

GEMEINSAME TEXTE 17

Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe

Eine Sammlung kirchlicher Texte

**Sterbebegleitung
statt aktiver Sterbehilfe**
Eine Sammlung kirchlicher Texte

2., erweiterte Auflage Mai 2011

Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte / hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und dem Kirchenamt der EKD. – 2., erw. Aufl. – Bonn / Hannover 2011. – 102 S. – (Gemeinsame Texte ; 17)

INHALT

Vorwort.....	9
1. Einführung der 1. Auflage von 2003.....	13
2. Auszüge aus Texten der Evangelischen Kirche in Deutschland	17
2.1 Kundgebung der 9. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland <i>auf ihrer 7. Tagung im Timmendorfer Strand: „Was ist der Mensch? ... wenig niedriger als Gott“? Das christliche Verständnis vom Menschen in den Herausforderungen unserer Zeit“</i> , 3.–8. November 2002.....	17
2.2 Der Vorsitzende des Rates der EKD, Bischof Wolf- gang Huber, fordert Ausbau der Palliativmedizin. <i>„Aktive Sterbehilfe muss Tabu bleiben“</i> , <i>Gastkommen- tar in der Allgemeinen Zeitung Mainz</i> , 10. Juli 2004 (<i>Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i>).....	19
2.3 Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. <i>Ein Beitrag der Kammer für öffentliche Verantwor- tung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i> (<i>EKD-Texte 80</i>), Hannover 2005, 12–17.....	20
2.4 Erklärung des Vorsitzenden des Rates der EKD, Bischof Wolfgang Huber, zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates <i>„Selbstbestimmung und Für- sorge am Lebensende“</i> , 13. Juli 2006 (<i>Pressemit- teilung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i>).....	30

2.5	Landesbischof Christoph Kähler, stellvertretender Ratsvorsitzender: Die Sterbenden mit wirklicher Hilfe begleiten. Keine Lizenz zum Töten, 18. September 2006 (<i>Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i>)	33
2.6	Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen, 11. Juli 2007 (<i>Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i>)	35
2.7	Wenn Menschen sterben wollen. <i>Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Texte 97)</i> , Hannover 2008, 5–7; 34	37
2.8	Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland zum BGH-Urteil zur Sterbehilfe. <i>Stärkung des Patientenwillens und größere Rechtssicherheit für Ärzte und Angehörige</i> , 25. Juni 2010 (<i>Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland</i>)	40
3.	Auszüge aus Texten der katholischen Kirche	42
3.1	Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie. 1. Juni 1975 (= <i>Die deutschen Bischöfe</i> 4) [<i>vergriffen</i>]	42
3.2	Schwerstkranken und Sterbenden beistehen. 20. Februar 1991, in: <i>Die deutschen Bischöfe</i> 47, März 1996, 33–41; hier: 38	51
3.3	Katechismus der Katholischen Kirche. <i>München</i> 1993 [1997], Ziffern 2277–2279	51

-
- 3.4 Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis. *Erklärung der Pastoral-kommission der Deutschen Bischofskonferenz, 23. September 1993, in: Die deutschen Bischöfe 47, März 1996, 43–57; hier 46* 53
- 3.5 Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Zweiter Band „Leben aus dem Glauben“, hg. von der *Deutschen Bischofskonferenz, Freiburg–Basel–Wien 1995, 306–308; 310–313* 53
- 3.6 Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, *11. April 2001 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)* 58
- 3.7 Deutsche Bischofskonferenz warnt vor Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. *Appell des Ständigen Rates an die Mitglieder der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, 20. Januar 2004 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)* 59
- 3.8 Erklärung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ *13. Juli 2006 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)* 59
- 3.9 Erste Stellungnahme zum Urteil des Bundesgerichtshofes vom 25. Juni 2010 zum Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage eines Patientenwillens (*Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz*) 62

-
4. Auszüge aus gemeinsamen Texten der Kirchen..... 64
- 4.1 Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. *Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Gütersloh/Trier 1989 (Sonderausgabe 2000 aus Anlass 10 Jahre Woche für das Leben), 105–110..... 64*
- 4.2 Im Sterben: Umfängen vom Leben. *Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn / Hannover 1996 (= Gemeinsame Texte 6), 7–10..... 70*
- 4.3 In Würde sterben – in Hoffnung leben. *Argumentationshilfe zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 1996, 4; 6–10 [vergriffen]..... 74*
- 4.4 Christliche Patientenverfügung. *Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 2003, 11; 27–28..... 81*

-
- 4.5 Woche für das Leben 2003: „Um Gottes Willen für den Menschen! Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts.“ *Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, auf der Pressekonferenz am Montag, den 31. März 2003 in der Katholischen Akademie, Berlin (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)* 84
- 4.6 Karl Kardinal Lehmann, Leben in Endlichkeit. *In: Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Arbeitsheft der Woche für das Leben 2004: „Um Gottes Willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens“*, 7–8..... 85
- 4.7 Bischof Wolfgang Huber, In Würde sterben. *In: Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Arbeitsheft der Woche für das Leben 2004: „Um Gottes Willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens“*, 4–6..... 87
- 4.8 Patientenautonomie am Lebensende fördern – aktive Sterbehilfe verhindern. *Zum Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, 10. Juni 2004 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland)*..... 90
- 4.9 Bischof Wolfgang Huber: Statement für das Pressegespräch zur Woche für das Leben 2008: „Gesundheit – höchstes Gut?“ , 5. April 2008..... 91

4.10	Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. <i>Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 2011, 11–12</i>	93
5.	Hinweise zu weiteren Texten	97
5.1	Deutschland.....	97
5.2	Europa	99

Vorwort

In den letzten Jahren hat die Diskussion um Sterbehilfe und Sterbebegleitung an Schärfe zugenommen, u. a. bedingt durch die lang anhaltenden Debatten um ein Gesetz zur Patientenverfügung in Deutschland, um den so genannten assistierten Suizid durch Sterbehilfeorganisationen beispielsweise in der Schweiz sowie um die so genannte aktive Sterbehilfe, die in einigen Nachbarländern Deutschlands mittlerweile legalisiert ist. Einige Fälle von Wachkoma-Patienten und -Patientinnen, bei denen nach langen Jahren im medizinisch so genannten „anhaltend vegetativen Zustand“ die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt wurden, haben die Debatte zusätzlich aufgeheizt.

Auch bei uns in Deutschland wird die Forderung nach „aktiver Sterbehilfe“ immer lauter. Dahinter steht oft die durchaus nachvollziehbare Angst vor einem leidbelasteten, künstlich in die Länge gezogenen Sterben. Dabei wird häufig Mitleid zum Motiv für die Forderung nach „aktiver Sterbehilfe“. Ein so verstandenes Mitleid, das nicht bereit ist, den Weg mit den Sterbenden zu gehen, erweist sich letztlich als Verweigerung von Anteilnahme und Solidarität. Es gründet in einem Verständnis menschlicher Existenz, bei dem Krankheit, Leiden, Sterblichkeit und Tod ausgeblendet werden. Das spricht im Übrigen auch dafür, klar auszusprechen, um was es sich handelt: um die gezielte Tötung eines sterbenden oder kranken Menschen durch einen anderen Menschen. Tötung auf Verlangen ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt.

Wenn die Angst vor einem qualvollen und einsamen Sterben genommen werden kann, schwindet oft auch der Wunsch Sterbender nach vorzeitiger Beendigung des Lebens. Palliative Care

und Hospizarbeit sind inzwischen in Deutschland zwar viel verbreiteter als noch vor 20 Jahren, gleichwohl finden sie immer noch zu wenig Unterstützung. Sie leisten aber genau dies: Neben einer medizinischen Versorgung, die Schmerzen lindert und den Prozess des Sterbens begleitet, gehören zu einem achtungsvollen Umgang mit Sterbenden unabdingbar auch die persönliche Begleitung und Betreuung sowie eine respektvolle Pflege.

Es gibt einen entscheidenden ethischen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen, der nicht eingeignet werden darf. Jede vorzeitige, direkte und gewollte Beendigung des Lebens bedeutet, das unantastbare Recht des Menschen auf sein Dasein zu verletzen, und stellt damit einen Verstoß gegen die Menschenwürde dar. Daran ändert auch die Forderung nichts, ein solcher Eingriff dürfe nur mit Wissen und Willen des Schwerkranken erfolgen. Ebenso würde eine unnötige Verlängerung des Lebens von Schwerkranken, die ohnehin dem Tod nahe sind, dem Menschen nicht gerecht. Ein solcherart verzögerter Tod darf nicht den Sieg über das menschliche Sterben davontragen. Hier liegt eine hochbrisante Spannung von ethischem Anspruch und menschlichem Ermessen vor.

Die Frage, wie jedem einzelnen Menschen bis zum Ende seines Lebens und im Sterben die Achtung und der Schutz zuteil werden, die seiner Würde entsprechen, lässt sich nicht auf die Tage oder Stunden des Sterbens eines Menschen beschränken. Sie ist eng damit verbunden, wie wir als einzelne Menschen und als Gesellschaft insgesamt mit der Vergänglichkeit und Gebrechlichkeit menschlichen Lebens umgehen.

Die evangelische und katholische Kirche haben sich – auch z. T. in Verbindung mit anderen christlichen Kirchen und Gemeinschaften – zu dieser Thematik in den letzten Jahren immer wieder gemeinsam und einzeln geäußert. Bereits im Jahr 2003 ist die Textsammlung „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehil-

fe“ (Gemeinsame Texte 17) erschienen. Gerade in der intensiv geführten Debatte der letzten Jahre sind zahlreiche neue und wegweisende Stellungnahmen und Texte dazu veröffentlicht worden. Diese Texte sind ganz unterschiedlicher Natur: Es sind zum Teil Auszüge aus längeren eigenständigen Texten, die als eigene Publikationen erhältlich sind, gemeinsame Stellungnahmen aus gegebenen Anlässen, lehramtlich autorisierte Texte zu der Thematik, aber auch Pressemitteilungen zu konkreten, tagespolitischen Ereignissen, aus denen die ethische Dimension extrahiert ist. Angesichts der oben beschriebenen Entwicklungen erscheint es notwendig, erneut explizit an die Aussagen der Kirchen zu erinnern, die von derselben Zielrichtung getragen sind: für Sterbebegleitung und gegen Tötung auf Verlangen sowie Beihilfe zur Selbsttötung. Bei der Begleitung eines sterbenskranken Menschen geht es immer darum, Hilfe im Sterben zu leisten, aber nicht Hilfe zum Sterben, wenn damit eine direkte Herbeiführung des Todes gemeint ist. Sterben ist Teil des Lebens und fordert Wahrhaftigkeit, Sensibilität und Aufmerksamkeit.

Gesetzliche Regelungen und gesellschaftliche Konventionen, die der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung den Weg ebnen, sind aus Sicht der Kirchen entschieden abzulehnen. Eine solche Praxis führt gerade nicht zu der von vielen erhofften Förderung der Humanität. Vielmehr setzt sie alte, behinderte, schwerstkranke und sterbende Menschen unter einen enormen Druck, der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen und sich deren Forderungen zu beugen. Angebliche Freiwilligkeit und faktischer Zwang lassen sich in einer solchen Praxis kaum mehr trennen.

Sterben, Tod und Trauer werden zunehmend wieder gesellschafts- und gesprächsfähige Themen – und das ist gut und wichtig. Es ist daher ein Anliegen dieser überarbeiteten Neuauflage der Gemeinsamen Texte 17 „Sterbebegleitung statt aktiver

Sterbehilfe“, die Haltung der Kirchen deutlich zu dokumentieren und auf die Kontinuität in den kirchlichen Verlautbarungen zu diesem Thema hinzuweisen: Die Kirchen wollen stets dazu ermutigen, sich für eine menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender einzusetzen und sich den Tendenzen hin zu aktiver Sterbehilfe entgegenzustellen.

Bonn / Hannover, im Mai 2011

Erzbischof
Dr. Robert Zollitsch

Vorsitzender der Deutschen
Bischofskonferenz

Präses
Nikolaus Schneider

Vorsitzender des Rates der
Evangelischen Kirche in
Deutschland

I. Einführung der I. Auflage von 2003

Mit unserer Textsammlung wollen wir an die vielen guten Gründe erinnern, die für Sterbebegleitung, aber gegen aktive Sterbehilfe sprechen. Der Abdruck früherer kirchlicher Erklärungen macht deutlich, wie beharrlich die Kirchen diese Grundsätze öffentlich zur Geltung gebracht haben. Daran wollen wir erinnern. Aktive Sterbehilfe ist und bleibt eine ethisch nicht vertretbare, gezielte Tötung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase, auch wenn sie auf seinen ausdrücklichen, verzweifelten Wunsch hin erfolgt. Wir wissen, wohin es führen kann, wenn Menschen von Dritten für nicht mehr lebenswert erklärt werden, statt in ihrer Schwäche, Krankheit oder Behinderung als Menschen akzeptiert und nach ihren Bedürfnissen umsorgt zu werden.

Die derzeitige Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist in Deutschland beeinflusst durch die Erfahrungen der Vergangenheit (Gesetzgebung und mörderische Praxis der Nazizeit), die uns sensibel machen gegen jede Form von Ausgrenzung, Ausortierung und Vernichtung anhand scheinbar objektiver Kriterien. Wir wenden uns gegen alle Aussagen, die das Leben von Menschen als „nicht mehr lohnend“ oder „nicht mehr lebenswert“ abqualifizieren. Wir verweisen demgegenüber auf die Kostbarkeit jedes einzelnen Menschen und die unabdingbare Würde jeder einzelnen Person.

In zwei unserer Nachbarländer gibt es bereits Ergebnisse der Diskussion um das Für und Wider einer aktiven Sterbehilfe. Die Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien gibt Anlass zu ernster Besorgnis. In den nordeuropäischen Ländern wird die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe dadurch aufgeweicht, dass eine neue Form von Euthanasie diskutiert wird. Durch sog. „terminale Sedierung“ ver-

setzt der Arzt den Sterbenden in Schlaf und bricht dann alle medizinischen Behandlungen ab, bis der Tod eintritt.

Zu der Situation in unseren Nachbarländern und der dort geführten Diskussion gesellt sich das Nachdenken über unser eigenes Gesundheitssystem. Die medizinische Behandlung ist ein hoher Kostenfaktor gerade bei älter werdenden Menschen. Hinzu kommt die demographische Entwicklung in unserem Land, die uns absehen lässt, dass die Zahl alter, vielfach auch schwer kranker oder schwerstpflegebedürftiger Menschen künftig zunehmen wird. Es wäre verhängnisvoll, wenn im Blick auf solche Probleme die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe zunähme. Stattdessen plädieren wir für eine Stärkung der Alternativen.

Wir stehen mit dieser Ansicht nicht allein. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zum Fall Diane Pretty vom 25. April 2002 hat verdeutlicht, dass die Europäische Konvention für Menschenrechte die Verpflichtung für die Staaten enthält, das Leben seiner Bürgerinnen und Bürger in bedrohlichen Situationen zu schützen, gerade wenn sie schwach und verletzlich sind.

Das biblisch-christliche Verständnis vom Menschen beinhaltet vor allem, dass jeder und jede eine Würde besitzt, die in der Gottebenbildlichkeit des Menschen gründet, unabhängig von Vorleistungen oder Kriterien. Diese Würde muss man sich weder erwerben, noch kann sie verloren gehen oder von Dritten abgesprochen werden.

Um das Menschenwürde-Argument zu entkräften, wird bisweilen der Versuch unternommen, schwerstpflegebedürftigen Menschen nur noch ein „biologisches“ Leben zuzusprechen. Man spricht vom sog. Dahinvegetieren. Der Verlust von Selbstbestimmung und das totale Angewiesen-Sein auf andere wird als unwürdig angesehen, so dass man einem solchen Zustand ein

vorzeitiges Ende bereiten möchte. Doch dies ist eine inakzeptable Schlussfolgerung. Die Devise heißt vielmehr: so viel medizinische, schmerztherapeutische, menschliche und seelsorgliche Zuwendung wie möglich. Wir plädieren durchaus für selbstbestimmte Vorsorge der Patienten. Wir wissen aber auch um Maß und Grenzen solcher Selbstbestimmung. Oft wird ein Tötungswunsch schwerstkranker und sterbender Menschen aus der Verzweiflung geboren.

Wo wir die Tötung eines Menschen als „Lösung“ der zugegebenermaßen schwierigen Situationen von Krankheit und Sterben akzeptieren, ist dies eine Bankrotterklärung an die Menschlichkeit. Wir würden zulassen, dass Tod und Aussichtslosigkeit die Oberhand gewinnen.

Menschlichem Leid (Schmerzen, Einsamkeit und Verzweiflung) dürfen wir nicht durch Tötung, sondern müssen ihm durch menschliche Zuwendung und Fürsorge begegnen. Wir wollen Leiden lindern und uns nicht der Leidenden entledigen.

Wir wissen uns einig mit den Ärzten und Ärztinnen in unserem Land. Sie tragen einen großen Teil der Verantwortung für Kranke und Sterbende. Wie die Bundesärztekammer, so lehnt auch der Vorstand des Weltärztebundes die Legalisierung aktiver Sterbehilfe nach niederländischem oder belgischem Vorbild ab, weil sie wesentlichen ethischen Prinzipien der medizinischen Praxis entgegensteht.

Die vorliegende Textsammlung enthält bisherige Aussagen der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Problem der aktiven Sterbehilfe. Die Zusammenstellung der Texte unterschiedlichen Genres und unterschiedlicher Autorenschaft aus den letzten beiden Jahrzehnten dient der Orientierung. Aus ihnen wird deutlich, dass auf der Basis des christlichen Menschenbildes aktive Sterbehilfe auch in Zukunft deutlich abzulehnen ist. Es geht um mehr als um pragmatische

Lösungen. Die Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit seinem Sterben und dem Sterben anderer zeigen wie die Diskussionen in Gesellschaft und Politik, dass es bei der aktiven Sterbehilfe um ein gleichermaßen urmenschliches wie modernes Problem geht, dem sich jede Generation neu stellen muss.

Die Sorge der Kirchen gilt seit jeher gerade auch den Menschen in den schwächsten Phasen ihres Lebens. Sie unterstützen deshalb eine menschenwürdige Behandlung nicht nur durch Vorbringen guter Gründe, sondern auch durch ihr praktisches Engagement in Caritas und Diakonie, in den Sozialstationen, Hospizen und Krankenhäusern. Wir wollen Mut machen, sich für eine menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender einzusetzen und sich den Tendenzen zu aktiver Sterbehilfe entgegenzustellen.

Bonn / Hannover, im Januar 2003

Karl Kardinal Lehmann

Vorsitzender der Deutschen
Bischofskonferenz

Präses Manfred Kock

Vorsitzender des Rates der
Evangelischen Kirche in
Deutschland

2. Auszüge aus Texten der Evangelischen Kirche in Deutschland

2.1 Kundgebung der 9. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland

auf ihrer 7. Tagung im Timmendorfer Strand: „Was ist der Mensch? ... wenig niedriger als Gott? Das christliche Verständnis vom Menschen in den Herausforderungen unserer Zeit“, 3.–8. November 2002

Die Evangelische Kirche tritt ein für die Anerkennung und den Schutz der Würde jedes Menschen in der ganzen Spanne seines Lebens – vom Anfang bis zum Ende. Das schließt die nachdrückliche Bejahung medizinischer Forschung, ärztlicher Hilfe, technischer Weiterentwicklung und gesellschaftlicher Reformen ein, die der Minderung oder Vermeidung von unnötigem Leiden, der Suche nach neuen Heilungsmöglichkeiten und der Verbesserung der menschlichen Lebensqualität dienen. Abzulehnen sind aber alle Methoden der Forschung oder Therapie, durch die Menschen bloß als Mittel für die Heilungschancen anderer Menschen gebraucht werden. Jedes „Ethos des Heilens“ muss um seine Grenzen wissen, um menschlich zu bleiben. Das schließt die Einsicht ein, dass Krankheit, Sterblichkeit und Tod zum Menschsein gehören. Es ist ein wesentlicher Teil des dem Menschen aufgegebenen Reifungsprozesses, die eigene Endlichkeit anzunehmen, mit ihr zu leben – und zu sterben. Menschen haben einen Anspruch auf medizinische Hilfe und Beistand in der Situation der Krankheit und beim Sterben; ein Recht, von Krankheit oder vom Tod verschont zu bleiben oder befreit zu werden, gibt es freilich nicht.

Die dem Menschen von Gott zugesprochene Würde verschwindet nicht im Augenblick des Todes, aber sie wandelt sich. Sie

wird zum Anspruch auf Respekt, der auch den Verstorbenen gebührt. Die sich verändernden Formen der Bestattungskultur müssen daraufhin geprüft werden, ob sie diesem Respekt und den Bedürfnissen der Trauernden Rechnung tragen. Aus kirchlicher Sicht ist in Erinnerung zu rufen, dass die Toten nicht aus dem Herrschaftsbereich Gottes herausfallen, sondern an ihm Anteil haben. Die kirchliche Bestattung und die Begleitung der Hinterbliebenen kann dem so Ausdruck geben, dass der Abschied eine rituelle Form erhält, die Trauer einen Ort findet, Lebende und Tote in der Hoffnung auf Gottes Ewigkeit miteinander verbunden bleiben.

Die Evangelische Kirche versteht die Diskussion über Sterbehilfe und Euthanasie als Herausforderung. Sie nimmt die Ängste vieler Menschen vor einem qualvollen, einsamen Sterben und vor einem wehrlosen Ausgeliefertsein an sinnlos gewordene Maßnahmen der Lebensverlängerung ernst. Die Hospizbewegung sowie die Intensivierung der schmerzlindernden und auf Versorgung konzentrierten Medizin (Palliativmedizin) müssen nachdrücklich unterstützt und gefördert werden, denn sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Ermöglichung menschenwürdigen Sterbens. Dazu gehört auch die ärztliche Weisheit, die erkennt, wann es geboten ist, im Einvernehmen mit Patienten und Angehörigen auf medizinisch noch mögliche Maßnahmen zur Lebensverlängerung zu verzichten oder solche Maßnahmen abzubrechen (passive Sterbehilfe). Voraussetzung hierfür ist stets, dass die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt bleibt und nicht durch das eigenmächtige Verfügen über den Todeszeitpunkt ersetzt wird. Durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Tötung auf Verlangen würde ein solches Verfügungsrecht in unserer Gesellschaft etabliert. Das würde unsere Gesellschaft und ihre Einstellung zu Leben und Tod in tiefgreifender, problematischer Weise verändern. Denn damit entstünde nicht nur der offenkundige Rechtsanspruch von Sterbenden

auf vorzeitige Beendigung ihres Lebens durch fremde Hand, sondern es entstünde auch der verdeckte Anspruch an Sterbende, von diesem Recht Gebrauch zu machen, sobald sie den Eindruck bekommen, ihrer Umgebung zur Last zu fallen. Sterbende brauchen keinen „Gnadentod“, sondern geduldige, gütige, verlässliche Begleitung.

2.2 Der Vorsitzende des Rates der EKD, Bischof Wolfgang Huber, fordert Ausbau der Palliativmedizin.

„Aktive Sterbehilfe muss Tabu bleiben“, Gastkommentar in der Allgemeinen Zeitung Mainz, 10. Juli 2004 (Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland)

[...] Den Ausgangspunkt bildet die Pflicht, jedem Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dabei kann niemand beanspruchen, für einen anderen zu bestimmen, was dieser am Lebensende für sich selbst als menschenwürdig anzusehen hätte. Auch am Ende seines Lebens ist ein Patient nicht einfach ein Objekt der ärztlichen Heilkunst, sondern ein selbstbestimmter Partner des Arztes.

Deshalb sollten Arzt, Patient und Angehörige bis zuletzt im Gespräch gemeinsam zu verantwortende Lösungen suchen. Die so genannte „aktive Sterbehilfe“ aber muss weiterhin ein Tabu bleiben. Weil wir das Leben wie das Sterben aus Gottes Hand empfangen, dürfen wir uns nicht zum Richter über das Leben machen. Niemand darf die Lizenz zum Töten verlangen und erhalten. Deshalb spreche ich mich auch gegen die ärztliche Mitwirkung bei der Selbsttötung aus.

Es gibt Alternativen:

- Jeder Mensch kann heute für die Gestaltung seiner letzten Lebenszeit Vorsorge treffen. Die Kirchen geben seit 1999

eine Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht – die „Christliche Patientenverfügung“ – heraus.

- Auf der medizinischen Ebene sind vor allem die Weiterentwicklung und der Ausbau der Palliativmedizin zu fordern, die sich der Schmerztherapie und der Linderung weiterer Krankheitssymptome widmet. Die palliativmedizinische Ausbildung der Ärzte und die entsprechende Ausstattung der Krankenhäuser sollte verbessert werden.
- Für den Gesamtbereich stationärer Pflege sind die grundlegenden Ideen und praktischen Erfahrungen der Hospizbewegung stärker zur Geltung zu bringen. Der Hospizgedanke zielt auf Sterbebegleitung im Krankenhaus ebenso wie in familiärer und nachbarschaftlicher Zuwendung und Hilfe.

Das sind drei alternative Möglichkeiten zur aktiven Sterbehilfe. Wir alle sollten Sterbenden so beistehen, dass der Wunsch, getötet zu werden oder sich selbst zu töten, gar nicht erst aufkommt.

2.3 Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht.

Ein Beitrag der Kammer für öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Texte 80), Hannover 2005, 12–17

[...] Diese Stellungnahme zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen stellt allgemeine Grundsätze und Haltungen aus evangelischer Sicht dar. Sie geht nicht auf die rechtlichen Details der Regelungen ein.

4.1 Warten auf den Tod

Nach christlichem Verständnis darf der Tod eines Menschen nicht herbeigeführt, sondern muss abgewartet werden. Denn Christen sehen sich selbst als Geschöpfe Gottes. Geburt und Tod liegen somit in Gottes Hand, der Tod wird (ebenso wie die Geburt) als ein Geschick verstanden. Geschöpflichkeit bedeutet jedoch nicht, dass Menschen im Hinblick auf den Tod gar nicht handeln dürften. Denn geschöpfliches Leben ist immer zu gestaltendes Leben. Das Ende des Lebens ist in diese Gestaltungsaufgabe eingeschlossen. Aber Freiheit und Selbstbestimmung sind im Horizont der Geschöpflichkeit keine absoluten Werte. Freiheit ist aus christlicher Sicht stets als gestaltete Abhängigkeit (von Gott, vom eigenen Geschick oder von anderen Menschen) zu verstehen und Selbstbestimmung als persönlicher Umgang mit dem eigenen Bestimmtsein (z. B. durch die Lebensgeschichte oder tief greifende Überzeugungen).

Sterben hat seine Zeit (Koh 3,2). Nach biblischer Sicht ist diese Zeit nicht in die Verfügung des Menschen gegeben, sondern Gott hat allen Dingen ihre Zeit bestimmt. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Zwar beziehen sich die biblischen Stellen, in denen vom Erkennen und Wissen der Zeit die Rede ist, nicht unmittelbar auf das Ende menschlichen Lebens. Der Mensch ist aber der Zeit nicht einfach passiv ausgeliefert. Es gehört zur Aufgabe und verantwortlichen Führung menschlichen Lebens, je und je die Zeit zu erkennen, auf die es sich im eigenen Lebensvollzug und Handeln einzustellen gilt. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen. Auch hier gilt es zu erkennen, wann was an der Zeit ist.

Im Blick auf die Rede vom Wissen um die Zeit ist zu unterscheiden zwischen der inneren oder erlebten Zeit, die als Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft präsent ist, und der gemes-

senen und prognostizierbaren Zeit, die sich nach Stunden, Tagen, Monaten und Jahren bemisst. Die biblische Rede vom Wissen um die Zeit, auf die es sich einzustellen gilt, betrifft die Perspektive der erlebten Zeit und deren Zukunftshorizont. Dieses Wissen kann durch eine medizinische Prognose in der Perspektive der gemessenen Zeit veranlasst sein. Aber es darf nicht mit prognostischem Wissen verwechselt werden. Es ist ein Wissen um den je eigenen Lebenshorizont mit seinen verbleibenden Zukunftsperspektiven. Nach biblischer Sicht ist dem Menschen zgedacht, in dieser Weise um die Zeit seines eigenen Lebens zu wissen, um sich darauf einzustellen.

So gesehen ist eine Patientenverfügung Ausdruck der Erkenntnis eines Menschen, dass auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist, in der es darauf ankommen kann, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen. Diese Erkenntnis kann niemand stellvertretend für einen Anderen haben. Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. Daher ist grundsätzlich die in einer Patientenverfügung niedergelegte Sicht eines Menschen zu achten in bezug darauf, wann im Blick auf sein Sterben was für ihn an der Zeit sein wird. Das Postulat der Selbstbestimmung ist in diesem Kontext zu sehen. In ihm artikuliert sich der Wille eines Menschen, von Anderen gemäß seiner Erkenntnis und Sicht in Bezug auf sein Sterben behandelt zu werden.

4.2 Leben und Sterben in Beziehung zu Anderen

Wie das ganze Leben, so können aus christlicher Sicht auch Krankheit, Sterben und Tod eines Menschen nicht ohne ihre soziale Einbettung verstanden werden. Dazu gehören insbesondere die Angehörigen und Freunde des Sterbenden sowie die behandelnden Ärzte, die Seelsorger und die Pflegenden. Unter

ihnen bedarf es einer offenen, ehrlichen und angemessenen Kommunikation.

Deswegen werden Krankheits- und Sterbesituationen, in denen die Kommunikationsfähigkeit der Patienten stark eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrnehmbar ist (wie z. B. bei Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium oder bei Wachkoma-Patienten) von den Angehörigen in der Regel als besonders belastend erlebt. Familien, die sich in einer solchen Situation befinden, dürfen nicht allein gelassen werden mit ihren schweren menschlichen, seelischen und finanziellen Belastungen. Sie haben Anspruch auf die Solidarität und Hilfe der Gesellschaft und, sofern es sich um Christen handelt, der christlichen Gemeinde. Sie brauchen Unterstützung und Entlastung bei der Begleitung und Betreuung der Patienten. Dabei spielt die Seelsorge und geistliche Beratung eine wichtige Rolle, die ihnen helfen kann, in einem aussichtslos wirkenden, scheinbar sinnlosen Zustand Sinn und Zuversicht zu finden.

Wenn Menschen ihr Sterben vorsorglich bedenken wollen, sind wiederholte Gespräche mit nahe stehenden Menschen, Angehörigen, Seelsorgern und Ärzten wichtig für alle Beteiligten. Nur so kann später im Sinn des Betroffenen gehandelt werden.

Die Erfahrung zeigt, dass sich das Sterben eines Menschen im Allgemeinen nicht planen – und schon gar nicht im Detail in einer Patientenverfügung oder rechtlich regeln – lässt. Hier wird es immer um die Beziehung zwischen mehreren Menschen gehen, die das Geschehen fürsorglich begleiten und menschenwürdig für alle Beteiligten gestalten. Die Lösung liegt erfahrungsgemäß nicht in einer wortwörtlichen Interpretation einer Patientenverfügung, sondern im wiederholten gemeinsamen Gespräch aller Beteiligten. Es sind die Zwischentöne und die im Schriftlichen nicht erwähnten persönlichen Werte, die im Zweifelsfall wertvolle Hinweise auf die Wünsche eines Patienten ge-

ben, wenn die Patientenverfügung nicht klar genug auf die vorliegende Behandlungssituation angewendet werden kann. Zur Wahrnehmung der Selbstbestimmung des Patienten sollte deshalb das Gespräch gehören, möglichst auch mit den behandelnden Ärzten, denn diese werden voraussichtlich die medizinisch Begleitenden im Sterbeprozess sein.

Weil sich das Sterben nicht im Voraus regeln lässt, kann die angemessene Auslegung und Anwendung der – schriftlichen und/oder mündlichen – Äußerungen eines Patienten niemals rein mechanisch erfolgen, sondern erfordert einen verantwortlichen, auf den Einzelfall bezogenen Interpretations- und Abwägungsprozess. Vor wesentlichen Entscheidungen zum weiteren Behandlungsverlauf sollte das gemeinsame Gespräch unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte, der Angehörigen des Patienten, Mitgliedern des Pflegepersonals sowie von Seelsorgern stattfinden. Die Entscheidungen sollten nach Möglichkeit im Einvernehmen mit dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer getroffen werden. Jedoch trägt die letzte Verantwortung der behandelnde Arzt.

In diesem Prozess sind die Bereitschaft aller Beteiligten zum Gespräch und die Fähigkeit zum gegenseitigen respektvollen Zuhören unerlässlich. Darum ist die Erteilung einer Vorsorgevollmacht zu fördern. Auch hier gewinnt der Arzt einen Gesprächspartner: Anstelle des Patienten kann er mit diesem den häufig fluktuierenden Verlauf einer Erkrankung situationsgerecht besprechen. Wird durch eine Vorsorgevollmacht eine Person des besonderen Vertrauens benannt, so sollte man davon ausgehen, dass diese Vertrauensperson einschätzen kann, welche Einstellungen und Wünsche bei dem Patienten zum Zeitpunkt der Erteilung der Vorsorgevollmacht vorlagen, und man wird ihr zutrauen, eine Entscheidung im Sinne und zum Wohle des Patienten fällen zu können.

4.3 Selbstbestimmung und Fürsorge

In der Diskussion über Patientenverfügungen spielt häufig der Gegensatz zwischen der Selbstbestimmung des Patienten und der Fürsorge für den Patienten eine Rolle. Aus evangelischer Sicht hat der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht, sogar einen Selbstbestimmungsauftrag im Blick auf sein eigenes Leben. Es besteht andererseits aber auch eine Fürsorgepflicht der Gemeinschaft für Menschen, die hilflos, krank, gebrechlich oder auch einwilligungsunfähig sind. Selbstbestimmung ist aus christlicher Sicht positiv zu werten, wenn sie die Abhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gott impliziert und bejaht. Nur dann bleibt sie auf die Freiheit des Menschen bezogen und dient dieser Freiheit.

Einem urteilsfähigen Patienten wird das Recht zuerkannt, Therapien abzulehnen, auch wenn sein Leben dadurch auf unbestimmte Zeit erhalten werden könnte. Es gibt Krankheitsverläufe, bei denen Patienten schon vor der Sterbephase einer unheilbaren Krankheit auf die Weiterführung einer Therapie verzichten und dem Tod nichts mehr entgegensetzen wollen (z. B. nach sehr belastenden Therapien, wenn der Tod zwar noch hinausgezögert werden kann, aber medizinisch keine Hoffnung mehr auf Besserung besteht). Grundsätzlich gilt dies auch dann, wenn in einer Patientenverfügung für den Fall der Urteilsunfähigkeit bestimmt wird, dass bei Eintreten bestimmter Krankheitsumstände auf weitere Therapien verzichtet werden soll, selbst wenn das Leben noch auf unbestimmte Frist verlängert werden könnte.

Aber zwischen beiden Fällen besteht der wesentliche Unterschied, dass im zweiten Fall Andere für den Patienten entscheiden und handeln müssen. Für sie kann nicht allein der Patientenwille maßgebend sein, sondern sie haben dem Patienten gegenüber auch Fürsorgepflichten. Das betrifft z. B. den Fall, dass in einer Patientenverfügung ein Therapieverzicht im Blick auf

einen Krankheitsverlauf verfügt wird, bei dem bei Einsatz der Therapie gute Heilungschancen bestehen. Im Zentrum der Auseinandersetzungen um die Patientenverfügung steht daher die Frage, wie die Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn in ein angemessenes Verhältnis zu bringen sind. Eine gesetzliche Regelung sollte eine angemessene Balance zwischen beiden Prinzipien ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung ist die stärkere Beachtung der Selbstbestimmung von Patienten notwendig und wichtig für die Lebensgestaltung des Einzelnen. Der Einzelne soll grundsätzlich selbst bestimmen können, ob und wann bei einer unheilbaren Erkrankung die Zeit der Erwartung des Todes gekommen ist, damit nicht Andere diesbezüglich über ihn verfügen können. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen schließt den Respekt vor seiner Sicht seiner Lebenssituation ein.

Andererseits gibt es jedoch vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen und möglichen fragwürdigen Interessen von Angehörigen eine Fürsorgepflicht, Situationen zu vermeiden, in denen Druck auf alte und kranke Menschen ausgeübt werden könnte, ihr Leben zu verkürzen. Das könnte bereits dort beginnen, wo die Ausstellung einer Patientenverfügung zur Bedingung für die Aufnahme in ein Alten- oder Pflegeheim gemacht wird. Eine solche Praxis müsste durch den Gesetzgeber verhindert werden.

Bei Sterbenden handelt es sich häufig nicht um selbstbestimmt entscheidende, sondern um einwilligungsunfähige Patienten. Zusätzlich wird es auch bei vielseitigen Gesprächsangeboten immer eine beträchtliche Anzahl von Patienten geben, die keine Patientenverfügung ausfüllen wollen oder können. Es gilt also, auf diejenigen Patienten zu achten, die der gesellschaftlichen und ärztlichen Fürsorge ganz besonders bedürfen – mitunter nur

für eine kurze Zeit, manchmal bis zum Tod. Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten und Fürsorge müssen im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.

Die Prüfung der Angemessenheit eines Sterbewunsches in Relation zum Krankheitszustand eines Patienten erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge. Insofern können hier die Selbstbestimmung eines sterbewilligen Patienten und die Fürsorge derer, die für ihn verantwortlich sind und nun seinen Tod zulassen sollen, in Spannung geraten.

Das Postulat der Respektierung der Selbstbestimmung der Patienten wurde im Rahmen der neueren Medizinethik gegen eine im schlechten Sinne paternalistische ärztliche Fürsorge erhoben, die auf den Willen des Patienten keine Rücksicht nimmt. In der Regel wird die Selbstbestimmung des Patienten in der wortwörtlichen Bedeutung verstanden: Der Patient bestimmt. Dies kann dann zu dem Missverständnis führen, dass Selbstbestimmung in Bezug auf das eigene Sterben gleichbedeutend ist mit Verfügung über das eigene Sterben. Der Gedanke der Selbstbestimmung scheint damit in Konflikt zu stehen mit dem christlichen Menschenverständnis, wonach Gott es ist, der allen Dingen und somit auch dem Sterben seine Zeit gesetzt hat. Das kann zu der Auffassung führen, dass es vom christlichen Menschenverständnis her geboten ist, dieser Haltung entgegenzutreten und das Sterben gänzlich der Selbstbestimmung zu entziehen.

Dem steht jedoch die Erkenntnis entgegen, dass mit dem Eintreten bestimmter Umstände – Altersschwachheit, eines zum Tode führenden Krankheitsverlaufs usw. – die Zeit gekommen sein kann, auf den Tod zu warten und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen. Das Postulat der Selbstbestimmung erwächst nach christlicher Einsicht aus dieser Erkenntnis. Es ist gleichbedeutend damit, dass man für sich selbst das Recht einfordert,

bestimmen zu können, das verbleibende Leben gemäß dieser Erkenntnis zu verbringen und auszurichten und von Anderen darin geachtet zu werden, auch in der Art, wie man von ihnen behandelt wird. Diejenige Instanz, gegenüber der solche Selbstbestimmung eingefordert wird, ist also nicht Gott, sondern der Mitmensch.

Das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge hat in den Hintergrund treten lassen, dass Selbstbestimmung Fürsorge auch zur Voraussetzung hat. Das gilt in mehrfacher Hinsicht.

Erstens hat die selbstbestimmte Entscheidung eines Patienten, einer Therapie zuzustimmen oder sie abzulehnen, zur Voraussetzung, dass der Arzt ihm aufgrund des Gebots der ärztlichen Fürsorge diese Option offeriert.

Zweitens setzt wirkliche Selbstbestimmung voraus, dass der Patient die angebotenen therapeutischen Möglichkeiten zu seinem „Selbst“, d. h. zu seiner Sicht seiner Situation und zu seinem Lebenshorizont und Lebenskontext in Beziehung setzen können muss. Das kann er nur mit Unterstützung durch die Fürsorge des Arztes, der weiß, was die in Betracht kommenden therapeutischen Optionen ermöglichen, und der daher mit dem Patienten verbleibende Lebensperspektiven ausloten und besprechen muss.

Drittens ist zu berücksichtigen, dass sich Selbstbestimmung über explizit artikuliert Willensbekundungen hinaus auch in nichtsprachlichen leibhaften Ausdrucksformen manifestieren kann; diese sensibel zu beachten ist Teil der gebotenen Fürsorge.

Viertens kann die Selbstbestimmung umso differenzierter wahrgenommen werden, je umfassender das Feld der möglichen Optionen in den Blick genommen wird. Insofern ist es kein pater-

nalistischer Übergriff, wenn zum Beispiel ein Arzt einem Menschen, der seinen Lebensmut verloren hat, mögliche Alternativen an Lebensoptionen vor Augen stellt.

Schließlich ist Selbstbestimmung nur möglich, wo ein Mensch nicht von starken Gefühlen wie Angst, Panik oder Verzweiflung beherrscht ist. Auch hier ist ein Mensch im Interesse seiner Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Eine angstfreie selbstbestimmte Entscheidung setzt voraus, dass jeder Mensch Zugang zu einer professionell unterstützten liebevollen Pflege hat.

Aus all diesen Gründen gilt es, das berechnete, aber oftmals einseitig akzentuierte Postulat der Selbstbestimmung aus einer falsch verstandenen Opposition zum Gebot der Fürsorge zu befreien. Die Fürsorge kann in Spannung und Konflikt treten zum Postulat der Selbstbestimmung, und das ist auch bei der Problematik der Patientenverfügungen der Fall. Aber die Selbstbestimmung ist zugleich auf Fürsorge angewiesen. Andererseits gehört es zu recht verstandener Fürsorge, die Selbstbestimmung eines Patienten zu achten und ihr so weit wie möglich Folge zu leisten. Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten ist, so gesehen, geradezu eine Implikation der Fürsorge. Diese Achtung betrifft insbesondere Verfügungen, die sich auf das Sterben beziehen. Die entscheidende Grenze, die es hier zu beachten gilt, wird durch das Kriterium der Angemessenheit gezogen. [...]

2.4 Erklärung des Vorsitzenden des Rates der EKD, Bischof Wolfgang Huber, zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“,

13. Juli 2006 (Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland)

Der Nationale Ethikrat hat am heutigen Donnerstag, 13. Juli, eine Stellungnahme vorgelegt, die sich mit schwierigen Grenzsituationen am Ende des menschlichen Lebens beschäftigt. Der Text verdient hohe Aufmerksamkeit, nötigt aber auch zu kritischen Anfragen

Aus meiner Sicht sind vor allem drei Aspekte positiv zu würdigen:

1. Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats enthält wichtige Informationen. So macht sie beispielsweise auf die Defizite aufmerksam, die im Blick auf eine ausreichende palliativmedizinische Versorgung oder die notwendige interdisziplinäre Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften für den Umgang mit Sterbenden bestehen. Ebenso gibt sie einen guten Überblick zur strafrechtlichen Beurteilung der am Lebensende anstehenden und möglichen Entscheidungen und bezieht dabei auch die rechtliche und praktische Entwicklung in anderen Ländern ein.

2. Der Nationale Ethikrat macht wichtige Vorschläge zur Begrifflichkeit. Er legt die Probleme der gängigen Redeweise von „aktiver“, „passiver“ und „indirekter Sterbehilfe“ dar und schlägt vor, stattdessen Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen voneinander zu unterscheiden. Gewiss ist der allgemeine Sprachgebrauch nur schwer zu ändern; doch ich würde es

sehr begrüßen, wenn diese Vorschläge positiv aufgenommen würden.

3. In ethisch besonders umstrittenen Fragen sind zumindest teilweise deutliche Voten zu erkennen. Im Blick auf den ärztlich assistierten Suizid und die organisierte Beihilfe zum Suizid spricht sich wenigstens der überwiegende Teil des Nationalen Ethikrats gegen eine berufsrechtliche Zulassung und die Etablierung solcher Bestrebungen in Deutschland aus. Im Falle der Tötung auf Verlangen sind im Ergebnis alle Mitglieder des Nationalen Ethikrates der Auffassung, dass es in Deutschland beim Verbot der Tötung auf Verlangen bleiben und der § 216 des Strafgesetzbuchs nicht geändert werden soll.

Hier setzt freilich auch die Kritik ein:

1. Ich sehe es als verhängnisvoll an, dass der Nationale Ethikrat im Blick auf die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen nicht zu klareren und eindeutigeren Ergebnissen kommt. Das partielle Ja zur ärztlichen Suizidbeihilfe und zur ärztlichen Mitwirkung bei der Tötung auf Verlangen stellt den in Deutschland bestehenden Konsens über das ärztliche Ethos in Frage. Ich vertraue jedoch darauf, dass die Ärzteschaft sich nicht für die, im Nationalen Ethikrat auch vertretene, Sicht öffnet, wonach es in Einzelfällen „gerade dem Wohl des Patienten entsprechen (könne), wenn er unter ärztlicher Begleitung auf sein Verlangen hin getötet werden und damit sterben dürfe, weil er diesen Weg als den einzigen Ausweg aus schwerem Leid sieht.“ Die evangelische Kirche wird die Ärzteschaft darin unterstützen, in Kontinuität zu ihrer bisherigen Haltung an dem ärztlichen Ethos der Fürsorge für das Leben und damit an einer wichtigen Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient festzuhalten.

2. Der im Nationalen Ethikrat erzielte Konsens darüber, dass das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen beibehal-

ten werden soll, steht auf einer erschreckend schmalen argumentativen Basis. Ein Teil des Nationalen Ethikrats leugnet die Gefahr, dass die Zulassung der Tötung auf Verlangen in Missbrauch abgleiten kann, und dies, obwohl an anderer Stelle über die Anhaltspunkte für diese Gefahr ausdrücklich berichtet wird. Dieser Teil des Nationalen Ethikrats stimmt dem rechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen nur wegen der besonderen Situation zu, in der Deutschland sich angesichts der Geschichte der Euthanasieverbrechen des Naziregimes befindet. Dabei wird allein von „politischer“, nicht jedoch von „moralischer Rücksicht“ auf diese Situation gesprochen. Jedem muss aber klar sein: „Politische Rücksicht“ richtet sich nach politischer Opportunität. Dass ein Teil des Nationalen Ethikrats in dieser Frage auf eine ethische Argumentation verzichtet, halte ich für verhängnisvoll. Die evangelische Kirche spricht sich dafür aus, dass das Eintreten für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen auch am Ende seines Lebens und die Wahrung der Fürsorgepflicht für menschliches Leben besser in der Balance bleibt, als dies in der Argumentation des Nationalen Ethikrats der Fall ist.

3. In wichtigen Fragen kommt der Nationale Ethikrat nicht zu einem gemeinsamen Urteil, sondern stellt unterschiedliche Argumentationen nebeneinander. Das lässt sich grundsätzlich nicht vermeiden; es war deshalb auch schon bei früheren Äußerungen des Nationalen Ethikrats der Fall. Doch jetzt ist die Zerfaserung der Positionen so weit fortgeschritten, dass der Wille zu einem gemeinsamen Urteil kaum noch zu erkennen ist. Ein Nationaler Ethikrat muss jedoch alles daran setzen, einen gehaltvollen Konsens zu erreichen. Je näher man diesem Ziel kommt, desto eher ist es möglich, den verbleibenden Dissens so darzulegen, dass er in seinem Gewicht eingeschätzt und gewürdigt werden kann. Je weniger dieses Ziel erreicht wird, desto größer wird die Gefahr, dass eine solche Äußerung zu einem

Selbstbedienungsladen unterschiedlicher Positionen wird. Dem Missverständnis, es allen Positionen recht machen zu wollen, sollte sich der Nationale Ethikrat nicht aussetzen.

2.5 Landesbischof Christoph Kähler, stellvertretender Ratsvorsitzender: Die Sterbenden mit wirklicher Hilfe begleiten. Keine Lizenz zum Töten,

18. September 2006 (Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland)

[...] Die Kirchen werden sich auch in Zukunft dafür einsetzen, so der Landesbischof der Evangelisch Lutherischen Kirche in Thüringen, dass an den bestehenden gesetzlichen Regelungen zur „Tötung auf Verlangen“ festgehalten wird und keine Lockerung in Richtung aktive Sterbehilfe erfolgt, selbst wenn europäische Nachbarländer hier einen anderen Weg gehen. „Wer das Leben wie das Sterben aus Gottes Hand annimmt, sollte sich nicht zum Richter über das Leben machen. Auch die meisten Atheisten sehen im Leben ein Geschenk.“

Ganz entschieden sei auch der neuerdings erhobenen Forderung nach einer ärztlichen Mitwirkung bei der Selbsttötung entgegenzutreten, betonte Kähler. In jüngster Zeit beginnen sich in Deutschland Organisationen zu etablieren, deren Anliegen es ist, Menschen eine zügige und effiziente Möglichkeit für einen Suizid zu verschaffen. Im Vordergrund des Handelns solcher Organisationen stehe nicht ein Beratungsangebot mit lebensbejahenden Perspektiven, sondern allein die rasche und sichere Abwicklung des gefassten Selbsttötungsentschlusses, so der stellvertretende Ratsvorsitzende. „Es ist doch wirklich zynisch, dass sich diese Organisationen noch das Mäntelchen der Menschenfreundlichkeit umhängen.“

Es sei zu befürchten, dass das Angebot einer geschäftsmäßigen Vermittlung der Möglichkeit zur Selbsttötung zu einer nicht unerheblichen Zunahme tatsächlicher Selbsttötungen führt. „Vor allem schwerkranke und alte Menschen können sich unter Druck gesetzt fühlen, diesen Weg zu wählen, wenn er denn angeboten wird.“ Problematisch sei außerdem, dass diese Organisationen auch Menschen ohne hoffnungslose oder unheilbare Krankheiten oder psychisch Kranken ohne körperliches Leiden, auch altersdementen oder depressiven Menschen eine Selbsttötungsmöglichkeit anbieten. Es bestehe daneben die Gefahr einer Kommerzialisierung von Selbsttötungen, zumal sich diese Organisationen über ihre Mitgliedsbeiträge hinaus auch noch ihre jeweiligen Einzelleistungen honorieren lassen.

Die EKD lehne sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum assistierten Suizid eindeutig ab. Sie trete vielmehr dafür ein, dass alles Menschenmögliche getan wird, um die Sterbenden mit wirklicher Hilfe zu begleiten. „Dazu ist es insgesamt nötig, Palliativ- und Schmerzmedizin zu fördern, die Sterbebegleitung im Sinne der Hospizbewegung zu gestalten und das Instrument der Patientenverfügungen zu stärken. In dieser Hinsicht ist heute vieles möglich“, so Landesbischof Kähler.

Aus Sicht der EKD sei es an der Zeit, dem Recht des Patienten, über den Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen am Lebensende selbst zu bestimmen, zur rechtlichen Durchsetzung zu verhelfen. Nach christlichem Verständnis liegen Leben und Sterben der Menschen in Gottes Hand. Deshalb sei das Abwarten des Todes die angemessene Haltung im Blick auf das – eigene und fremde – Sterben. „Das heißt nicht, dass Menschen im Blick auf den Tod nicht handeln dürften“, erklärt Kähler. „Es zeichnet den Menschen aus, dass er auch dazu bestimmt ist, sein Sterben zu bedenken und zu gestalten.“ Dazu könne die Erkenntnis gehören, dass auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist und es darauf ankommt, den Tod zuzulassen und seinem Kom-

men nichts mehr entgegen zu setzen. Diese Erkenntnis könne niemand stellvertretend für einen anderen haben. „Jede und jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten.“

Die christlichen Kirchen sehen seit vielen Jahren in Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten eine Hilfe, am Lebensende gewährleistet zu wissen, dass der eigene und kein fremder Wille ausschlaggebend für die medizinische Behandlung ist. Deswegen haben der Rat der EKD und die Deutsche Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland bereits 1999 eine Patientenverfügung unter dem Titel „Christliche Patientenverfügung“ herausgegeben, die seit 2004 in 2. überarbeiteter Auflage vorliegt und bereits 2,5 Millionen mal abgerufen wurde.

2.6 Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen, 11. Juli 2007 (Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland)

[...] 1. Patienten, Angehörige, Betreuer, Bevollmächtigte und Ärzte brauchen mehr Rechtssicherheit bei Entscheidungen am Lebensende. Deshalb sollte die „Patientenverfügung“ gesetzlich geregelt werden. Die rechtliche Regelung dieses Bereichs darf allerdings nicht dazu führen, dass die Gerichte jede Entscheidung über die Anwendung einer Patientenverfügung oder die Anwendung von Behandlungsbegrenzungen überprüfen. [...]

3. Patientenverfügungen haben es mit Tod und Sterben zu tun. Nach christlicher Überzeugung gilt, dass über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht frei verfügt werden

darf, sondern dass Gott allen Dingen ihre Zeit bestimmt hat. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen. Auch hier gilt es zu erkennen, wann was an der Zeit ist. Dazu kann die Erkenntnis gehören, dass auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist und es darauf ankommt, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegen zu setzen. Diese Erkenntnis kann niemand stellvertretend für einen anderen haben. Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. Dies kann auch einschließen, dass nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod nur künstlich hinausgezögert würde. Aus dem Verbot, frei über menschliches Leben zu verfügen, folgt also keine Pflicht zur Leidensverlängerung um jeden Preis. Vielmehr sollte jedem Menschen ein menschenwürdiges Sterben gewährt werden.

4. Patientenverfügungen müssen mit gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen vereinbar sein. Dies ist dann nicht der Fall, wenn um Tötung auf Verlangen oder um eine ärztliche Maßnahme gebeten wird, die mit dem Berufsethos des Arztes nicht vereinbar ist. Die Tötung auf Verlangen oder gar die vorsätzliche Tötung ohne Einwilligung des Patienten sowie die Beihilfe zur Selbsttötung sind ethisch unter allen Umständen unzulässig. [...]

6. Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Im Zweifel ist für das Leben zu entscheiden. Selbstbestimmung allein reicht nicht aus. Nicht immer ist es möglich, seine Situation in einer Krankheitsphase vorherzusehen, wenn der Ernstfall eintritt, und so bleibt man auf die Fürsorge anderer angewiesen. Ein Gesetzentwurf, der diese Balance wahrt, ist einem anderen, der einseitig dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten den

Vorzug gibt, ohne ihn zum Lebensschutz bzw. Fürsorgeaspekt in einen Ausgleich zu bringen, vorzuziehen. [...]

2.7 Wenn Menschen sterben wollen.

Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Texte 97), Hannover 2008, 5–7; 34

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) ist dem Schutz des menschlichen Lebens und der menschlichen Würde verpflichtet. Dies gilt für das menschliche Leben in all seinen Phasen; es gilt deshalb auch und in besonderer Weise an den Grenzen und Rändern des Lebens. Wenn Menschen ins Leben treten, wenn ihr Leben gefährdet ist und wenn es sich seinem Ende zuneigt – in all solchen Fällen stehen Lebensschutz und Menschenwürde in besonderer Weise auf dem Spiel. Die Grundsätze, denen die EKD in solchen Fragen folgt, hat sie zusammen mit der katholischen Deutschen Bischofskonferenz und anderen christlichen Kirchen in der Schrift „Gott ist ein Freund des Lebens: Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“ (Gütersloh 1989) formuliert. So gehört es zu den besonderen Aufgaben der christlichen Kirchen, die Würde der Sterbenden zu achten, die Unverfügbarkeit des Lebens anderer Menschen zu wahren, zum Leben Mut zu machen, beim Sterben zu begleiten. Die „Tötung auf Verlangen“ (auch als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet) ist auch bei einem todkranken Menschen ethisch nicht zu vertreten. Immer kommt es vielmehr darauf an, Sterbende zu trösten, ihr Leiden zu lindern und ihnen die Gewissheit zuzusprechen, dass ihr Leben von Gott gewollt und gesegnet ist.

Solche klaren Aussagen werden nicht nur in kirchlichen Dokumenten vertreten; sie finden sich vielmehr ebenso in verbindli-

chen Äußerungen aus der Ärzteschaft. Trotzdem kommt es immer wieder dazu, dass dieser Grundkonsens durch beunruhigende Debattenbeiträge in Zweifel gezogen wird; Meinungsfragen legen Veränderungen in der Einstellung breiterer Bevölkerungskreise zu solchen Fragen nahe. In besonderer Weise gilt dies für das Problemfeld der Hilfe zur Selbsttötung. So treten kommerzielle „Sterbehilfeorganisationen“ auf; es werden Maschinen und Mechanismen zur Selbsttötung vorgestellt und angeboten; über das Internet lassen sich so genannte „Exit Bags“ erwerben, die einen „humanen Tod“ aus der Tüte versprechen.

Diese Diskussionslage hat die Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD dazu veranlasst, sich mit dem Problem des ärztlich assistierten Suizids zu beschäftigen. Die Eingrenzung der Thematik auf die „ärztliche“ Beihilfe zur Selbsttötung ist dabei überzeugend. Denn Ärzte und Ärztinnen stehen in einer besonderen Verantwortung, wenn Menschen in hohem Alter oder angesichts von schwerer Krankheit sterben wollen und von ihnen womöglich Medikamente zur Durchführung eines Suizids erbitten. Der Text widmet sich somit einer ebenso brisanten wie eingegrenzten Thematik.

Mit der jetzt vorgelegten Schrift, die der Rat der EKD sich wegen ihres ethisch orientierenden Gehalts und ihrer großen argumentativen Klarheit zu Eigen machte, vertritt die EKD in der aktuellen Debatte eine dezidierte Position:

- Eine rechtliche Einschränkung der Garantenpflicht des Arztes wird verworfen.
- Die Möglichkeit einer Verankerung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid im Recht wird abgelehnt; jedoch wird der Verantwortungs- und Handlungsspielraum des Arztes im Blick auf die Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls unterstrichen.

-
- Es wird vorgeschlagen, auf politischer Ebene auf das Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung und damit auf ein Verbot von Sterbehilfeeorganisationen nach Schweizer Muster hinzuwirken.

Gerade angesichts der aktuellen Debatten gilt es, unzweideutig für den Schutz des menschlichen Lebens und seiner Würde vom Anfang bis zum Ende einzutreten. So will es Gott. In seinen Händen steht unser aller Zeit (Psalm 31,16), in seinen Händen stehen wir selbst. [...]

Das Problem des assistierten Suizids berührt Grundfragen des Verständnisses von Leben und Sterben des Menschen. Das betrifft immer auch das Verständnis des je eigenen Lebens und Sterbens. In christlicher Perspektive geht es hier um die Frage, ob man dieses im Sinne eines Sich-führen-Lassens begreifen kann, auch im Falle einer schweren, zum Tode führenden Erkrankung mit allem, was sie an Leiden und Abhängigkeit von anderen bedeutet, und ob der assistierte Suizid in dieser Sicht eine mögliche Option sein kann. Das betrifft ebenso die Sicht, die andere auf ihr Leben haben, und den Respekt, der dieser Sicht geschuldet ist. Und es betrifft das gesamtgesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben, das sich nicht zuletzt im Verständnis des ärztlichen Berufs und im ärztlichen Ethos zeigt.

Das Recht hat die Aufgabe, das Zusammenleben von Menschen mit unterschiedlichen Lebensauffassungen zu ordnen. Dabei muss es fundamentalen ethischen Gesichtspunkten Rechnung tragen, die für bestimmte gesellschaftliche Bereiche und Tätigkeiten gelten. Hieraus ergibt sich die schwierige Balance, die das Recht in der Frage der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung zu wahren hat. Im Falle der expliziten rechtlichen Verankerung der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids müsste aufgrund der über die Regelung des Einzelfalls hinausgehenden gesellschaftlichen Signalwirkung des Rechts mit erheblichen

negativen Auswirkungen auf das ärztliche Ethos und das Verständnis des ärztlichen Berufs gerechnet werden. Dies bliebe nicht ohne Auswirkungen auf das gesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben. Gerade das ärztliche Handeln im Zusammenhang mit dem Sterben ist ein Beispiel dafür, dass es Bereiche gibt, die sich rechtlich nicht regeln lassen, ohne dass damit über die konkrete Regelung des Sachverhalts hinaus allgemeine gesellschaftliche Veränderungen, die mit der Regelung nicht intendiert waren, bewirkt werden. Die gesetzliche Regelung wirkt nicht nur auf das ärztliche Ethos, sondern die Haltung der Gesellschaft zu Leben und Sterben und die Verantwortung der Menschen füreinander im Zusammenhang mit dem Sterben kann sich dadurch grundlegend ändern. Daher sollte von einer solchen Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe abgesehen werden. Hier ist vielmehr die Rechtsprechung gefordert. Nur sie kann den schwerwiegenden Konfliktlagen, in die Ärztinnen und Ärzte geraten können, im konkreten Einzelfall angemessen Rechnung tragen. Einigkeit sollte darüber bestehen, der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in Gestalt von Sterbehilfeorganisationen, die sich dieser Aufgabe verschrieben haben, möglichst bald einen rechtlichen Riegel vorzuschieben.

2.8 Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland zum BGH-Urteil zur Sterbehilfe.

Stärkung des Patientenwillens und größere Rechtssicherheit für Ärzte und Angehörige, 25. Juni 2010 (Pressemitteilung der Evangelischen Kirche in Deutschland)

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) begrüßt, dass durch das heutige Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) das Recht des Patienten auf die Umsetzung seines Willens gestärkt wird. Zugleich trägt diese Entscheidung zu einer größeren

Rechtssicherheit bei Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen bei.

Der Abbruch lebenserhaltender Behandlung ist künftig nicht mehr strafbar, wenn ein Patient dies in einer Patientenverfügung festgelegt hat. Dabei ist zwar das Unterbrechen der künstlichen Ernährung (im vorliegenden Fall das Durchschneiden des Schlauches) – rein äußerlich betrachtet – ein aktives Tun. Es beendet aber eine Behandlung gegen den Patientenwillen und stellt dadurch einen Zustand her, der dem „natürlichen“ Sterben eines Menschen entspricht. Der BGH hat klargestellt, dass dies keine aktive Tötungshandlung darstellt, sondern eine zulässige Hilfe zum Sterbenlassen, da der Patient letztlich nicht an der fehlenden Ernährung, sondern an seiner Krankheit stirbt, zu der in der Endphase die Unmöglichkeit der natürlichen Nahrungsaufnahme gehört.

Nach Auffassung der christlichen Ethik gibt es keine Verpflichtung des Menschen zur Lebensverlängerung um jeden Preis und auch kein ethisches Gebot, die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin bis zum Letzten auszuschöpfen. Einen Menschen sterben lassen ist bei vorher verfügbarem Patientenwillen nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten. Zur Endlichkeit des Lebens gehört auch, dass man das Herannahen des Todes zulässt, wenn seine Zeit gekommen ist.

Demgegenüber ist und bleibt die gezielte Tötung eines Menschen in der letzten Lebensphase aus christlicher Sicht ethisch nicht vertretbar, auch wenn sie auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin erfolgt. Gesetzliche Regelungen und gesellschaftliche Konventionen, die der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung den Weg ebnen, sind ein Irrweg, den die christlichen Kirchen entschieden ablehnen. Sie werden sich auch in Zukunft dafür einsetzen, dass an den bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Tötung auf Verlangen festgehalten wird und keine Lockerung erfolgt.

3. Auszüge aus Texten der katholischen Kirche

3.1 Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie.

1. Juni 1975 (= Die deutschen Bischöfe 4) [vergriffen]

Die Diskussion um die Änderung des § 218 StGB hat die Frage nach den sittlichen Maßstäben für Wert und Würde des Menschen in unserer Gesellschaft in aller Schärfe aufbrechen lassen. Nach wie vor treten wir jenen Meinungen entgegen, die einen wesentlichen Unterschied zwischen ungeborenem und geborenem Leben machen und das ungeborene Kind als Wesen minderen Rechts betrachten. Für den Christen wie für jeden human Gesinnten muß menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer es sich befindet, unverfügbar und unantastbar sein.

Mit großer Sorge müssen wir feststellen, daß dieser Grundsatz auch auf einem anderen Gebiet immer mehr in Frage gestellt wird. Seit geraumer Zeit wird in den Massenmedien das Problem der Euthanasie behandelt. Manche Stimmen fordern bereits, daß die Tötung von Menschen auf Verlangen von Strafe freigestellt wird. Die Befürworter suchen sich freilich abzugrenzen gegenüber der Praxis des Nationalsozialismus, der mit einem verbrecherischen Euthanasieprogramm die, wie man sagte, „Vernichtung unwerten Lebens“ angeordnet hat und Zehntausende geisteskranker Menschen hinhängen ließ. Noch immer ist in unserem Volk die Erinnerung an diese Verbrechen und an das furchtbare Unheil lebendig, das auf diese Weise von Staats wegen verordnet worden war.

Die Fragestellung

Demgegenüber, so wird nunmehr geltend gemacht, beinhalte die richtig verstandene Euthanasie etwas ganz anderes. Bei ihr handele es sich nicht um die Beseitigung von unwertem Leben, auch nicht eigentlich um einen Eingriff in das Recht auf Leben, sondern es gehe um eine Sterbehilfe. Euthanasie sei das Mittel, mit dem der Arzt einem Sterbenden die Todesqualen erleichtern, den Todeskampf abkürzen, den Tod sanft machen könne. Hat nicht, so fragt man, jeder Mensch Anspruch auf einen gnädigen Tod? Kann er nicht die Einlösung dieses Anspruchs vom Arzt und von der Gesellschaft verlangen? Hat nicht der unheilbar Kranke ein Recht darauf, daß sein Leiden nicht verlängert, sondern abgekürzt werde?

Jeder, der schon am Bett eines unheilbar Kranken gestanden hat, weiß um Not und Elend menschlicher Hilflosigkeit, und nicht umsonst sprechen wir von einer „Erlösung“, die der Tod für einen solchen Menschen bedeute. Fordert diese Situation nicht Maßstäbe, die über den Grundsatz der Unverfügbarkeit des Lebens hinausgehen?

Wir halten es für unsere Pflicht, dazu Stellung zu nehmen, zumal auch in der Öffentlichkeit heftig darüber diskutiert wird.

Jeder Mensch hat Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben

In einer so grundsätzlichen Frage gilt es zunächst festzuhalten, daß jeder Mensch Anspruch hat auf ein menschenwürdiges Sterben. Das Sterben ist die letzte große Lebensaufgabe, die der Mensch zu bewältigen hat. Diese Aufgabe kann ihm niemand abnehmen, wohl aber kann und muß ihm dabei geholfen werden.

Das besagt in erster Linie, daß die Leiden des Kranken, gegebenenfalls auch unter Anwendung von schmerzstillenden Mitteln, so gelindert werden, daß er seine letzte Lebensphase menschlich zu bewältigen vermag. Es bedeutet weiterhin, daß dem Kranken die bestmögliche Pflege zuteil werden soll. Dabei geht es nicht nur um die medizinische Versorgung, sondern vor allem auch um die menschlichen Aspekte dieser Pflege, um die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre und um eine herzliche Solidarität mit dem Kranken und Sterbenden, der darin die Anerkennung und Hochschätzung seines Menschseins erfährt.

Zur Sterbehilfe gehört auch, daß der Kranke in seiner seelischen Not nicht allein gelassen wird. Gerade im Sterben werden die Fragen nach dem Woher und Wohin des Lebens bewußt. Es sind im letzten religiöse Fragen. Sie dürfen weder ausgeklammert noch verdrängt werden. Dabei ist der Glaube eine wirksame Hilfe, die Angst vor dem Tod durchzustehen, ja zu überwinden. Er schenkt dem Sterbenden eine feste Hoffnung. Der Glaube gibt auch dem Leiden, das uns unverständlich erscheint, seinen Sinn: Denn es ist Teilnahme am Leiden Jesu Christi selbst (vgl. Kol 2,24). Als Christen wissen wir, wie der Apostel Paulus von sich sagt: „Christus will ich erkennen und die Macht seiner Auferstehung und die Gemeinschaft mit seinem Leiden; sein Tod soll mich prägen“ (Phil 3,10).

Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben kann ferner bedeuten, daß nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod künstlich hinausgezögert würde. Dies trifft beispielsweise zu, wenn durch ärztliche Maßnahmen, durch eine Operation etwa, das Leben zwar geringfügig verlängert wird, jedoch mit der Not und Last, daß der Kranke in dieser gewonnenen Lebenszeit trotz oder infolge der Operation unter schwersten körperlichen oder geistigen Störungen leidet. In die-

ser Situation ist die Entscheidung des Kranken, sich einer Operation nicht mehr zu unterziehen, sittlich zu achten.

Es gibt heute auch medizinisch-technische Möglichkeiten, die uns vor neue Fragen stellen. Sind wir von unserer sittlichen Verantwortung her gehalten, einen Patienten, um ein Beispiel zu nennen, beliebig lange an eine Herz-Lungen-Maschine anzuschließen, um ihn dadurch künstlich am Leben zu erhalten? Solange die Aussicht besteht, daß auf diese Weise der Schwerverrannte wieder gesunden kann, werden wir alle derartigen Mittel einsetzen müssen, und es ist Aufgabe des Sozialstaates, dafür zu sorgen, daß auch kostspielige Apparaturen und aufwendige Medikamente für alle, die ihrer bedürfen, zur Verfügung stehen. Anders liegt der Fall, wenn jede Hoffnung auf Besserung ausgeschlossen ist und die Anwendung besonderer medizinischer Techniken ein vielleicht qualvolles Sterben nur künstlich verlängern würde. Wenn der Patient, Angehörige und Ärzte unter Abwägung aller Umstände von außergewöhnlichen Maßnahmen und Mitteln absehen, kann man ihnen nicht die Anmaßung eines unerlaubten Verfügungsrechtes über menschliches Leben vorwerfen. Für den Arzt setzt dies freilich voraus, daß er vorher die Zustimmung des Patienten oder, wenn dies nicht mehr möglich ist, der Angehörigen eingeholt hat. In dieser Entscheidung wird die Sterblichkeit des Menschen und die seinem Leben von Gott gesetzte Frist geachtet.

Euthanasie ist nicht Sterbehilfe, sondern absichtliche Tötung

Wir müssen also alles tun, um jedem Menschen ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen und zu erleichtern. Aber ebenso müssen wir die Euthanasie als absichtlich herbeigeführte vorzeitige Beendigung des menschlichen Lebens ablehnen. Denn hier handelt es sich nicht mehr um Hilfe beim Sterben,

um Erleichterung des Sterbens, sondern um die Tötung eines Menschen.

Es mehren sich heute die Stimmen, die eine direkte Verfügung über das eigene Leben und die Tötung auf Verlangen unter Umständen als sittlich vertretbar ansehen. Man fragt, ob der Patient, der unheilbar krank ist und unter qualvollen Schmerzen leidet, nicht die Abkürzung seiner Sterbensphase verlangen dürfe. Dagegen muß gesagt werden: Der Mensch hat kein derartiges Verfügungsrecht über sein eigenes Leben. Sicherlich hat er Anspruch auf die Linderung seiner Schmerzen; aber er ist nicht Herr über Leben und Tod. Selbst derjenige, der sich in seinem Gewissen nicht an Gott gebunden hält, wird zugeben, daß die Verfügung über das eigene Leben in Widerspruch zu einer Wertordnung steht, die auf der unbedingten Achtung vor dem Leben gründet.

Ebenso schwerwiegend ist, daß es sich bei der Euthanasie nicht nur um eine angemäßte Verfügung des Kranken über das eigene Leben handelt, sondern daß die Tötung anderen Menschen zugemutet wird. Der Grundpfeiler der Rechtsordnung, daß nämlich kein Mensch über das Leben eines anderen Menschen verfügen könne, würde im Falle der Euthanasie aus den Angeln gehoben. Daran ändert auch nichts die Forderung, ein solcher Eingriff dürfe nur mit Wissen und Willen des Schwerkranken erfolgen.

Man darf auch nicht einwenden, es sei nur ein gradueller Unterschied zwischen dem Verzicht auf die Anwendung außergewöhnlicher medizinischer Mittel und der Verabreichung einer den Tod herbeiführenden Spritze, zwischen einer großen und einer noch etwas größeren Dosis schmerzstillender Mittel. Zwischen Sterbenlassen und Töten bleibt ein wesentlicher Unterschied, ganz gleich, welche Dosis schmerzstillender Mittel angewandt wird.

Das Gebot „Du sollst nicht töten“ gilt für alle Phasen des menschlichen Lebens. Der Begriff Euthanasie kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß jede vorzeitige Beendigung des Lebens Tötung ist und damit gegen die Gesetze Gottes und der Humanität verstößt. Sie verstößt auch gegen die Grundsätze unserer rechtsstaatlichen Ordnung.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in einem Urteil vom 16.1.1964 im Zusammenhang mit der Tötung Geisteskranker folgende Aussage gemacht: „Jeder Mensch, also auch der kranke oder in seiner geistigen Verfassung beeinträchtigte oder körperlich mißgestaltete Mensch, hat Anspruch darauf, in seiner Menschenwürde geachtet und in seinem Recht auf Leben durch die Rechtsordnung geschützt zu werden. Eine durch die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit bestimmte Rechtsordnung gewährleistet dieses Recht. Die Vernichtung menschlichen Lebens, bei Kranken also auch die vorzeitige Herbeiführung des Todes, verstößt daher gegen die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit, und zwar auch dann, wenn die Tat aus Mitleid begangen wird; denn kein Mitglied der Rechtsgemeinschaft hat das Recht, aus persönlichen Beweggründen die für alle Angehörigen verbindlichen Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit zu mißachten oder sich über sie nach Maßstäben hinwegzusetzen, die diesen Grundsätzen materiell widersprechen, mögen die persönlichen Motive auch – echtem oder mißverstandenen – humanem Empfinden entsprechen. Nach rechtsstaatlichen Grundsätzen kann daher die Tötung eines Menschen durch formales Gesetz weder gestattet noch geduldet werden.“

Unsere Rechtsordnung würde in ihrem innersten Kern zerstört, wenn diese Grundsätze nicht mehr anerkannt würden.

Warnung vor unabsehbaren Folgen

Diejenigen, die sich für die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen einsetzen, pochen auf die im Grundgesetz garantierte Gewissensfreiheit und werfen der Kirche vor, sie zeige einer weltanschaulichen Minderheit gegenüber nicht genügend Toleranz. Gewissensfreiheit bedeutet jedoch nicht, daß das Gewissen nicht an eine Wertordnung gebunden ist. Der einzelne hat, wie auch das Grundgesetz in Art. 2 feststellt, das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit nur soweit, als er damit nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Die Erfahrung zeigt, daß eine einzige weiche Stelle in der Grundhaltung der Achtung vor dem Menschenleben genügt, um einer Lawine von Unmenschlichkeit den Weg zu öffnen. Wir müssen das Problem der Euthanasie sehr ernst nehmen und dürfen nicht zulassen, daß die öffentliche Meinung sie verharmlost, auch nicht daß Einzelne oder gewisse Gruppen dort wieder mit dem Schlagwort der Humanisierung arbeiten, wo es sich in Wahrheit um die Zersetzung der Menschlichkeit handelt. Jede Aufweichung des sittlichen und rechtlichen Bewußtseins in dieser Frage würde weitreichende Folgen nach sich ziehen.

Diese Folgen würden zunächst die Kranken treffen. Die Begründung, die Tötung auf Verlangen rechtfertigen soll, nämlich der Schmerz und die unheilbare Krankheit, würde schon sehr bald auf den gefühlsmäßigen Zustand der Hoffnungslosigkeit ausgeweitet. Ein Schwerkranker fühlt sich nicht selten von dem Verlangen bedrängt, seinem als hoffnungslos empfundenen Zustand möge ein Ende bereitet werden. Von hier aus ist es dann nurmehr ein kleiner Schritt, bis man auch den psychisch Kranken ein solches „Recht“ einräumen wird, von dem er in einer Kurzschlußhandlung dann Gebrauch macht. Wir wissen, daß dieselben Menschen, die in einer scheinbar ausgeweglosen Situation ihr Leben für gering achten, oft nach Überwindung dieser

Situation wieder am Leben hängen. Für diejenigen freilich, denen die Gesellschaft den „Wunsch“ nach Tötung in einem solchen Fall erfüllt hätte, gäbe es kein morgen mehr, keine neue Chance für Leben und Glück. Wo liegt also die Grenze für eine verantwortbare und für eine unverantwortbare Euthanasie? Es gibt keine solche Grenze!

Die Euthanasie würde auch das Gewissen des Arztes und des Pflegepersonals in unerträglicher Weise belasten und das Verhältnis von Arzt und Patient radikal verändern. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist das oberste Gebot des ärztlichen Handelns. Dieser Dienst am Leben schließt es aus, daß der Arzt zu einem Befehlsempfänger für das Töten auf Verlangen erniedrigt wird oder sich selbst dazu bereitfindet. Ein derartiges Tun müßte sich auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient unheilvoll auswirken, denn der Arzt würde nicht mehr ausschließlich dem Leben dienen, sondern zugleich ein Gehilfe des Todes sein. Daran könnte auch die Vorsichtsmaßnahme wenig ändern, die das Einschreiten des Arztes an eine schriftliche Ermächtigung des Patienten binden will.

Überdies wäre einer verhängnisvollen Manipulation Tür und Tor geöffnet. Denn auch wenn der Wunsch zu sterben schriftlich oder vor Zeugen vom Patienten bekundet werden müßte, welchem seelischen Druck wäre ein hilflos Kranker ausgesetzt, der spürt, daß seine Umgebung ihn abgeschrieben hat und auf seine Bitte um Tötung wartet. Ja, es würde genügen, einen empfindsamen Kranken fühlen zu lassen, daß er seiner Umgebung zur Last fällt, um ihn zu einer solchen Tötungsbitte zu bewegen.

Eine vom Staat anerkannte und praktizierte Euthanasie würde ferner, so steht zu befürchten, die individuelle und soziale Tötungsbereitschaft begünstigen. Es besteht nämlich nachweislich ein enger Zusammenhang zwischen den in einer Gesellschaft

geltenden Wertmaßstäben und der Einstellung bzw. den Verhaltensweisen der Menschen. Die Tötung auf Verlangen darf nicht isoliert betrachtet werden; ihre Zulassung würde die Achtung vor dem Leben ganz allgemein in unverantwortlicher Weise aushöhlen.

Die Euthanasie, mag sie auch zunächst von einer irreführenden Barmherzigkeit motiviert sein, ist Ausdruck einer rein diesseitigen Einschätzung des Lebens und eine Absage an die jenseitige Begründung und Verankerung in Gott. Wenn aber der Wert des Lebens, auch des armseligsten Lebens, nicht mehr als in Gott begründet angesehen wird, wonach wird der Mensch dann beurteilt? Nach einer subjektiven Lebensbejahung? In der heutigen Diskussion um die Euthanasie tritt dieser Gesichtspunkt in den Vordergrund. Die Befürworter warnen vor jedem Mißbrauch zu gesellschaftlichen Veränderungen. Aber der Nützlichkeitsstandpunkt ist schon am Werk: Sowohl beim einzelnen, der darüber befindet, ob es sich noch zu leben lohnt, als auch bei der Gesellschaft. Denn die Beweggründe für die Euthanasie sind nicht nur die Rücksichtnahme auf den unheilbar Kranken und seinen Willen, sondern auch die Überlegung, daß dieses Leben sinnlos und wertlos geworden sei. Damit aber wirft sich die Gesellschaft zum Richter darüber auf, was lebenswertes und was lebensunwertes Leben ist, eine Unterscheidung, die früher oder später das Leben selbst zerstört.

Wenn das Leben nur nach seinem privaten und sozialen Nutzen eingeschätzt wird, dann ist es allenfalls eine Frage der Zeit und des sogenannten „Volksempfindens“, welche Gruppen von Menschen von diesem Vernichtungsurteil betroffen werden: Die Geisteskranken, die von Natur oder durch einen Unfall Verkrüppelten oder auch die alt gewordenen Menschen, die in einer nur nach Leistung rechnenden Gesellschaft nichts mehr wert zu sein scheinen.

Krankheit und Sterben werden zusehends aus dem Bewußtsein des modernen Menschen verdrängt. Aber sie gehören zum menschlichen Leben und müssen bewältigt werden. Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig. Euthanasie ist unmenschlich. Was wir brauchen, sind Ehrfurcht und Achtung vor dem Leben und Hilfsbereitschaft für alle Lebenden.

3.2 Schwerstkranken und Sterbenden beistehen.

20. Februar 1991, in: *Die deutschen Bischöfe* 47, März 1996, 33–41; hier: 38

Die Hospizbewegung möchte – wie der Name „hospitium“ sagt – eine Station der Gastfreundschaft auf der letzten Wegstrecke des Menschen in eine neue Existenz sein. Sie lehnt hierbei den Einsatz von Mitteln zur Herbeiführung des Todes, also die aktive Euthanasie ab. Vielmehr ermöglicht und fördert sie helfende Zuwendung beim schwerkranken und sterbenden Menschen, etwa durch die Ausschöpfung aller Möglichkeiten medizinischer Schmerztherapie, die das Bewußtsein nicht wesentlich einengen müssen. In dieser grundlegenden Ansicht unterscheidet sich die Hospizbewegung von anderen Gruppierungen und deren Zielsetzung, wie z. B. der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“.

3.3 Katechismus der Katholischen Kirche.

München 1993 [1997], Ziffern 2277–2279

2277 Die direkte Euthanasie besteht darin, daß man aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Sie ist sittlich unannehmbar.

Eine Handlung oder eine Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehltrail, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.

2278 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. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und im Stande ist, anderenfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.

2279 Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden. 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 als unvermeidbar vorausgesehen und in Kauf genommen wird.

Die Betreuung des Sterbenden ist eine vorbildliche Form selbstloser Nächstenliebe; sie soll aus diesem Grund gefördert werden.

3.4 Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis.

Erklärung der Pastorkommission der Deutschen Bischofskonferenz, 23. September 1993, in: *Die deutschen Bischöfe* 47, März 1996, 43–57; hier 46

Aus dieser Sicht ergibt sich ein wesentlicher Grundsatz der Wertung menschlichen Lebens und des Umgang mit ihm in der Phase schwerster Krankheit zum Tode hin: Der Mensch ist Mensch bis zuletzt. Ihm bleibt seine Würde zu eigen, selbst wenn sein Angesicht entstellt ist und die Menschen sich von ihm abwenden. Dies nötigt dazu, seine Gesamtsituation aufmerksam wahrzunehmen und seine Bedürfnisse zu erfragen, um Leben nicht vorzeitig zum Erlöschen zu bringen. Damit ist festgelegt, daß keine lebensverkürzenden Maßnahmen im Sinne aktiver Sterbehilfe gesetzt werden. Zugleich wird einsichtig, daß auch keine Entscheidung gefällt wird, die sterbendes Leben ohne begründete Hoffnung auf Besserung medizinisch zu erhalten sucht. Gerade angesichts der Hochleistungsmedizin werden den Ärztinnen und Ärzten oftmals Entscheidungen abverlangt, die nicht nur ein hohes Maß an sittlicher Entscheidungskraft voraussetzen, sondern bisweilen geradezu Überforderungen darzustellen scheinen. Der Christ wagt sie im Vertrauen auf Gottes Führung.

3.5 Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Zweiter Band „Leben aus dem Glauben“,

hg. von der Deutschen Bischofskonferenz, Freiburg–Basel–Wien 1995, 306–308; 310–313

In neuerer Zeit hat die Medizin in vielen Bereichen große Fortschritte erzielt. Alle diese Erfolge der modernen Medizin faszinieren uns. Kaum jemand möchte, wenn er krank wird, auf ihre

Vorteile verzichten. Sofern sie eine Heilung und eine sinnvolle Lebensverlängerung bewirkt, ist sie auch sittlich zu bejahen. [...] Trotz der möglichen Gefahren, die der Einsatz der Technik in der Medizin mit sich bringen kann, wäre es aber unrealistisch und unredlich, diesen Einsatz von vornherein zu verwerfen. Die modernen Methoden der Untersuchung und Behandlung von Krankheiten haben für die Heilung und Erhaltung menschlichen Lebens unschätzbaren Wert.

Die eigentliche ethische Frage, die sich bei den modernen Möglichkeiten der Medizin stellt, lautet: Darf der Arzt, was die Medizin kann? Muß Leben unter allen Umständen erhalten und verlängert werden? Was ist am Ende des Lebens sittlich erlaubt, und was ist sittlich verboten?

Alle Versuche, auf diese und andere Fragen sittlich vertretbare Antworten zu geben, müssen davon ausgehen, daß über menschliches Leben, in welchem Stadium auch immer, nicht verfügt werden darf und daß der Mensch einen Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben hat. Daraus ergibt sich für den Umgang mit Kranken und Sterbenden in der letzten Lebensphase die Verpflichtung zur Hilfe beim Sterben und die Verpflichtung, menschliches Leben nicht zu töten.

In der öffentlichen Diskussion, im wissenschaftlichen Sprachgebrauch und in der Rechtssprache, aber auch in kirchlichen Dokumenten begegnet uns, wenn es um Sterbehilfe und Sterbebeistand geht, immer wieder der Begriff „Euthanasie“.

Das Wort „Euthanasie“ (eu-thanasia) bedeutet dem Wortsinn nach „sanfter Tod“. In der Antike wurde der Begriff zunächst einfach im Sinne von „Hilfe zu einem guten Tod“ aufgefaßt. In späterer Zeit verstand man darunter die absichtliche Verkürzung des Sterbeprozesses. Der Sterbende erfährt nicht eine Hilfe bei seinem Sterben, sondern sein Sterben wird durch Tötung abgekürzt. Im Nationalsozialismus verstand man unter Euthanasie

die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und ordnete im „Euthanasieprogramm“ die Tötung von Zehntausenden geisteskranker Menschen an. Es ging nicht um die Tötung Sterbender, sondern um die Vernichtung lebensfähiger Menschen.

Heute begegnen uns häufig die Begriffe „passive“ und „aktive“ Euthanasie. Unter passiver Euthanasie versteht man den Verzicht auf Anwendung von Mitteln, die bei einem Sterbenden zu einer kurzzeitigen Lebensverlängerung führen, aber eigentlich nur eine Leidensverlängerung bedeuten würden. Da es sich hierbei um Sterbenlassen, nicht aber um aktives Töten handelt, wird passive Euthanasie im allgemeinen als sittlich erlaubt angesehen. Allerdings wird ein Verzicht auf Anwendung von Mitteln zu einer aktiven Euthanasie, wenn es sich um eine schuldhafte Unterlassung handelt, in der die Absicht enthalten ist, das Leben vorzeitig zu beenden. – Aktive Euthanasie dagegen ist das direkte Eingreifen in den Sterbeprozess durch Tötung des Patienten, auch wenn diese auf Wunsch des Patienten geschieht („Tötung auf Verlangen“). Die Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (1980) versteht unter Euthanasie „eine Handlung oder Unterlassung [...], die ihrer Natur nach oder aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden.“ Euthanasie findet sich also sowohl auf der Ebene der Intention als auch der angewandten Methoden (AAS 72, 1980, 542–555).

Um Mißverständnisse und Fehldeutungen zu vermeiden, sollte der Begriff Euthanasie nur im Sinne der aktiven Euthanasie als direkte Tötung eines Sterbenden (oder unheilbar Kranken) und als schuldhafter Verzicht auf eine geforderte Lebenserhaltung verwendet werden. In allen anderen Fällen sollte immer nur von Hilfe beim Sterben, von Sterbebeistand oder Sterbebegleitung die Rede sein.

Sterbehilfe als Sterbebeistand oder Sterbebegleitung will einem Sterbenden das Sterben erleichtern und ihm helfen, seinen eigenen Tod sterben zu können. Man könnte hier deshalb auch von Lebenshilfe für Sterbende sprechen. Eine solche Hilfe kann in mehrfacher Weise gewährt werden. [...]

Bezüglich der absichtlichen Tötung eines unheilbaren Kranken oder eines Sterbenden stellt sich die Frage, ob extreme Situationen nicht Maßstäbe fordern, die über den Grundsatz der Unverfügbarkeit hinausgehen. Könnte es nicht mit dem christlichen Glauben vereinbar sein, einem Menschen, dessen qualvolles Leiden sinnlos zu sein scheint, auf dessen Wunsch die erlösende Spritze zu geben? Die christliche Ethik lehnt ein solches Vorgehen ab. Der Grund dafür ist die Überzeugung, daß das Leben als gottgeschenktes Leben in jedem Augenblick bis zu seinem irdischen Ende und darüber hinaus von Gott getragen und auf Gott verwiesen ist. Die aktive Beendigung des Lebens wäre eine unzulässige Totalverfügung. Überdies hat die moderne Medizin enorme Fortschritte in der Schmerzbekämpfung gemacht, so daß es nur noch ganz wenige Fälle gibt, in denen Schmerz als unerträglich empfunden wird.

Von dieser christlichen Sicht her gibt es kein Recht auf Tötung, wohl aber einen Anspruch auf menschenwürdiges Sterben. Das kann heute weithin dadurch gewährleistet werden, daß schmerzstillende Mittel verabreicht werden, die den physischen Schmerz erträglich machen. Das schließt freilich nicht aus, daß für einen Sterbenden die psychische Belastung so groß sein kann, daß sie ihn beinahe überfordert und so in ihm den Wunsch entstehen läßt, es möchte doch alles ein Ende haben. Eine solche Äußerung ist ein Anruf und eine Bitte um Hilfe. Auch dürfen wir nicht übersehen, daß in einer Gesellschaft, in der das schwache, kranke und sterbende Leben nicht mehr in die Leistungs- und Konsumwelt paßt, bei Kranken und Sterben-

den leicht das Gefühl entsteht: Ich bin nichts mehr wert, ich lade den anderen nur Lasten, Kosten und Arbeit auf.

Es ist höchste Zeit, uns wieder bewußt zu werden, daß kein einziges menschliches Leben seinen Wert und seine Würde verlieren kann, wie elend und scheinbar nutzlos es auch sein mag. Krankheit, Leid und Hinfälligkeit gehören zu unserem Leben. Wir würden diese Wahrheit mißachten, wenn wir das Leid aus unserem Leben wegleugnen wollten und nicht mehr bereit wären, es auszuhalten.

Eine gesetzliche Freigabe der aktiven Tötung würde unabsehbare Folgen haben. Sie würde dem Mißbrauch Tür und Tor öffnen; sie würde bei Kranken in Kliniken und Krankenhäusern zu äußerster Verunsicherung führen; und sie würde das Vertrauen in die Ärzteschaft von Grund auf erschüttern. Ziel des ärztlichen Handelns ist die Heilung, die Schmerzlinderung und die personale Zuwendung, nicht aber die Verfügung über Leben und Tod. Deshalb ist es dem Arzt ethisch wie rechtlich nicht gestattet, einen Menschen zu töten, auch wenn dieser darum bittet. Wenn auch das Gesetz einen Arzt, der auf Wunsch ein todbringendes Mittel verschafft, das sich der Patient dann selber verabreicht, nicht bestraft, so ist doch ein solches Handeln als aktive Beihilfe zur Selbsttötung sittlich unerlaubt. [...]

Christen bezeugen ihren Glauben durch ihre Liebe zu den Kranken und Gebrechlichen. Wo immer Menschen leiden, muß die christliche Hilfe sie suchen und ihnen in der Hilfe die Hoffnung und das Vertrauen auf die bleibende Liebe Gottes schenken. Im Sakrament der Krankensalbung spricht die Kirche den Kranken wirksam Heil und Heilung in Christus zu. In der tätigen Krankensorge widmet sie sich der leiblichen Betreuung von Kranken und Sterbenden. Die imponierende Geschichte der christlichen Caritas ist ein sichtbares Zeugnis christlichen Glaubens, der in der fürsorgenden Liebe wirksam wird.

3.6 Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, 11. April 2001 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)

Jede Form aktiver Sterbehilfe ist Tötung eines Menschen und deshalb aus christlicher Sicht unannehmbar. Das Leben ist uns nicht frei verfügbar, sondern ein Geschenk Gottes. Niemand hat das Recht über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu entscheiden. Jeder Mensch hat seine Würde und sein Lebensrecht von Gott her. Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ist ein Dammbbruch, der den Respekt vor dem menschlichen Leben relativiert. Es ist zugleich ein Kulturbruch, der gerade im werdenden Europa schädlich ist.

Wenn eine Gesellschaft glaubt, das Leiden sterbenskranker Menschen durch vorzeitige Tötung aus der Welt zu schaffen, handelt sie zutiefst unmenschlich. Wenn wir Menschen in Situationen, in denen sie am hilfsbedürftigsten sind, keine menschliche und medizinische Begleitung mehr geben und ihnen statt dessen selbst die Entscheidung aufbürden, sich vorzeitig töten zu lassen, sind wir bereits mitten in einer „Kultur des Todes“. [...]

3.7 Deutsche Bischofskonferenz warnt vor Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.

**Appell des Ständigen Rates an die Mitglieder der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, 20. Januar 2004
(Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)**

[...] Wer von „freiwilliger Euthanasie“ spricht, verkennt die Situation eines todkranken oder sterbenden Menschen, der sich in dieser Ausnahmesituation wohl kaum wirklich frei für eine Tötung entscheiden kann. Die Einführung einer gesetzlichen Regelung schafft einen Druck auf jeden einzelnen Sterbenden, da so die Euthanasie zu einer Option wird, die auch von außen an ihn herangetragen werden kann. Der Wunsch zu sterben wird oft erst aus der Verzweiflung geboren. In vielen Fällen ist er nicht von Dauer, wenn dem Kranken liebevolle Begleitung sowie optimale medizinische und psychosoziale Betreuung zuteil wird. Deshalb haben die Kirchen immer wieder eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen eingefordert. [...]

3.8 Erklärung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, zur Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“

13. Juli 2006 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)

Wir begrüßen, dass der Nationale Ethikrat in seiner heute veröffentlichten Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ wichtige Fragestellungen zum Thema Sterben und Umgang mit Sterbenden aufgreift, die seit einigen Jahren nicht

nur in Deutschland, sondern auch in unseren Nachbarländern kontrovers diskutiert werden.

Die Sorge um eine menschenwürdige Sterbebegleitung, die sich an den Grundsätzen von Leidminderung, Zuwendung und Fürsorge orientiert und jeder Form von aktiver Sterbehilfe, die ja Tötung ist, eine klare Absage erteilt, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie hat für die Kirchen allerhöchste Bedeutung. [...]

Wir begrüßen, dass sich der Nationale Ethikrat einmütig dafür ausspricht, die Strafbarkeit und damit das Verbot der Tötung auf Verlangen beizubehalten, jede Form der Anstiftung zur Selbsttötung als ethisch verwerflich zu verurteilen und alle gewinnorientiert betriebenen Formen der Sterbebegleitung abzulehnen.

Es fällt jedoch auf, dass es in vielen anderen grundlegenden Fragen offenbar keine Einigkeit unter den Mitgliedern gibt und auch die ethischen und rechtlichen Begründungen recht unterschiedliche Sichtweisen und Bewertungen zum Ausdruck bringen. So ist es außerordentlich befremdlich, wenn der Eindruck entsteht, dass das Verbot der Tötung auf Verlangen nach Meinung einiger Mitglieder des Nationalen Ethikrates lediglich aus Rücksicht auf die besondere historische Situation in Deutschland aufrechterhalten wird. Wir bedauern, dass in vielen wichtigen Fragen kein größerer Konsens erzielt werden konnte.

Insbesondere im Blick auf die Überlegungen zu Suizid, Suizidintervention und Beihilfe zum Suizid, die im Vergleich zu vielen anderen wichtigen Fragestellungen in der Stellungnahme merkwürdig ausführlich behandelt werden, weichen die Auffassungen und Voten zum Teil erheblich voneinander ab. Dies gilt auch im Blick auf die Aufgaben und Pflichten von Ärztinnen und Ärzten in diesem Zusammenhang.

Die Kirche, aber auch die Ärzteschaft selbst, haben immer wieder unmissverständlich deutlich gemacht, dass eine Mitwirkung von Ärzten bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht. Das ergänzende Votum betont deshalb ausdrücklich: „Die Bereitstellung von Mitteln, die den Suizid ermöglichen oder die direkte Beteiligung an derartigen Handlungen sind mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar. [...] Im ärztlichen Ethos oder in standesrechtlichen Vorschriften verankerte Regelungen zur ärztlichen Suizidbeihilfe würden [...] dem irrtümlichen Eindruck Vorschub leisten, es handle sich dabei um Tätigkeiten, die zum normalen Auftrag des Arztes gehören und denen er sich allenfalls durch die Berufung auf einen entgegenstehenden Gewissenszwang entziehen könne.“

Entschieden abzulehnen ist der Vorschlag einer öffentlichen Duldung oder Förderung institutionalisierter Suizidbeihilfe. Die Akzeptanz solcher Angebote würde den Schutzauftrag der Gesellschaft gegenüber suizidgefährdeten Menschen aushöhlen und dem Suizid den Anschein von Normalität und gesellschaftlicher Akzeptanz verleihen.

Im Blick auf die angeregte Debatte über den Sprachgebrauch im Zusammenhang mit Sterbebegleitung halten wir fest: Auch terminologisch muss eine unmissverständliche Unterscheidung zwischen solchen Handlungen aufrechterhalten bleiben, die den Tod aktiv herbeiführen und deshalb ethisch entschieden abzulehnen sind, und solchen, die dem Sterbenden bei einem menschenwürdigen Sterben beistehen, ohne den Tod in irgendeiner Weise herbeizuführen.

Es ist eine Aufgabe aller, das Vertrauen der Sterbenden in den ihnen geschuldeten Beistand zu festigen. Dieser verlässliche Beistand für Sterbende muss auch durch die Rechtsordnung und durch die medizinische Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden. Mit Nachdruck unterstützen wir deshalb den grundsätzli-

chen Hinweis des „Ergänzenden Votums“: Selbstbestimmung, Autonomie und Unabhängigkeit am Lebensende dürfen nicht ausgespielt werden gegen Fürsorge, Unterstützung und die Notwendigkeit ausreichender medizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung, mitmenschlicher Nähe und Zuwendung. Gerade in der genaueren Verhältnisbestimmung zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, vor allem am Lebensende, liegt eine entscheidende Aufgabe, die über die „Stellungnahme“ hinausführen muss und für die das christliche Menschenbild noch zu wenig genützte Einsichten bereithält.

3.9 Erste Stellungnahme zum Urteil des Bundesgerichtshofes vom 25. Juni 2010 zum Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage eines Patientenwillens (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)

1. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat heute ein neues Urteil gefällt, in dem er sich auf das Patientenverfügungsgesetz vom 1. September 2009 stützt und so sich nicht an die bisher ergangenen Entscheidungen anderer Senate gebunden sieht. Darum ist eine sehr sorgfältige und differenzierte Analyse der Urteilsbegründung notwendig, die bis jetzt nicht vorliegt.
2. Inmitten einer immer schwieriger werdenden Situation, die vor allem durch eine hochtechnisierte Medizin und ein differenziertes Recht bestimmt wird, ist für die katholische Kirche die grundlegende Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe maßgebend. Sie ist eine unentbehrliche ethische Entscheidungshilfe und scheint uns in dem Urteil nicht genügend berücksichtigt zu sein. Wir fürchten durch diese Verunklärung sensible ethische Folgeprobleme.

3. Diese Grundbedenken, die im Fall einer Wachkoma-Patientin zusätzliche Probleme aufwerfen, werden in der Glaubenskommission der Deutschen Bischofskonferenz analysiert werden.

4. Auszüge aus gemeinsamen Texten der Kirchen

4.1 Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens.

Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West), Gütersloh/Trier 1989 (Sonderausgabe 2000 aus Anlaß 10 Jahre Woche für das Leben), 105–110.

Das Ende des menschlichen Lebens

a) Von der Würde des Sterbenden

Christliches Sterben ist gewiß kein angstloses, aber ein angstbestehendes, angstüberwindendes Sterben, ein Sterben im Frieden, in dem der Sterbende mit seiner Lebensgeschichte und mit seinen Angehörigen ins Reine kommt. Christen wünschen und wollen, daß es ein Sterben sei, das der Betroffene als die letzte Phase seines Lebens selbst lebt, nicht umgeht und nicht ausläßt. Aber da jeder den Umständen des Sterbens immer auch ausgeliefert ist, ist würdig zu sterben Gnade und eigenes Werk zugleich.

Von den anderen ist jeder Sterbende als der zu achten, der sein Sterben selbst lebt. Deshalb kann auch beim Sterben eines Menschen alle Hilfe nur Lebenshilfe sein. Die Hilfe im Sterben, derer der Betroffene angesichts der Einsamkeit des Todes bedarf, besteht folglich in intensiver Zuwendung und in bestmöglicher ärztlicher Versorgung und Pflege. Sie will ihm darin beistehen, daß er sein körperliches Leiden ertragen und den bevorstehenden Tod selbst annehmen kann. Darin wird sie die Würde des

Sterbenden, seine letzte, ihm als Person angehörende Unantastbarkeit, wahren und achten. Auch ein unheilbar Kranker, der für andere nur noch eine Belastung ist, hat das ungeschmälerte Recht auf Leben. Kein Arzt darf ihn, solange er lebt, als einen sogenannten „hoffnungslosen Fall“ aufgeben und ihm nicht mehr die ärztliche Grundversorgung zuteil werden lassen.

Jeder Umgang mit einem Sterbenden hat in diesem fundamentalen Respekt vor ihm zu geschehen. Alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sind in dieser Achtung vor seiner Würde vorzunehmen. Es darf nicht verhindert werden, daß der Sterbende auch am Ende seines Lebens selbst über sich bestimmt. Das schließt ein, daß man des anderen Weise, sterben zu wollen, selbst dann achtet, wenn man an sich sein Vorgehen nicht billigt. Wenn ein Sterbenskranker äußerungsfähig ist und bewußt weitere medizinische Maßnahmen ablehnt, so ist ihm zu folgen. Und wenn er nicht mehr äußerungsfähig ist, dann soll der Arzt wie ein guter Anwalt im wohlverstandenen Interesse des Sterbenden und zu dessen individuellem Wohl handeln. Dieser Grundsatz kann im Einzelfall sehr wohl das Unterlassen oder Einstellen von (weiteren) medizinischen Eingriffen zur Folge haben, wenn diese – statt das Leben dieses Menschen zu verlängern – nur dessen Sterben verlängern. Nicht jedoch folgt daraus, daß jegliches Ansinnen eines Sterbenden an andere, etwa an einen Arzt, von diesen zu befolgen wäre.

b) Die Unverfügbarkeit des anderen

Die Unverfügbarkeit des anderen, seine Unantastbarkeit als Person, bedeutet die Einräumung eines unbedingten Lebensrechts des anderen und die prinzipielle Respektierung seines Eigenrechts, seines Selbstbestimmungsrechts ... Der Mensch darf den anderen Menschen nicht absichtlich so zum bloßen verfügbaren Objekt machen, daß dieser nicht mehr zugleich Subjekt eigener

Entscheidung sein kann, sich nicht mehr zu dem verhalten kann, was ihm da geschieht. Sein Leben selbst und das Eintreten seines Todes stehen nicht in der Verfügung anderer. Ohne solche prinzipielle Grenze für alle Eingriffe wäre die Würde des Menschen preisgegeben. Dies auch gegenüber verwirrten alten Menschen festzuhalten und durchzuhalten wird in der voraussehbaren Zukunft eine Aufgabe von zunehmendem Gewicht sein.

Keiner hat über den Wert oder Unwert eines anderen menschlichen Lebens zu befinden – selbst nicht über das eigene. Dies entzieht sich auch schlicht unserer Kenntnis: Denn jeder ist ungleich mehr und anderes, als er von sich weiß. Keiner lebt nur für sich; und was einer für andere bedeutet, das wird er nie genau wissen. Im Glauben daran, daß Gott das Leben jedes Menschen will, ist jeder mit seinem Leben, wie immer es beschaffen ist, unentbehrlich.

Ohne solche Anerkennung der Würde des anderen und ohne diese prinzipielle Einräumung seines Lebensrechts ist überhaupt kein Zusammenleben von Menschen möglich, wäre überhaupt kein Recht und keine Liebe. Daraus folgt: Das Töten eines anderen Menschen kann unter keinen Umständen eine Tat der Liebe, des Mitleids mit dem anderen, sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe.

c) Die Selbsttötung

In der Selbsttötung verneint ein Mensch sich selbst. Vieles kann zu einem solchen letzten Schritt führen. Doch welche Gründe es auch sein mögen – keinem Menschen steht darüber von außen ein Urteil zu. Die Beweggründe und die Entscheidungsmöglichkeiten eines anderen bleiben ebenso wie eventuelle Auswirkungen einer Krankheit im letzten unbekannt. Für den Christen bedeutet die Selbsttötung eines anderen Menschen eine enorme Herausforderung: Er kann diese Tat im letzten nicht verstehen

und nicht billigen – und kann dem, der so handelt, seinen Respekt doch nicht versagen. Eine Toleranz gegenüber dem anderen noch über das Verstehen seiner Tat hinaus ist dabei gefordert. Doch die Selbsttötung billigen und gutheißen kann der Mensch nicht, der begriffen hat, daß er nicht nur für sich lebt. Jeder Selbsttötungsversuch kann für ihn nur ein „Unfall“ und ein Hilfeschrei sein.

d) Leidensverminderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung

Mit den pharmakologischen und operativen Mitteln der modernen Medizin ist, wenn der Patient das will, eine weitgehende Schmerzlinderung möglich. Dabei kann der Fall eintreten, daß solche Leidensverminderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung behaftet ist. Wenn das Eintreten des Todes nicht beabsichtigt ist, Zweck des Handelns vielmehr ist, das noch verbliebene Leben eines Sterbenden erträglich zu machen, so kann das tödliche Risiko als Nebenwirkung hingenommen werden. Auch in diesem Fall gilt, daß bei einem nicht mehr äußerungsfähigen Patienten der Arzt aufgrund seines ärztlichen Wissens überzeugt sein muß, sein Tun sei unter den gegebenen Umständen zum Besten des Patienten.

e) „Tötung auf Verlangen“ bei einem Todkranken

Das Problem kann sich nur stellen bei einem bewußten, äußerungsfähigen Kranken, dessen Tod nach ärztlichem Wissen absehbar und unaufhaltsam bevorsteht. Eine beabsichtigte Tötung eines Kranken gegen dessen Willen kann niemand ernsthaft erwägen.

Beim sogenannten „Todeswunsch“ eines Kranken ist zu unterscheiden:

1. ob er sich nach dem Tode sehnt, sterben will; oder
2. ob er seinen Lebenswillen aufgibt, sich dem Weiterleben verweigert; oder
3. ob er sich aktiv selbst das Leben nehmen will; oder
4. ob er an einen anderen, an den Arzt oder einen Angehörigen, das Ansinnen stellt, er solle ihn töten, also die letzte Verantwortung übernehmen.

Der Unterschied zwischen der Bereitschaft oder der Sehnsucht zu sterben und dem an einen anderen gerichteten Verlangen zu töten ist unübersehbar. Nur von diesem letzteren ist hier die Rede.

Es kann die Situation eintreten, daß ein Mensch sein Leben nicht mehr annehmen und führen möchte, daß ihm der Tod „besser“ zu sein scheint als sein schreckliches Leben. Ist er zudem in einer hilflosen Lage, so kann es auch dazu kommen, daß er an einen anderen jenes Verlangen, ihn zu töten, stellt. Doch mußte ihm dann nicht – schonend, aber klar – gesagt werden, warum dies sein Verlangen von einem anderen nicht übernehmbar ist? Ein Verzweifelter braucht intensive Zuwendung, um die Wahrheit zu erfahren, daß auch sein Leben nicht sinnlos ist.

Käme ein Arzt solchem Verlangen nach, so zöge er sich einen zerreißenen Konflikt zu zwischen seiner ärztlichen Berufspflicht, Anwalt des Lebens zu sein, und der ganz anderen Rolle, einen Menschen zu töten. Täte er es auch aus Mitleid – ließe sich dann vermeiden, daß man ihm auch noch andere Motive zu unterstellen beginnt? Das wäre das Ende jedes Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Zuweilen ist es für einen Angehörigen sehr bedrückend, mitanzusehen zu müssen, wie schwer und qualvoll ein Mensch stirbt. Er prüfe sich selbst, ob es nicht seine Erschöpfung und seine ratlose Ohnmacht sind, die ihn zu dem Wunsch verleiten, dies sei nicht mehr auszuhal-

ten, man möge das Leben des Sterbenden beenden, also ihn töten, um – wie man dann sich rechtfertigend sagt – ihm Leiden zu ersparen.

f) Sterbebegleitung

Begleitung des sterbenden Menschen wurde und wird durch ganz elementare Handreichungen wie durch tröstenden Zuspruch in vielen Familien praktiziert. Heute stellt sich die Aufgabe, diese Form der Sterbehilfe wieder stärker einzuüben und ihr auch in den Bereichen der professionellen Krankenbetreuung, also in den Krankenhäusern, den Pflegeheimen und der ambulanten Krankenversorgung, mehr Raum zu schaffen. In dieser Hinsicht hat die „Hospiz“-Bewegung wichtige Impulse und Anregungen gegeben.

g) Mutmachen zum Leben

Alle Teilnahme an der Krankheit und am Leiden eines Sterbenden wird darauf zielen, gemeinsam mit ihm herauszufinden, was sein Leben auch unter den Einschränkungen, die ihm auferlegt sind, in der ihm noch verbliebenen Spanne Zeit lebenswert und sinnvoll macht. Alles Bestreben und Gutzureden wird ihm nahebringen wollen, daß sein Leben wie das jedes Menschen, und sei es noch so behindert, für andere bedeutsam und wichtig ist. In der Stunde des Todeseintritts geht solche Teilnahme über in die Bitte, der Sterbende möge mit dem Bewußtsein in den Tod gehen, daß sein Leben nicht vergeblich, sondern von Gott gewollt und gesegnet war.

4.2 Im Sterben: Umfängen vom Leben.

Gemeinsames Wort zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn / Hannover 1996 (= Gemeinsame Texte 6), 7–10.

[...] **2. Im Sterben: Umfängen vom Leben**

Wie alles Leben endet auch das menschliche Leben mit dem Tod. Im Unterschied zu allen anderen Lebewesen hat aber nur der Mensch ein Bewußtsein für seine Sterblichkeit. Dies nötigt ihn, sich mit seiner Endlichkeit auseinanderzusetzen. Hinzu kommt die Erfahrung, daß Sterben und Tod nicht erst am Ende des Lebens stehen, sondern das Leben von Anfang an begleiten, z. B. in Krankheit, Leiden, Mißerfolg. „Mitten wir im Leben sind mit dem Tod umfängen“ heißt es in einem alten Kirchenlied.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens führt zur Frage nach dem Sinn des Todes für das Leben. Es ist die vordringliche Aufgabe von Philosophie und Theologie, Antworten auf diese Fragen zu geben. Der Heiligen Schrift kommt dabei als Urkunde des christlichen Glaubens eine besondere Bedeutung zu. Die Aussagen der Bibel über diese Grundfragen sind vielfältig.

Die Schöpfungsberichte wie überhaupt das Alte Testament sprechen sehr nüchtern vom Tod: Der Mensch stirbt ganz, seine Knochen vermischen sich mit denen der anderen und seine Individualität hört auf. „Denn Staub bist du, zum Staub mußt du zurück“ (1. Mose/Gen 2,19). Das Leben wird als begrenzt angesehen, die Lebenszeit des Menschen wird als von Gott zugemessen ernstgenommen. Auffallend ist die Zurückhaltung gegenüber dem Schicksal der Toten und ihre Bedeutungslosigkeit für die Lebenden.

Die Psalmen begründen unsere Vergänglichkeit in unserer Entfremdung von Gott und in unserer Lebensgeschichte, ohne daß dieser Zusammenhang von uns nachgeprüft und Gott gegenüber aufgerechnet werden kann. Während wir den Tod vom Augenblick des physischen Verlöschtens an bestimmen, reicht er für den Glauben Israels tief in das Leben hinein. Er beginnt schon da, wo Krankheit, Leiden, Anfeindung, Anfechtung und Verzweiflung den Menschen schwächen, wo diese die Beziehung zu Gott lockern und ihn von Gott entfremden. Für den Psalmisten ist Gott selbst im Tod wirksam, er läßt sterben und setzt unser Ende. Die Macht des Todes ist Gottes eigene Macht, und der 90. Psalm fügt hinzu: „Denn wir vergehen durch deinen Zorn, werden vernichtet durch deinen Grimm. Du hast unsere Sünden vor dich hingestellt, unsere geheime Schuld in das Licht deines Angesichts“ (Ps 90,7 f.).

Neben dieser Vorstellung vom Tod findet sich im Laufe der Geschichte Israels aber auch die Hoffnung, daß mit dem Tod nicht alles zu Ende ist. Es entwickelte sich der Glaube an ein Fortleben nach dem Tod sowohl des ganzen Volkes Israels (vgl. Ez 37) wie auch des einzelnen Menschen: „Ich aber bleibe immer bei dir, du hältst mich an meiner Rechten. Du leitest mich nach deinem Ratschluß und nimmst mich am Ende auf in Herrlichkeit“ (Ps 73,23 f.; s. a. Ps 16,9). Dieser Gedanke einer Gemeinschaft mit Gott, die am Tod nicht zerbricht, wird im Buch Daniel (um 165 vor Chr.) weiter ausgebaut: „Von denen, die im Land des Staubes schlafen, werden viele erwachen, die einen zum ewigen Leben, die anderen zur Schmach, zu ewigem Abscheu“ (Dan 12,2). So nimmt das Alte Testament erst spät deutlich eine Hoffnung auf, die – im Glauben an die Auferstehung der Toten entfaltet – sich im Neuen Testament erfüllt, besonders in der Auferweckung Jesu Christi.

Wie das Alte Testament ist auch das Neue Testament von der Vorstellung geprägt, daß Gott „nicht ein Gott von Toten, son-

dern von Lebenden“ (Mk 12,27) ist. So ist für Paulus und für die anderen Apostel der Tod kein bloßer Naturvorgang, sondern Störung und Schrecken, der „Lohn der Sünde“ (Röm 6,23). Es ist der Preis, den die an die Sünde gebundene Menschheit zu entrichten hat. Der Tod erscheint im Neuen Testament nicht als Strafe, sondern als Folge, als Konsequenz unserer willentlichen Lossagung von Gott.

Im Licht des Evangeliums von Leben, Sterben und Auferstehen Jesu Christi ist für Paulus der Tod aber auch Gnade. Denn er beendet unser von Gottesvergessenheit, Egozentrik und Lieblosigkeit bestimmtes Leben und setzt unserer Flucht vor Gott eine Grenze. Der Tod bringt uns aus der vorläufigen Gemeinschaft mit Gott in der irdischen Existenz in das vollkommene, endgültige Leben bei Gott.

Die Begegnung mit Gott, die im Tod stattfindet, bedeutet für den Menschen zugleich das Gericht über sein Leben. „Denn wir alle müssen vor dem Richterstuhl Christi offenbar werden, damit jeder seinen Lohn empfängt für das Gute oder Böse, das er im irdischen Leben getan hat“ (2 Kor 5,10). Wir sind nach Paulus also für das verantwortlich, was wir getan und aus unserem Leben gemacht haben. Im Gericht wird Gott offenbar machen, was aus unserem Glauben geworden ist und wie er sich im Leben ausgewirkt hat.

Die junge Kirche war mit Paulus zudem der Auffassung, daß Jesus Christus durch seine Lebenshingabe die Sünden aller Menschen gesühnt hat (vgl. Röm 3,25). Christus hat die Verbindung von Sünde und Tod gelöst, indem er beide auf sich nahm, ohne selbst von Sünde belastet zu sein. Aufgrund der Abendmahlsüberlieferung „Dieser Kelch ist der Neue Bund in meinem Blut“ (1 Kor 11,25; Mk 14,24) wurde es der jungen Gemeinde bald nach Ostern zur gläubigen Gewißheit: Die

durch Christus gewirkte Sühne gilt für Vergangenheit und Gegenwart, sie ist unwiederholbar und unüberbietbar.

Das Neue Testament überschreitet das Alte Testament, indem es bezeugt, daß in Jesus Christus das Leben Gottes endgültig erschienen ist. Nach dem Johannesevangelium sagt Jesus bei der Auferweckung des Lazarus: „Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, wird leben, auch wenn er stirbt“ (vgl. Joh 11,25). Gott hat den Menschen geschaffen, um mit ihm Gemeinschaft zu haben – so sind wir im Leben und im Tode auf Gott bezogen. Die Toten sind in Gottes Hand geborgen.

Diese Überzeugung der frühen Kirche gründet in der Erfahrung der Auferweckung Jesu. Sie wird so zum sicheren Fundament für ihren Glauben an die Auferstehung der Toten. Im Sieg des Lebens über den Tod kommt eine neue Welt zum Vorschein, an der alle teilhaben werden, die mit Jesus Christus verbunden sind. Die Botschaft vom neuen Leben der Menschen in Christus wird in der Bibel im Buch der Offenbarung mit verschiedenen Bildern beschrieben: Gott „wird in ihrer Mitte wohnen, und sie werden sein Volk sein; und er, Gott, wird bei ihnen sein. Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen. Er, der auf dem Thron saß, sprach: Seht, ich mache alles neu“ (Offb 21,3–5). In Jesus Christus, seinem Leben, Sterben und Auferstehen, ist Gottes neue Welt unter den Menschen angebrochen (Mk 1,15; Lk 4,16–21). Die Zuversicht auf die Gegenwart Christi gibt Menschen den Mut, auch in schwierigsten Situationen ihres Lebens Zeichen des kommenden Reiches Gottes aufzurichten. Sie haben die Kraft, Menschen auf der letzten Wegstrecke ihres Lebens, dem Sterben, zu begleiten. Exemplarisch ist dies in der Emmausgeschichte dargestellt: Der Auferstandene geht unerkannt mit den vom Karfreitagsgeschehen bedrückten Jüngern nach Emmaus; er spricht mit ihnen, tröstet sie, ermutigt sie und

richtet sie auf (Lk 24,13–25). Solches Begleiten bringt die in unserem Leben verborgene, aber dennoch wirksame Kraft des Heiligen Geistes zur Erfahrung und macht deutlich: Auch im Sterben sind wir von Jesus Christus umfassen. [...]

4.3 In Würde sterben – in Hoffnung leben.

Argumentationshilfe zur Woche für das Leben 1996 „Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens“, hg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und dem Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 1996, 4; 6–10 [vergriffen]

[...] **Oft wird behauptet: *Sterben ist furchtbar und schrecklich. Man sollte es mit allen Mitteln verhindern. Wenn es aber nicht verhindert werden kann, dann soll es möglichst schnell und plötzlich vorbei sein.***

Unsere Antwort:

Sterben kann furchtbar und schrecklich sein: Wenn jemand „mitten aus dem Leben“ gerissen wird, wenn das Sterben qualvoll ist, wenn die Sterbenden einsam und ohne Trost und Hoffnung bleiben. Deshalb ist es gut, daß wir über geeignete medizinische und pflegerische Mittel verfügen, um Leben zu erhalten und Leiden zu lindern. Es ist gut, daß wir ein Rettungswesen haben und daß unser Gesundheitswesen gut ausgestattet bleibt. Und es ist wichtig, daß wir den Sterbenden Beistand leisten.

Immer wieder stehen Schwerstkranke vor der Frage, ob die Medizin, insbesondere die Intensivmedizin, die richtige Antwort auf ihre Situation gibt. Wie erfolgversprechend muß, wie belastend darf eine medizinische Maßnahme sein, durch die eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden soll? Und umgekehrt: Wie wichtig ist es, in Ruhe und Frieden sterben zu können?

Je mehr Möglichkeiten intensive Medizin bietet, Leben zu verlängern und zu erhalten, um so wichtiger ist es, sich rechtzeitig zu überlegen, ob man sie in Anspruch nehmen oder unter welchen Bedingungen man auf sie verzichten will. Solche Fragen kann man zwar nicht für alle möglichen Fälle vorab beantworten, aber es kann hilfreich sein, mit Angehörigen oder Freunden darüber zu sprechen.

„Leben bis zuletzt“ – das können die Anwendung, aber auch der Verzicht auf die Anwendung intensiver Medizin sein. Intensive Medizin ist der Kampf um den Erhalt und die Verlängerung des Lebens mit höchstem Aufwand. Wer auf solche Maßnahmen verzichtet, akzeptiert die Unvermeidlichkeit des Sterbens. Ihm bleiben aber Begleitung, Pflege und lindernde Medizin. Eine letzte Entscheidung muß aus der konkreten Lage des Sterbenden heraus und von seinen Bedürfnissen her getroffen werden. Orientieren müssen sich alle Entscheidungen allein an der Würde des zu Ende gehenden Lebens. Andere Gründe, wie etwa die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, dürfen keine Rolle spielen.

Oft wird behauptet: Sterben im Krankenhaus ist unmenschlich. Durch die Apparatedizin werden Leiden und Sterben doch nur sinnlos verlängert.

Unsere Antwort:

Ein menschenwürdiges Sterben ist an jedem Ort möglich; nicht nur zu Hause oder in einem Hospiz. Menschenwürdige Sterbebegleitung ist auch in jedem Krankenhaus und Pflegeheim möglich. Es kommt auf die Menschen an, die da sind und für den Sterbenden sorgen.

Wir dürfen Sterbebegleitung nicht einfach bestimmten Berufsgruppen und Institutionen überlassen. Angehörige und Freunde

des sterbenden Menschen, die sein Wesen und seine Bedürfnisse am besten kennen, können eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen und so zu einem menschenwürdigen Sterben beitragen. Bei wichtigen ärztlichen Entscheidungen können sie die Wünsche und Vorstellungen des Sterbenden einbringen, wenn dieser sich nicht mehr selbst äußern kann.

Es gehört nicht zu den Aufgaben der Medizin, bei einer unheilbaren Krankheit mit allen technischen Mitteln das Leben zu verlängern. Es geht nicht um einen Kampf gegen den Tod um jeden Preis. Die an der Achtung des Lebens und der Würde des Sterbenden ausgerichtete Entscheidung und sein (mutmaßlicher) Wille bestimmen die Grenze der ärztlichen Maßnahmen und der Behandlungspflicht.

Oft wird behauptet: *Menschen erleiden häufig unnötig Schmerzen. Eine wirksame Schmerztherapie wird oft nur unzureichend durchgeführt.*

Unsere Antwort:

Trotz des hohen Standards der deutschen Medizin trifft dies leider in vielen Fällen zu. Obwohl es wirksame Möglichkeiten der Schmerzlinderung gibt, wenden viele Ärzte die Grundregeln der Schmerzbehandlung nicht an. Noch immer bestehen Vorurteile gegen den rechtzeitigen Einsatz starker Schmerzmittel, obwohl deren Verschreibung in Deutschland seit einiger Zeit rechtlich wesentlich erleichtert worden ist. Für eine gute Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals im Bereich der Schmerztherapie ist noch viel zu tun.

Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der modernen Medizin ist eine weitgehende Schmerzlinderung fast immer möglich. Bei weit fortgeschrittener Erkrankung kann mit der Linderung des Leidens das Risiko einer Verkürzung des Lebens verbunden

sein. In solchen Fällen ist der Einsatz von schmerzlindernden, aber damit vielleicht lebensverkürzenden Medikamenten ethisch zu verantworten.

Oft wird behauptet: *Jeder Mensch muß für sich selbst frei entscheiden können, wann er sterben will. Er hat ein Recht, sein Leben selbst zu beenden.*

Unsere Antwort:

Wer das Leben nur dann als wertvoll erlebt, solange er unabhängig und frei entscheiden kann, steht in der Gefahr, jedes durch Behinderung, Krankheit und Siechtum begrenzte Leben abzulehnen.

Zum Menschen gehört aber von Beginn an das Angewiesensein auf andere Menschen. Dies wird gerade auch in Grenzsituationen immer wieder erfahrbar. Aus dieser Erfahrung heraus ist es eine wichtige Aufgabe, Grenzen im eigenen Leben anzunehmen.

Nicht Stärke, Gesundheit und Aktivität machen den Wert des Menschen aus. Als Christen glauben wir daran, daß jeder Mensch bedingungslos von Gott gewollt, bejaht und angenommen ist. In der Selbsttötung verneint ein Mensch sich selbst. Welche Gründe auch immer dazu führen, keinem Menschen steht darüber ein Urteil zu. Die Gründe für eine solche Handlung bleiben ebenso wie die Auswirkungen einer Krankheit im letzten unbekannt. Für einen Christen ist die Selbsttötung eines Menschen eine enorme Herausforderung: Er kann eine solche Tat im letzten nicht verstehen und muß sie doch zugleich respektieren. Es gilt, frühzeitig entsprechende Signale wahrzunehmen und rechtzeitig Hilfen anzubieten.

Oft wird behauptet: *Wenn das Leiden eines Sterbenden unerträglich ist, sollte aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) erlaubt werden.*

Unsere Antwort:

Der Ruf nach dem erlösenden Tod ist nicht selten ein Schrei nach Nähe und Begleitung sowie die Bitte, nicht allein gelassen zu werden. Sterben kann verbunden sein mit Schmerzen, Alleinsein, Angst, Zorn, Hilflosigkeit, Resignation, Verleugnung und Verzweiflung. Und schließlich gehört zum Sterben auch der Abschied, der für die Sterbenden ebenso wichtig ist wie für die Zurückbleibenden.

Grundlage des Vertrauensverhältnisses von Arzt und Patient ist seit jeher der ärztliche Auftrag, menschlichem Leben nicht zu schaden, sondern es zu erhalten und zu fördern. Dieses Vertrauensverhältnis wird erheblich gefährdet, wenn der Arzt dem Patienten nicht mehr allein als Heilender und Helfender, sondern ebenso als Tötender begegnet.

Wenn es gesellschaftlich anerkannt und rechtlich erlaubt wäre, den Tod aktiv herbeiführen zu dürfen – sei es, daß der Kranke darum bittet oder daß man im angeblich „wohlverstandenen“ Interesse des Kranken tätig wird –, dann würde die schwierige Situation des Schwerstkranken noch zusätzlich mit dem Problem belastet, ob er seiner Umgebung die Last seiner Pflege weiter zumuten darf. Dies kann den Kranken auf eine geradezu unerträgliche Weise unter Druck setzen und dazu führen, daß er gegen seinen Willen „Ja“ sagt zur Beendigung seines Lebens.

Oft wird behauptet: *Sterben und Tod kommen noch früh genug. Warum soll man sich darauf schon zu Lebzeiten vorbereiten?*

Unsere Antwort:

Jeder Mensch weiß, daß er sterblich ist. Dieses Wissen zwingt ihn, sich mit dem Sinn des Lebens auseinanderzusetzen. Er kann in unterschiedlicher Weise – z. B. durch viele Aktivitäten, durch übersteigertes Konsumverhalten oder durch übertriebenen Jugendkult – versuchen, vor dem Sterben „wegzulaufen“; letztlich aber steht am Ende jedes Lebens der Tod. Dem kann er nicht entfliehen.

Viele philosophische Richtungen und auch die Religionen haben aus diesem Wissen und dieser Erfahrung heraus Hinweise, ja Lebenshaltungen zu einer „richtigen“ Einstellung zum Sterben entwickelt. Im christlichen Europa gab es seit dem Mittelalter neben einer eigenen „Kunst des Lebens“ auch eine „Kunst des Sterbens“. In Regeln, Riten und Ratschlägen wurden die Menschen angehalten, sich das ganze Leben hindurch immer wieder mit ihrem Tod zu beschäftigen, um ihnen die Angst vor Sterben und Tod zu nehmen.

Die Überzeugung, daß zu einem sinnvollen und geglückten Leben die Annahme der eigenen Sterblichkeit gehört, ist heute vielen Menschen nicht mehr bewußt. Sie erfahren Sterben und Tod erst, wenn Angehörige davon betroffen sind. Seit einigen Jahren läßt sich aber ein neues und großes Interesse an diesen Fragen feststellen. Immer mehr Menschen spüren, daß sie nur dann wirklich als Menschen leben, wenn sie sich mit der Frage des Sterbens befassen. Der christliche Glaube, der Sterben und Tod Jesu Christi in den Mittelpunkt seiner Botschaft rückt und damit zugleich verkündet, daß der Tod nicht das Ende des Menschen ist, kann die Angst vor dem Sterben mindern und so die Chance zu einer intensiveren Gestaltung des eigenen Lebens eröffnen.

Oft wird behauptet: *Menschen sterben oft unter großem Leiden: Warum läßt Gott das zu?*

Unsere Antwort:

Wie kein anderer Text der Bibel kreist das Buch Hiob um die Frage nach dem Leid des Menschen in der Welt: Von Gott verlassen, mit Aussatz geschlagen, seiner Familie und seines Besitzes beraubt und von seinen Freunden angeklagt und verleumdet, sitzt Hiob in der Asche und fragt: Warum – und warum gerade ich? In seinem Gespräch mit Gott erhält Hiob keinen Aufschluß über die Ursache seines Elends, und die Frage nach dem Sinn des Leids wird nicht beantwortet. Dennoch kann uns das Buch Hiob lehren, daß die Vorstellung, alles Leid sei eine Strafe Gottes für schuldhaftes Verhalten, nicht ausreicht, um das Leiden in der Welt zu erklären und zu verstehen. Und es kann uns daran erinnern, daß es kein einfaches Rezept zur Erkenntnis Gottes und der Welt gibt: Das Schicksal der Menschen und der Lauf der Welt lassen sich nicht mit direkten göttlichen Eingriffen von oben erklären. Die Spannung zwischen der Güte Gottes und dem von ihm zugelassenen Leiden der irdischen Existenz bleibt bestehen, und sie will im Leben und Leiden ausgehalten werden.

Auch das Neue Testament bietet uns nur Hilfen für unsere Fragen an und gibt keine eindeutigen und endgültigen Antworten. Jesus ermutigt uns, an Gott zu glauben und trotz der scheinbaren Verborgenheit Gottes im Leben Sinn zu suchen und zu erleben. Jesu Beziehung zu Gott macht uns bereit, angesichts des Leides und des Todes die Welt menschlicher zu gestalten. Gott bestätigt uns in Jesu Leben, Sterben und Auferstehen, daß er uns Menschen liebt und daß diese Liebe stärker ist als der Tod. Wir dürfen hoffen und glauben: Gott ist und bleibt bei uns Menschen im Leiden und im Sterben. Auch wenn wir uns selber nicht aus Leiden und Sterben befreien können, so liegt es allein in seiner Hand, uns zu erlösen. [...]

4.4 Christliche Patientenverfügung.

Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 2003, 11; 27–28

[...] Das Leben ist uns nicht frei verfügbar. Genausowenig haben wir ein Recht, über den Wert oder Unwert eines menschlichen Lebens zu befinden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Jeder Mensch ist ungleich mehr und anders, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch lebt nur für sich und kann genau wissen, was er für andere bedeutet. **Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt.** Im Glauben an den Gott des Lebens wissen wir, daß jeder Mensch mit seinem Leben – wie immer es beschaffen ist – unentbehrlich ist. Ohne solche Anerkennung der Würde und des Lebensrechtes jedes Menschen wäre kein Zusammenleben der Menschen möglich. Es gäbe kein Recht und keine Liebe. Würde z. B. ein Arzt oder eine Ärztin, die stets Anwalt des Lebens zu sein haben, einer Bitte von Angehörigen folgen und einen qualvoll leidenden Patienten töten, so würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grundlegend zerstört. Darum muß eindeutig und klar gesagt werden: Das Töten eines Menschen kann niemals eine Tat der Liebe oder des Mitleids sein, denn es vernichtet die Basis der Liebe und des Vertrauens. Weil wir nicht selbst frei über unser Leben und schon gar nicht über das Leben anderer verfügen, lehnen wir jede aktive Beendigung des Lebens ab.

Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe

Es hat sich durchgesetzt, unter dem Begriff „Sterbehilfe“ die Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwerkranken Men-

schen zu verstehen. Wenn es dabei um mitmenschliche oder seelsorgerliche Hilfe im oder beim Sterben geht, empfiehlt es sich, den Begriff „Sterbebegleitung“ zu verwenden.

Mit der Forderung eines „menschewürdigen Sterbens“ verbindet sich jedoch oft auch die Forderung, selbst über die Dauer der eigenen Lebenszeit und den Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen zu können. „Sterbehilfe“ wird so nicht mehr als Hilfe im oder beim Sterben, sondern als Hilfe zum Sterben (im Sinne der sog. „aktiven Sterbehilfe“) verstanden.

Da der Begriff „Sterbehilfe“ in seiner Vieldeutigkeit immer wieder Anlass zu solchen Missverständnissen gibt, müssen die verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterschieden werden:

- **„Passive Sterbehilfe“** zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung (z. B. Verzicht auf künstliche Ernährung, künstliche Beatmung oder Dialyse, Verabreichung von Medikamenten wie z. B. Antibiotika) bei einem unheilbar kranken Menschen nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird. Sie setzt sein Einverständnis voraus und ist rechtlich und ethisch zulässig.
- **„Indirekte Sterbehilfe“** wird geleistet, wenn Sterbenden ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Solche indirekte Sterbehilfe wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht – Leben erhalten und Schmerzen lindern – für rechtlich und ethisch zulässig gehalten.
- **„Aktive (oder direkte) Sterbehilfe“** meint die gezielte Tötung eines Menschen, z. B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z. B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und

wird strafrechtlich verfolgt und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt. Die Legalisierung aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien lässt die Tötung schwerstkranker und sterbender Menschen in diesen Ländern unter bestimmten Bedingungen zu. Aktive Sterbehilfe ist jedoch mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.

- **Beihilfe zur Selbsttötung (sog. „assistierter Suizid“ oder „Freitodbegleitung“)** nennt man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch die Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer Handhabung. Sie ist nicht nur auf die unmittelbare Sterbephase beschränkt, sondern findet oft schon nach der Diagnose einer schweren Erkrankung oder der Prognose eines belastenden Krankheitsverlaufes statt. Die Beihilfe zur Selbsttötung, die in manchen Ländern (z. B. Schweiz) von sog. Sterbehilfe-Organisationen praktiziert wird, ist ethisch äußerst fragwürdig. Wer Beihilfe leistet, akzeptiert im konkreten Fall den Suizid, er bejaht die Motive und die Gründe. Insofern erstreckt sich die Verantwortung der Beihilfe nicht bloß auf die Bereitstellung des Mittels, sondern auch auf die voraussehbare Folge, d. h. die Tötungshandlung selbst. Wer das Mittel zur Verfügung stellt, trägt Mitverantwortung an dem Suizid. Beihilfe zum Suizid entspricht ethisch der von uns verworfenen aktiven Sterbehilfe. In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ [...]

4.5 Woche für das Leben 2003: „Um Gottes Willen für den Menschen! Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts.“

Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Kardinal Lehmann, auf der Pressekonferenz am Montag, den 31. März 2003 in der Katholischen Akademie, Berlin (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz)

[...] Einem einseitigen technischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit stellen wir als Kirche die Sorge für den kranken Menschen gegenüber, die das Ganze in den Blick nimmt und so der Würde des Menschen gerecht zu werden versucht. Nicht nur die Medizin, auch die Krankenpflege, die Klinikseelsorge und die Beratungsarbeit sind hier unverzichtbare Dienste. Erst ihr Zusammenwirken macht die Bemühungen um Heilung und Linderung von Krankheit wirklich sinnvoll.

Insbesondere unsere Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft haben dabei eine wichtige Aufgabe mit Signalwirkung. Das spezifisch christliche Profil einer Institution, die das Leben und die Würde der individuellen Person nicht aus dem Blick verliert, gilt es daher auch in Zeiten enormer ökonomischer Zwänge zu schärfen.

Ein wichtiger Beitrag zu einem verantwortlichen Umgang mit den Grenzen der medizinischen Machbarkeit ist schließlich auch die „Christliche Patientenverfügung“. Sie bietet die Möglichkeit, sich frühzeitig mit der Situation lebensbedrohender Erkrankung und mit dem Tod auseinander zu setzen. Eine christliche Patientenverfügung ist ein wertvoller Beitrag zur Verwirklichung menschlichen, medizinischen und seelsorglichen Beistands in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen.

4.6 Karl Kardinal Lehmann, Leben in Endlichkeit.

In: Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Arbeitsheft der Woche für das Leben 2004: „Um Gottes Willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens“, 7–8

[...] Endlichkeit und Vergänglichkeit gehören zum menschlichen Leben. Ein Lebensstil und eine Kultur, die in diesem Bewusstsein gestaltet werden, bieten einen entsprechenden Rahmen, um Menschen auch in ihrem Sterben in achtsamer Weise beizustehen. Dieser sensible, individuelle Umgang mit Sterbenden stellt eine enorme Herausforderung sowohl an die Gesellschaft als auch an den Einzelnen dar. Die Erkenntnisse der Palliativmedizin und der modernen Pflegewissenschaft erweitern heute die Handlungsmöglichkeiten und bieten damit zugleich die Chance, sehr individuell auf die jeweilige Situation eines Sterbenden einzugehen. Hier gilt es, insbesondere darauf zu drängen, dass diese Möglichkeiten auch tatsächlich flächendeckend verfügbar gemacht werden. In dieser lindernden Begleitung und Betreuung im Sterben, nicht in der aktiven Tötung Sterbender, wird die Würde des Menschen gewahrt.

Sei es in der Familie, in ambulanter oder stationärer Pflege, in der Klinik oder im Hospiz – alle, die Menschen in Ihrem Sterben achtsam begleiten, leisten einen unersetzlichen Dienst an der Würde des Menschen. Das kann man nicht deutlich genug betonen, gerade auch angesichts der Belastung, die dies sehr oft für sie selbst bedeutet. Es muss ein zentrales Anliegen sein, diese Begleiterinnen und Begleiter in ihrem Dienst nicht alleine zu lassen. Sie müssen spüren können, dass ihr Dienst nicht nur den Sterbenden, sondern auch den Lebenden wertvoll ist, ganz gleich, ob sie ihn von Berufs wegen, ehrenamtlich oder aus persönlicher Bindung an den Sterbenden übernehmen. Angebote

der Begleitung und Beratung sind hier gefragt, aber auch spirituelle Angebote, die ein Gespür dafür vermitteln, dass das letzte Weggeleit eines Sterbenden in Gottes Hand gelegt werden darf.

Zuletzt stellt sich auch im Umgang mit dem Tod die Frage nach der Würde des Menschen. Eine Abschieds- und Erinnerungskultur, die dem geistigen Wesen des Menschen gerecht zu werden sucht, wird über das sinnlich wahrnehmbare Ende des Lebens und den Zerfall hinaus blicken. Menschsein erledigt sich nicht in der Vergänglichkeit des Leibes. Der christliche Glaube nimmt diese Frage nach der Zukunft des Menschen auf und lädt zur Auferstehungshoffnung ein. Ganz unabhängig davon, ob diese Antwort angenommen wird oder nicht, ist es ein Gebot der Würde, mit den Symbolen und Ritualen der Trauer sorgfältig umzugehen, sie zu pflegen und den Menschen zugänglich zu halten, ohne sie zu einem Gegenstand wahlloser Beliebtheit zu machen.

Christen ist es gerade vor dem Hintergrund und aus der Motivation begründeter christlicher Hoffnung alles andere als gleichgültig, wie es um die Achtung vor der Würde des Menschen bestellt ist. Aus christlicher Perspektive findet diese unantastbare Würde ihren letzten Grund darin, dass Gott alle Menschen als Wesen in leiblich-geistiger Einheit geschaffen und sie so zu einer Zukunft in einer personalen Beziehung der Liebe berufen hat. In dieser Ebenbildlichkeit zu Gott, in die der Herr den Menschen durch die Schöpfung berief und ihn nach der Ursünde durch die Erlösung wunderbar erneuerte, liegt seine unverlierbare Würde, die ihm niemand von außen geben oder nehmen kann. Sie verbietet auch jede Instrumentalisierung des Menschen. Diese letzte Begründung menschlicher Würde ist am Ende auch im apostolischen Glauben an das „ewige Leben“ verwurzelt.

In dieser Hoffnung dürfen Menschen der Endlichkeit und Vergänglichkeit dieses Lebens zustimmen, sie können ihr Sterben als Herausforderung annehmen und den Tod als ein Ende betrachten, vor dem die Liebe Gottes nicht halt macht.

4.7 Bischof Wolfgang Huber, In Würde sterben.

In: Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. Arbeitsheft der Woche für das Leben 2004: „Um Gottes Willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens“, 4–6

[...] Die Medizin hat Möglichkeiten der Lebensverlängerung entwickelt, die auch die Wirklichkeit menschlichen Sterbens tiefgreifend verändert haben. So können über lange Zeit Menschen im Koma am Leben gehalten werden. Auch kann die Organtätigkeit hirntoter Menschen aufrechterhalten werden, um zum geeigneten Zeitpunkt Organe zur Transplantation zu entnehmen. Die gegenwärtigen medizintechnischen Entwicklungen gehören zu den großen Herausforderungen unserer Gegenwart, die uns immer wieder dazu nötigen, nach den ethischen Maßstäben zu fragen, die auch unter den Bedingungen einer pluralistischen Gesellschaft nicht aufzugeben, sondern zu bewahren und zu erneuern sind. Zu ihnen zählt auch die Einsicht, dass die Würde des Menschen das Recht einschließt, in Würde zu sterben.

Für diese Einsicht steht die Hospizbewegung. Sie ist die in meinen Augen wichtigste Antwort auf die Veränderung des Sterbens in unserer Gesellschaft. Gerade sechsdreißig Jahre ist diese Bewegung alt. Sie begehrt gegen die Verdrängung des Todes aus unserer Wahrnehmung auf und will dazu helfen, dass Sterben wieder als eine Phase des Lebens und nicht etwa als ein

vermeidbares Geschehen mit dem Missgeschick des Todes als Resultat verstanden wird.

Die religiösen und kulturellen Dimensionen der Aufgabe, um die es heute geht, werden vielleicht am ehesten bewusst, wenn man nicht nur vom Sterben, sondern auch vom Tod redet. Der gestalteten Sterbebegleitung, für die Pflege und Gebet, leibliche und spirituelle Nahrung eine Einheit sind, entspricht in unserer eigenen, christlich geprägten Tradition eine bestimmte Weise des Umgangs mit dem Tod. Die Aussegnung von Gestorbenen, die Rituale der Bestattung und die Achtung der Grabesruhe zeigen, dass die Würde der menschlichen Person auch mit dem Tode nicht ausgelöscht ist. Die christliche Hoffnung auf die Auferstehung der Toten ist ein sprechender Ausdruck dafür, dass diese Würde nicht mit dem Verfall der körperlichen Funktionen an ein Ende kommt; die Trauer und die bleibende Erinnerung an die Toten ist ein Abglanz dieser Hoffnung.

Wenn am Grab der Leichnam eines Menschen Gott überantwortet und die Hoffnung auf die Auferweckung verkündigt wird, dann wird noch einmal jene Instanz angerufen, die nach christlichem Verständnis die Würde der menschlichen Person in ihrem unantastbaren Charakter verbürgt: Gott, nach dessen Bild der Mensch erschaffen wurde. Es wird daran erinnert, dass die Würde des Menschen maßgeblich mit seinem Verständnis als Geschöpf zusammenhängt. Wird er dagegen nicht mehr als Geschöpf, sondern nur noch als Schöpfer, nicht mehr als Empfänger, sondern nur noch als Stifter seiner eigenen Freiheit verstanden, dann verliert auch seine Würde ihren radikalen Charakter. Aus einer reinen Gabe wird sie zu einem eigenen Produkt des Menschen, zum Resultat menschlicher Tätigkeit, herstellbar und abschaffbar wie alle anderen Erzeugnisse menschlicher Produktivität auch. Gerade im Blick auf Sterben und Tod ist es nicht bedeutungslos, ob der Mensch als Gegenüber Gottes, als

von Gott angesprochene und ihm antwortende Person, oder als von Gott gelöstes, als „absolutes“ Wesen verstanden wird.

Gestaltete Sterbebegleitung im Sinne der Hospizbewegung respektiert das Selbstbestimmungsrecht des Menschen auch im Sterben und kann bewirken, dass Menschen vor dem verzweifelten Griff zur Selbsttötung oder vor dem Ruf nach aktiver Sterbehilfe bewahrt werden können. Die Ausweitung der Hilfe bei der Selbsttötung in der Schweiz sowie die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden im Jahr 2001 und in Belgien im Jahr 2002 sind Entwicklungen, die mich mit großer Sorge erfüllen. Dabei verschließe ich nicht die Augen davor: Die niederländische und belgische Sterbehilfegesetzgebung genießt nicht nur in der Bevölkerung unserer Nachbarländer, sondern auch in Deutschland erhebliche Sympathien. Viele Umfragen in Deutschland haben inzwischen ergeben, dass ein Großteil der deutschen Bevölkerung für aktive Sterbehilfe offen ist. Viele Menschen haben Angst, sie könnten am Ende ihres Lebens einer sinnlosen Lebens- und Sterbeverlängerung ausgesetzt sein. Sie haben Angst davor, dass sie selbst, ihre Angehörige oder Freunde in eine Situation unerträglicher Leiden geraten, aus der kein Ausweg möglich scheint.

Man muss diese Sorgen ernst nehmen; nur so wird man die Menschen dafür gewinnen, der Zuflucht zur aktiven Sterbehilfe abzusagen. Denn aktive Sterbehilfe ist und bleibt eine ethisch nicht vertretbare, gezielte Tötung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase, auch wenn sie auf seinen ausdrücklichen, verzweifelten Wunsch hin erfolgt. Gerade in Deutschland wissen wir durch die Erfahrungen der Vergangenheit, wohin es führen kann, wenn Menschen von Dritten für nicht mehr lebenswert erklärt werden, statt in ihrer Schwäche, Krankheit oder Behinderung als Menschen akzeptiert und nach ihren Bedürfnissen umsorgt zu werden.

Durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würde ein solches Verfügungsrecht über den eigenen Todeszeitpunkt etabliert. Das würde unsere Gesellschaft und ihre Einstellung zu Leben und Tod in tiefgreifender und problematischer Weise verändern. Denn damit entstünde nicht nur der offenkundige Rechtsanspruch von Sterbenden auf vorzeitige Beendigung ihres Lebens durch fremde Hand, sondern es entstünde auch der verdeckte Anspruch an Sterbende, von diesem Recht Gebrauch zu machen, sobald sie den Eindruck bekommen, ihrer Umgebung zur Last zu fallen. Außerdem würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grundlegend gefährdet, wenn der Arzt dem Patienten nicht mehr allein als Heilender und Helfender, sondern ebenso als Tötender begegnete.

Wo wir die Tötung eines Menschen als „Lösung“ der schwierigen Situationen von Krankheit und Sterben akzeptieren, ist dies eine Bankrotterklärung an die Menschlichkeit. Wir würden zulassen, dass Tod und Aussichtslosigkeit die Oberhand gewinnen. Menschlichem Leid dürfen wir nicht durch Tötung, sondern wir müssen ihm durch menschliche Zuwendung und Fürsorge begegnen. Es gilt, die Möglichkeiten helfenden Handelns zu erweitern und zu fördern, statt die Beendigung menschlichen Lebens zu legalisieren. [...]

4.8 Patientenautonomie am Lebensende fördern – aktive Sterbehilfe verhindern.

Zum Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, 10. Juni 2004 (Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland)

[...] Mit den Ärzten und Ärztinnen in Deutschland wissen sich die Kirchen einig in der Sorge um eine menschenwürdige Sterbebegleitung. Die erst kürzlich überarbeiteten und im Mai ver-

öffentlichten Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sprechen sich für Leidminderung, Zuwendung und Fürsorge aus und erteilen jeder Form von sogenannter aktiver Sterbehilfe, die ja Tötung ist, eine klare Absage. Dies ist gleichzeitig eine deutliche Ablehnung jeder Form von Annäherung an Euthanasie-Regelungen, die in manchen unserer Nachbarländer als geltendes Recht eingeführt wurden. Das Tötungsverbot, also die Unantastbarkeit des Lebens eines anderen Menschen, steht auch einer Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zum Suizid strikt entgegen.

Schwerstkranke und sterbende Menschen dürfen in keinerlei Hinsicht unter Druck gesetzt werden oder den Eindruck gewinnen, dass man sich ihrer entledigen wolle. Sie sollen sich gerade in den schwächsten Phasen ihres Lebens gewiss sein dürfen, dass sie als Person wertvoll bleiben und Unterstützung erhalten. Selbstbestimmte Vorsorge von Patienten und die Achtung der Wünsche und Vorstellungen der konkreten Person können ihren Niederschlag in Patientenverfügungen finden. Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland bieten zusammen mit weiteren christlichen Kirchen seit mehreren Jahren eine „Christliche Patientenverfügung“ an. [...]

4.9 Bischof Wolfgang Huber: Statement für das Pressegespräch zur Woche für das Leben 2008:

„Gesundheit – höchstes Gut?“, 5. April 2008

[...] Trotz aller Verheißungen der regenerativen Medizin, trotz aller Notwendigkeit einer guten Palliativmedizin – wir können uns selbst weder schaffen noch erlösen. Heute besteht die Gefahr, dass Gesundheit zum Produkt der eigenen Lebensgestal-

tung sowie der gegebenen medizinischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten wird. Ärzte werden zu Vertragspartnern, bei denen man eine gelungene Operation oder einen wiederhergestellten Körper einklagen möchte. Der Heilungsprozess wird nach Diagnosen berechnet und soll einem festgelegten Zeitschema folgen. Pflege wird zur Dienstleistung, die man in einzelne Funktionseinheiten zerlegen kann. Die Orientierung an einem Produkt- und Kundenbewusstsein führt schließlich zu einer Verrechtlichung, die am Ende auch das Recht auf einen guten Tod einzuschließen scheint. Visionen tauchen am Horizont auf, die uns in eine dunkle Zeit unserer Geschichte zurückverweisen: „guter Tod – Euthanasie“.

Je früher man meint, das Schicksal in die Hand nehmen zu können – die vorgeburtliche Medizin ist dafür in den letzten Jahrzehnten zu einem Paradigma geworden –, desto schwerer fällt es anscheinend, offen und neugierig zu bleiben für das, was auf uns „zukommt“ – am Anfang wie am Ende des Lebens. Wir brauchen neue Anstöße dazu, diese Einengung unserer Wahrnehmung zu überwinden. Persönliche Schicksale, denen wir begegnen, können dabei helfen. Wir haben uns in der evangelischen Kirche in den letzten Monaten verstärkt mit dem Thema der Demenz auseinandergesetzt. Wir haben uns der Frage gestellt, was es heißt, die Würde des Menschen in einer Lebensphase zu wahren, in der ein Mensch sich selbst und seinen Nächsten fremd wird. In solchen Situationen lernen wir, dass die Formel „Hauptsache gesund“ nicht trägt. Es muss vielmehr heißen: „Hauptsache Menschenwürde“.

Zur Würde des Menschen gehören auch Leid und Vergänglichkeit; nur um den Preis der Unmenschlichkeit können sie abgeschüttelt werden. Das ist kein Argument gegen Forschung und medizinischen Fortschritt, wohl aber für ein umsichtiges ethisches Bedenken unserer Geschöpflichkeit. Erst die Spannung zwischen schöpferischer Kraft und Geschöpflichkeit, zwischen

Selbstentfaltung und Teilnahme am Leben anderer gibt dem Leben Farbe und Tiefe.

Um zu uns selbst zu finden und die menschlichen Grenzen zu bejahen, brauchen wir Menschen, die uns nicht wie Geschäftspartner gegenüber stehen, sondern die unsere Hoffnungen und unser Leiden teilen. Denen wir etwas wert sind, auch wenn wir nichts leisten. Die Wunden verbinden und für Pflege sorgen wie der barmherzige Samariter. Wer die Leiderfahrung eines anderen teilt, spürt die eigene Begrenztheit und die eigene Ohnmacht. Viele Menschen haben die Erfahrung gemacht, dass solchen Begegnungen eine geistliche Kraft innewohnt, die neue Leidenschaft für das Leben weckt. [...]

4.10 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung

Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 2011, 11–12

[...] 2. Was ist das Besondere an der Christlichen Patientenvorsorge?

2.1 Der letzten Lebensphase ihre eigene Würde erhalten

Die fortschreitende Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten wirft zunehmend Fragen auf, die sich früher so nicht gestellt haben: Ist die Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Lebenserhaltung in jeder Lebensphase gleichermaßen geboten? Oder sollen wir darauf verzichten, wenn die beabsichtigte Lebensverlängerung zu einer belastenden Sterbeverlängerung zu führen droht oder bereits geführt hat? Was ist besser: in der vertrauten Um-

gebung zu sterben, auch wenn dadurch nicht alle technisch-medizinischen Möglichkeiten jederzeit verfügbar sind und eine Lebensverkürzung die Folge sein kann, oder auf der Intensivstation so lange wie möglich zu leben?

Solche Fragen lassen sich nicht immer generell beantworten. Dies mahnt auch zur Vorsicht, im Einzelfall nur eine einzige Handlungsweise als christlich geboten anzusehen. Letztlich muss die Entscheidung aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus, von seinen Bedürfnissen her und in Übereinstimmung mit seinen Wünschen und Vorstellungen getroffen werden.

Wir nennen die hier angebotene Handreichung eine Christliche Patientenvorsorge, weil sie sich von den Überzeugungen des christlichen Glaubens leiten lässt. Das Leben ist uns von Gott gegeben. Er befähigt uns dazu, es in allen seinen Phasen verantwortlich zu gestalten. Dazu gehört, sowohl für das tätige Leben als auch für das Sterben Vorsorge zu treffen.

Bis zuletzt soll ein Leben als lebenswert und sinnvoll erfahren werden. Dazu gehört: teilhaben zu können an dem, was in Familie, Nachbarschaft und Welt geschieht, Entscheidungen treffen zu dürfen, Zeit zum Durchdenken und Klären von Fragen zu haben, Abschied zu nehmen von den uns lieben und wichtigen Menschen und den eigenen Tod annehmen zu lernen. Dies ist häufig ein schwieriger Prozess. Das Bereitwerden zum Sterben kann durch starke Schmerzen, quälende körperliche Symptome und nicht minder durch massive medikamentöse Dämpfung erschwert werden. Schmerztherapie, Palliativmedizin, Hospizarbeit, pflegerische Maßnahmen, mitmenschliche und geistliche Begleitung sollen die Voraussetzung schaffen, auch die letzte Lebensstrecke in Würde leben zu können.

Wir können über unser eigenes Leben nicht grenzenlos verfügen. Genauso wenig haben wir das Recht, über den Wert eines

anderen menschlichen Lebens zu entscheiden. Jeder Mensch hat seine Würde, seinen Wert und sein Lebensrecht von Gott her. Er ist darum ungleich mehr, als er von sich selbst weiß. Kein Mensch kann genau wissen, was er für andere bedeutet. Im Glauben an den Gott des Lebens wissen wir, dass jeder Mensch mit seinem Leben – wie immer es beschaffen ist – unentbehrlich und wertvoll ist.

2.2 Fürsorge im Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen

Die ethische und rechtliche Grundlage aller Vorsorgeverfügungen ist das Selbstbestimmungsrecht. Der Wille des Patienten ist die Grundlage jeder Behandlung. Für die Durchführung oder Unterlassung einer Behandlung ist entscheidend, ob der Patient den ärztlich vorgeschlagenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen nach einer angemessenen Aufklärung zustimmt.

Selbstbestimmung kann jedoch nicht gedacht werden, ohne die Abhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gottes Wirken zu erkennen und zu bejahen. Selbstbestimmung darf nicht als völlige Unabhängigkeit missverstanden werden. Sie gewinnt nur in sozialen Kontexten Gestalt, d. h. der Mensch ist und bleibt eingebunden in die mitmenschliche Gemeinschaft und ist auf sie angewiesen. Die Gesellschaft hat ihrerseits eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitgliedern. Hieraus ergibt sich die Pflicht des Staates zum Schutz des Lebens seiner Bürger. In diesen Zusammenhang gehört auch die Pflicht des Arztes, das Beste für den Patienten zu wollen. Für eine sorgsame und angemessene medizinische Betreuung ist es wichtig, ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufzubauen.

Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge für den Patienten sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen.

Selbstbestimmung ist auf Fürsorge angewiesen. Ebenso gehört es zu recht verstandener Fürsorge, die Selbstbestimmung eines Patienten zu achten und ihr so weit wie möglich Folge zu leisten. Fürsorge muss daher immer die körperbezogenen, psychologischen, sozialen und spirituellen Wünsche und Vorstellungen des Patienten einbeziehen. „Fürsorge im Respekt vor der Freiheit des Anderen“, ein Leitmotiv der Hospizbewegung, trifft auch auf die Anwendung von Vorsorgeverfügungen zu. [...]

5. Hinweise zu weiteren Texten

5.1 Deutschland

Bundesärztekammer:

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 19 (7. Mai 2004), A1298–A1299

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=41760

- Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, in: Deutsches Ärzteblatt (104), Heft 13 (30. März 2007), A1891–A1896;

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=55051

Beide Texte sind auch abgedruckt in:

- Sterben in Würde. Grundsätze und Empfehlungen für Ärzte und Ärztinnen. Berlin 2008

www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1955

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt (108), Heft 7 (18. Februar 2011), A346–348

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=81295

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE): Blickpunkt Sterbehilfe

www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe

Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Zwischenbericht Patientenverfügungen, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/3700 vom 13. September 2004

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf>

Nationaler Ethikrat: Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme 2005

www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf

Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme 2006

www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf

Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages zum Strafrecht, Stuttgart, 19.–22. September 2006

www.sterbehilfe-debatte.de/66_djt_beschluesse-sterbebegleitung.pdf

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, hg. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer, 2010

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf

Rechtsprechung zur Sterbehilfe im Online-Lexikon Betreuungsrecht

<http://wiki.btprax.de/Sterbehilfedokumente>

*Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom
19. Juni 2009*

www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzestexte/DE/3_Gesetz_zur_Aenderung_des_Betreuungsrechts.pdf?_blob=publicationFile

*Entscheidung des BGH vom 25. Juni 2010, Aktenzeichen 2
StR 454/09*

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=2010-6-25&nr=52999&pos=0&anz=3>

5.2 Europa

Belgien:

Chambre des Représentants de Belgique: Projet de loi relatif à l'euthanasie, 5. November 2001.

Niederländisch/französisch:

www.dekamer.be/FLWB/pdf/50/1488/50K1488001.pdf

Deutsch:

www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1408

Niederlande:

- Die katholische niederländische Bischofskonferenz hat in einem englischsprachigen Sammelband ihre Stellungnahmen veröffentlicht: *Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishop's Conference to the Legislative Procedure 1983–2001*, hrsg. von P. Kohnen und G. Schumacher, Utrecht/Leuven 2002
- Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelf-doding*), 1. April 2002.

Deutsch:

www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1407

Schweiz:

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften:
 - Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, Basel 1995.
www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html
 - Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, Basel 2003
www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html
 - Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, Basel 2004
www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html
 - Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, Basel 2004
www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html
 - Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW, Basel 2005
www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html
 - Patientenverfügungen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Bern 2009

www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html

- Sterbehilfe in Altersheimen. Ethische Perspektiven. Beiträge zur Informations- und Koordinationstagung für Seelsorgende und andere kirchliche Verantwortliche 7. Juni 2001 in Bern, Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes, Texte 2/01.

www.sek-feps.ch/onlineshop/frontend/documents/shop/products/ISE_Texte_02_01.pdf

- Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben Nr. 9 der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung, 10. Juni 2002.

www.kath.ch/sbk-ces-cvs/rtf/Document_euthanasie_d.rtf

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, NEK-CNE (2005): Beihilfe zum Suizid: Stellungnahme, Nr. 9/2005, Bern

www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de

- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, NEK-CNE (2006): Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe: Stellungnahme Nr. 13/2006, Bern

www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de

- Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, 2007

www.sek-feps.ch/onlineshop/frontend/documents/shop/products/position9_de_web.pdf

Österreich:

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz PatVG) / Nationalratsbeschluss vom 29. März 2006, in: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 8. Mai 2006

www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_55/BGBLA_2006_I_55.pdf

Luxemburg:

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Französisch:

www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf#page=7

Frankreich:

Loi n° 2005–370 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Französisch:

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=

Skandinavien:

Nordische Bischofskonferenz Conferentia Episcopalis Scandiae: Das Leben bewahren. Hirtenbrief der nordischen Bischöfe über Pflege in der Endphase des Lebens, 11. Februar 2002.

www.nordicbishopsconference.org/fileadmin/NBK/pdffiler/Das_Leben_bewahren_-_Hirtenbrief.pdf

Urteil des Europäischen Gerichtshofs im Fall Pretty gegen das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland vom 29. April 2002

Englisch:

<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en>