



# Umgang mit Sterbenden

Prof. Dr. Hartmut Kress

## Verantwortung für humane Werte im Umgang mit Sterbenden in diakonischen Einrichtungen

(Referat auf der gemeinsamen Fachtagung der Fachverbände Altenarbeit, Häusliche Pflege, Hospizarbeit und Sterbebegleitung im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland und des Verbands evangelischer Krankenhäuser RWL am 26.11.2004 in Düsseldorf)

Zur Humanität im Umgang mit dem Sterben sind in der Gegenwart die einzelnen Menschen und sind Staat und Gesellschaft sowie die Kirchen ganz neu aufgerufen. Nach Sterben und Tod zu fragen, ist an sich ein altes Thema der Religions- und der Kulturgeschichte; das gleiche gilt für die Deutung von Leiden und Krankheit. Schon im Hiobbuch zeigt sich, in welchem Maß die Begegnung mit Krankheit und Sterben Menschen in existentiellen Zweifel versetzt. Heutzutage bedeutet das Sterben jedoch zusätzlich eine neuartige Herausforderung, und zwar aus objektiven Gründen aufgrund der faktischen Gegebenheiten von Medizin und Gesundheitswesen sowie aus subjektiven, existentiellen Gründen. Denn im 20. Jahrhundert, vor allem in den letzten Jahrzehnten haben sich der Ablauf des Sterbens sowie die Einstellung zum Sterben, also der menschliche Deutungshorizont, in hohem Maß verändert. Nachfolgend werde ich zunächst grundsätzliche Aspekte ansprechen und dann Wertorientierungen zur Geltung bringen, die - zumal auf Seiten der Diakonie - für einen humanen Umgang mit dem Sterben leitend sein sollten.

### I. Gesteigerte Verantwortung für den Umgang mit dem Sterben

Vor hundert Jahren, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, bahnte es sich an, dass Sterben und Tod mit ganz veränderten Akzenten zum Gegenstand von Philosophie, Theologie und Ethik geworden sind. Zu den Vordenkern der Philosophie des 20. Jahrhunderts gehört der jüdische Sozial- und Kulturphilosoph Georg Simmel (1858 - 1918). In einem Aufsatz aus dem Jahr 1910 befasste sich Simmel mit dem Thema einer "Metaphysik des Todes". Dabei arbeitete er den tiefen Einschnitt im Verständnis von Sterben und Tod heraus, der für die Moderne und noch für unsere eigene Gegenwart wesentlich ist. In der Moderne werde es bewusster wahrgenommen denn je, dass das Leben begrenzt ist und immer schon vom Tod bestimmt wird. Das Leben wird "in seinem ganzen Verlaufe durch den Tod" geformt; der Tod ist "ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor; die Qualität und Form eines jeden wäre eine andere, wenn er sich über diese immanente Grenze hinaus erstrecken könnte." Weil dies in der Moderne intensiver empfunden werde als früher, strahle der Tod auf die "Kultur des Lebens" in ganz neuer Weise aus. Anknüpfend an Simmel prägte Martin Heidegger dann das bekannte Wort, menschliches Leben sei ein Sein zum Tode; Leben

sei nichts anderes als ein Vorlaufen zum Tod.

Die Endlichkeit des Lebens wird in der Gegenwart auch deshalb eindringlicher wahrgenommen als in früheren Epochen, weil im Zuge der Säkularisierung die Hoffnung auf persönliche Unsterblichkeit und weil überlieferter religiöser Trost nicht mehr solchen Raum einnehmen, wie dies zuvor der Fall war. Traditionell waren der Priester oder der Geistliche zum Sterbenden gerufen worden; der Sterbende konnte seine Sünde bekennen und sich die Vergebung zusprechen lassen. Auf katholischer Seite wurde das Sterbesakrament gespendet. Eine solche religiös-rituelle Sterbebegleitung und die tradierte religiöse Vermittlung von Trost sind in der Moderne in den Hintergrund getreten. Die Lebens- und Existenzphilosophie des frühen 20. Jahrhunderts, der Heidegger oder Simmel zuzuordnen sind, rief daher dazu auf, dass die Menschen in Anbetracht ihrer Endlichkeit ihr Leben "vor" dem Tod bewusster gestalten sollten als früher, sie sich ihrer Individualität vergewissern und ihren persönlichen Lebensweg, ihr Leben als ein Sein zum Tode so individuell formen sollten wie irgend möglich. Moderner Philosophie gemäß bedeutet das Sterben daher eine gesteigerte Verantwortung des Menschen für seine eigene Individualität und für sein Leben vor dem Tod.

Heutzutage tritt noch ein weiterer Gesichtspunkt hinzu. Angesichts von Endlichkeit und Tod ist inzwischen nicht nur das Leben als ganzes, sondern vor allem auch dessen letzter Abschnitt, die Phase schwerer Krankheit und des Sterbens selbst mit geschärftem Blick zu betrachten. Was die Sterbephase anbelangt, so hat der medizinisch-technische Fortschritt Veränderungen erzeugt, die kulturgeschichtlich ohne Beispiel sind. Bis ins 20. Jahrhundert hinein fürchtete man in der Regel den zu frühen Tod und das rasche, plötzliche, unvorbereitete Sterben. Der plötzliche Tod erzeugte Angst, weil er keine Vorbereitung, keinen Abschied und keine Beichte zuließ. Heute werden genau umgekehrt die lang andauernde Krankheit, die Multimorbidität, die Demenz, das zu lang dauernde Sterben gefürchtet. Und was die religiösen Einstellungen zu Sterben und Tod anbelangt, so stehen in unserer Gesellschaft unterschiedliche Vorstellungen nebeneinander: christliche, aber auch jüdische, islamische, hinduistische oder esoterische Sichtweisen sowie agnostische oder atheistische Standpunkte.

Der Prozess des Sterbens ist in der Gegenwart daher von mehreren Faktoren geprägt und belastet, die lebensweltlich neu und unvertraut sind:

- religiöse Verunsicherungen sowie der weltanschauliche Pluralismus im Verständnis von Sterben und Tod,
- die Medikalisierung, nämlich die technische Beeinflussbarkeit und die Gefahr einer medizinisch-technischen Überfremdung des Sterbens, wenn die medizinische Lebenserhaltung umschlägt in eine bloße künstliche Leidensverlängerung,
- der Faktor der Zeit, nämlich die lange Dauer des Sterbeprozesses,
- die Hospitalisierung, das Sterben in der Klinik,
- sodann die Privatisierung, d.h. das Sterben in Einsamkeit, losgelöst von familiären Lebenszusammenhängen,
- sowie inzwischen die Ökonomisierung und der Kostendruck. Das heißt, das lang andauernde, intensivmedizinisch begleitete und damit auch kostenintensive Sterben einerseits und das Bemühen um die Reduzierung medizinischer Kostenaufwendung andererseits stehen einander polar gegenüber.

Es tritt noch ein weiterer Sachverhalt hinzu. Er betrifft das Thema der Patientenverfügungen. Es ist ja in der Tat ratsam und kann nur empfohlen werden, dass Menschen im Vorhinein vorsorgliche Patientenverfügungen verfassen. Ungeachtet der

aktuellen rechtspolitischen Debatte, die hierzu leider erhebliche Verunsicherungen erzeugt - grundsätzlich gilt nach wie vor: Jeder Mensch sollte vorab festlegen, welche Maßnahmen der Lebensverlängerung er aus seiner persönlichen Einstellung heraus für bestimmte Umstände und Krankheitsabläufe wünscht und wo aus seiner Sicht Grenzen der Behandlung gezogen werden sollten, so dass er sterben kann. Kulturgeschichtlich ist es allerdings ohne Vorbild, dass es für Menschen zum Gebot der Stunde wird, die Umstände ihres eigenen künftigen Sterbeprozesses im Vorhinein gedanklich zu antizipieren und hierzu Vorab-Entscheidungen zu treffen. Dies bedeutet eine Steigerung der persönlichen Freiheit und der rationalen Verantwortungsübernahme für sich selbst und für das eigene zukünftige Krankheits- bzw. Sterbeschicksal, wie sie kulturell und religiös zuvor nicht bekannt war.

Ich habe diese Schlaglichter genannt, um zu unterstreichen: Im Umgang mit dem Sterben ereignet sich ein Einschnitt, der die Grundlagen des menschlichen Selbstverständnisses und der Lebensgestaltung betrifft. Daher ist es erklärlich, wenn Einzelne und wenn die gesamte Gesellschaft eine längere Zeit benötigen, dies aufzuarbeiten. Für die Bundesrepublik Deutschland ist es bemerkenswert, dass immerhin bereits ca. 7 Millionen Patientenverfügungen vorhanden sind, die die passive Sterbehilfe, das Sterbenlassen zum Gegenstand haben. Es wäre wünschenswert, wenn die Theologie und wenn auch die Kirchen Impulse vermitteln würden, die zur Aufarbeitung und humanen Bewältigung der veränderten Umstände des Sterbens beitragen. Dies gilt ungeachtet der Probleme, vor denen die Kirchen und die Diakonie selbst stehen.

## **II. Zum Profil der Diakonie**

Zur Zeit befindet sich die Diakonie wie auch andere soziale Institutionen im Umbruch und in einer Dilemmasituation. Denn anders als noch vor zwei Jahrzehnten sind für soziale und karitative Dienstleister, auch für die traditionellen Organisationen wie Caritas oder Diakonie, die Logik des Marktes und der Konkurrenz, der Wettbewerb unterschiedlicher Anbieter, die Vorgaben der Effizienz und Ökonomisierung, die Probleme der Rationalisierung, ja Rationierung relevant. Die Diakonie befindet sich in der Spannung, einerseits ein der Rentabilität verpflichteter Anbieter auf dem Sozialmarkt sein, auf Zuschussungen zunehmend verzichten und kostensparend wirtschaften zu müssen sowie andererseits das christliche Ethos der Hilfe, des Mit-Leidens mit Notleidenden und der menschlichen Zuwendung verwirklichen zu sollen. Hierdurch entsteht ein permanenter Wertkonflikt zwischen dem ökonomisch Möglichen und dem christlich sowie moralisch Gebotenen.

Sicherlich, auch andere Berufsgruppen und Institutionen befinden sich in einem solchen Dauerkonflikt. Dies gilt etwa für die Ärzteschaft. Der Arzt bewegt sich in dem Dilemma, gemäß dem Willen seiner Patienten und zugunsten der Patienten, das heißt im Sinne ihres bestmöglichen Gesundheitsschutzes handeln zu sollen. Gleichzeitig ist der Arzt faktisch zum Rationierungsagenten des Gesundheitswesens geworden; er wird vor Ort der Manager des von Knappheit geprägten Budgetierungssystems. Für Ärzte kann dieser Zielkonflikt "Patientenwohl versus Kostenreduktion" belastend und geradezu unauflösbar werden. Dieser Rollenkonflikt des Arztes ist im übrigen medizinethisch noch nicht hinreichend aufgearbeitet.

Dem Dauerkonflikt "Ökonomie versus Patientenwohl" hat sich ebenfalls die Diakonie zu stellen. Nun wird man einen theoretisch konsistenten und praktisch zufriedenstellenden Ausweg derzeit nicht aufzeigen können. Um einen Ansatz zur Bewältigung dieses Zielkonfliktes zu gewinnen, ist es aber sinnvoll, auf die handlungsorientierende Funktion ethischer Normen und Werte zurückzugreifen und, was die Diakonie anbelangt, eine

Wertorientierung gerade auch auf der Basis der eigenen protestantischen Überzeugungen anzustreben, selbst wenn einzuräumen ist, dass Werte, die ein ethisches Sollen aufzeigen, in der konkreten Handlungs- und Konfliktsituation nicht immer einlinig umsetzbar sein werden.

### **III. Handlungsorientierung durch ethische Werte**

#### **1. Patientenzentrierte Gerechtigkeit**

Die Gerechtigkeit, darunter die Frage nach Verteilungsgerechtigkeit, Befähigungsgerechtigkeit oder ausgleichender Gerechtigkeit, gehört zu den Schlüsselbegriffen der neueren Grundwertediskussion. Was das Lebensende anbelangt, so ist nun eine bestimmte Dimension von Gerechtigkeit besonders bedeutsam, nämlich die an der Einzelperson, am einzelnen Patienten orientierte Gerechtigkeit bzw. die Gerechtigkeit in ihrer den einzelnen Menschen schützenden Funktion, die *iustitia protectiva*.

Hierfür lässt sich auch auf die theologische Tradition zurückgreifen. Ganz unterschiedliche Vordenker des Christentums, darunter Augustinus oder Martin Luther, haben die Gesundheit oder das leibliche Wohl im Horizont der Gerechtigkeit gedeutet. Bereits das frühe Christentum hat sich um die Errichtung von Hospitälern und um die Begleitung Kranker und Sterbender bemüht und sich hierdurch gegenüber dem Ethos des hippokratischen Arztes profiliert. So wegweisend das hippokratische Ethos war - darin hatte es historisch seine Grenze, dass der Arzt den unheilbar Kranken nicht weiter behandeln und begleiten sollte. Demgegenüber hat das frühe Christentum sein Verständnis der Nächstenliebe und des Mit-Leidens mit anderen durch die Fürsorge auch für Menschen mit aussichtslosem Krankheitsverlauf verdeutlicht. Dieses Leitbild, um der Gerechtigkeit, nämlich der schützenden Gerechtigkeit, der *iustitia protectiva* willen Kranke und Sterbende zu begleiten, sollte angesichts heutiger Debatten um den Rückzug der Kirchen aus finanziell zu aufwändig gewordenen gesellschaftlichen Engagements in Erinnerung bleiben.

Mit dieser letzteren Bemerkung knüpfe ich in bestimmter Hinsicht an die Sparbeschlüsse an, die das Erzbistum Köln am 1. Oktober 2004 in Kraft gesetzt hat. Die Kirchen erörtern ja den Rückzug auf sog. Kernaufgaben. Das Erzbistum Köln möchte nun im Bereich der Kindergärten seine Einrichtungen in dem Maß reduzieren, dass rechnerisch nur noch für jedes katholische Kind ein Kindergartenplatz zur Verfügung gestellt wird. Diese Ankündigung des Kölner Kardinals Meisner hat öffentlich Aufmerksamkeit und zu Recht erhebliches Befremden hervorgerufen. Die evangelische Seite sollte ihrerseits gar nicht erst den Eindruck erwecken, es gehe bei der sozialen Arbeit, sei es bei der Kinder- und Jugendarbeit oder aber bei der Begleitung Sterbender, vornehmlich um die Angehörigen der eigenen Konfession. Die personorientierte Gerechtigkeit gilt ausnahmslos. Daher sollte das eigene Leitbild darin bestehen, ohne Ansehen der Herkunft und der Konfession und im übrigen auch losgelöst von der finanziellen Leistungskraft der Betroffenen sterbenden Patienten gerecht zu werden.

Sterbebegleitung ohne Ansehen von Person und Herkunft bedeutet sodann konkret:

#### **2. Aktive Toleranz und die Achtung vor der Religions- und Gewissensfreiheit von Patienten**

Bei der Begleitung Sterbender ist ihre Religions- und Gewissensfreiheit zu beachten. Dieses Postulat wird inzwischen erfreulicherweise medizinethisch sowie rechtspolitisch verstärkt aufgegriffen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat in ihren jüngsten Erklärungen betont, dass Patienten in einer Pflegeeinrichtung und dass Sterbende das Recht haben, eine religiöse Begleitung ihrer eigenen Wahl zu

erhalten. Zudem sollen Pflegeeinrichtungen Räume bereithalten, die religiösen Abschied und darüber hinaus eine ungestörte familiäre, persönliche Abschiednahme ermöglichen. Die beim Mainzer Justizministerium angesiedelte Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz hat in ihrer Erklärung "Sterbehilfe und Sterbebegleitung" vom 23. April 2004 hierzu ebenfalls erklärt: "Sterbende haben das Recht auf religiösen Beistand ihrer Wahl und sollen im Fall des Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können."

Es wäre zu wünschen, dass evangelische Einrichtungen dieses Anliegen sehr im Auge behalten. Dies kann islamische Patienten (Blickrichtung nach Mekka) oder - worauf der Religionswissenschaftler Peter Antes exemplarisch hinwies - ggf. Hindus betreffen: "Ein Wunsch ganz besonderer Art ist für Hindus, die wissen, daß sie sterben müssen, auf dem Fußboden, möglichst noch benetzt von Wasser - wenn möglich aus einem heiligen Fluss - sterben zu dürfen. Ein solcher Wunsch besteht ... auch bei den Hindus in der sog. Diaspora fort. Seine Erfüllung erleichtert das Sterben, indem es vor allem bei älteren Menschen die Hoffnung auf eine gute Wiedergeburt nährt und dadurch den Übergang von diesem Leben in das nächste positiv unterstützt. Wird dagegen diese Bitte - etwa durch Ärzte oder das Pflegepersonal in einem europäischen Krankenhaus - abgelehnt, so wird dadurch nicht nur der Sterbevorgang für die sterbende Person zu einer großen Belastung mit unsicherem Ausgang für die Wiedergeburt, sondern die Verwandten ihrerseits sehen sich moralisch in einem solchen Falle verpflichtet, zeitaufwendige und kostspielige Ersatzriten einzuleiten".

In vielen Fällen wird es für Pflegeeinrichtungen, Kliniken oder Hospize möglich sein, Geistliche anderer Religionen herbeizurufen, darüber hinaus für Menschen, die keine spezifisch religiöse Begleitung wünschen, Kontakte z.B. zu Psychologen zu vermitteln - dies wird heutzutage ja zunehmend relevant - oder religiöse Riten wie den skizzierten zu beachten. Evangelische Einrichtungen können darin ein humanes und tolerantes Profil erlangen, dass sie die Belange der Religions- und Weltanschauungsfreiheit sowie die Gewissensfreiheit und die individuellen Persönlichkeitsrechte der Patienten ausdrücklich berücksichtigen, sich gezielt religionskundliche Kenntnisse aneignen und unterschiedlichen religiösen oder weltanschaulichen Vorstellungen, so weit wie es möglich ist, praktisch Rechnung tragen.

### **3. Kultur der Dialogs**

Derzeit werden Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Hospize, die in konfessioneller Trägerschaft stehen, im Zuge der Sparmaßnahmen und des Rückzugs auf die sog. Kernbereiche in der Regel zwar noch nicht zur Disposition gestellt. Dennoch sollte man vorsorglich die Frage aufwerfen, wodurch sich ein evangelisches diakonisches Engagement im Bereich der Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie der Hospize qualitativ auszeichnet und aus welchen Gründen es aufrecht erhalten, ja ausgebaut werden sollte. In den medizinisch technischen Standards oder in der quantitativen Personalausstattung wird nicht unbedingt das Eigentliche evangelischer Einrichtungen liegen können, so wichtig diese Punkte sind. Die Begründung für eine evangelische Trägerschaft dürfte die mitmenschliche Begleitung von Patienten und ihrer Angehörigen bilden, also in den Rahmenbedingungen oder in der "weichen" Seite des medizinischen Alltags, d.h. in der Betreuung und Beratung von Patienten und ihrer Angehörigen zu sehen sein. Es geht um das Ethos, die Gesinnung, aus der heraus Mitmenschlichkeit und eine dialogische Kultur praktiziert werden. Zwar ist einzuräumen, dass ein solches Ethos der Mitmenschlichkeit und des Dialogs dem Personal evangelischer Einrichtungen nicht auferlegt und geboten werden kann, sondern dass an die Einsicht und das persönliche Engagement der Mitarbeiter appelliert werden muss. Dennoch besteht genau an dieser Stelle die Chance zur christlichen humanen Profilbildung.

Wenn man ein solches Ethos des Dialogs betont, bedeutet dies zugleich, ältere christliche Traditionen fortzuschreiben und fortzuentwickeln. Das mittelalterliche Christentum hatte die Vorstellung einer ars moriendi gekannt, also einer Vorbereitung auf das Sterben durch das Sündenbekenntnis und die Beichte und die Begleitung durch den Priester. Zwar dürfen die früheren religiösen Traditionen im Nachhinein nicht verklärt und ihre Schattenseiten nicht verschwiegen werden. Problembeladen ist die herkömmliche, auch im Christentum vertretene Deutung von Krankheit und Sterben als Sündenfolge und die Verknüpfung der Krankheit mit Schuld. Doch davon abgesehen: Überträgt man die christliche Überlieferung der ars moriendi, der Kunst des Sterbens, und das frühere Gegenüber von Priester und Sterbendem auf die Gegenwart und weitet man diese Traditionen aus, dann gelangt man zum Anliegen einer Begleitung, die religiöse, aber auch andere familiäre und die alltäglichen Belange von Sterbenden betrifft, und zu der Überlegung, dass gegenläufig zu heutiger chronischer Zeitknappheit in evangelischen Einrichtungen für Sterbende Zeit und Geduld zur Verfügung stehen sollten, damit ein der Menschenwürde gemäßer Geist spürbar wird.

Für evangelische Einrichtungen sollte darüber hinaus noch in anderer Hinsicht eine Kultur des Dialogs maßgebend sein, nämlich in Ethikkonsilen. Hier können Ärzte und Pflegende die Wahrung von Humanität und Menschenwürde angesichts solcher Krankheits- und Sterbeprozesse durchdenken, deren Last für die betroffenen Patienten besonders schwer ist.

#### **4. Würdeschutz**

Der Begriff der Menschenwürde wird in der heutigen Bioethikdebatte allzu inflationär verwendet. Im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden besitzt er jedoch hohen Gehalt. Im Begriff Menschenwürde kehrt die alte jüdische und christliche Vorstellung wieder, jeden Menschen ungeachtet seiner Eigenschaften oder seiner persönlichen Situation in seiner Gottebenbildlichkeit wahrzunehmen. Den Kern der Gottebenbildlichkeit oder Menschenwürde bildet ein doppeltes Anliegen. Entscheidend sind erstens die Schutzrechte, die einem jeden Menschen zuzugestehen sind, sowie zweitens die Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte jedes Einzelnen.

Um zunächst den Aspekt der Schutzrechte, den Würdeschutz aufzugreifen, so resultiert hieraus zum Beispiel, dass Patienten ein Anrecht auf Schmerzfreiheit und auf diejenige Schmerzlinderung besitzen, die schmerztherapeutisch realisierbar ist. Oder es ergibt sich die Konsequenz, dass Pflegeeinrichtungen davon absehen sollten, PEG-Sonden aus Gründen der Reduzierung von Pflegeaufwand und von Pflegekosten zu legen.

Anders gelagert führt der Würdeschutz zu dem Postulat, die spezifischen Belange unterschiedlicher Patientengruppen zu berücksichtigen. Konkret ist zu fragen, in welchem Maß sich die Diakonie für die palliative Begleitung von Kindern und für Hospize für Kinder einsetzen kann oder in welchem Maß es gelingt, ein Sterben in Würde gerade auch für alte Menschen zu ermöglichen. Bei der palliativen Betreuung Erwachsener stehen bislang ja vor allem Patienten mit Tumor- oder anderen schweren Erkrankungen im Vordergrund. Dass alte Menschen ebenfalls eine palliative Begleitung benötigen, wird jedoch immer drängender und entwickelt sich zu einer zusätzlichen Aufgabenstellung. Die Gebote des Würdeschutzes, die darin bestehen, Schutzrechte von Schwerkranken und Sterbenden zu definieren, diese im einzelnen zu konkretisieren und ihnen vor Ort Genüge zu leisten, werden mithin in ganz unterschiedlicher Hinsicht relevant.

#### **5. Die Respektierung der Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte**

Auch dieser Gesichtspunkt wird im Umgang mit Krankheit und Sterben immer dringlicher. In der Medizinethik hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten ein

Paradigmenwechsel vollzogen, der das Recht der Patienten auf Selbstbestimmung, die Notwendigkeit der Patientenaufklärung und ihren informed consent in den Mittelpunkt gerückt hat. Für den Umgang mit Sterbenden heißt dies, dass sie wahrheitsgemäß aufzuklären sind und dass auch therapeutische Grenzen nicht verschwiegen werden dürfen (Gebot der Wahrhaftigkeit als Bestandteil eines Ethos des Dialogs). Dabei ist im Sinn einer Dialogkultur und eines dialogischen Wahrheitsverständnisses an eine schonende, gegebenenfalls auch an eine langsamere, allmähliche Vermittlung solcher Informationen zu denken. Medizinethisch wird mit der Idee der Patientenselbstbestimmung und des informed consent die ältere hierarchische, paternalistische Sicht des Arzt-Patienten-Verhältnisses weit überschritten. Der alte hippokratische Leitsatz "salus aegroti suprema lex" - für den Arzt soll das Wohl des Patienten das höchste Gesetz sein, so dass der Arzt es ist, der aus seiner Sicht über das Wohl des Patienten befindet und entscheidet - wird abgelöst durch die Leitidee "salus ex voluntate aegroti lex": Maßgebend ist das Wohl des Patienten, so wie es sich aus seiner eigenen Perspektive, aus seiner eigenen freien Entscheidung heraus darstellt.

Für diesen Paradigmenwechsel steht letztlich die abendländische Tradition Pate, die sich mit den Namen von Thomas von Aquin oder von Kant verbindet. In der Moralphilosophie Kants bedingen sich die Würde des Menschen sowie seine Fähigkeit zum freien ethischen Vernunftgebrauch wechselseitig. Oder um theologisches Denken aufzugreifen: Thomas von Aquin als Vordenker mittelalterlicher christlicher Theologie deutete die menschliche Existenz im Licht der Gottebenbildlichkeit, aufgrund derer der Einzelne zu einem freien verantwortlichen Vernunftgebrauch in der Lage sei. Der Begriff der Gottebenbildlichkeit unterstreicht einerseits den Abstand zwischen Gott und Mensch, das heißt die Differenz zwischen der Vollkommenheit und der Allmacht Gottes und der Unvollkommenheit und der Endlichkeit des Menschen. Neben dieser Differenz von Gott und Mensch und neben der Unvollkommenheit des Menschen sah Thomas aber zugleich eine Entsprechung zwischen Gott und Mensch. Mit seiner endlichen Vernunft partizipiere der einzelne Mensch an der Vorsehungsvernunft Gottes. Eine so verstandene Gottebenbildlichkeit führte bei Thomas von Aquin zu dem Gedanken, dass der Mensch zu einem Vernunftgebrauch im Sinn von Freiheit, Selbstbestimmung und rationaler Abwägung fähig und hierzu - soweit möglich - sogar moralisch verpflichtet ist. Dabei berief sich Thomas auf den alten hebräischen Weisheitstext Sirach 15,14: "... et reliquit illum in manu consilii sui"; Gott hat den Menschen "in der Hand eines eigenen Ratschlusses lassen wollen", so dass dem Menschen die Gabe verliehen ist, aus eigener freier Wahl und Verantwortung sich selbst und anderen gegenüber zu entscheiden.

Von protestantischer Seite wird gegen diese Sichtweise allzu oft und zu vorschnell der Einwand erhoben, sie repräsentiere einen Freiheits- und Vernunftoptimismus, der überdehnt sei. Jedoch ist daran zu erinnern, dass sich im Protestantismus selbst - bei Luther und bereits bei Paulus - der Gedanke findet, dass Gott dem Menschen innere Freiheit verleihen kann (protestantische Rechtfertigungslehre; Rechtfertigung als Entlastung und Befreiung des Menschen - und zwar auch zugunsten des eigenen Vernunftgebrauchs). Innere Freiheit, ein "befreites Gewissen" (Luther), anders gesagt eine aus dem Transzendenzbezug gewonnene Haltung eines religiösen Grundvertrauens oder, modern existenzphilosophisch gesagt, die Haltung der Gelassenheit können und sollten auch für den Umgang mit dem Sterben relevant werden. Denn auf dieser Grundlage vermögen Menschen letztlich sogar über das eigene Sterben nachzudenken und können - was heutige Herausforderungen anbelangt - Entscheidungen über Therapiebegrenzung, Verzicht auf Reanimation oder andere Formen passiver Sterbehilfe treffen.

Nun kann ich die gedanklichen und theologischen Grundlagen von Freiheit und Selbstbestimmung hier nicht ausführlicher vertiefen. Statt dessen seien für die Humanität im Umgang mit dem Sterben zwei konkrete Schlussfolgerungen genannt.

1. Manche Pflegeeinrichtungen (insbesondere katholische Einrichtungen) verlangen von Patienten im Vorhinein, bereits bei der Vertragschließung vor der Aufnahme, eine Einwilligung, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Legen einer PEG-Sonde einverstanden sein werden. Eine solche Bedingung im Aufnahmevertrag lässt sich ethisch mit dem Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht von Patienten nicht vereinbaren und setzt sie unter Druck. Juristisch dürfte es ohnehin problematisch sein, wenn Pflegeeinrichtungen sich für ein solches Ansinnen auf ihre Vertragsfreiheit berufen und einen Patienten abweisen, der die künstliche Ernährung durch eine PEG-Sonde nicht akzeptiert. Der Gesetzgeber hat die Vertragsfreiheit wiederholt zu Gunsten Schwächerer eingegrenzt, etwa im Arbeits- oder Mietrecht. Es ist denkbar und wäre wünschenswert, dass der Gesetzgeber auch Heimverträge, die bezüglich PEG-Sonden Druck ausüben, unterbindet. Ethisch handelt es sich um eine Beeinträchtigung der Entscheidungsrechte von Patienten, von der evangelische Institutionen Abstand wahren sollten.

2. Aufgrund der Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte, die Patienten besitzen, sollten die von ihnen verfassten Patientenverfügungen beachtet und befolgt werden. Dies gilt auf jeden Fall in Anbetracht von Patientenverfügungen, die valide und inhaltlich tragfähig sind. Zur Geltung und Verbindlichkeit von Patientenerklärungen entsteht zur Zeit leider wieder Unsicherheit, weil jetzt die Enquete-Kommission des Bundestages Einschränkungen vorgeschlagen hat. Demgegenüber scheint mir nach wie vor abgesehen vom Bericht der Kutzer-Kommission beim Bundesjustizministerium der Vorschlag der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vom April 2004 sinnvoll, der besagt: Patientenverfügungen sollen auf jeden Fall dann bindend sein, wenn sie

- erstens schriftlich verfasst sind,
- zweitens hinreichend präzise sind, also den konkreten Sachverhalt umschreiben,
- und drittens auf Beratung beruhen. Die Bestimmung, Patientenverfügungen sollten dann bindend sein, wenn sie auf der Basis ärztlicher Beratung abgefasst wurden, hat die Funktion sicherzustellen, dass es sich nicht nur um eine zufällige, spontane, gar aufgrund von Druck entstandene oder um eine undurchdachte Äußerung eines Patienten handelt.

Für eine theologische Betrachtung kommt ein spezieller konfessioneller Problempunkt hinzu. Es ist äußerst problematisch, dass die katholische Kirche im Jahr 2004 erklärte, Patienten müssten auch bei lang anhaltendem Wachkoma durch eine PEG-Sonde am Leben erhalten werden, und zwar sogar dann, wenn die Betroffenen dies vorher ausdrücklich abgelehnt hätten. Sofern die katholische Kirche oder z.B. Mitglieder der Bundestagsenquete-Kommission eine solche Position vertreten und fordern, menschliches Leben sei auf jeden Fall künstlich aufrechtzuerhalten, überdehnen sie den Lebensschutz und das Lebensrecht, die jedem Menschen zukommen, und verkehren das Lebensrecht in eine Lebenspflicht. Diese Position lässt sich jedoch nicht in Einklang bringen mit dem Grundrecht des Individuums auf Freiheit und Selbstbestimmung, mit dem Recht des Einzelnen auf körperliche Unversehrtheit - das Legen einer PEG-Sonde stellt ja einen invasiven Eingriff dar - und mit der geltenden Rechtslage, die einen medizinischen Eingriff gegen den eigenen Willen unterbindet. Daher wäre zu wünschen, dass evangelische Einrichtungen sich einen derartigen Normativismus nicht zu eigen machen, sondern - auch bei Wachkomapatienten, bei lang andauerndem irreversiblen Wachkoma - den Patientenwillen achten und die künstliche Aufrechterhaltung des Lebens ggf. abbrechen.

Nun ist an dieser Stelle nicht auf Einzelheiten der Geltung, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen oder von Vertreterentscheidungen einzugehen. Sehr große Probleme entstehen dann, wenn ein Patient, der nicht mehr ansprechbar ist, sein Selbstbestimmungsrecht nicht ausgeübt hat und er keine ausdrückliche schriftliche Verfügung verfasst und keinen Bevollmächtigten benannt hat. Es bleibt dann nichts anderes übrig, als ersatzweise anstelle seines schriftlich erklärten Willens nach seinem mutmaßlichen Willen zu fragen. Hierbei sind Abstufungen und Abschichtungen unerlässlich, und zwar im Spektrum zwischen einem früheren mündlich ausdrücklich erklärten Willen einerseits und früheren unklaren, vagen oder unzuverlässig überlieferten Aussagen andererseits. Im Kern sollte es jedoch dabei bleiben, dass Pflegeeinrichtungen dem Patientenwillen Rechnung tragen.

Sofern evangelische Einrichtungen sich dieses Anliegen z.B. im Umgang mit Wachkomapatienten zu eigen machen, geraten sie sicherlich in einen Gegensatz zur offiziellen katholischen Position, die - wie erwähnt - einen unbedingten, ja absoluten Lebensschutz betont und darüber die Selbstbestimmungsrechte von Patienten vernachlässigt. Eigentlich überrascht diese derzeitige Positionierung der katholischen Amtskirche. Denn in der Vergangenheit hat sie angesichts des Lebensendes keinen schroff kompromisslosen Lebensschutz vertreten. Vielmehr hat sie Abwägungen für statthaft gehalten und daher sogar schon relativ früh, nämlich in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts, die Möglichkeit der indirekten Sterbehilfe bejaht. Indem sie für Grenzfälle die indirekte Sterbehilfe duldete, ja befürwortete, hat die katholische Kirche in der Vergangenheit zum Ausdruck gebracht, dass es fehlgreift, den Lebensschutz, die künstliche Lebenserhaltung zu verabsolutieren.

Evangelische Einrichtungen sollten sich jedenfalls für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und für die Respektierung des Patientenwillens einsetzen. Als Konsequenz sollten im Rahmen der evangelischen Kirchen auch Bildungs- und Beratungsangebote verstärkt werden, die interessierten Menschen zugute kommen, die sich mit vorsorglichen Patientenverfügungen beschäftigen. Sicherlich erfordert es eine hohes Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, wenn Menschen in Patientenverfügungen vorab Einzelheiten ihres eventuellen künftigen Sterbeprozesses bedenken und hierzu Festlegungen treffen. Diese Steigerung individueller Selbstbestimmung und Verantwortung bildet aber die angemessenste Antwort auf die Gefahr einer medizinisch-technischen Überfremdung des Sterbeprozesses, die heute zur Realität geworden ist.

Was die Diakonie und evangelische Einrichtungen anbelangt, sei als Fazit festgehalten: Gerade weil es für evangelische Institutionen so schwierig ist, auf Technisierung, Ökonomisierung, Ressourcenknappheit und Konkurrenzdruck zu reagieren, sollten vor dem Hintergrund protestantischer Überzeugungen ethische Werte wie die soeben erläuterten die Richtschnur bilden, d.h.

- die patientenzentrierte Gerechtigkeit,
- die Achtung vor der Religions- und Gewissensfreiheit und den Persönlichkeitsrechten der Patienten,
- eine Kultur des Dialogs und der dialogischen Wahrheitsvermittlung,
- der Würdeschutz
- sowie die Respektierung der Willensäußerungen und der Selbstbestimmungsrechte von Patienten.

