mehr noch aber ist der „eigene Tod“ keine bloße Passivität, sondern ein positiver, subjektiver Akt, der letzte eines Lebens, in welchem ein Mensch sein Leben (in dem Doppelsinn des Wortes) „beschließt“, das heißt es mit seinen personalen Belangen und mitmenschlichen Bezügen zu Ende führt und ihm Endgültigkeit gibt, religiös gesprochen: es mit einem umfassenden demütigen, dankbaren und zuversichtlichen „Amen“ vor und zu Gott bringt.²⁴ Dies setzt allerdings voraus, den Tod im Grunde, wenn auch vielleicht erst in einem längeren Prozeß der Auseinandersetzung, zu bejahen und bejahen zu können.

Dazu ist wiederum notwendig, den Todkranken über den Ernst seines Zustandes nicht immerzu hinwegzutäuschen (was so weit gehen kann, daß der Sterbende, der um die Aussichtslosigkeit seines Zustandes weiß, seinerseits seine Angehörigen glaubt „beruhigen“ zu sollen). Zugegebenermaßen ist ein vordergründiges „Hoffnung-machen“ einfacher, als sich auf die Konfrontation mit dem bevorste-

henden Sterben einzulassen. Wenn menschliches Reden nicht nur „wahr“, sondern zugleich aufbauend sein soll, dann verlangt die „Wahrhaftigkeit am Krankenbett“ eine besondere Sensibilität und Ausdrucksfähigkeit, um die Voraussicht des Todes mit der Hoffnung, die das Leben erhält und nährt, zu verbinden, anders gesagt: um den Patienten sowohl ernstzunehmen als auch ihm zu helfen, mit dieser Einschätzung seines Zustandes „leben“ zu können.²⁵

Dies wird umso schwieriger sein, je weniger sich der Patient selber mit dem eigenen Sterben auseinander-gesetzt hat. Die weitreichende Todesverdrängung zeigt gerade hier ihre bitteren Folgen. Wer nicht mit dem Tod zu leben gelernt hat, tut sich schwer, aus dem Leben heraus zu sterben. Vor diese Schwierigkeit sehen sich nicht zuletzt die in der Kranken(haus)seelsorge und speziell in der Sterbebegleitung Tätigen gestellt.

6. Hilfe beim Sterben

Gerade dieser Umstand führt aber zugleich die Bedeutung einer mitmenschlichen Begleitung Sterbender noch deutlicher vor Augen. Wie Sterben wirklich ist, weiß allerdings nur der Sterbende, der es selber erst- und einmalig an sich erfährt. Auch wer dem Tod bereits sehr nahe war, ist ihn eben noch nicht wirklich gestorben. Außenstehende können immer nur die Äußerungen Sterbender wahrnehmen und deuten und sich so in den Sterbenden einfühlen, um ihm zu einem menschlichen Sterben zu helfen.

²⁴ Vgl. W.M. Klein, Christliches Sterben als Gabe und Aufgabe. Ansätze zu einer Theologie des Sterbens, Frankfurt/M. 1983, 172–205. 228–233.

²⁵ Vgl. M. v. Lutterotti (s. Anm. 4), 40–47.

Diese Hilfe basiert auf der Nähe, Zuwendung und Solidarität, die der Begleiter den Sterbenden erfahren läßt, auch wenn er ihn in den Tod selbst nicht begleiten kann, sondern an dessen Schwelle zurückbleibt. Eine letzte Einsamkeit des Sterbens ist nicht aufhebbar. Was Sterbebegleitung jedoch kann und will, ist die Wegbereitung zu einem im letzten bejahten, versöhnten und friedvollen Tod als der Besiegung eines konkreten Lebensweges mit seiner je eigenen Lebensgeschichte. Man weiß, daß diese Ablösung und Annahme immer wieder erst einen Prozeß der Verdrängung, Hoffnung, Auflehnung und Depression durchläuft,²⁶ worauf sich die Sterbebegleitung einzustellen hat. Daß diese auch von der Einstellung gegenüber dem eigenen Tod geprägt wird beziehungsweise zu einer Auseinandersetzung damit herausfordert, darf nicht übersehen werden. Die aus dem späten Mittelalter bekannte Vorbereitung auf das Sterben („ars moriendi“) wird heute wiederentdeckt und als Grundeinstellung in das Leben selbst einbe-

zogen, damit das Sterben am Ende des Lebens gelingen kann.²⁷

Dabei erfaßt die in der Vergangenheit verbreitete Auslegung der Erinnerung an Tod („Memento mori“) und Ewigkeit („sub specie aeternitatis“), nämlich so zu leben, daß man jederzeit sterben und vor Gottes Gericht treten könne, nicht das Ganze eines Lebens im Bewußtsein des Todes. Der Tod bedeutet keine Abwertung des Lebens, sondern vielmehr eine Aufwertung der verfügbaren Zeit und ihrer Möglichkeiten, und motiviert so dazu, allen Dingen den ihnen zukommenden Stellenwert zu geben, die rechten Prioritäten zu setzen und angemessenen Abstand zu halten. Die verschiedenen Verluste und Defizienzen, die im Laufe des Lebens immer wieder wie „kleine Tode“ erfahren werden, lassen sich als Einübung in das große Loslassen und Abschiednehmen begreifen. Nicht zuletzt kann die Liturgie der Kirche mit ihrem unverstellten Blick auf den Tod helfen, mit dem Sterben leben zu lernen.

²⁶ Vgl. E. Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1977.

²⁷ Vgl. H. Wagner (Hg.), Ars moriendi. Erwägungen zur Kunst des Sterbens, Freiburg 1989.