

JOSEF AICHINGER

Würde des Lebens – Würde des Sterbens

Der Autor ist Arzt und Theologe. Als Leiter der Intensivstation der Allgemeinen Medizin im Krankenhaus der Elisabethinen und Lehrbeauftragter für Pastoralmedizin an der Theologischen Fakultät in Linz stellt er die Frage nach der Würde des Sterbens gerade im Kontext eines modernen Krankenhauses nicht losgelöst von seiner eigenen Person. Obwohl das Krankenhaus und die Schulmedizin strukturbedingt das Sterben an den Rand drängen muß, wird eine Vorstellung vom „würdigen Sterben“, die menschliche und medizinische Aspekte gegeneinander ausspielt, der Situation nicht gerecht: weder der Situation des Sterbenden, noch jener der Begleitenden. (Redaktion)

„Ihr verbreitet Tod, ihr kauft und verkauft Tod, aber ihr verleugnet ihn; ihr wollt ihm nicht ins Gesicht sehen. Ihr habt den Tod steril gemacht, unter den Teppich gekehrt, ihn seiner Würde beraubt. Wir Indianer jedoch denken noch an den Tod, denken viel über ihn nach. Auch ich tue es. Heute wäre ein guter Tag zum Sterben, ein Tag, an dem etwas von mir zurückbleiben könnte, um noch ein wenig hier zu verweilen. Ein vollkommener Tag für einen Menschen, der an das Ende seines Weges kommt. Für einen Menschen, der glücklich ist und viele Freunde hat.“

Lame Deer, Medizinmann der Sioux,
(Tahca Ushte, 1900–1974)¹

In Achtung vor solchem bewußten Umgang mit Sterben und Tod, beeindruckt von der furchtlosen Entschlossenheit, ihm mit Würde entgegenzu-

treten, und andererseits meine vermeintliche ärztliche Verpflichtung vor Augen, menschliches Leben so lange erhalten zu sollen, als mir schulmedizinische Möglichkeiten an der Hand sind, versuche ich meinen medizinischen Alltag an einer internistischen Intensivstation zu bewältigen. Es berührt mich, wie in der indianischen Gedankenwelt, in der mittelalterlichen „Ars Moriendi“ oder in den biblischen Berichten vom Tod der Patriarchen der Mensch als Subjekt Mitte des Sterbens bleibt und sich aus dieser Welt verabschiedet, eine Erfahrung, die in der Betriebsamkeit moderner Krankenhäuser unterzugehen droht. Darüber hinaus hat uns der verbrecherische Umgang mit menschlichem Leben in der Tötungsmaschinerie des NS-Regimes der Sprache über menschenwürdiges Sterben weitgehend beraubt und gerade in den Jahrzehnten des raschesten medizinischen Fortschritts die ethische und geisteswissenschaftliche Aufarbeitung des Umgangs mit unseren medizinischen Möglichkeiten behindert. Nach Jahrzehnten betretenen Schweigens beginnt nun wieder der Euthanasiegedanke Sprache zu gewinnen. Zuallererst nahm sich, veranlaßt durch konkrete Fälle aktiver Euthanasie, der Journalismus dieses Themas an (mittels Umfrage will man herausgefunden haben, daß mehr als achtzig Prozent unserer Mitbürger

¹ K. Recheis/G. Bydliński, *Weißt du, daß die Bäume reden. Weisheit der Indianer*, Wien – Freiburg – Basel 1985, 89.

dem Leben unheilbar Erkrankter aktiv ein Ende setzen würden).

Betroffen durch den Lauf der medialen Euthanasiediskussion und durch die gesetzliche Freigabe der aktiven Euthanasie in manchen Staaten (zum Beispiel Holland) unterzogen sich in der Folge auch Ärzte, Ethiker und Theologen der Mühe einer differenzierteren Aufarbeitung des Themas.

In meinem ärztlichen Beruf sehe ich mich in die Pflicht genommen, all meine Arbeit sowie meinen menschlichen Umgang mit dem unheilbar erkrankten Patienten so auszurichten, daß ihm ein Abschiednehmen in menschlich geborgener Atmosphäre weitgehend ermöglicht wird, andererseits aber nicht Wert und Würde des Lebens selber aufs Spiel zu setzen. Aus dem Wissen um den Betrieb in modernen westlichen Krankenhäusern wird vielerorts die Versöhnung beider Anliegen für undurchführbar erachtet. Daß dabei zweifelsfrei Defizite der Menschenwürde im modernen „High-Tech-Krankenhaus“ zur Sprache gebracht werden, muß anerkannt und ärztlicherseits ernstgenommen werden.

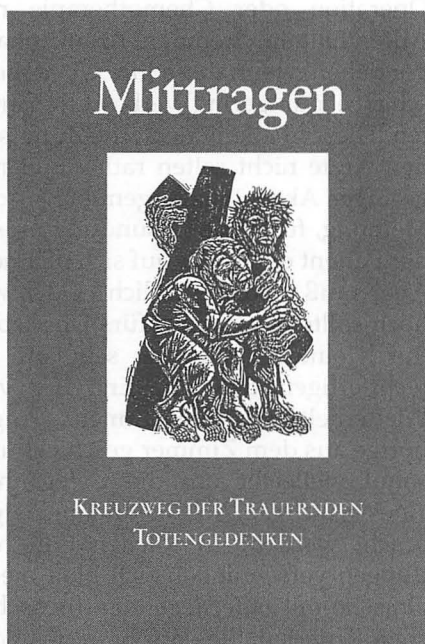
Zur Würde des Sterbens

Unsere Vorstellung vom würdevollen Tod als Entschlafen im Kreise von Angehörigen und Freunden und als bewußtes Abschiednehmen wird von der Wirklichkeit nur selten eingeholt. Viel eher ist dem Sterben der Kampf gegen die Unannehmlichkeiten der Krankheit aufgezwungen, die den Leidenden auf sein Lager niederzwingt; ein Kampf mit dem Rücken an der Wand, behaftet mit Stigmata der Würdelosigkeit wie Erbrechen, Ringen nach Luft, schmerzverzerrtem Gesicht und vielem anderem mehr. Nur selten

ist der Sterbende wirklich seiner Sinne und seines Geistes mächtig. Das ist zugleich der Punkt, an dem die Schulmedizin ihre Mittel als ausgeschöpft erlebt, der Kampf gegen den Tod ist verloren, merkwürdige Unbeholfenheit macht sich breit: „Hier ist medizinisch nichts mehr zu holen.“ Trotz unseres selbstverständlichen Wissens um die Unabwendbarkeit des Todes für alles Irdische wird im Konkreten doch jedes Sterben zu einem Fall des Scheiterns unseres medizinischen Bemühens. Wir haben jegliche Routine entwickelt für allerhand medizinische Behandlung, dafür, welches Symptom welche Untersuchungen fordert, welche Befunde zu welchen Diagnosen führen und welche Diagnose welche Therapie nach sich ziehen muß, aber wir handeln hilflos im Falle des Scheiterns unserer medizinischen Anstrengung.

Man schleicht betreten nach erfolgloser Reanimation aus dem Zimmer des Verstorbenen. Die Visitenzeiten bei unheilbar Kranken werden auffällig kürzer gehalten, trotz der Tatsache, daß gerade er, wenn wir ihm schon sonst nichts mehr geben können, unsere Zeit und Zuwendung am allernotwendigsten hätte. Selbst sein Zimmer überhaupt zu betreten, bedarf größerer Überwindung: So ließ Frau Kübler-Ross durch ihre Studenten messen, wie lange es vom Ruf der Patientenglocke bis zum Eintreffen der Schwester im Zimmer dauerte, und kam zum Ergebnis, daß man Unheilbar- und Sterbenskranke etwa doppelt solange warten ließ als Patienten mit Genehungsaussicht. Selbst die Zeit, die wir in unserer Betriebsamkeit innehalten und als Schwester oder Arzt den Ängsten und Sorgen eines Sterbenskranken widmen, wird, da sie im Sinne des Medizinbetriebs nicht „produktiv“ ge-

Kreuzweg zum Totengedenken



Nikolaus Föhr / Josef Stiren

Mittragen

Kreuzweg der Trauernden
Totengedenken

Mit Holzschnitten
von Walter Habdank

52 Seiten, gebunden,
SFr. 20,40 / ÖS 155,- / DM 19,80
ISBN 3-7902-0052-2



In der Trauer muß das Kreuz der Angst und der Verlassenheit, des Kammers und des Leids getragen werden.

„MITTRAGEN“ ist eine neue Art des Totengedenkens neben dem herkömmlichen Rosenkranz. Es ist aufgebaut als Kreuzweg mit sieben Stationen, der ältesten Form dieses Gebetes.

Zugrunde liegt der Gedanke, daß die Trauernden ein Stück ihres Weges gemeinsam mit Jesus gehen.

Bei den sieben Stationen des Kreuzwegs stehen die Beter mit Jesus in einer Schicksalsgemeinschaft. Die biblischen Texte haben in dieser Situation eine besondere Aussagekraft. Die eindrucksvollen Bilder von Walter Habdank führen den Betrachter in eine tiefe Beziehung zum leidenden und auferstandenen Christus.

Paulinus-Verlag, Postfach 30 40, 54220 Trier

nutzt wird, nicht als Arbeitszeit wahrgenommen.²

Wir wehren den Tod ab, wollen ihm nicht ins Gesicht schauen, wie der eingangs zitierte Mediziner der Sioux nicht zu Unrecht diagnostizierte. Selbst der Umgang mit Ängsten der Patienten macht uns selber Angst; plötzlich einem Problem gegenüber zu stehen, dem kein chirurgischer Kunstgriff und keine Pille abhelfen kann. Buchstäblich nichts in der Hand zu haben, das verunsichert, läßt nach einer Ausflucht greifen, etwa einer Tablette zur Beruhigung, wenn auch fragwürdig indiziert, oder wir greifen zumindest nach dem Stethoskop, um es zwischen den Patienten und uns zu schieben und ihn auf Distanz zu halten.

Aber andererseits: Die bewußte und freiwillige Reduktion der Schulmedizin auf somatische Symptome und objektive Befunde sowie die Abstraktion vom je einzelnen Patienten, die Konzentration auf erkrankte Organsysteme und pathophysiologische Abläufe ist eben Grund ihrer Effektivität und ihres Erfolges. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse können nur auf diesem Weg gewonnen, statistisch aufgearbeitet und wieder zum Ziel effektiver Behandlung anderer angewandt werden. Dadurch hat die Schulmedizin manche Krankheit überhaupt zum Verschwinden gebracht (Pocken), für andere Heilung ermöglicht, wieder anderen die Prognose verbessert und insgesamt die Lebenserwartung des Menschen erhöht.

In dieser Weise geschult und naturwissenschaftlich-medizinischen Denkkategorien verpflichtet, begegnen wir nun Patienten, die noch andere Krite-

rien als die der Gesundheit für ihre Lebensqualität einbringen, die beispielsweise das Verbleiben im Kreise ihrer Familie einer ausgedehnten Operation oder Chemotherapie mit Aufenthalt im fremden Krankenhaus vorziehen, wenn diese ihre Überlebenschance nur gering verbessern könnten. Dieser Patientenentscheidung stehen Ärzte nicht selten ratlos und mit geringer Akzeptanz gegenüber in der Meinung, für seine Gesundung müsse der Patient doch alles auf sich nehmen. Aber muß er das wirklich? Oder wie hoch sollte die Chance fürs Überleben durch eine Reanimation sein, um zu rechtfertigen, daß zum Ergreifen von Wiederbelebungsmaßnahmen Angehörige aus dem Zimmer geschickt und somit vielleicht um die Gelegenheit eines würdigen Abschiednehmens gebracht werden? In solchen Entscheidungen verschränken sich bloß medizinische mit tieferliegenden menschlichen Kriterien. Sie entführen uns vom sicheren Boden naturwissenschaftlicher Logik auf unsicheres Terrain und konfrontieren uns dazu noch unausgesprochen mit Ängsten eigener Hinfälligkeit.

Der Wille des Pflorgeteams und des Arztes zur Wahrhaftigkeit in diesen Entscheidungen und Sensibilität und Aufmerksamkeit seinen wahren Bedürfnissen gegenüber eröffnet doch die Chance, bei bestmöglicher Ausnutzung der schulmedizinischen Errungenschaften dem Patienten auch ein Sterben in menschlich geborgener Atmosphäre zu ermöglichen. Aufmerksame ärztliche Betreuung kann Chancen der Genesung, soweit sie noch bestehen, wahrnehmen und

² Dies schlägt sich auch in den Honorierungen unserer Krankenkassen nieder, die erst in jüngster Zeit in niederer Dotierung beginnen, für ärztliche Gespräche Zahlung zu leisten. Dies sei nicht mit Blick aufs Geld erwähnt, sondern als Ausdruck mangelnder Wertschätzung dieser notwendigen Gespräche in unserem Gesundheitswesen.

durch Palliativmedizin dem unheilbar Erkrankten Schmerzen lindern, Luftnot erleichtern, Übelkeit unterdrücken und manche Ängste mildern. Kompetente Pflege bessert das Befinden des Leidenden und räumt den Angehörigen ungeteilt die Zeit zur Anwesenheit beim Schwerkranken ein, sofern das Krankenhaus in der Lage ist, Bedingungen zu schaffen, die zeitlich unbegrenzte Anwesenheit von Angehörigen bei Sterbenden ermöglichen.

Würde des Lebens

Nachdem der Münchner Strafsenat die Einleitung des Hauptverfahrens gegen Prof. Julius Hackethal, der seiner krebskranken Patientin Hermy Eckert Cyankali zur Selbsttötung zukommen ließ, ablehnte, zog dies eine Diskussion über die Euthanasie im Deutschen Ärzteblatt nach sich.

„Gibt es ein wachsendes Bedürfnis, das Leiden eines Menschen irgendwann für so groß zu halten, daß man nicht mehr von einem menschenwürdigen oder lebenswerten Leben sprechen kann?“, bringt der Psychiater Klaus Dörner gleich zu Beginn seiner entsprechenden Ausführungen die Frage auf den Punkt.³ Wie wir mit Blick auf das Humanum unsere Anstrengung darauf richten, dem Menschen einen Tod in Würde zu ermöglichen, so müssen wir im Interesse desselben Menschen gerade um seiner Würde willen unser Engagement für den Wert seines Lebens an sich wecken, losgelöst von jeglicher Ver zweckung in sozialen oder gar wirtschaftlichen Bezügen.

Von Ärzten und Ethikern anderer Provenienz wurde jedoch gergewöhnt,

daß auf dem Boden christlicher Moralthologie eine inzwischen ins unmenschliche Maß gesteigerte Verabsolutierung des Lebensprinzips gewachsen sei. „Leiden“ – so deren Kritik – gehöre als positive Kategorie in das christliche Weltbild, und man mute eher Schwerkranken zu, den Becher ihrer Schmerzen bis zur Neige zu trinken, als unter Risiko der Lebensverkürzung hochpotente Analgetika zum Einsatz zu bringen. Das Maß werde an Jesus genommen, dessen Vater auch nicht den Kelch des Leidens an ihm vorübergehen ließ. Daß solche Kritik nicht frei von Vorurteil und Polemik ist, vermag objektives Studium der Moralthologie zum Thema der Euthanasie und die Realität pastoraler Betreuung Sterbenskranker aufzuzeigen, doch mochte der früher wenig reflektierte Umgang mit dem Leiden anderer solche Argumente nähren: So wurde beispielsweise bei Einführung der Anästhesie und Analgesie in der Geburtshilfe kirchlicherseits allen Ernstes die Erlaubtheit solcher Schmerzmittel in Frage gestellt mit Bezugnahme auf die Bibelstelle Gen 3,16, derzufolge die Frau „unter Schmerzen“ gebären soll. In weiterer Folge gewann jedoch der moralthologische Umgang mit Leid an Differenzierung und enthielt sich solcher Urteile, die als Zynismus interpretiert werden müssen.

Neue Fragen drängen nun herein: Wird eine „religiöse Absolutsetzung des Lebens an sich“ der Wirklichkeit menschlichen Lebens, insbesondere im Angesicht unheilbaren Leidens, gerecht? Ist eine Unterscheidung von „lebenswertem“ und „nicht mehr lebenswertem Leben“ unter allen Umständen verwerflich oder muß nicht

³ K. Dörner, Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), B-2282.

vielmehr einem urteilsfähigen Menschen zugestanden werden, bei aussichtsloser Prognose seiner Erkrankung in unsäglichen Schmerzen doch ein Ende dieses für ihn nicht mehr lebenswerten Lebens zu wünschen? Wenn man aber in Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Menschen letzteres eingesteht, akzeptiert man damit nicht implizit doch die Unterscheidung „lebenswert-lebensunwert“? Oder ist gar eine konsistente Ablehnung aller Lebenswertkriterien nur verlogen, da in seinem praktischen Urteil schließlich doch der Arzt unausgesprochen solche Kriterien in seine Entscheidung einfließen läßt, wenn er beispielsweise ein schwerstbehindertes Neugeborenes nicht mehr mit allen erdenklichen Therapien behandelt, um dessen Leben unter allen Umständen zu retten? Und könnte nicht andersherum in der Absicht, jedes Leben – auch das ohne Aussicht auf Heilung schmerzvoll leidende – zu verlängern, der Arzt dem Patienten statt zum Helfer zum Folterknecht geraten, wie H. Kuhse befürchtet?⁴ In der medialen Aufbereitung des Euthanasie-themas läßt sich dieser Zugang leicht transportieren: Das Szenarium einer seelenlosen „Apparate-Medizin“ zum Zwecke der Lebensverlängerung auf den Intensivstationen unserer „High-Tech-Krankenhäuser“ zu zeichnen, rührt allemal die Gemüter tiefer, als dahinter den Sinn plausibel zu machen, Chancen zum Überleben wahrzunehmen. Des Menschen begreifliche Angst, in eine sich verselbständigende Maschinerie zu geraten, in der ihm sein Selbstbestimmungsrecht entzogen

würde, wird medial erfolgreich angesprochen.

Wohl nicht unwesentlich mitbestimmt durch solcherart geweckte Ängste geriet die Euthanasiediskussion aus einem vor der Aufklärung vorhandenen Gleichgewicht zwischen dem Grundwert der Selbstbestimmung des Menschen und dem Grundwert des Lebensschutzes, wie K. Dörner überzeugend darzulegen gelang.⁵ Er drückt die Verschränkung beider Grundwerte mit einem Zitat des Frankfurter Sexualwissenschaftlers Sigusch so aus: „Zwar gehört das Leben mir, aber ich gehöre auch dem Leben“. Mit der Aufklärung gewann der Grundwert der Selbstbestimmung des Menschen mehr und mehr an Bedeutung, und das Gegengewicht der im christlichen Abendland gewachsenen Idee, daß das Leben eine „Leihgabe Gottes“ sei, der gegenüber man auch gewisse Verpflichtungen auf sich zu nehmen habe, geriet mehr und mehr in Vergessenheit. Dieses Gleichgewicht wieder stärker in die Balance zu rücken, und sei es zusammen mit der aufkeimenden Ökologie-Bewegung, die wieder mehr Sinn für den Lebensschutz erkennen läßt, ist uns zur Aufgabe gestellt. Dabei geht es nicht um eine neuerliche Abwertung des Grundwertes der Selbstbestimmung, sondern eben um ein Gleichgewicht, das dem Wert des menschlichen Lebens am ehesten gerecht wird.

Manche Argumente der Euthanasiediskussion heute weisen darüberhinaus bedenkenswerte Parallelen zu jenem Gedankengut auf, das ab Beginn unseres Jahrhunderts von langer Hand

⁴ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, Oxford University Press, 1987; H. Kuhse, Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind, in: *Deutsches Ärzteblatt* 87 (1990), B-913-920.

⁵ K. Dörner, Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?, in: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (1987), B-2282-2287.

die Tötung „lebensunwerten Lebens“ in den Vernichtungslagern des NS-Regimes ideologisch vorbereitet hatte. Zwei Beispiele mögen den Gleichklang der Argumentation von damals und heute verdeutlichen: Über die medizinische Versorgung behinderter Kinder schreibt A. Ploetz Ende des vergangenen Jahrhunderts in seiner rassenhygienischen Utopie: „Stellt es sich heraus, daß das Neugeborene ein schwächliches und mißratenes Kind ist, so wird ihm vom Ärztekollegium ein sanfter Tod bereitet, sagen wir durch eine kleine Dosis Morphium... Die Eltern überlassen sich nicht lange rebellischen Gefühlen, sondern versuchen es frisch und fröhlich ein zweites Mal, wenn ihnen das nach dem Zeugnis der Fortpflanzungsbefähigung erlaubt ist.“⁶ Im Sinne einer „effektiven Zuchtwahl“ hat die Lebenserhaltung von Schwächlichem keinen Platz, genauso wie in jüngerer Vergangenheit Th. Dethlefsen, ein in hoher Auflage publizierender und vielgelesener Münchner Psychiater, kein Verständnis für Mitleid für fehlgebildete schwächliche oder eingeschränkt lebensfähige Neugeborene aufkommen lassen möchte. Diese seien vielmehr ohne ärztliche Hilfe ihrem eigenen Schicksal zu überlassen: „Woher holt sich ein Arzt die Berechtigung, zum Beispiel einen nicht lebenswilligen Säugling dazu zu zwingen, am Leben zu bleiben? Und sich nach dieser großartigen Tat nicht mehr um ihn zu kümmern? Die Eltern können dem Arzt diese Vollmacht wohl kaum erteilen, da sie selbst es waren, die die Geburt eines lebensunfähigen Kindes inhaltlich vorbereitet haben. Ein Kind aus einer har-

monischen und glücklichen Ehe, das von beiden Elternteilen mit Freuden erwartet wird, ist nicht lebensunfähig! Entsteht aber ein Kind aus einer unechten Beziehung, das während der Schwangerschaft abgelehnt wird, so muß es zu einem Zeitpunkt auf die Welt kommen, der bereits formal die Lebensunfähigkeit des Kindes im Horoskop widerspiegelt. Es ist ein natürlicher und gesunder Vorgang, daß die Natur dieses Geschöpf vom Leben wieder zurückzieht.“⁷ Von der Verweigerung menschlicher Solidarität mit Schwachen und Behinderten, wie sie sich hier wieder auf erschreckende Weise Sprache verschafft, war vor mehr als fünfzig Jahren dann konsequent der Weg zur aktiven Vernichtung dieser Mitbürger beschriftet worden. Die Euthanasie-Gesetzgebung des NS-Regimes wurde unter humanitärer Bemäntelung als Zusicherung des Selbstbestimmungsrechtes auf alle alternden und kranken Menschen ausgedehnt: Nach § 1 des entsprechenden Gesetzes „sollte jeder Bürger das Recht haben, im Falle einer unheilbaren Krankheit sich aktiv den Gnadentod durch einen Arzt geben zu lassen. Nach § 2 sollte für diejenigen, die aufgrund ihres Leidenszustandes nicht für sich sprechen können, der Staat garantieren, daß ihnen dasselbe Recht auf die Gnade der Sterbehilfe eingeräumt würde.“⁸ Auch hier macht der Gleichklang zur heutigen Selbstbestimmungslogik betroffen, der heute wie damals nicht mit demselben Gewicht der Lebensschutz gegenüber gestellt wird. Wenn der Staat jenen, die nicht mehr für sich sprechen können, das Recht auf die Gnade der Sterbe-

⁶ A. Ploetz, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, Berlin 1895, 145.

⁷ Th. Dethlefsen, Das Leben nach dem Leben. Gespräche mit Wiedergeborenen, München ³1986, 155.

⁸ Zitiert nach K. Dörner, Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?, in: Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), B-2285.

hilfe garantiert, fällt es nicht schwer, zu erkennen, welchen Möglichkeiten hier Tür und Tor geöffnet werden, sich im Falle unheilbarer Krankheit oder Behinderung der menschlichen Solidarität zu entschlagen und durch den Zynismus des „Gnadentodes“ Geld zu sparen.

Die Freigabe aktiver Euthanasie würde zudem unheilbar Kranken und pflegerisch aufwendigen alten Menschen die Bürde eines hohen sozialen Erwartungsdruckes auferlegen, demzufolge sie es als „anständig“ empfinden müßten, ihrem Leben ein Ende bereiten zu lassen, sobald es eine Belastung für die Angehörigen oder für die Sozietät wird. Der echte Wunsch, dem Leben aktiv ein Ende zu bereiten, ist mir in meiner zwölfjährigen ärztlichen Tätigkeit trotz vorwiegender Arbeit bei Schwerkranken auf der Intensivstation von Patienten selber noch nie entgegengebracht worden, wohl aber von Angehörigen. Nicht so selten aber hört man von alten oder schwerkranken Menschen den Satz: „Man sollte eben nicht mehr sein!“ Dieser Satz faßt die gesamte Tristesse dieser Menschen in sechs Worte die – richtig interpretiert – sagen wollen, daß man sehr wohl selber noch leben möchte, aber spürt, den anderen eine Last zu sein. Somit gewinnt dieser Ausspruch viel eher Apellativcharakter, dem alten Menschen auch noch positive Wertschätzung entgegenzubringen, denn eine versteckte Aufforderung, seinem Leiden und Leben ein Ende zubereiten.

Sterben in Würde als Vollendung eines wertvollen Lebens

Es läßt sich nach dem Gesagten nicht mehr ein konkurrierendes Verhältnis aufrecht erhalten zwischen dem Be-

streben, dem Menschen ein Sterben in menschlicher Geborgenheit zu ermöglichen, und bei allem Respekt vor dem Wert seines Lebens die schulmedizinischen Möglichkeiten zur Bewahrung seines Lebens auszuschöpfen. Gerade die Achtung vor dem Leben an sich, losgelöst von sozialer und wirtschaftlicher Verzweckung, losgelöst von den Wertkategorien der Leistungsgesellschaft, befreit vom Zwang, jung und schön sein zu müssen, vor dem Leben mit allen Defekten, die Krankheit und Alter mit sich gebracht haben, bedingt den würdevollen Abschied des Menschen im Sterben.

Die Achtung vor dem Wert des Lebens stärkt unseren Willen zur Solidarität mit dem Mitmenschen in Krankheit und Leid. Sie verbietet den scheelen Blick auf die Kosten, die durch die Betreuung von Kranken verursacht werden, und rechnet sie vor allem nicht auf, weder ausgesprochen noch unausgesprochen, indem man sie merken läßt, wieviel Mühe ihre Betreuung verursacht.

Respekt vor der Würde des sterbenden Menschen sensibilisiert für dessen wahren Bedürfnisse. Er läßt den Aufforderungscharakter mancher seiner Äußerungen erkennen, die häufig in erster Linie ein Hilferuf nach Beistand durch die Angehörigen sind. Das Leid des Sterbenden hat viele Aspekte. Einer der wichtigsten davon ist, allein gelassen zu werden. So manche Signale, die ein Sterbender sendet und die als Todeswunsch mißinterpretiert werden, gelten einfach den Mitmenschen. Sie sind eine Bitte, beizustehen, nicht wegzulaufen, dabei zu bleiben. Dieser Wunsch trifft in erster Linie Angehörige und Freunde, erst in zweiter Linie die Krankenschwester und den Arzt.

So eröffnet auch die Achtung vor der Würde des leidenden Gegenübers die ehrliche Beurteilung des eigenen Mitleids, das oft nur eine versteckte Form der Selbstliebe ist, ein Ausdruck dessen, daß man den Anblick des Leidens als Erinnerung an die einmal anstehende eigene Hinfälligkeit nicht zu ertragen vermag.

Daß sich Sterben als würdevolle Szene abspielt, so wie Picasso den Tod seines Vaters malte oder wie Gen 49 den Abschied Jakobs von seinen Söhnen beschreibt, bleibt dennoch eher die Ausnahme. Vielmehr ist Sterben behaftet mit Stigmata der Würdelosigkeit: ein Kampf gegen Schmerz, das Gesicht davon gezeichnet, Erstickungsanfälle, Erbrechen, und sehr häufig auch Verlust des Bewußtseins oder zumindest der geordneten Denkfähigkeit schon

Stunden oder Tage vor dem eigentlichen Tod. In dieser Situation sollten Pfleger und Mediziner nicht betreten das Sterbezimmer verlassen, sondern durch Palliativmaßnahmen Schmerzen lindern⁹ und Ängste mildern, durch kompetente Pflege das Befinden des Leidenden bessern und den Angehörigen ungeteilt die Zeit zur Verabschiedung vom Sterbenden einräumen; durch all das schließlich eine gewisse Atmosphäre der Würde schaffen. Dies alles wird umso eher gelingen, wenn die Schulmedizin den Tod nicht als Ausdruck letztlichen Scheiterns ihrer Arbeit betrachtet, sondern auch als jenen Teil des Lebens, in dem der Mensch Abschied von der Welt nimmt, „ein vollkommener Tag für einen Menschen, der an das Ende seines Weges kommt.“

⁹ Nach WHO-Angaben verordnen Österreichs Ärzte zusammen mit ihren deutschen Kollegen morphinanaloge zentralwirksame Analgetika in der Betreuung terminaler Patienten am sparsamsten.