

## **In Würde sterben? Was heißt das?**

Dr. Maria Overdick-Gulden, Trier

*Zur aktuellen Situation.* Wie soll gestorben werden? Stehen wir wehrlos vor der Angst, dem Leiden ausgeliefert, hilflos vor dem Tod? Viele wünschen sich, bewusst zu sterben. Die Befürworter der Euthanasie wollen selbstbestimmt sterben, nicht „dösend“, möglichst in Eigenregie. Entspricht dies aber unserer Realität? Nicht nur die Möglichkeit eines „unvorhergesehenen“ Todes begleitet uns, auch jene, dass wir im „fremden Bett“ der Klinik oder eines Heimes oder gar allein sterben, in einer Etagenwohnung oder im Hotel. Sterben *ereignet sich* wie unsere Zeugung und Geburt. Der Tod *geschieht* an uns Menschen: ob im Unfall, im exitus subitus des Infarkts oder „Schlags“, im Polizei- oder Kampfeinsatz, im Dahinsiechen in Hunger und Krankheit in der sog. 3. Welt, in den Gefangenenlagern diktatorischer Systeme, im terroristischen Akt. Es *geschieht stündlich*.

Wie wollen wir sterben? Was die einen „hartes Dogma“ oder „rigide Moral“ nennen, nämlich die Unantastbarkeit des Lebens zu achten und die Tötung von Menschen als schwere Schuld, als Sünde, strikt zurückzuweisen, ist den anderen Trost, verleiht der letzten Lebensphase Sicherheit und ermutigt die Mitwelt zur Sterbebegleitung.

Zweifellos gewähren demokratische Gesellschaften dem einzelnen Bürger ein hohes Maß an Schutz für Leib und Leben. Nach unserer Verfassung ist die Würde des Menschen unantastbar, und sie zu schützen „ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“. Jeder hat „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, und nach Artikel 3 des Grundgesetzes sind „alle Menschen... vor dem Gesetz gleich“. Zeitgleich entstehen in europäischen Demokratien aber Bedrohungen menschlichen Lebens anderer Art: neben unzulänglich kontrollierten massenhaften Abtreibungen, auch in Deutschland, neben der verbrauchenden Forschung an Menschenembryonen in englischen Labors haben sich in einigen Nachbarländern Regelungen für die aktive „Sterbehilfe“, so das niederländische Sterbehilfegesetz vom 12.4.2001, durchgesetzt. Weil man glaubt, man habe aus mitmenschlicher Einfühlung für eine Leidbeseitigung einzustehen u. a. durch die Beteiligung von Ärzten als Tötungsspezialisten, führt dieser Weg letztendlich dazu, ungerechtes gegen die Achtung des Lebens gerichtetes Handeln zu akzeptieren. Im Januar 2004

forderte der Schweizer Liberale Dick Marty <sup>1</sup> eine europaweite Empfehlung der aktiven Euthanasie als „Freiheit und Gleichheit im Angesicht des Todes“ durch die europäische Kommission. Er plädiert bis heute für die gesetzliche Regelung, dass medizinisches Personal unheilbar Kranke töten dürfe, wenn diese dauerhaft an unerträglichen Schmerzen litten und beharrlich, freiwillig und nach einer medizinischen Beratung und reifer Überlegung um ihre Tötung bäten. Diese Bestrebungen nach aktiver Sterbehilfe stoßen bei Politikern in Deutschland, England, Malta, Polen, Ungarn noch auf Widerstand, ebenso bei kirchlichen Vertretern beider Konfessionen, bei der deutschen Ärztevertretung, Lebensrechtsorganisationen und der Hospizbewegung.

Wie erklärt sich dieser moderne Anspruch auf „Die Freiheit zum Tode“?<sup>2</sup> 1977 schrieb der amerikanische Klinikarzt Nuland<sup>3</sup> seinen Titel „Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?“ In seinem Buch unterzog er die Praxis der Intensivstation und die sog. Apparatemedizin mit der „künstlichen Lebensverlängerung“ als deren Folge einer kritischen Prüfung. Das Thema wurde 1995 von Hans Küng und Walter Jens in ihrem gemeinsamen Buch „Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“ aufgenommen; beide Autoren begründen aktive Sterbehilfe mit der Selbstbestimmung des Patienten, der Autonomie.

Solche Texte fordern, dass die bürgerlichen Grundrechte um das Recht auf freie Wahlmöglichkeit des eigenen Todes zu erweitern seien. Dies sind auch Forderungen der 1980 gegründeten HUMANISTISCHEN UNION und der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN. Der Vorsitzende Herr Atrott wurde zwar 1993 verurteilt - immerhin hatte er mindestens in 15 Fällen persönlich und in weiteren 100 Fällen über Helferinnen Zyankali zu einem beträchtlichen Preis an Sterbewillige verkauft. Dennoch drängen die Aktivitäten der Befürworter des selbstbestimmten Todes in den Vordergrund und erhalten Beifall. Das Engagement für Autonomie wird in den

---

<sup>1</sup> Marty ist Berichterstatter des Ausschusses über soziale Fragen, Gesundheit und Familie im Europarat. Die Schweizer Bischöfe forderten den Europarat in einem offenen Brief auf, den Bericht des Abgeordneten Marty fallen zu lassen. „Dieser Rapport“, so die Bischöfe, „widerspricht der Empfehlung 1418 (von 1999) über die Menschenrechte und die Würde Schwerkranker sowie Sterbender und öffnet Tür und Tor für die ...Legalisierung der Euthanasie in den Mitgliedstaaten des Europarates“.

<sup>2</sup> 1973 plädierte so der Amerikaner Paul Moore für Euthanasie.

<sup>3</sup> Sherwin B. Nuland (1977).

Niederlanden recht harmlos mit dem Werbespruch „freiwillig leben“ umschrieben, obgleich eigentlich das „freiwillige Getötet-werden-Wollen“ gemeint ist. „Sterbehelfer“ bieten ihre Dienste mit dem Unternehmer-Namen „Exit“ oder „Dignitas“ d.h. „Würde“ an. „Dignitas“, ein seit 1995 in der Schweiz etablierter Verein, hat sich im Oktober 2005 in Hannover niedergelassen, da sich mittlerweile etwa 250 deutsche lebensmüde Menschen zur Sterbehilfe in der Schweiz angemeldet hätten. Bei einer Umfrage sollen sich 1994 schon 78% der deutschen Bevölkerung für ein Recht auf den eigenwilligen Tod ausgesprochen haben. Dies hängt vermutlich mit jener *Angst* zusammen, am Ende fortwährend „an Schläuchen zu hängen“. Einige Gerichtsurteile bei Komapatienten veranlassten die BÄK, im September 1998 ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung neu zu formulieren.<sup>4</sup> Danach wird die „aktive Sterbehilfe“ standesrechtlich eindeutig für unzulässig erklärt. Auf Ärztetagen distanzierte man sich mehrmals von einer Instrumentalisierung des Ärztetands – nicht zuletzt im Rückblick auf die deutsche Vergangenheit im Nationalsozialismus. Inzwischen beeinflussen die Publikationen der Hospizbewegung und die zunehmende Information über Palliativmedizin die „öffentliche Meinung“. Sie werben für die einführende Begleitung und Beschwerdelinderung des Sterbenden. Trotzdem forderte am 8. Oktober 2005 der Hamburger Justizsenator Roger Kusch CDU wieder, das „Denkverbot“ über Euthanasie aufzuarbeiten, weil er zu wissen meint, dass „der Gott, an den“ er glaubt, „gar nicht den Willen haben“ kann, einem unheilbar Kranken aussichtsloses Leid und unerträgliche Schmerzen zuzumuten. Man vernimmt derzeit ein babylonisches Stimmengewirr! In unsere Wertordnungen und Normen gehen immer auch geschichtliche Erfahrungen des Menschen ein - daher nun ein:

**1. Historischer Überblick.** Immer schon machten sich Menschen Gedanken über ihre Toten und den Tod. Vor 10 Jahren fand ein Archäologe im Südosten Anatoliens eine altsteinzeitliche Anlage für einen geheimnisvollen Totenkult, der 11 600 Jahre alt ist.<sup>5</sup> Ähnliche Funde, 10.000 Jahre alt, werden aus Polen berichtet. Die Rede vom „guten Tod“, wie die Übersetzung des Begriffs Euthanasie aus dem Griechischen heißt, ist keineswegs neu. Der Begriff

---

<sup>4</sup> 1977 stellte die BÄK Richtlinien für im Sterben liegende Menschen auf.

<sup>5</sup> DIE WELT v. 11.2.2006: „Steinzeitliches Nachrichtensystem“.

kommt in der Antike vor<sup>6</sup> und meinte den sanften raschen Tod als Ideal.<sup>7</sup> Auch der ehrenvolle Tod eines Kriegers konnte damit umschrieben werden. Die Praxis der Selbsttötung war bis zum 5. Jahrhundert v. Chr. kein Thema. Spätestens um die Zeit des Aristoteles (4./3. Jahrhundert v. Chr.) dann wird die Einnahme von Gift zur Beschleunigung des eigenen Todes diskutiert, und es kam damals bereits zu diesbezüglichen juristischen Regelungen. Auch die Ablehnung einer medizinischen Weiterbehandlung bei aussichtsloser Krankheit ist literarisch verbrieft.<sup>8</sup> Doch sprach sich der Philosoph Aristoteles in seiner Ethik so aus: *„Wer sich nun im Affekt aus freien Stücken umbringt, der tut dies gegen die richtige Planung. Das aber lässt das Gesetz nicht zu. Folglich handelt er unrecht... In gewissem Umfang trifft den Selbstmörder Ehrverlust, weil er gegen die“* Gesellschaft („Polis“) *„ein Unrecht begangen hat“.*<sup>9</sup> Der für die abendländische Geistesgeschichte gleichfalls bedeutungsvolle Philosoph Plato aber hat nicht nur Erbhygiene<sup>10</sup> befürwortet, sondern auch die Verabreichung eines den Tod beschleunigenden Medikaments für Einzelfälle in Erwägung gezogen.<sup>11</sup> Dabei machte er bereits ökonomisch-politische Gründe geltend. Anders sah es die spirituell ausgerichtete Bewegung des Orphismus<sup>12</sup> und der Gnosis, die wir aus dem Paulusbrief kennen, und die beide an ein Jenseits glaubten und Lohn oder Strafe nach dem Tod für das eigene Verhalten erwarteten. Ähnlich sah es die Philosophenschule der Pythagoräer im 4. Jahrhundert. Aus jener Zeit stammt der sog. hippokratische Eid, auf den sich Ärzte seitdem berufen und der 1948 im Genfer Ärztegelöbnis erneuert wurde. Darin heißt es: *„Ich werde auch niemanden eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, auch nie einen Rat in dieser Richtung erteilen.“* Nach dem 5. Gebot vom Sinai aus mosaischer Zeit gilt die Tötung eines Unschuldigen im Judentum als Verbrechen. Im Christentum bedeutet von

<sup>6</sup> So soll Pollux im 5. Jahrhundert v. Chr. zufolge der Dichter Kratinos den Begriff „euthanatos“ verwendet haben.

<sup>7</sup> Als Beispiel wird der „exitus facilis“ des Kaisers Augustus angeführt.

<sup>8</sup> So bei Epiktet und Cornelius Nepos im 1. Jahrhundert v. Chr., vgl. dazu JEAN PIERRE WILS, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, München- Wien 1999, S. 89ff. Vor allem die Stoa war „offen“ für den Suizid.

<sup>9</sup> Nikomachische Ethik.

<sup>10</sup> in: Politeia, vgl. Schischkoff, *Philosophisches Wörterbuch*, Stuttgart 1978, S. 173.

<sup>11</sup> Politeia, 406a-b. Nomoi, 873c.

<sup>12</sup> philosoph.- religiöse Strömung, die, mit Wurzeln im Orient, seit dem 6. Jahrhundert v. Chr. Griechenland erreichte. O. ist geprägt vom Dualismus Seele /Körper, der Körper ist der Kerker der Seele, aus der sich die Seele durch Reinigung in Wiedergeburten befreien kann – oder an einen Ort der Bestrafung gelangt. Auswirkung auf die Pythagoräer und die Gnosis (vgl. Brockhaus Enzyklopädie 1998).

Anfang an auch der Suizid eine schwere Sünde vor Gott, weil ER der Schöpfer und Geber, also der Herr, der Kyrios allen Lebens ist. Die katholische Moral-Lehre ist ganz wesentlich von Thomas von Aquin ausformuliert worden: Selbsttötung stellt nach der scholastischen Lehre aus dem 13. Jahrhundert eine Störung von Gottes Ordnung dar, sie ist ein Verstoß gegen die menschliche Gemeinschaft und eine *unangemessene* Zurückweisung des Lebens als Gabe Gottes. Dies erinnert an die Ethik des Aristoteles.

Innerhalb des christlichen Abendlandes wendet man sich im 15./16.

Jahrhundert vermehrt der Gestaltung des Diesseits zu und betont menschliche Schaffenskraft, Forschung, Schönheit und Gesundheit, Kunst. Das Leid, obwohl auch damals weit verbreitet, wollte nicht recht in die erwünschte Harmonie passen, und so schrieb der heilige Thomas Morus in seiner UTOPIA aus 1516 Sätze zur Euthanasie, um deren Auslegung man sich bis heute streitet. Waren sie wie das *Lob der Torheit* seines Freundes Erasmus von Rotterdam zynisch gemeint? Auf den ersten Blick lassen sie sich jedenfalls als Befürwortung des Freitods lesen – z.B. wenn Thomas Morus von den „Pflegekräften“ seines Idealstaates schreibt: *„Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost spenden... Ist indessen die Krankheit nicht nur unheilbar, sondern dazu noch dauernd qualvoll und schmerzhaft, dann reden Priester und Behörden dem Kranken zu, da er doch... den Mitmenschen zur Last, sich selber unerträglich, seinen eigenen Tod bereits überlebe, solle er... nicht zögern zu sterben ... er solle sich also getrost aus diesem Leben wie aus ... der Folterkammer befreien oder sich von andern herausreißen lassen“*. So steht es da!

Der englische Philosoph Roger Bacon hat knapp ein Jahrhundert später (1605) die Schmerzlinderung bei Sterbenden als spezielle *ärztliche* Aufgabe hervorgehoben und bezeichnete sie als „Euthanasia medica“.<sup>13</sup> Einer „euthanasia interior“ im Sinne der geistigen Vorbereitung auf das Sterben stellte er die medizinische Erleichterung des Sterbens als „euthanasia exterior“ gegenüber. Mehr und mehr rückt so die Verantwortung des Arztes in den Vordergrund. *Seine* Abwägung, seine Prognose und seine Entscheidung, welche Therapie im Einzelfall angezeigt ist und ob angesichts des Stadiums der Krankheit nur noch die Pflege übernommen werden sollte, sind von

---

<sup>13</sup> Brockhaus Enzyklopädie Bd. 6.,S. 714, 1997.

Gewicht. Gott blieb im christlichen Gedanken zwar die primäre Instanz des Vertrauens, aber mit zunehmendem medizinischem Wissen wurde der Genesungsprozess immer mehr zur Angelegenheit des Arztes. So erhält die Verantwortung für Gesundheit zunehmend ein irdisches Gesicht: im Arzt. Immer schon stieß man auf Grenzen der medizinischen Behandlung, und so wurde der Arzt auch zum Sterbegleiter. Während gerade in der angelsächsischen und französischen Philosophie der Aufklärung die Themen *ärztlich eingeleiteter Tod* und der *Selbstmord* immer wieder im Sinne eines Anspruchs, eines Rechtes des Patienten diskutiert wurden<sup>14</sup>, vertritt der deutsche Philosoph Immanuel Kant in seiner Pflichtenethik unmissverständlich das Verbot jeglichen Tötens im Krankheitsfall und des Selbstmords. Ja sogar „*die Selbstentlebung ist ein Verbrechen*“, schreibt er, sie bedeutet die „*Übertretung einer Pflicht*“ den Angehörigen und der Gesellschaft gegenüber, sie ist „*endlich auch gegen Gott*“ gerichtet, „*dessen uns anvertrauten Posten in der Welt der Mensch verläßt, ohne davon abgerufen zu sein*“. Hier muss man, um Missverständnisse zu vermeiden, einschieben, dass die psychisch-krankhaften Hintergründe, die - wie bei der schweren Depression - zum Suizid führen können, in ihrem Krankheitswert noch nicht bekannt waren.<sup>15</sup> Wirkungsgeschichtlich hat sich die Idee vom Menschen als dem „*Subjekt der Sittlichkeit*“, das sich vor Gott und Mitwelt in Verantwortung weiß, in der westlichen Gesellschaft dominierend durchgesetzt. Das „Preußische Allgemeine Landrecht“ von 1794, das auch Abtreibung verbot, belegte in seinem § 834 die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Selbstmord mit Strafe. Christoph Martin Wieland, ein geistreicher Jurist, Philosoph und religiöser Literat<sup>16</sup> sprach 1805 von der Euthanasie als der seelisch-geistigen Vorbereitung auf den Tod „im Bewusstseyn eines wohlgeführten Lebens“. Wieland meinte das Sterben im Einklang mit dem Schöpfer und der Natur. „Euthanasie“ bedeutet hier wieder den milden natürlichen Tod. Es gehört zur Kunst des Arztes, „*dem Tode sein Schreckhaftes zu nehmen und seine Bitterkeit zu mindern*“ und „*den*

---

<sup>14</sup> ausführlich bei David Hume und Montesquieu („Perserbriefe“), s. dazu: Jean-Pierre Wils, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, 1999, S. 113ff.

<sup>15</sup> rechtlich gilt: jeder Suizidversuch wird als „Unglücksfall“ wahrgenommen, und bei Bewusstlosigkeit des Suizidalen besteht ärztliche Behandlungspflicht (vgl. J.P. Wils, a.a.O. S. 215), was juristisch derzeit zur kritischen Revision führt.

<sup>16</sup> W. gehörte dem Pietismus an.

*unvermeidlichen Tod so sanft als möglich zu machen*“.<sup>17</sup> Entsprechend verpflichtet sich 1836 der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland zur Lebenserhaltung seiner Patienten mit folgenden Worten: *„Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder ein Unglück sei, ob es wert habe oder nicht. Dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an“*, dennoch ein Menschenleben zu bewerten, dann *„sind die Folgen unübersehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat“*. Sollte nicht auch heute gelten, dass Ärzte nicht selektieren sollen? Dennoch wurde etwa seit Friedrich Nietzsches *„Götzendämmerung“* um 1895 in Deutschland dann doch die Diskussion um die Straffreiheit der gezielten Lebensverkürzung<sup>18</sup> neu entfacht<sup>19</sup>. Wilhelm Oswald (Herausgeber des *Monistischen Jahrbuchs*) verwarf 1913 dann bereits alle Trostagebote und setzte an deren Stelle seine Abschaffungstheorie: *„Alles Leid ist eine Einengung... der persönlichen und sozialen Leistungsfähigkeit des Leidenden“*. Sein Schluss: Das Leid sei etwas, was *„ausgetilgt werden muss“*, infolge dessen habe auch der chronisch Leidende zu verschwinden! Um 1920 bezeichneten der Jurist Binding und der Psychiater Hoche missgebildete Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung als *„Ballastexistenzen“*. Ihre Ausdrucksweise kennzeichnet die mörderische Versuchung, in die Menschen gegenüber anderen, den Schwächeren und Schwerbehinderten, geraten können. Der andere wird zum *„Parasiten“* der Gesellschaft gestempelt, nur weil er diese Gesellschaft irgendwie beansprucht! Aus diesem Ungeist entstanden um 1930 im angelsächsischen Raum Euthanasie-Gesellschaften. Ihre Forderungen stießen bei Kirchen, Ärzten und Gesetzgeber auf heftigen Widerstand. Der deutsche Nationalsozialismus verband dann unter den Stichwörtern *„Volksgesundheit“* und *„Rassenhygiene“* Eugenik mit Euthanasie und schritt zur sog. *„Vernichtung unwerten Lebens“* (negative Eugenik). Unter dem Protest der Kirchen, vor allem durch Bischof Wurm und die mutigen Predigten des Kardinal von Galen, wurde die sog. T4-Aktion der Nazis 1941 in Berlin gestoppt, der bis dahin bereits etwa 70.000 behinderte Menschen

---

<sup>17</sup> So der Arzt Johann Christoph Reil in der Mitte des 18. Jahrhunderts. *„Die Heilkunde habe dann erst ihre Vollkommenheit erreicht, wenn sie neben der Kunst, den Tod zurückzuhalten, sich auch verstehe, den unvermeidlichen Tod so sanft als möglich zu machen“*.

<sup>18</sup> Dies geschah vor allem in Kreisen des atheistisch-materialistischen Monistenbundes, der von dem Zoologen Ernst Haeckel in Jena gegründet war.

<sup>19</sup> So Alfred Ploetz, Adolf Jost, Alexander Tille neben anderen.

zum Opfer gefallen waren. Danach kam es zwar zu weiteren, vor der Öffentlichkeit aber verheimlichten Euthanasie-Verbrechen an etwa 20-30.000 behinderten Menschen.

**2. Euthanasiebegriff.** Mit diesem historischen Streifzug wollte ich Wurzeln unserer Traditionen freilegen, wobei deutlich wird, dass der Begriff *Euthanasie* immer schon sehr unterschiedlich gebraucht wurde.

Umgangssprachlich meinen wir heute damit die „aktive Sterbehilfe“, das direkt beabsichtigte Töten eines Kranken. Ist dies ein „gutes Sterben“? Oder ist diese Euthanasie eine Entstellung des menschlichen Todes? Hintergeht diese so genannte Euthanasie nicht Pflichten der Solidarität und Nächstenliebe? Verfehlt sie nicht das menschliche Sterben, das ja ein Teil des Lebens, gleichsam sein Schlussakkord, sein soll und kein selbst inszenierter jäher Abbruch?

Verbleiben wir bei der Mehrdeutigkeit des Begriffs „Euthanasie“. Man kann etwa fünf Bedeutungen auflisten.<sup>20</sup> Verstanden werden kann sie

1. als Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung, als die helfende und schmerz-erleichternde Betreuung des Sterbenden, als die Hilfe *beim* Sterben, die wir heute **Sterbebegleitung** nennen -

2. als passive Euthanasie oder passive Sterbehilfe mit dem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder dem Behandlungsabbruch bereits eingeleiteter Intensiv-Maßnahmen<sup>21</sup> -

3. als indirekte Euthanasie, welche die Schmerzfreiheit des Patienten anstrebt und dabei der gewünschten Befreiung von manchmal furchtbaren Qualen die Nebenwirkungen der Schmerzmittel unterordnet, selbst wenn diese Mittel den Todeseintritt beschleunigen sollten -

4. als aktive/ direkte Euthanasie, d.i. die direkt beabsichtigte und aktiv herbeigeführte Lebensverkürzung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, auch als „**Sterbehilfe auf Verlangen**“ bezeichnet - und schließlich

5. als absichtlich herbeigeführter Tod ohne oder sogar gegen den Willen des Patienten, was einem Totschlag oder Mord gleichkommt. In den Niederlanden spricht man in diesem Fall vereinfacht von „terminaler Sedierung“, und dort wird selbst diese bei Erfüllung bestimmter formaler Sorgfaltspflichten nicht bestraft und kaum geprüft.

---

<sup>20</sup> Nach WEBER H., Allgemeine Moraltheologie, Graz-Wien-Köln 1991.

<sup>21</sup> bei Einlieferung von Komatösen gilt zunächst die Geschäftsführung ohne Auftrag § 677 BGB.

6. Dazu kommt der als assistierter Suizid bezeichnete Tötungsakt: d. i. die Selbsttötung des Patienten, wobei andere ihm die Mittel dazu bereitstellen. Das wird in Deutschland nicht bestraft, allerdings dürfen die häufig verwendeten Wirkstoffe nach dem Betäubungsmittelgesetz für diesen Zweck nicht verordnet werden. Das ärztliche Standesrecht seinerseits verbietet sie ausnahmslos.

Heute meint aktive „Sterbehilfe“ die **Hilfe zum Sterben**, die passive Sterbehilfe eher die **Hilfe beim Sterben**. Oder knapper: „**passiv**“ ist, wer „**das Sterben geschehen**“ lässt.

Die Sterbebegleitung als Hilfe *beim* Sterben ist ein Akt christlicher Nächstenliebe und wurde im christlichen Abendland von den Pflegeorden in beispielhafter Weise nachweislich über fast 2 Jahrtausende geleistet. An den vom heiligen Eremiten Antonius (gest. 356) im frühen 4. Jahrhundert entwickelten Hospizgedanken möchte ich erinnern.<sup>22</sup> Sterbebegleitung bedarf reifer Einfühlung und Geduld, Selbstdisziplin und vor allem Zeit. Sie ist theologisch ein Werk der Barmherzigkeit (gemäß Mt 5, 7).

Das entscheidende Kriterium zwischen ethisch verantwortlichem und ethisch abzulehnendem Tun bei der Krankenbetreuung ist also die Grenzlinie zwischen Töten und Sterbenlassen. Beim Letzteren lässt man der Krankheit ihren Lauf.

Die aktive/ direkte Euthanasie oder die direkte Sterbehilfe ist als Hilfe *zum* Sterben ethisch nicht zu rechtfertigen und steht juristisch als „täterschaftliche Tötung auf Verlangen“ bisher unter Strafe nach § 216 StGB.<sup>23</sup> Begründet wird ihre Ablehnung zu Recht auch mit den *Selbstabschaffungsphantasien*, die bei sensiblen Schwerkranken auf Druck der Umgebung entstehen könnten. Nicht zuletzt erinnert man sich in Deutschland an die Nazi-Vergangenheit und deren verheerenden Umgang mit dem Menschenrecht auf Leben. Das erklärt den überragenden rechtlichen Lebensschutz in Deutschland, von der Praxis des § 218 einmal abgesehen.<sup>24</sup> Die Tötung eines Kranken gegen oder ohne seinen Willen, z.B. eines Bewusstlosen oder geistig Schwerstbehinderten, ist nach hippokratischem Verständnis mit dem ärztlichen Beruf unvereinbar. Nach dem

---

<sup>22</sup> Seine „Hospizidee“ begründete den Antoniterorden des 13.-18. Jahrhunderts.

<sup>23</sup> Das prinzipielle Fremdtötungsverbot ist in den §§ 211-213 ausgesprochen.

<sup>24</sup> Vgl. auch die Einbecker Erklärung (1986) zum Sterbenlassen schwerstbehinderter Neugeborener unter den Bedingungen der „Basispflege“.

KKK ist die Patiententötung sittlich unannehmbar: aus welchen Gründen auch immer sie verübt wird, ist sie ein Verbrechen.<sup>25</sup>

Aber wie sieht es in unseren Nachbarländern aus, die ebenfalls christliches Wurzelwerk haben, Euthanasie aber inzwischen gesetzlich geregelt haben? Dort heißt das Programm: „In Würde sterben“! Eben „Dignitas“! Nach Ansicht des niederländischen Arztes Gunning treffen in seinem Land verschiedene Tendenzen zusammen: einmal der Autonomiegedanke mit seinen Selbstverwirklichungswünschen, dann ein sehr verengter Begriff von „Würde“, der Schwäche und Abhängigkeit gleichsetzt mit „Würdeverlust“, ferner die Illusion von leidfreiem Leben und schließlich der Mangel an Einsicht, ein geschöpfliches und damit an allgemeingültige Normen gebundenes Wesen zu sein. Die Beziehung der eigenen Existenz zu einem transzendenten Du, einem Gott und Vater, ist heute weitgehend aus dem Blickfeld geraten und damit auch die Verantwortlichkeit IHM und der menschlichen Mitwelt gegenüber. So sind es nach verlässlichen Angaben nicht vorrangig die unerträglichen Leiden, die Ärzte in Holland zur aktiven Sterbehilfe (=Euthanasie) veranlassten. In einer Untersuchung im Rahmen einer medizinischen Dissertation stellte sich heraus, dass 32% der Ärzte die Überforderung der Angehörigen als Motiv ihres Einschreitens angaben. Für 31% war es die nach Einschätzung der Ärzte zu niedrige Lebensqualität des Kranken. Aber was heißt „Lebensqualität“ - und darf der Arzt darüber bestimmen? Jedenfalls gaben nur 30% der befragten Ärzte Schmerzen und Leiden des Patienten als Grund für dessen Tötung an.<sup>26</sup> Die Änderung im niederländischen Kriminalkodex („Criminal Code“) hat Dr. Bert Dorenbos, Präsident des Lebensrechtsvereins „Schrei um Leben“ in Hilversum, als dramatisch bezeichnet. Der Patient wisse nicht mehr, ob sich ihm der Arzt als Helfer oder als sein Henker nähere. Mehrere Fälle belegen, dass das niederländische „Euthanasiemodell“ zu einer breiten Verunsicherung der Bürger geführt hat. Dort wird sogar depressiven Patienten auf ihre Bitte ein tödliches Mittel ausgehändigt, anstatt sie mit aller Sorgfalt und nachhaltig stationär oder ambulant zur Lebensbejahung hin zu behandeln. Unheilbar Kranke wurden „*von Familienangehörigen oder vom Hausarzt mit mehr oder weniger subtilen Methoden genötigt, ‚Euthanasie‘ zu ‚verlangen‘*“.

---

<sup>25</sup> KKK No 2277.

<sup>26</sup> Näheres s. Homepage [www.aerzte-fuer-das-Leben.e.V.](http://www.aerzte-fuer-das-Leben.e.V.)

Euthanasie sei eben „*einfacher, billiger und weniger anstrengend*“<sup>27</sup> als die Pflege. Die Deutsche Hospizstiftung hat ermittelt, dass im Jahr 2001 in Holland 2054 Euthanasiefälle von Ärzten gemeldet wurden, die holländische Regierungsstudie aber lässt im gleichen Zeitraum zwischen 4000 und 5000 Fälle erkennen, demnach wurde also jeder zweite Euthanasiefall trotz der dortigen Gesetzeslage *nicht* gemeldet! Bei etwa 900 Patienten erfolgte die Tötung ohne deren Willen<sup>28</sup>. Solches geschieht seit Jahren bei behinderten Neugeborenen und solchen Säuglingen, die eine Spätabtreibung überlebt haben.<sup>29</sup>

Bekannt geworden ist über die Medien auch der Mr. Death aus Kalifornien, der Arzt Dr. Kervorian, der in zahlreichen Fällen den Tod vermittelte, sei es über seinen Injektions-Apparat „Mercitron“ oder über die Erstickungsmethode mit Kohlenmonoxyd oder unter einer Plastiktüte in seinem Klein-Bus. Sein Wirken für die „Pro-Euthanasie-Bewegung“ löste langwierige Gerichtsverfahren in einzelnen Staaten Nordamerikas aus, obwohl der oberste Gerichtshof (U.S. Supreme Court) 1997 das „Recht auf Suizid“ als verfassungswidrig abgelehnt hatte.

**3. Die ärztliche Ethik** sieht ihren Auftrag in der Sorge um den Patienten, sein körperliches, seelisches und geistiges Wohl. Wie überhaupt das „Wohl der Person“ das moralische Grundmotiv unseres Handelns sein sollte! Zu diesem gehört heute selbstverständlich der Respekt vor der Selbstbestimmung. Aber diese Autonomie ist mit dem ärztlichen Prinzip abzustimmen, dem Kranken vor allem nicht zu schaden. Sein „Wohl“ ist andererseits nicht mit völliger Gesundheit und wieder erlangter Leistungsfähigkeit identisch, sondern zielt auf die Ermöglichung von menschengemäßigem Weiter-Leben. Gemeint und gefordert ist Lebenshilfe in körperlicher, seelischer und sozialer Perspektive. Der KKK schreibt dazu: „*Menschen, die versehrt oder geschwächt sind,*

---

<sup>27</sup> Benzenhöfer U., Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. 1999, S. 183.

<sup>28</sup> Näheres s. Lebensforum 1/2004, S. 10: Auch danach konnten 38% der Angehörigen die Situation „nicht ertragen“. So auch: Lebensforum 1/2005, S. 6.

<sup>29</sup> Dem Parlament wurde vom Justiz- und Gesundheitsminister am 29. Nov. 2005 mitgeteilt, dass es hier zu keiner gesetzlichen Regelung kommen solle, vielmehr solle eine Kommission jeweils darüber befinden, ob die Sorgfaltspflichten eingehalten wurden.

*brauchen besondere Beachtung. Kranke und Behinderte sind zu unterstützen, damit sie ein möglichst normales Leben führen können.*“<sup>30</sup>

a) Im Rahmen des Nicht-Schaden-Prinzips muss sich auch die **indirekte Euthanasie** verstehen. Sie darf nicht das Leben auslöschen *wollen*. Indirekte Euthanasie heißt z. B. den Patienten von unerträglichen Schmerzen wirkungsvoll zu befreien, selbst wenn durch die Höhe der Medikation sein Leben möglicher Weise verkürzt wird – was aber nicht angestrebt werden darf, sondern nur als Nebenwirkung eventuell „in Kauf genommen“ wird! Gerade hier hängt alles an der Absicht, der Intention, mit der man sich dem Patienten zuwendet. Kurz: man will ihm helfen, man will ihn nicht töten. Äußerlich ist die Handlung vielleicht kaum vom Missbrauch zu unterscheiden; man verabreicht Schmerzmittel: im einen – unerlaubten - Fall mit Tötungsabsicht, im andern zur Schmerzlinderung bei grundsätzlicher Bejahung des – auch erschwerten - Lebens. Auch hierzu ist aus dem Katechismus ein grundlegendes Wissen zu beziehen, wenn es heißt: *„Schmerzlindernde Mittel zu verwenden, um die Leiden des Sterbenden zu erleichtern, selbst auf die Gefahr hin, sein Leben abzukürzen, kann sittlich der Menschenwürde entsprechen, falls der Tod weder als Ziel noch als Mittel gewollt, sondern bloß... in Kauf genommen wird.“*

Der Jurist Prof. Herbert Tröndle schlägt zur Klärung vor, danach zu fragen, was der Arzt mit seinem Tun bezweckt und bringt die *Gesinnung* ins Spiel, die forensisch jedoch nicht immer objektivierbar gemacht werden könne. Aber hat nicht gerade Jesus davon gesprochen, dass wir nicht zuerst die Hände waschen, sondern das Herz, d. h. unser Innerstes von abwegig bösen Absichten reinigen sollen? Gott schaut ins Herz. Die Tötungsabsicht ist Widerspruch gegen Gott als der Quelle allen Lebens! Die Schmerzbehandlung aber ist Christenpflicht.

b) Weit schwieriger ist die ethische Differenzierung bei der sog. **passiven Euthanasie**. Sie birgt für die moderne Medizin erhebliche Problematiken in medizinischer, ethischer und juristischer Sicht.

Die medizinische Diskussion hierzu ist nicht abgeschlossen, und es ist die Frage, ob sie je abschließbar sein wird. Präsentieren sich doch menschliche Not und Ohnmacht, menschliches Leid, menschlicher Schmerz und Krankheit,

---

<sup>30</sup> KKK No. 2276.

immer ganz individuell. Jeder „Fall“ ist ein anderer. Jeder Kranke ist ein anderer, nämlich ein eigenes Selbst, hat eine eigene Biografie. Vermutlich deshalb besteht in Deutschland bislang keine ausdrückliche diesbezügliche Gesetzesregelung. Mittlerweile ergangene Gerichtsurteile werden immer wieder neu hinterfragt.<sup>31</sup>

Was bedeutet „passive Sterbehilfe“? Zunächst gilt: man verhält sich *passiv nur gegenüber der Grundkrankheit*, nicht gegenüber dem Kranken. Im Gegenteil! Gerade nach dem informierenden Gespräch zwischen Arzt und Patient, danach im Pfllegeteam, und dem Beschluss, das Leben bei Unheilbarkeit nicht mehr mit allen zu Gebote stehenden medizinischen Mitteln zu verlängern, gebührt dem Kranken die besonders aufmerksame Zuwendung von Pfllegern, Arzt und Angehörigen. Das ist die Domäne der „palliativen Medizin“. Das Wort leitet sich von „Pallium“ ab, was soviel wie „Mantel“ i. S. von wärmendem Schutzraum bedeutet.

Wann ist der Arzt berechtigt, die sog. kurative Behandlung, die auf Heilung und Lebensverlängerung abzielt, einzustellen? Wann darf er das Atemgerät abstellen oder die Ernährungssonde entfernen? Gehören diese nicht zur Basistherapie, die auch bei Palliativbehandlung weitergeführt wird? Das ist in Ärztekreisen umstritten und in die Verantwortung des einzelnen Arztes gelegt. Der KKK sagt nur so viel: *„die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können“* (KKK).<sup>32</sup> So darf man beim Todkranken auf eine Infektionsbehandlung mit Antibiotika verzichten. Die Richtlinien der Bundesärztekammer von 2004 erstrecken sich zunächst auf die Sterbephase, zusätzlich aber auch auf Lebzeiten davor. Sie sollen auch bei weit fortgeschrittener aussichtsloser Krankheit, im Wachkoma, bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen das Handeln anleiten. Bei diesen und anderen Patienten ist die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem unwiderruflichen Ausfall von vitalen

---

<sup>31</sup> Gerade hat der Jurist Kusch der Medizin angebliche „Pirouetten“ in einem „wildem Wortspiel“ vorgeworfen, wenn es darum gehe, den Knopf des Beatmungsgeräts auszuschalten oder die künstliche Ernährung einzustellen.

<sup>32</sup> KKK No. 2278.

Organfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Atemwege, Niere, Gehirn) erlaubt. Aber auch schon davor??

Juristisch kann unter besonderen Umständen eine Änderung des Behandlungsziels d. h. die Hinnahme des Sterbens auch als „unterlassene Hilfeleistung“ gedeutet und nach § 323c StGB strafrechtlich mit nachfolgendem Schadensersatzanspruch nach § 823 BGB verfolgt werden.<sup>33</sup>

Deshalb ist heute **entscheidend, ob der Patient sich zu solchen Maßnahmen klar, schriftlich und aktuell äußert oder präzise und nachweislich**

**geäußert hat**. Nach der Berufsordnung (BÄO) hat der Arzt nach den Geboten der Menschlichkeit zu handeln (§ 1 Abs. 2 S.1). Er hat eine Garantenstellung (§ 13 StGB) für das Patientenwohl, was ihm einerseits die Unterlassung von Hilfe, andererseits die Sterbehilfe *zum Zwecke* der Herbeiführung eines schnelleren Todes untersagt. Verfassungskonform kann eine Behandlungsbegrenzung bei unheilbar Kranken nur dann sein, wenn sie der freien Willensentscheidung des Patienten entspricht, wenn man ausführlich mit ihm über das Stadium der Krankheit, seinen psychischen und physischen Leidensdruck gesprochen hat. Daraus wird sich das Einvernehmen von Patient und Arzt, der **einverständliche Behandlungsverzicht** ergeben. Im Fall des nicht mehr urteilsfähigen Patienten sind Gespräche mit den nächsten Angehörigen zu führen, um den mutmaßlichen Willen des Kranken für seine Lage zu ermitteln, oder mit einem vom Patienten früher bestimmten Bevollmächtigten (§1892 Abs.2, S.2 BGB) oder einem vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer (§1896 Abs 1 BGB). An dieser Stelle haben Patientenverfügung und Patiententestament ihre große Bedeutung. Sie sollten im Laufe eines Lebens mehrmals aktualisiert, präzisiert und möglichst notariell bestätigt werden.

Grundsätzlich ist ja immer der Wille des Patienten maßgebend für jede Behandlung, so auch für jede Weiterbehandlung oder den Behandlungsabbruch. Wer als Arzt gegen den ausdrücklichen Willen seines Patienten tätig wird, kann wegen „Nötigung“ (nach § 240 StGB) oder „Körperverletzung“ (§ 223/224 StGB) zur Rechenschaft gezogen werden. Ethisch und juristisch steht deshalb mittlerweile fest: Notariell bestätigte

---

<sup>33</sup> Passive Sterbehilfe kann im Sinne einer „Tötung auf Verlangen“ gedeutet und nach § 216 StGB geahndet werden, wenn der Arzt ohne PV des Patienten eine im Prinzip noch indizierte Behandlung unterlässt und der Patient deswegen früher stirbt.

schriftliche Patientenverfügungen, die sich eindeutig auf die je aktuelle Situation beziehen, sind zu befolgen.

Aus der Sicht des Arztes ist natürlich nicht der Tod das Behandlungsziel. Das ist prinzipiell und für uns alle wünschenswert! Die Schwierigkeit liegt darin, den Zeitpunkt festzustellen, ab dem es letztlich keine Aussicht auf ein Weiterleben gibt. Was heißt „unheilbar“, und ist damit schon der Todeszeitpunkt zu prognostizieren? Es ist der „Point of no return“<sup>34</sup>, wie es im Englischen heißt, der Ärzten moralische Probleme macht. Daher muss jeder Behandlungsabbruch *im Wissen um den Patientenwillen* eingehend überlegt und besprochen werden. Man muss sich für die Abwägung der Prognose und die Indikation zur Änderung des Behandlungszieles Zeit lassen. Zu bedenken ist, dass jedes Leben, das ja von seiner Anlage her einmalig ist, auch ein einmaliges Sterben beanspruchen darf – ein Sterben - und keine Tötung.

Sicher ist auch das Abstellen eines Atemgeräts äußerlich ein „aktives Tun“. Aber es ist insofern „passiv“, als man einvernehmlich nicht mehr im Sinne der Lebensverlängerung eingreift; man verhält sich passiv gegenüber der übermächtigen Krankheit; die medizinischen Maßnahmen werden auf Pflege und Begleitung ausgerichtet. Die Entscheidung für die Veränderung des Behandlungsziels ist zu treffen vor dem ärztlichen Gewissen, für den Gläubigen ist das die Instanz, die vor Gott steht. Die Verantwortung besteht gleichfalls gegenüber dem Patienten und dem Gesetz. Vom ärztlichen Ethos aus ist jedenfalls immer eine Basisbetreuung verlangt: dazu gehört die menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerz, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.<sup>35</sup>

Bei Patienten im Endstadium einer unheilbaren Krankheit, z.B. einer Erkrankung an Krebs oder Aids ist bei dem Verzicht auf das Atemgerät oder die Dialyse immer zu fragen: ist das Sterben jetzt und unmittelbar „tod-sicher“? Behandlungsbedürftigkeit besteht sicher nicht mehr, wenn in der Klinik der Tod des Gesamthirns mittels der dauerhaften O-Linie im EEG bei mehrfacher Wiederholung nachgewiesen wird. Aber wie lässt sich das in der Praxis entscheiden? Der Sterbeprozess beginnt dann, wenn die elementaren

---

<sup>34</sup> Beim Sterbenden besteht allerdings auch rechtlich kein „Lebenserhaltungsgebot“ mehr (Albin Eser).

<sup>35</sup> Die Richtlinien der BÄK weisen auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung zurück, denn diese „widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“.

körperlichen Lebensfunktionen in ihrer Gesamtheit ausfallen und jegliche Kommunikation, auch die über Berührung, versiegt. Empfohlen wird, jeweilige Entscheidungen möglichst in einem Team von Ärzten und Pflegekräften vorzunehmen und mit den Angehörigen zu sprechen, - wohl wissend, dass nicht *jeder* Angehörige ein verlässlicher Ratgeber ist – das sah man im Fall der Terri Schiavo in USA (Überforderung, Mitleid oder Eigennutz). Dazu nochmals die Leitlinie der BÄK: **„Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollten, ist unzulässig und mit Strafe bedroht“.**

**4. Hospiz und Palliativmedizin.** Immer wieder wird wie bei den oben genannten Schriftstellern Jens und Küng die Angst deutlich, zuletzt „an Apparaten (zu) hängen“ und die „geistige Präsenz zu verlieren“. Es ist die Angst vor Abhängigkeit, vor Überbehandlung, vor Schmerz und Isolation. Tatsächlich muss sich die Medizintechnik heute mehr denn je fragen lassen, ob sie immer und überall dem Heil des Menschen, auf das sie sich verpflichtet, dient. Angst kommt dann auf, wenn man als Schwerstkranker isoliert wird. So besteht in einem hektischen Krankenhausbetrieb bei überlastetem Personal die Gefahr, dass das Sterben auch heute als unliebsamer Nebenakt missverstanden wird und der Todkranke hinter einer spanischen Wand auf seinen Tod warten muss. Es droht ihm der soziale Tod schon vor dem physischen. Solche Gegebenheiten veranlassten Ciceley Saunders, eine Londoner Ärztin, 1967 die Hospizbewegung ins Leben zu rufen, die in USA von der Nahtodforscherin Frau Kübler Ross gefördert wurde. Seit etwa 20 Jahren existiert die Hospizbewegung auch in Deutschland<sup>36</sup>. In den Städten werden Hospizpflegehäuser mit etwa 20 Betten eingerichtet. Von Spendern werden Hospizvereine gegründet und von persönlichem Engagement gestützt. Schwerkranke werden dort oder auf den Palliativstationen von Kliniken aufgenommen, medikamentös neu eingestellt, wieder entlassen oder auch auf Dauer gepflegt. Hospizhelfer besuchen Kranke und deren Angehörige zuhause oder auf Pflegestationen. Inzwischen haben Ärzte die bereits erwähnte Palliativmedizin, die in ihren Anfängen schon auf die Antike zurückgeht, als medizinisches Spezialfach eingerichtet und vielseitige Erfahrungen mit der Schmerzmittelabgabe

---

<sup>36</sup> 1983 Einrichtung des 1.Hospizes in Köln durch die Krebshilfe. Vorbildlich Prof. Student in Ulm.

gesammelt. Dabei haben sie ganz differenzierte Behandlungsschemen herausgearbeitet, die auch von einer hochdosierten kontinuierlichen Opiat-Therapie Gebrauch machen. Bei individuell dosierter und öfter überprüfter Dauer-Behandlung sind keine bzw. beherrschbare Nebenwirkungen zu erwarten. Oft muss die Schmerztherapie durch antidepressive Arznei und Ruhigstellung ergänzt werden. Eine solche Neueinstellung erfolgt ambulant oder stationär auf der Palliativabteilung. Das Wissen und der Umgang mit dem chronischen Schmerz sind zur eigenen klinischen Disziplin geworden. Palliativmedizin in einem sehr umfassenden Sinn ist zugleich die stärkste Abwehrmaßnahme gegen die „aktive Sterbehilfe“. Sie bedarf des intensiven Ausbaus.

**5. Die Bedeutung ganzheitlicher Betreuung bei Schwerkranken.** Auf einer solchen Schmerzstation soll der Kranke mit allen seinen Nöten, den physischen, psychischen, sozialen und spirituellen, wahrgenommen werden. Ärzte und Pflegekräfte dienen als Empfänger für die vielfältig empfundenen Ängste und Leiden. Ein Krankenhauseelsorger hat sich unlängst sehr bildhaft mit einem *Container* verglichen, der alle Wut, Ängste und Sorgen, alle Fragen und alle „Warums“ von Kranken aufnimmt. Daraus kann sich ein hilfreicher Prozess für beide Gesprächsteilnehmer entwickeln. Dann schält sich auf beiden Seiten das Grundwissen heraus: unser Leben ist fragil. Leid ist urmenschliche Erfahrung. Insofern sind wir Gleiche unter Gleichen. In vielen Kulturräumen wurde Leiden einzig als Strafe missverstanden. Aber schon der biblische Job hat sich zu einer anderen Einsicht durchgerungen, und wurde am Ende von Gott bestätigt. Job, der Gerechte, erhielt das volle Leben von Gott zurück, erzählt die Bibel. Es lohnt sich, diese Geschichte immer wieder nachzulesen. Der Leidende darf sein „Warum-gerade-ich“ als Anklage formulieren und hinausschreien. Er darf klagen, und manchmal *muss* er klagen. Schließlich kann er sich in sein Schicksal fügen, wenn er wie Job Gott als den Immer-Größeren zu akzeptieren lernt. Die Annahme ihres Leids kann für viele Kranke dadurch erleichtert werden, dass sie die Annahme erfahren und spüren können, die ihnen fürsorgliche Begleiter bekunden. Leid ist allgemeine Menschheitserfahrung. Für den Buddhisten etwa bedeutet „Leben“ soviel wie „Leiden“, beides ist für ihn identisch, und deshalb strebt der Buddhist, aus diesem Kreislauf des Leidens auf verschiedenen Wegen des

Verzichts herauszukommen. Westliches Denken hat einen anderen Weg gefunden. Aus der VITA ACTIVA des beruflichen und gesellschaftlichen Lebens kann bei Krankheit eine VITA PASSIVA werden, die jedoch das Element aktiver Bewältigung beibehält oder umformuliert. Ziel ist das Ja-Sagen-Lernen. Der jüdische Psychotherapeut Viktor E. Frankl, der in seiner Jugend vier Jahre im Konzentrationslager verbrachte, kam zu der Einsicht: *„Das Leben verlangt vom Menschen ... eine elastische Anpassung an die Chancen, die es ihm gibt.“* Wenn sich der Mensch einem unausweichlichen Schicksal gegenüber sieht, dann komme es auf seine Einstellung an. Frankl zählt das Ja-Sagen zur Krankheit zu diesen „Einstellungswerten“. Denn wie der Mensch sein Schicksal trägt, *„wie er es gleichsam als sein Kreuz auf sich nimmt, darum geht es.“* So kann - das ist Frankls zentrale Aussage - *„die menschliche Existenz eigentlich niemals sinnlos werden... das Leben behält seinen Sinn... solange“* der Mensch *„atmet“*. Hier komme es auf die *„kopernikanische Wendung“* im Denken an: *„Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der Befragte.“* In seinem Leben und Sterben *„vollzieht der Mensch (viel mehr) das Beantworten“*. Ist hier dem Wesen des Menschen und seiner Würde nicht eher entsprochen als in der verkrampft-trotzigen Haltung von *„Selbstbestimmung bis zuletzt“*? Was bedeutet dies für die Krankenbegleitung?

Wenn man die Krankheit nicht überwinden könne, heißt es schon in der hippokratischen Schrift aus der Antike *„Über die inneren Leiden“*, solle man vor allem den Schmerz lindern. Das genau strebt die Palliativmedizin an.<sup>37</sup> So hat es der reformierte deutsche Theologe Johann Valentin Andreäe 1619 in seiner *Christianopolis* als eindrucksvollen Gegenentwurf zu der euthanasiastischen Utopie seiner Zeit dargestellt:

*„Menschen, deren Geist verwirrt oder gestört ist, dulden sie unter sich wenn es erträglich ist; ist dies nicht der Fall, so gelangen sie unter gelinde Aufsicht. Ebenso hält man es mit den ungewöhnlich Missgestalteten, denn die Vernunft gebietet, dass die menschliche Gesellschaft sich derer, die die Natur stiefmütterlich behandelte, besonders gütig annimmt. Auch Gott erträgt uns ja*

---

<sup>37</sup>Näheres bei LUTTEROTTI M. in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1993, Heft 1, S. 12f.

mit unendlicher Güte und Langmut – nicht, wie er uns wünscht, sondern wie wir sind.“<sup>38</sup>

**(6. Christliches Menschenbild) Sterben in Würde?** Was heißt das? Schließt das Sterben in Schwäche, wiederkehrenden Schmerzen, schließt eigene Ohnmacht und Abhängigkeit im längeren Siechtum die *Menschenwürde* aus? Ordnet man den Menschen rein biologisch bei den leidensfähigen Wesen, also den durch die Evolution höher entwickelten Tieren, ein, dann ergibt sich kaum ein Sinn-Zusammenhang von Leben, Leiden, Sterben und einmaliger Würde. Das christliche Menschenbild hat demgegenüber einen entscheidenden „Mehrwert“ anzubieten, es geht vom Menschen als Person in der Gottesbeziehung aus. Sieht man den Menschen als Gottes *imago*, als personhaftes Gegenüber zum Schöpfer, dann ist Menschenwürde keine Eigenschaft von äußerlichem Charakter. Sie ist ihm vielmehr wesentlich (essentiell) eigen und unabhängig von Situation, Lebensphase, von Ansprech- oder Kontaktfähigkeit.<sup>39</sup> Niemand kann sie ab- oder zusprechen. Sie verbleibt letztlich auch unabhängig von Verletzungen durch andere. Vielmehr setzt sich der, der sie einem Mitmenschen ab- oder zusprechen möchte, ins Unrecht. Die Menschenwürde bleibt auch noch den Sklaven, den Verfemten, den Verurteilten, den Gekreuzigten aller Zeiten. Christen wissen: Jesus ist keinen unwürdigen Tod gestorben. Einen ungerechten Tod ja – aber dies für uns, wie Christen bekennen und erhoffen! Wie könnte ein Sterben aus vollendeter Liebe „unwürdig“ sein? Darum beten wir ja: Im „Kreuz ist Heil, im Kreuz ist Leben“. In christlicher Perspektive ist Menschenwürde de facto unantastbar, eben weil sie göttliche Mitgift ist. Es ist dieser Zusammenhang: **der Mensch ist Person und ist von seinem Schöpfer als Du gewollt und in Gnade angenommen.**<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> In diesem Sinn bezeichnete Otto Lubarsch noch 1908, - 12 Jahre vor dem eugenischen Manifest der erwähnten Herren Bindung und Hoche, - in seiner „Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde“ Sterbebegleitung („Euthanasie“) als die „Kunst, dem Sterbenden den Austritt aus dem Leben zu erleichtern“, nicht aber als „Verkürzung des Lebens“.

<sup>39</sup> Es ist gerecht, wenn der Mensch aus jeder abwägenden Berechnung seiner Mitwelt ausscheidet, weil „*er selbst Subjekt und Maßstab der Berechnung ist*“, so LOEW R., Philosophische Aspekte der Behindertenproblematik, Stuttgart 1990 in: Zeitschrift für medizinische Ethik, S. 40.

<sup>40</sup> Ganz früh in der Menschheitsgeschichte schon hat sich Hiob angesichts von Krankheit und Schuld die Frage gestellt, warum die Welt so ist, wie sie ist. Ist sie wirklich Kosmos, wie die griechische Philosophie annahm, die gute Welt, von einem guten Gott geschaffen? Überwiegen nicht Chaos und Übel aller Art? Ist diese Welt, in der das Sterben als massenhaftes Phänomen alltäglich geschieht, wie in der Tsunami-Katastrophe, und an

Auch das weltanschaulich „offene Menschenbild“ unseres Grundgesetzes schließt jegliche Stufung der Menschenwürde und jede Diskussion um sie aus. Sie ist die Basis, auf der Menschen einander ebenbürtig begegnen. In unserer Verfassung ist „*Menschenwürde*“ kein Oberbegriff, unter den jemand fallen kann oder nicht, sondern „*das Licht, in dem die Bewohner des Reiches der Freiheit einander erst sehen*“, sagt ein Philosoph unserer Tage. „*Menschen anders als in diesem Licht zu sehen heißt in gewisser Weise schon zu erblinden*“<sup>41</sup>.

Kann man sich andererseits eine Welt ohne Leid und ohne Abschied überhaupt vorstellen? Kranke erinnern daran, dass unser aller Leben anfällig, *angreifbar* ist, und die Sterbenden erinnern, dass es *endlich* ist. Mitgefühl und Nächstenliebe aber können „*nur dort gedeihen, wo man sich der eigenen Zerbrechlichkeit bewusst ist*“<sup>42</sup>. Leidvermeidung durch Abschieben, durch Isolation von Kranken oder gar dadurch, dass man Leidende tötet, das ist der Kältetod für die Menschlichkeit.

Noch einmal: Es ist eine Tragödie, wenn sich ein Mensch aus tiefer Depression den Tod wünscht und mit oder ohne Hilfe in den Tod geht. Doch den medizinisch unterstützten Tod als besonders würdevoll herauszustellen widerspricht der Wahrheit über den Menschen. Eine solch angeblich „würdevolle“ Tötung wird, ist sie einmal legalisiert, weitere Verbrechen wieder die Mitmenschlichkeit zur Folge haben. „*Da die menschliche Natur so ist, wie sie ist*“, wird Euthanasie auf Dauer nirgendwo „*freiwillig bleiben*“, hatte die Begründerin der modernen Hospizbewegung Cicely Saunders gewarnt, die vor einem Jahr in London verstarb.

**7. Schluss.** Das eigene wie das andere Leben sind uns aufgegeben, so nervend und anstrengend diese Aufgabe manchmal auch sein mag. Ich denke an die Angehörigen drogenabhängiger Menschen, die mir während meiner früheren Praxis begegnet sind, oder an die Langzeit-Pflege Todkranker, Parkinson-Kranker oder Wachkoma-Patienten durch die Eltern, den Partner, durch Sohn oder Tochter, auch an die Eltern geistig schwer behinderter oder schwer

---

vielen Orten auch der Mord und Totschlag, sei es im Terrorismus, in Stammeskriegen, in der Todeszelle oder gelegentlich auch in der stillen Kammer des Altenheims und der Pflegestation, - ist diese Welt die beste aller möglichen Welten? Das ist die alte Frage der Theodizee, des großen „Warum?“

<sup>41</sup> HOFFMANN TH. S., Wir haben nicht das Recht zu fragen, „*ob dem, was >Fleisch von unserm Fleisch< ist, Menschenwürde ... zukomme*“.

<sup>42</sup> So: Horst Eberhard Richter, Arzt und Psychoanalytiker.

erziehbarer Kinder. Solche harten Pflichten verweisen auf unser abhängiges Mensch-Sein und auf die Vorgegebenheit unserer Existenz. Sie sind die Konsequenz *menschlicher* Freiheit – einer Freiheit in begrenzter Raum-Zeit. Die völlige Macht über uns selbst steht uns nicht zu, und wir haben sie definitiv nicht. Das lehrt uns das Scheitern so vieler Utopien unserer Vorfahren und mancher Zeitgenossen in ihrer Bemühung um eine leidfreie Welt. Unsere Selbstbestimmung ist nicht losgelöst von Vorbedingungen. Sie ist, so unser Glaube, von Gottes Weisheit geschenkt und vorgesehen. Aber wie viel ist uns von einer solchen „Vorsehung“ noch bewusst? Gilt derzeit nicht vielmehr, was der Trierer Sozialethiker Ockenfels kritisch so formuliert: *„Abgeschnitten von ihrer göttlichen Herkunft, losgelöst aus ihrem sozialen Zusammenhang und aufgesplittert in die vielen kleinen Menschenrechte, die sich gegenseitig den Rang ablaufen, hat es die Menschenwürde nicht leicht sich zu behaupten. Unter Einschluss der Öffentlichkeit, die an Fragen... universaler Geltung kein Interesse zeigt, gelingt es den Interpreten, die Menschenwürde inhaltlich so zu verbiegen..., dass sie in die Schablone des ... Fortschritts paßt. Juristen wie Theologen haben es schließlich gelernt, mit Texten ‚umzugehen‘“ - „umzuspringen“!*<sup>43</sup> Forscher und Philosophen unserer Tage versuchen Menschenwürde ihrer Substanz zu berauben. Vor Jahren hat der Berliner Philosoph Volker Gerhardt in der FAZ Euthanasie so plausibel machen wollen, dass er sie für den Todeswilligen unter ausdrücklicher Berufung auf dessen Menschenwürde (!) einforderte! Wäre das aber nicht - fragt der Berliner Bischof Wolfgang Huber - die „Bankrotterklärung der Menschlichkeit“? Wollen wir wirklich so „ab ins Jenseits“?

Es bleibt wie zu allen Zeiten die persönliche Pflicht, als Kranke, Pflegekräfte, Ärzte, Angehörige unabhängig von Zeittrends die Menschenwürde zu leben. Kein Mensch hat das Recht, von einem anderen, auch nicht vom Arzt zu erbitten, dass er zu ihm sagt: „Du sollst nicht mehr sein!“ (R. Spämann). Unser Gewissen warnt: Du sollst nicht töten! Es ist uns vielmehr aufgegeben, das Zeitbedingte und das Naturgegebene für uns und den Nächsten anzunehmen und gut zu gestalten. Können wir nicht gerade die solide und konsequente Bejahung des Lebens als unsere ureigene Chance werten, wie es

---

<sup>43</sup> OCKENFELS W., in: Die Neue Ordnung, Jahrgang 57 Nr. 5/2003.

großartige Menschen in ihren Pflegediensten, vor allem aber die Kranken zu allen Zeiten in ausdauernder Geduld vorgelebt haben und so noch im Sterben zum Beispiel werden konnten?

Man ließ sie die „letzte Reise“ tun, - und sie konnten das „Zeitliche segnen“. Vielleicht wird ja der Sterbetag der „interessanteste Tag in unserem Leben“, meinte neulich ein Berliner Krankenhausseelsorger.