

Sterbehilfe?

Thesen zur Klärung

Hans Küng

Persönliche Vorbemerkung:

Ich rede hier als Theologe und Christenmensch und setze fort, was ich zusammen mit meinem Kollegen und Freund Walter Jens schon 1994 im Tübinger Studium Generale vertreten und dann publiziert habe unter dem Titel »Menschenwürdig sterben«. An dieses rationale »Plädoyer für Selbstverantwortung« schließe ich in Übereinstimmung mit Walter Jens hier an und meine so nicht nur vielen Patienten, sondern auch Ärzten und Richtern eine Hilfe zur Meinungsbildung zu bieten. Walter Jens und ich möchten für ungezählte, ungenannte Patienten sprechen, deren Schicksal uns sehr nahe geht. Ihr oft unerträgliches Einzelschicksal soll nicht in einer hochtönenden ethischen, juristischen und theologischen Grundsatz-Debatte untergehen. Für sie möchte ich als Theologe einen in meinem Denken seit drei Jahrzehnten grundgelegten verantwortbaren Alternativ-Weg entwickeln.

- 1. Nach christlicher Überzeugung ist das menschliche Leben, das der Mensch ja nicht sich selber verdankt, letztlich eine Gabe Gottes. Aber zugleich ist das Leben nach Gottes Willen auch des Menschen Aufgabe. Es ist so in unsere eigene (nicht fremde!) verantwortliche Verfügung gegeben. Dies gilt auch für die letzte Etappe des Lebens, das Sterben. Sterbehilfe ist zu verstehen als ultimative Lebenshilfe.**

Eine Autonomie, die für gläubige Menschen in Theonomie gründet. Manche sagen: Jeder Mensch muß bis zum »verfügt Ende« durchhalten und darf sein Leben nicht »vorzeitig« zurückgeben. Doch nirgendwo hat der gute Schöpfergott eine Reduktion des menschlichen Lebens auf ein rein biologisch-vegetatives Leben »verfügt« und die frei verantwortete Rückgabe eines definitiv zerstörten Lebens unter unerträglichem Leiden ist nicht »vorzeitig«. Der Tod ist nicht immer Feind des Menschen.

- 2. Der Mensch wird durch eine unheilbare Krankheit, Altersschwäche oder definitive Bewußtlosigkeit nicht zur »Nicht-Person« oder zum »Nicht-mehr-Menschen«.**

Dieser zutiefst humane Standpunkt muß vertreten werden gegen bestimmte Befürworter einer aktiven Sterbehilfe wie den australischen Moralphilosophen Peter Singer. Daß gerade die Schwerbehinderten heftig gegen eine solche Auffassung (und gelegentlich exzessiv sogar gegen jegliche Diskussion) reagieren, kann man verstehen; es gibt grundsätzlich kein »lebensunwertes Leben«. Singers Thesen bedürfen der öffentlichen argumentativen Zurückweisung.

- 3. Gerade weil der Mensch Mensch ist und auch als Todkranker (Tod zu erwarten in absehbarer Zeit) oder als Sterbender (Tod in kurzer Zeit zu erwarten) bis zum Ende Mensch bleibt, hat er ein Recht nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Abschiednehmen und Sterben. Die Hospizbewegung,**

bei der nicht das medizinische Bemühen um Heilung, sondern die persönliche Zuwendung durch Gespräch und das Bemühen um würdiges Sterben im Mittelpunkt stehen, verdient moralische Unterstützung und praktisch-gesellschaftliche Förderung.

Recht auf Weiterleben meint nicht in jedem Fall Pflicht zum Weiterleben. Das Recht auf menschenwürdiges Sterben wird dem Menschen durch endloses Hängen an Apparaten oder Medikamenten möglicherweise verwehrt: dann nämlich, wenn ihm in einem Sterbeprozess, der Stunden oder Monate, gar Jahre und Jahrzehnte dauern kann, nur noch ein Dahinvegetieren, ein vegetatives Dasein möglich ist – sichergestellt durch Techniken pharmakologischer »Ruhigstellung«.

4. Die höchst hilfreiche Palliativ-Medizin hat große Fortschritte gemacht und muß in vollem Umfang eingesetzt werden. Schmerztherapie kann vielen unheilbar Kranken ihr Endstadium erträglich machen. Aber sie ist nicht die Antwort auf alle Sterbewünsche. Schmerzen können Schwerstleidenden nicht in jedem Fall genommen werden.

a) Auch das breite Maßnahmenpektrum der modernen Schmerztherapie bringt nur »weitgehende« (und zumeist nach längerer Zeit weniger wirksame) Schmerzlinderung – außer man nimmt dem Patienten in einem solchen Fall alle »Wachheit« (»Vigilanz«) und macht ihn gar willenlos, ja bewußtlos. Auch spezialisierte Schmerztherapeuten räumen ein, daß in tausenden von Fällen auftretende Schmerzen nicht behandelbar sind; Hospizpersonal berichtet von ähnlichen Erfahrungen. Nach ärztlicher Erkenntnis können auch heute nur bei 85-90% aller krebskranken Sterbenden die Schmerzen »weitgehend« gelindert werden.

b) Grund für Sterbewünsche sind aber nicht nur unerträgliche Schmerzen, sondern auch Verlust der persönlich empfundenen Würde und des Lebenssinns oder fehlende Aussicht auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation. 48% der Deutschen (= rund 38 Millionen) können sich für sich eine aktive Sterbehilfe vorstellen, wenn sie Verrichtungen wie Essen, Atmen und zur Toilette gehen nicht mehr selbstständig durchführen können (Forsa-Umfrage Oktober 2000). Und wenn man immer wieder hört, wie Ärzte, Pfleger und Richter über das Schicksal eines todkranken Menschen entscheiden und seinen eindeutigen Sterbewunsch (Patientenverfügung, Ehepartner) ignorieren (vgl. Bericht »Die Zeit« vom 19. 4. 2001), dann weiß man, daß auch die Palliativmedizin mißbraucht werden kann und daß hier unbestreitbar eine Gesetzeslücke besteht.

5. Bei Patienten mit irreversibel verlaufenden Erkrankungen oder Verletzungen mit infauster Prognose ebenso wie bei Neugeborenen mit schweren, mit dem Leben nicht zu vereinbarenden Mißbildungen darf eine aus der Leidenslinderung folgende »Lebensverkürzung« hingenommen werden.

Diese neue Richtlinie der Bundesärztekammer von 1998 zeigt jenen Ärzten, die bisher meinten, alles technisch Machbare auch faktisch machen zu dürfen oder gar zu müssen, daß es ethische Grenzen der Lebenserhaltung gibt und Menschen nicht endlos in unwürdigen Zuständen belassen werden sollen. Mit Recht wird die Sterbehilfe für ein Sterben »in Würde« den Ärzten zur »Pflicht« gemacht und dabei auch die »intensive menschliche Zuwendung« gefordert: Bei urteilsfähigen Patienten ist der Wille des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, »selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus

ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt«. Erfreulicherweise lassen die immer wieder revidierten Richtlinien der Bundesärztekammer das »Selbstbestimmungsrecht des Patienten« immer deutlicher hervortreten, ja, in der jüngsten Fassung der »Grundsätze« vom September 1998 wird dessen »Beachtung« zum ersten Mal ausdrücklich gefordert.

6. Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen abgebrochen werden, »wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann«.

Diese Richtlinie der Bundesärztekammer will dem Mißbrauch der an sich so segensreichen Medikamente und Apparate wehren. Solche »Grundsätze« sind also zu begrüßende »Entscheidungshilfen«, die zeigen, daß auch die deutsche Medizin in Fragen des Sterbenlassens und vielleicht auch Sterbebegleitens lernoffen ist und sich die früher so verschiedenen Standpunkte schon jetzt angenähert haben. Allerdings gibt es auch Punkte, bei denen auch viele Ärzte mehr Mut zur verantworteten Konsequenz und konstruktiven Lösungen erwartet hätten, worauf im Folgenden einzugehen ist.

7. Daß bei bewußtlosen oder entscheidungsunfähigen Patienten der mutmaßliche Wille des Kranken aus einer früheren Erklärungen nur »eine besondere Bedeutung« hat für die letzte Entscheidung über Leben und Tod, die wieder der Arzt aus »Gesamtumständen« ermitteln soll, drückt ein grundsätzliches Mißtrauen gegenüber dem Patienten aus und zeigt wenig Respekt vor dessen Gewissen.

Die vielen Zehntausende, die in Deutschland bereits ihre »Patiententestamente« gemacht haben, müssen sich so erneut vom alles als Letztinstanz entscheidenden Arzt bevormundet fühlen. Obwohl die »Grundsätze« zunächst sagen, der Wille des urteilsfähigen Patienten sei zu respektieren, wird apodiktisch gefordert: »Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, ihre Entscheidung zu überdenken.« Eine solche »Hilfe« (was kann man alles darunter verstehen?) tadeln selbst Ärzte als Mediziner-Paternalismus.

8. Eine Patientenverfügung ist, wie jedes andere »Testament« auch, unbedingt (ohne Ausflüchte und Uminterpretationen) zu respektieren und sollte rechtlich verbindlich sein.

Im Gutachten des bekannten Zürcher Juristen Professor Max Keller ist dies so formuliert: »Die Patientenverfügung ist zulässig: sie ist auch (für den Adressaten) verbindlich. Der Arzt darf von ihr nur abweichen, wenn er beweisen kann, daß sie dem tatsächlichen aktuellen Willen des Patienten nicht entspricht; der mögliche oder hypothetische Wille des Patienten ist neben seiner Patientenverfügung unbeachtlich. Der Verfügende kann einen Dritten (gültig) beauftragen, (im Sinne eines Willensvollstreckers) dafür zu sorgen, daß seine Patientenverfügung beachtet wird; der Beauftragte kann die Patientenverfügung durchsetzen; auf das Arztgeheimnis kann sich der behandelnde Arzt dem Mandatären gegenüber nicht berufen.«

In den USA verpflichtet ein Bundesgesetz (»Patient Self Determination Act« 1991) Institutionen des

Gesundheitswesens dazu, einen Patienten über sein Recht aufzuklären, über eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch selbst bestimmen zu können und dessen diesbezüglichen Willen schriftlich festzuhalten. In mehreren amerikanischen Bundesstaaten müssen vor einer größeren Operation die Patienten »Do not resuscitate orders« unterschreiben. In deutschen Patientenverfügungen wird Anwendung, bzw. Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen abgelehnt etwa bei Dauerschädigung des Gehirns, risikoreicher Operation, unumkehrbarem Sterbeprozess ...

9. Die Entscheidung über Leben und Tod letztlich allein dem Arzt zuzuschreiben, ist für viele Patienten angesichts drohenden Gefangenseins in einem hochtechnisierten medizinischen System ein unerträglicher Gedanke. Das Prinzip der persönlichen Verantwortung des Patienten ist dadurch verletzt. Das erscheint auch einer wachsenden Zahl von Ärzten als Anmaßung.

Im Grunde muß es doch für Ärzte und auch Richter eine Befreiung sein, wenn sie die Entscheidung letztlich dem Patienten, beziehungsweise den dafür verantwortlichen Nahestehenden, überlassen können. Ein Meilenstein ist der neueste Bundesgerichtsentscheid (»Kemptener Urteil«), der die Verurteilung eines Arztes und des Sohnes einer seit drei Jahren im Koma liegenden Frau wegen Abbruchs der künstlichen Ernährung aufgehoben hatte. Warum diese Aufhebung? Das verurteilende Landgericht habe den Willen der Patientin ignoriert, die schon acht Jahre vor ihrem Tod den Wunsch nach Behandlungsabbruch unter bestimmten Umständen geäußert hatte! Das gemäßregelte Landgericht fällte in der Folge einen Freispruch: Nach Anhörung mehrerer Freunde und Angehöriger der Kranken habe sich ergeben, daß bei letzterer eine »Grundeinstellung« bestanden habe, »daß sie nicht dahinvegetieren/dahinsiechen möchte, nicht an Schläuchen hängen möchte und nicht völlig abhängig von fremder Hilfe sein möchte.« Doch in der gerichtlichen Praxis scheint dieser Bundesgerichtsentscheid wenig geändert zu haben. Allein das Amtsgericht Oberhausen hat ein einziges Mal den Abbruch der künstlichen Ernährung genehmigt.

10. Der begrüßenswerte Fortschritt der Hygiene und Medizin hat zahllosen Menschen eine neue, zusätzliche Lebensperiode verschafft. Diese wurde nicht aufgrund »natürlicher« Entwicklung, sondern der hochtechnischen Anstrengung des Menschen Wirklichkeit (vor 100 Jahren Lebenserwartung in Deutschland rund 35, jetzt über 70 Jahre!). Dadurch aber kann es für viele Menschen zu einem eventuellen jahrelangen Dahinvegetieren (PVS = Persistent Vegetative State) kommen.

Die Bundesärztekammer zieht sich angesichts dieser neuen Situation einfach auf das bestehende Strafrecht zurück und erklärt dogmatisch als »dem ärztlichen Ethos widersprechend«, was nach Auffassung vieler Ärzte durchaus Aufgabe des Arztes sein kann: nämlich Menschen beim würdigen Sterben positiv zu helfen. Schon seit 1986 liegt im übrigen der sehr gemäßigte Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe von führenden deutschen Strafrechtlern vor (J. Baumann, A. Eser, H. G. Koch, M. v. Lutterotti, C. Roxin, H.-L. Schreiber u.a.), wo der vorgeschlagene Paragraph 216, Absatz 2 lautet: »Das Gericht kann ... von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.«

Im bestehenden deutschen Recht ist derjenige Arzt straffrei, der die Sterbedosis nur hinstellt, aber derselbe Arzt ist unter schwere Strafe gestellt, wenn er aus Barmherzigkeit dieselbe Dosis an die Lippen führt oder eine tödliche Injektion bzw. Infusion gibt: ein eklatanter Widerspruch im »ius conditum«, im geltenden Recht, die dringend nach einem »ius condendum«, nach einem besseren Recht, ruft. Sache des Gesetzgebers ist es, eine Anpassung der Gesetze an die epochal neue Situation vorzunehmen.

11. Daß jeder Arzt stets im Interesse des Todkranken handelt und ihm in humaner Weise beim Sterben hilft, kann nach allen Erfahrungen leider nicht vorausgesetzt werden.

Auch Polemiker gegen das neue niederländische Sterbehilfe-Gesetz hoffen privat für sich ganz persönlich am Ende dann doch »auf einen gnädigen Arzt«. Aber wie und wo findet der Durchschnittspatient den »richtigen« Arzt? Manchen Ärzten fehlt noch immer die Sensibilität für die heutige Sterbeproblematik. Nur ein Zeugnis unter vielen, das mir brieflich zugeht: »Die Fälle, die auch Sie (in Ihrem Buch) angeführt haben, wo alte Menschen schon im Koma lagen, und man sie wieder zum Leben und damit zum weiteren Dahinsiechen bestimmt hat, sind auch hier keine Seltenheit. Dazu gehört auch meine Mutter. Sie ist mit ihren über hundert Jahren ein menschliches Wrack. Sie wird noch jeden Tag aus dem Bett geholt, und sitzt dann stundenlang in ihrem Sessel und wartet ... Sie spricht sehr oft vom Sterben: »Ich glaube, der liebe Gott hat mich vergessen«. Sie hat auch den Arzt schon gefragt: »Können Sie mir nicht etwas geben, daß ich sterben kann?« Ich habe mit dem Arzt gesprochen, ob man Medikamente, die das Herz stützen, reduzieren oder allmählich absetzen könnte. Das ist für den Arzt kein Thema.«

Oder eine freiwillige Helferin in einem Altenheim: »Ich erkannte bald, daß im Gegensatz zu den Senioren, die zu Hause ihre alten Tage verleben dürfen, ein Sterben (im Heim) praktisch sehr schwer möglich ist. Ich erlebe sehr oft, daß sie vom Arzt ins Krankenhaus überwiesen werden, z.B. eine weit über 90 Jahre alte Frau. Sie lag im Sterben, doch hat man sie im Krankenhaus mit der medizinischen Technik zurückgeholt. Dann lebte sie noch vier Wochen. Konnte man sie nicht einschlafen lassen? Eine andere Seniorin, ebenso alt, liegt nur im Bett, kann weder sprechen noch sich äußern oder freuen. Es kommen keine Angehörigen. Dann bekam sie Lungenentzündung, mußte ins Krankenhaus, seitdem bekommt sie nur noch Tee mit der Sonde durch die Nase eingeflößt.« Neuerdings wird die keimfreie Magensonde (PEG) benutzt (1999 für rund 100 000 Patienten, mehr als die Hälfte ohne Einwilligung) – für Rehabilitationsfähige eine große Hilfe, für Sterbende aber unter Umständen eine Verlängerung ihres Leidens und Sterbens.

12. So mancher Arzt würde bei Todgeweihten anders handeln, wenn er nicht die Nachforschungen von Verwandten oder Mitarbeitern und die Sanktionen von Gerichten zu befürchten hätte. Angesichts der bestehenden Rechtsunsicherheit ist eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der Sterbehilfe, die Mißbrauch ausschließt, dringend. Die geltende Rechtspraxis wird der Realität auf Intensivstationen und in Pflegeheimen immer weniger gerecht.

a) Von den rund 900 000 Menschen, die jedes Jahr in Deutschland sterben, sterben in manchen Groß-

städten bald 90 % oder mehr in Krankenhäusern, Kliniken, Pflege- und Altenheimen. Ist dies notwendig? Gerade kleinere Krankenhäuser sind nicht zuletzt aus ökonomischen Interessen an hoher Bettenauslastung interessiert. Aber auch Ärzte kritisieren, daß der oft in allerletzter Stunde betriebene ärztliche Aktionismus und die Einlieferung des Sterbenden ins Krankenhaus völlig sinnlos ist. Statt des überflüssigen Transports ins Krankenhaus und statt der für die Bestellung von Krankenwagen, Suchen nach einem Bettenplatz usw. aufgewendeten Mühe würden sie lieber die Zeit für ein ruhiges Gespräch mit dem Sterbenden zur Vorbereitung auf einen menschenwürdigen Tod und ein Gebet gebrauchen.

b) Größte Hochachtung gebührt Ärzten, die angesichts der völlig unsicheren Rechtslage auf eigenes Risiko hin diesen sinnvollen und humanen Weg einschlagen und den Kranken mit einem Gespräch und vielleicht einem Vaterunser auf den Tod vorbereiten, was diesem zweifellos mehr hilft als die in den zitierten Zuschriften zurecht getadelte medizinische Manipulation. Diese Ärzte verdienen die Solidarität der Verwandten und das Verständnis der Gerichte. Sie dürfen sich durch das neue BGH-Urteil bestätigt sehen. Bei der gegenwärtigen Rechtslage wagt indessen kaum ein Arzt öffentlich zu sagen, was er im Geheimen tut.

c) Angesichts der unbestreitbaren Grauzone ist eine weitere gesetzliche Klärung unumgänglich. Die Totschlagparagraphen 211 und 212 des Strafgesetzbuches sind nicht für diese Fälle konzipiert und Paragraph 216 über Tötung auf Verlangen deckt die Problematik nicht ab.

13. Verständlicherweise herrscht gerade in Deutschland, wo noch immer der Schock über die mörderische Nazi-Zwangseuthanasie nachwirkt, in Sachen Sterbehilfe hohe Sensibilität. Aber selbstgerechtes Verurteilen des niederländischen Sterbehilfegesetzes durch einzelne Vertreter von Kirche und Politik und dogmatische Inanspruchnahme der fatalen deutschen Geschichte ignoriert nicht nur die Gegenargumente, sondern mißachtet auch jene drei Viertel der deutschen Bevölkerung, die für die (natürliche völlig freiwillige) »aktive« Sterbehilfe Sympathie zeigen.

Wer den Niederländern, denen anscheinend »gar nichts mehr heilig sei«, einen »Rückfall in Barbarei« und ähnliches vorwirft, bestätigt das Vorurteil, in Deutschland falle man immer wieder von einem Extrem ins andere: nach der vom nazistischen Staat verordneten Zwangstötung jetzt die dem einzelnen Menschen vom demokratischen Staat abgesprochene Selbstverantwortung für sein eigenes Sterben. Jedenfalls versucht man in Deutschland eine extreme Tabuisierung der Frage aufrechtzuerhalten. Aber die polemisierenden Funktionäre von Kirche, Staat und Standesorganisation ignorieren,

- daß unsere Bevölkerung neben den Stärken auch die Grenzen der Palliativmedizin zur Kenntnis nimmt, und daß in Deutschland wie in allen entwickelten Ländern eine wachsende Grundströmung besteht, todkranken Menschen, die sterben möchten, dieses Sterben auch möglich zu machen (67% bejahen, daß ein Schwerkranker im Krankenhaus das Recht haben soll, den Tod zu wählen und zu verlangen, daß der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt. Allensbach März 2001);
- daß in den Vereinigten Staaten – wie so oft Vorreiter für Europa – bereits in mehr als einem Staat durch Volksabstimmung eine Änderung der Gesetzgebung erzwungen wurde;

- daß auch in manchen europäischen Ländern, etwa in der Schweiz, keineswegs eine so rigorose Rechtssprechung und ärztliche Praxis besteht wie in der Bundesrepublik Deutschland;
- daß auch in den Niederlanden kein bedingungsloser Freibrief für aktive Sterbehilfe ausgestellt wird. Bedingungen sind: ausweglose Lage, unerträgliches Leiden, freier reiflich erwogener, mehrmals geäußelter Sterbewunsch, Diagnose durch einen zweiten Arzt und Zustimmung durch eine regionale Kommission (Jurist, Arzt, Ethiker), nachher Meldung an die staatlichen Behörden, die den Fall überprüfen. Kein Arzt kann zur Sterbehilfe gezwungen werden.

14. Passive und aktive Sterbehilfe können in der Praxis nicht so scharf voneinander getrennt werden wie in der abstrakten Begrifflichkeit. Die juristischen Abgrenzungen zwischen »direkt und indirekt«, »Wollen und Inkaufnehmen«, »Tun und Unterlassen« verschwimmen im Graufeld der Praxis.

a) Wer die Niederlande verurteilt, sollte ehrlicherwise zugeben, daß in Deutschland nicht nur eine riesige ethisch-juristische Grauzone herrscht, sondern auch eine ärgerliche Doppelmoral: Einzelne Ärzte halten schon den Entzug der künstlichen Nahrungszufuhr für unerlaubte »aktive« Sterbehilfe (und sind damit päpstlicher als selbst der Papst). Die Schweizerische Akademie der Medizin aber hält für erlaubte »passive« Sterbehilfe nicht nur den Verzicht auf künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, sondern auch den Verzicht auf Sauerstoffzufuhr, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse bei Menschen im irreversiblen Koma.

b) Das Ausschalten eines Atemgeräts oder einer künstlichen Niere erscheint freilich auch vielen Ärzten als eine höchst aktive »Passivität« (ich würde sagen: eine »contradictio in adiecto«). Von juristischer Seite wird diese neuerdings auch von den Kirchen tolerierte Methode nicht zu Unrecht als »indirekt aktive« Sterbehilfe bezeichnet. Warum aber soll denn Verhungern- oder Verdursten-Lassen eines Patienten als angeblich passive Sterbehilfe erlaubt, eine Überdosis Morphium aber strafbar sein? Eine geringfügig erhöhte Dosis Morphium zum langsamen Einschlafen wäre im gegebenen Fall gnädiger und in etwa »passiver«. Genau das ist es, was in aller Stille von zahllosen Ärzten auch heute schon getan wird.

c) »Aktive« Sterbehilfe wird in Deutschland, hört man von ärztlicher Seite, täglich aus echter Barmherzigkeit heraus geübt. Und auch bei der als »passiv« deklarierten Sterbehilfe sind die Folgen nahezu immer beabsichtigt. Nur reden soll man davon nicht. Öffentlich nimmt man vehement gegen jegliche »aktive« Sterbehilfe Stellung, privat aber übt man durchaus auch Hilfe »zum« Sterben (und nicht nur »beim« Sterben). Wer soll schon herausfinden, ob ein Arzt zum Beispiel Morphine nur zur Schmerzlinderung gegeben hat, selbst wenn er sicher weiß, daß der Patient dadurch früher stirbt (straflos!), oder ob er dieselbe Dosis gibt mit der Absicht, den Tod des Leidenden herbeizuführen (strafbar). Ja, auch mancher Arzt würde solche »aktive« Sterbehilfe zumindest für sich ganz persönlich (unter Kollegen) in Anspruch nehmen, wenn nicht sogar zur Selbsthilfe greifen. Aber ist, was dem Medicus patiens billig ist, nicht dem Homo patiens überhaupt recht? Auch in der Hospizbewegung gibt es nicht wenige, die meinen, man solle sich der jetzt nicht mehr tabuisierbaren Problematik der »aktiven« Sterbehilfe ehrlich stellen. In den USA hat sich aufgrund größerer Toleranz eine Zusammenarbeit zwischen Hospizbewegung und Sterbehilfeorganisationen angebahnt.

- 15. Richtig ist, daß hinter manchem Wunsch zu sterben in erster Linie der Wunsch nach menschlicher Begleitung, Nähe und Zuwendung steht. Aber unrichtig, ja, anmaßend ist es, jeden Wunsch zu sterben von vornherein als nur vorgeschoben abzuqualifizieren. Der in vielen Elementen (z.B. Arzthonorare!) völlig anachronistische »hippokratische Eid« wurde in der Berufsordnung für die deutschen Ärzte zurecht durch ein vom Weltärztebund empfohlenes Gelöbnis ersetzt, wo von der Ablehnung »tödlicher Medikamente« nicht mehr die Rede ist.**

Man sollte auf das Scheinargument verzichten, den authentischen Wunsch zu sterben, gäbe es gar nicht. Es gibt ihn, und sehr viel öfter als Ärzte oder Pfarrer zugeben, die, »ideologisch« (religiös?) vorprogrammiert, diesen Wunsch schon gar nicht an sich herankommen lassen. Eine Achtzigjährige zum Beispiel, die seit fast zwanzig Jahren an schwerster Osteoporose leidet und ständig furchtbare Schmerzen zu erdulden hat, schreibt mir, der Wunsch nach einem schnellen Tod sei seit siebzehn Jahren ihr ständiger Begleiter. Aber niemand helfe ihr. Viele Menschen fürchten angesichts der künstlichen Lebensverlängerung eine jahrelange Demenz oder totale Alterssenilität.

- 16. Niemand soll zum Sterben gedrängt, aber auch niemand zum Leben gezwungen werden. Die Entscheidung – nicht willkürlich, sondern Gewissensentscheidung – liegt beim betroffenen leidenden Menschen (oder seinen gesetzlichen Stellvertretern oder eventuell auch Anwalt), und es ist eine Anmaßung, wenn ein anderer Mensch, und sei es der Arzt, über den Leidenden urteilen will, ob dieser seinen Zustand subjektiv als unerträglich empfindet. Solche beanspruchte »Autonomie« des Arztes schadet zunehmend dem Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient.**

Deshalb brauchen wir klare gesetzliche Regelungen, um Mißbräuche, etwa familiäre Manipulationen oder sozialen oder gar wirtschaftlichen Druck, weitgehendst – und womöglich besser als in den Niederlanden – auszuschließen. Mißbräuche können freilich in keinem System verhindert werden, wie ja auch der soziale Druck aufgrund der zunehmenden Überalterung unserer Bevölkerung in jedem rechtlichen System sich auswirkt. Wirtschaftliche Erwägungen des Patienten dürfen keinesfalls den Ausschlag geben, dürfen aber auch nicht von vornherein als unmoralisch diffamiert werden. Das vielzitierte Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient wird nicht gefährdet durch eine gesetzlich klar geregelte Sterbehilfe (die Niederlande belegen es), sondern durch die nach der gegenwärtigen Lage gegebene Möglichkeit eines willkürlichen Verfügens des Arztes über mein Leben, Leiden und Sterben.

- 17. Das Gebot »Du sollst nicht töten« heißt präzise formuliert: »Du sollst nicht morden!« Das Beenden eines Lebens ist 1. Mord dann und nur dann, wenn es aus niedriger Motivation, aus Heimtücke und durch Gewalt gegen den Willen des Betroffenen geschieht. Das Beenden eines Lebens ist 2. unverantwortlich auch dann, wenn es zwar nicht aus niederen, aber aus oberflächlichen und leichtfertigen Motiven geschieht (etwa wenn ein Mann im besten Alter wegen eines beruflichen Fiaskos ohne Rücksicht auf Frau und Kinder sein Leben hinwirft). Das Beenden eines Lebens aber kann 3. auch verantwortlich geschehen, wenn es eben, wie beschrieben, an der Zeit ist.**

»Das Leben ist« – auch nach der Bibel und nach traditioneller katholischer Auffassung – »der Güter höchstes nicht« (Schiller). Die »Unverfügbarkeit« des Lebens gilt keineswegs unbedingt; der Einsatz des Lebens um eines höheren Gutes willen, individuelle und kollektive Notwehr bis zur Tötung des Aggressors, »finaler Rettungsschuß« bei Geiselnahme und lebensgefährliche Einsätze von Soldaten gelten als sittlich erlaubt.

18. Wer an ein ewiges Leben in Gott glaubt, braucht um eine möglichst »ewige« Verlängerung des irdischen Lebens nicht besorgt zu sein. »Alles hat seine bestimmte Stunde, jedes Ding unter dem Himmel hat seine Zeit. Geboren werden hat seine Zeit, und Sterben hat seine Zeit« (Kohélet 3,1f) – wenn es nun einmal keine Hoffnung mehr gibt auf ein menschenwürdiges Weiterleben.

Nach allem, was wir aus dem Vatikan seit der Enzyklika »Humanae vitae« (1968) und ihrer Ablehnung jeglicher Empfängnisverhütung erlebt haben, können uns vorschnelle lehramtliche Beschwörungen eines »ethischen Dammbrechts« oder »Öffnens der Schleusen« unter gleichzeitiger Ablehnung neuer gesetzlicher Regelungen nicht sonderlich beeindrucken. Wer schon bezüglich des Anfangs des Menschenlebens in Sachen »künstlicher« Geburtenregelung (Pille!) den Irrtum des Jahrhunderts verkündet (und noch immer nicht korrigiert) hat, sollte vorsichtig sein, wenn er jetzt bezüglich des Endes des Menschenlebens in Sachen »künstlicher« Sterbehilfe für sich allein Anspruch auf die Wahrheit erhebt. So besteht die Gefahr, daß die moralische Autorität der eigenen Kirche, an der auch Kirchenkritikern gelegen ist, noch mehr in Mißkredit gerät. Aber wie bestimmte Ärzte aus der Angst vor der Standesorganisation und deren Sanktionen schweigen, so auch manche katholische Moralthologen aus Angst vor der »Glaubenskongregation« und deren Lehrentzugsverfahren.

19. Statt Extrempositionen direkt oder indirekt zu fördern, sollten die Kirchen zwischen den Extrempositionen zu vermitteln suchen. In der evangelischen wie in der katholischen Kirche sollten sich die Stimmen mehren – vor allem auch die von Ärzten und Seelsorgern –, die sich in umstrittenen Moralfragen gegen unerfüllbare oder unmenschliche Maximalforderungen für einen Kurs der vernünftigen Mitte aussprechen: gegen einen unverantwortlichen Libertinismus in postmoderner Beliebtheit (»unbeschränktes Recht auf Freitod«), aber gleichzeitig auch gegen einen ebenso unverantwortbaren erbarmungslosen Rigorismus aus reaktionärer Defensivhaltung heraus (»auch Unerträgliches als gottgegeben gottergeben ertragen!«).

Zum Ärger auch vieler evangelischer Pastoren und Pastorinnen und »Laien« beiderlei Geschlechts übernehmen einzelne Verantwortliche der EKD allzu undifferenziert die rigorosen Thesen des katholischen Lehramtes (»schleichende Romanisierung der evangelischen Kirche«). Kein Wunder, daß sich nicht zuletzt deshalb Millionen Menschen auch in unserer Republik ihre religiöse wie ethische Orientierung von den Fragen der Empfängnisverhütung bis zu denen der Sterbehilfe außerhalb der Großkirchen suchen. Das jetzt von den Kirchenleitungen beider Konfessionen beklagte zunehmende Weglassen christlicher Symbole und Glaubensbekundungen in Todesanzeigen und das sprunghafte Ansteigen anonymer Bestattungen in den vergangenen Jahren hat auch mit dem Glaubwürdigkeitsver-

lust der Kirchen und ihrer Leitung zu tun.

20. Wenn das Beenden des Lebens verantwortlich geschieht, wird man keinesfalls von »Mord«, besser auch nicht von »Töten« oder »gezielter Tötung« reden, sondern von der »Hilfe zum Sterben«: von der Hilfe beim ohnehin gegebenen Sterbeprozess aus Barmherzigkeit und in der Achtung vor dem freien Willen des leidenden Menschen. Von Seiten des Patienten wird man dann reden von der »Hingabe des Lebens«, die, wenn die Zeit des Sterbens gekommen und der Mensch gut vorbereitet ist, auch durchaus in Gefäßtheit und Ergebenheit, in verschämter Dankbarkeit und hoffender Erwartung geschehen kann: eine Rückgabe des Lebens in die Hände des Schöpfers, der ein Gott der Barmherzigkeit ist und nicht ein grausamer Despot, der den Menschen möglichst lang in der Hölle seiner Schmerzen oder der reinen Hilflosigkeit sehen will.

Mehr und mehr Menschen möchten heutzutage, wenn es nun einmal an der Zeit ist, nach guter Vorbereitung bewußt sterben. Ein würdiges Sich-Verabschieden: nicht in einer tristen und trostlosen Atmosphäre, sondern geistlich getröstet und begleitet bis zum Ende von Ärzten und pflegenden Menschen, Verwandten und Freunden, in Hoffnung vielleicht auf ein anderes Leben in einer anderen, göttlichen Dimension, jenseits von Raum und Zeit.