

Bischof Dr. Martin Hein, Kassel

Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus Sicht eines evangelischen Theologen.

Vortrag beim Symposium über „Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde“, Cadenabbia/Italien, 07.10.2002.

1. Es gibt keinen Diskurs der Voraussetzungslosigkeit

„Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde“: Vor allem die schwereren Krankheitszustände einzelner Menschen stehen uns da vor Augen. Barmherzigkeit, Erbarmen – manchmal scheint nichts anderes angesagt. Wenn dann ein Patient um eine „erlösende“ Spritze bittet, muß es geradezu schwerfallen, ihm diese zu versagen. Denn wäre die Erfüllung solch eines Wunsches nicht ein Akt der Nächstenliebe?

Freilich kann es nicht Aufgabe einer evangelischen Ethik sein, Einzelschicksale zum generalisierenden Maßstab für alle Entscheidungsfälle zu nehmen! Evangelischer Ethik geht es vielmehr darum, auf der Basis der Heiligen Schrift und unter Heranziehung der reformatorischen Überzeugungen von deren Zentrum, nämlich Jesus Christus, Kriterien zu entwickeln, die uns in die Lage versetzen, mit schwerer Krankheit oder mit leidenden Menschen *gewissenhaft* umzugehen. Bildung und Schärfung des Gewissens stehen im Mittelpunkt – und das meint keineswegs individuelle Beliebigkeit, sondern Orientierung des in Gott gebundenen Gewissens. Ziel dieser Bemühungen ist es demnach nicht, einfach Normen zu benennen, deren Befolgung eingefordert und durchgesetzt würde, sondern wir sollen in die Lage kommen, verantwortete Entscheidungen zu treffen und unter Umständen lebensdienliche Alternativen zu suchen, die in der Perspektive des Evangeliums grundsätzlich das Leben stärken.

Dabei ist mir bewußt, daß jedes Reden von Gott stets unter einem bestimmten Blickwinkel geschieht: Es ist *menschliches* Reden von Gott. Die Wirklichkeit Gottes kann ich nur vermittels unserer Sprache ausdrücken. Bei aller daraus sich ergebenden Beschränkung betrachte ich dies vorab als Chance: Ich benenne in der notwendigen, möglicherweise auch kontroversen Diskussion deutlich die

Voraussetzungen meines Beitrages. Für eine ehrliche Auseinandersetzung ist dies unerlässlich. Positionalität verhindert nicht den Diskurs, sondern eröffnet ihn! Zugleich mache ich damit deutlich, daß ich für meine Auffassung zwar eine prononcierte, aber keine höhere Wertigkeit oder gar Letztgültigkeit erheischende Position beanspruche.

Im Unterschied zum römischen Katholizismus haben wir in der evangelischen Kirche kein im Papstamt gebündeltes Lehramt. Allerdings legen die Grundordnungen evangelischer Kirchen Verfahren fest, wie wir zu verbindlichen Lehrentscheidungen gelangen. Dies bedingt eine größere Vielfalt an Meinungen, denen dennoch die Tendenz zum Konsens innewohnt. Nach evangelischem Verständnis ergibt sich die Verbindlichkeit einer ethischen Haltung, indem sie vom Menschen in einer Entscheidungs- oder Konfliktsituation als das Gewissen orientierend und darin als unbedingt geltend erlebt wird.

2. Ebenbild und Kreatur: Das christliche Menschenbild als Voraussetzung evangelischer Ethik

Evangelische Ethik geht vom christlichen Verständnis des Menschen aus. Dem steht als grundlegende Bedingung voran, dass Gott Schöpfer allen Lebens ist. Die naturwissenschaftlichen Forschungsergebnisse der Biologie und Medizin verstehen wir nicht als Widerspruch zu diesem Bekenntnis. Vielmehr sind solche Erkenntnisse ein Verweis auf den Modus, in dem Schöpfung geschah und geschieht. Gerade die enorme Ausweitung unseres Wissens über die Natur verstärkt den Eindruck, daß das Entstehen von Leben ein Wunder ist, ein Akt liebender Zuwendung Gottes zu dieser Welt. Kurzgefaßt: Wir begreifen Leben an sich als ein Geschenk, auch das einzelne menschliche Leben, bei dem die liebende Zuwendung ja eine ganz besondere Rolle spielt. Weil es geschenkt ist, bleibt es eigenmächtiger oder fremder Verfügung an seinem Beginn und seinem Ende weitgehendst entzogen. Gott schenkt das Leben und ruft aus diesem Leben ab.

In ihrem ersten Kapitel nennt die Bibel den Menschen „Ebenbild Gottes“ (Gen 1,27). Diese Gottebenbildlichkeit des Menschen ist die Basis für Würde und Rechte jedes einzelnen Menschen - und damit auch für sein Lebensrecht. Damit ist der Maßstab zur Beurteilung menschlichen Lebens gegeben. Es ist nicht möglich, zwischen

wertvollem und weniger wertvollem, gar unwertem Leben unterscheiden zu wollen. Die Würde des Menschen ist mit seinem Menschsein gegeben. Besondere Leistungen, Fähigkeiten oder Charaktereigenschaften steigern diese Würde nicht, wie ihr Fehlen sie nicht mindert. Darum ist sie jeder einzelnen Phase menschlichen Lebens zu eigen, auch wenn das volle menschliche Potential – wie etwa die Sozialität - im Embryo noch nicht vollends ausgebildet ist oder durch Krankheit oder Behinderung nicht mehr realisiert werden kann. Die Würde des Menschen ergibt sich aus seinem Gegenüber zu Gott, ganz gleich, ob ihm dies bewußt ist oder nicht.

Nach der Bibel ist der Menschen aber auch „Geschöpf“. Er ist endliche Kreatur, mit Fehlern behaftet, dem Leid und dem Schmerz unterworfen - und nicht zuletzt sterblich. Genau in dieser Spannung von Ebenbildlichkeit und Geschöpflichkeit liegt die Fruchtbarkeit seiner Existenz. So nimmt evangelische Ethik auch die Möglichkeit seines Scheiterns und seiner Begrenztheit ernst.

Die Wesensbestimmung des Menschen läßt sich zusammenfassen in dem Begriff „Person“, im Faktum seiner grundlegenden Beziehung zu Gott, in der „vorbehaltlosen Anerkennung durch Gott, die zur wechselseitigen Anerkennung der Menschen untereinander verpflichtet“¹. Diese Bestimmung als Person bleibt damit jeder biologischen oder medizinischen Verifikation entzogen. Das Personsein kann keinem Menschen genommen werden, wohl aber kann ihm die geschuldete Achtung verwehrt oder abgesprochen werden. Wer seinem Gegenüber diese Wertschätzung als Person allerdings verweigert, verletzt nach christlicher Anschauung auch seine eigene Würde.

Deutlich möchte ich darauf hinweisen, daß diese Vorstellung von „Person“ sich erheblich unterscheidet von Auffassungen zum Begriff „Person“, die sich vor allem im angelsächsischen Denken finden. Dort ist das Person-Konzept verbunden mit der Beschreibung bestimmter Qualifikationen: Es werden zum Beispiel Eigenschaften wie Rationalität, Selbstbewußtsein, Beziehungsfähigkeit, Selbstkontrolle, Neugier oder das Vorhandensein von Interessen genannt, die einen Menschen erst zur Person werden ließen. Allein der so aufgefaßten Person schulde man Respekt. Wer

¹ Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hg.), Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen, EKD Texte 71, Hannover 2002, S. 18.

diese Qualifikationen nicht erreiche, sei lediglich Mitglied der Gattung „homo sapiens“. Daraus resultiere aber nicht der Respekt, der man einer Person schuldig sei. Ein solches Verständnis des Begriffs "Person" ist mit dem christlichen Glauben kaum zu vereinen.

3. Selbstbestimmung an der Schwelle zum Tod

In der Debatte um die Tötung auf Verlangen, die aktive Sterbehilfe oder der Hilfe zur Selbsttötung, wird immer wieder auf den Wunsch des betreffenden Menschen, auf sein Selbstbestimmungsrecht abgehoben. Die Sorgfaltskriterien, auf die ein Arzt im niederländischen „Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung“ verpflichtet wird, sieht vor, daß der Arzt zu der Überzeugung gelangt sein muß, daß „der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat“ (Art. 2, Ziffer 1: b).

Nach meiner Auffassung kann allerdings das Verlangen eines Patienten oder sein Selbstbestimmungsrecht keine absolute Geltung haben. Ich erinnere nur an die Situation von Menschen, die sich aus einer akuten Krise heraus zum Selbstmord entscheiden. Manche werden gegen ihren Willen davon abgehalten. Meistens können sie nach ihrer Rettung ihre Situation neu bewerten und sind dankbar für ihre Bewahrung. Dafür wurde ihr Selbstbestimmungsrecht allerdings vorübergehend verletzt.

Zur Selbstbestimmung, wenn sie wirklich ernstgemeint ist, gehört eine echte Wahlmöglichkeit. Ein Patient, dessen Zustand aussichtslos und dessen Leiden unerträglich ist, hat diese kaum. Um so unausweichlicher wird sich ihm das Verlangen nach Lebensbeendigung als einzig gangbarer Weg aufdrängen. Wie würde er sich aber entscheiden, wenn sein Zustand zwar aussichtslos bliebe, sein Leiden aber erträglich wäre?

Schließlich muß gefragt werden, inwiefern das Selbstbestimmungsrecht eines schwer kranken Menschen frei ist von unausgesprochenen Erwartungen und verborgenem Druck, die auf ihn einwirken. Wir wissen alle, wie stark Erwartungshaltungen aus unserem sozialen Umfeld unsere Entscheidung

beeinflussen oder ein gesellschaftliches Klima auf sie durchschlagen kann. Wie frei ist meine Entscheidung tatsächlich, wenn man die Angehörigen unter der Last meiner Krankheiten leiden sieht, auch wenn sie mir ein anderes Bild zu vermitteln suchen? Es hat Wirkungen, wenn Zuwendung fehlt oder die hohen Sozialversicherungsbeiträge ständig beklagt werden. Hier entsteht ein Druck zur „Selbstentsorgung“, dem man sich nur mit Mühe entziehen kann. Könnte es nicht auch sein, daß das Verlangen nach Lebensbeendigung oder Hilfe bei der Selbsttötung ein heimlicher Hilfeschrei nach Zuwendung und Liebe ist, nach weitgehender Schmerzfreiheit und einer Geborgenheit in tragfähigen sozialen Beziehungen, nach seelischem und spirituellem Beistand auf dem schwersten, dem letzten Weg des Lebens!?

Umfrageergebnissen in Deutschland, die eine hohe Zustimmung zu lebensbeendenden Maßnahmen signalisieren, begegne ich skeptisch. Eine deutliche Befürwortung von lebensverkürzenden Handlungen erhält man immer dann, wenn als einzige Alternative allein das Ertragen der „unheilbar qualvolle(n) Krankheit“ genannt wird². Solche Befragungen haben darum in meinen Augen nur eine sehr begrenzte Aussagekraft.

Nach niederländischer Gesetzgebung soll der Arzt prüfen, ob dem Verlangen nach Lebensbeendigung eine freiwillige und reife Überlegung vorausgegangen ist. Kann er wirklich ermessen, was bei einem Menschen zu diesem Verlangen geführt hat? Müßte nicht die eindeutige Verweigerung, an Lebensbeendigungen beteiligt zu sein, die klare Konsequenz sein? Schnell könnte man (als Kehrseite) auch in den Geruch geraten, Handlanger anderer – und verborgener! – Interessen zu sein. Damit ist die Frage des eigenen Berufsethos angesprochen.

4. Die Kultur der Lebensdienlichkeit stärken: Palliativmedizin und Hospizbewegung

In Deutschland wird gegenwärtig indirekte und passive Sterbehilfe praktiziert. Beide Formen sind nach christlichen Maßstäben ethisch legitim, weil dem christlichen Grundgedanken Rechnung getragen wird, daß der Tod eines Menschen abgewartet

² Umfrage der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben, www.dghs.de/ presse.

werden muß und nicht unmittelbar herbeigeführt werden darf. Ethisch nicht zulässig ist aus dieser Perspektive die gezielte Herbeiführung des Todes, weil sie diesen Grundsatz verletzt und den Geschenkcharakter des Lebens leugnet. Darum darf es aus meiner Sicht keine gesetzliche Regelung geben, die eine Lebensbeendigung auf Verlangen straffrei stellt!

Vielmehr müssen die lebensdienlichen Alternativen entwickelt und gestärkt und in die öffentliche Diskussion eingebracht werden. Damit meine ich konkret die Verbesserung der Möglichkeiten der *Palliativmedizin* und der *Hospizarbeit*.

- a) Ein zentraler Auslöser für das Verlangen nach lebensbeendenden Maßnahmen ist der unerträglich gewordene Schmerz. Wenn die medizinischen Möglichkeiten mit dem Ziel einer Heilung erschöpft sind, muß das Therapieziel „Linderung der Schmerzen“ als eine lebensdienliche Alternative mit gleicher Intensität verfolgt werden.

Mir ist es unverständlich, warum die medizinische Forschung in unserer hochentwickelten Gesellschaft nicht besser dafür Sorge tragen kann, daß Menschen ihre Krankheit weitgehendst unter erträglichen Schmerzen erleben können. Vielleicht liegt das weniger an den medizinischen Möglichkeiten als an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die einen solchen umfassenden Einsatz der Palliativmedizin aus Gleichgültigkeit oder Kostengründen nicht nahelegen. Erst an einer einzigen Universität (Bonn) existiert in Deutschland ein Lehrstuhl für Palliativmedizin. Eine reguläre Weiterbildung zum Palliativmediziner gibt es bei uns nicht. Nach Meinung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, ist zu wenig bekannt, daß "die moderne Palliativmedizin schon heute in der Lage ist, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und damit unnötiges Leiden zu verhindern."³

- b) Die Stärkung der Hospizarbeit hat eine Reihe wichtiger Konsequenzen. Ich will nur einige andeuten: Sie hebt stärker ins gesellschaftliche Bewußtsein, daß Sterben und Tod als Teil des Lebens aufgefaßt werden und mehr bedeuten als das Ende medizinischer Behandlungsmöglichkeiten. In Hospizen steht ein

³ Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 10. April 2001.

