



Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE)
Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)
Communion d'Eglises Protestantes en Europe (CEPE)

- [Home](#)
- [About](#)
- [Download](#)
- [Executive Summary](#)
- [Stories](#)
- [Discussion](#)



[Home](#) » [Stories](#) » Unterbrechen, Unterlassen und Weiterführen von lebenserhaltenden Maßnahmen

Unterbrechen, Unterlassen und Weiterführen von lebenserhaltenden Maßnahmen

Unterbrechen, Unterlassen und Weiterführen von lebenserhaltenden Maßnahmen. Von Ulrich H.J. Körtner.



Die Probleme des medizinisch begleiteten und manipulierten Sterbens haben keine geringere Sprengkraft als diejenigen der Biomedizin. Mit Ausnahme von Unfallopfern, Gewaltverbrechen oder unvorhersehbaren natürlichen Todesfällen befinden sich die meisten Sterbenden in ärztlicher Behandlung. Ein Großteil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Das durch medizinische Interventionen begleitete Sterben ist also in der westlichen Welt der Regelfall. Daher wäre es völlig verfehlt, in den Debatten über Sterbehilfe und Euthanasie nur Indizien eines Verfalls kultureller Standards und moralischer Werte erblicken zu wollen. Es ist vielmehr notwendig zu prüfen, wie weit die Anwendung des heutigen Potentials medizinischer Möglichkeiten in bestimmten Situationen überhaupt sinnvoll ist, und wo die humanen Grenzen der modernen Medizin liegen.

Hierbei besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben, aus welchem das gesetzlich verankerte Verbot jeder absichtlichen Tötung folgt. Widersprochen werden muss aber der häufig geäußerten Ansicht, die

Fortschritte der modernen Medizin, insbesondere der Intensivmedizin, machten das Problem der Euthanasie besonders drängend. Etliche Hauptargumente ihrer Befürworter sind seit der Antike hinlänglich bekannt und resultieren nicht aus neuen medizinisch-technischen Entwicklungen, sondern aus einem der christlichen Anthropologie widersprechenden Menschenbild. Allerdings führen die steigende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt zu neuen Erscheinungsformen des Sterbens, die auch ethisch vor neue Probleme stellen. Die Zahl der Hochbetagten nimmt beständig zu. Dem Tod geht oftmals eine längere Phase der Multimorbidität und schwerer Pflegebedürftigkeit voraus. Mit der höheren Lebensdauer steigt die Zahl der Menschen, die an einer fortschreitenden Demenzerkrankung mit starker Persönlichkeitsveränderung leiden. Nicht nur, dass die Phase des Sterbens sich gegenüber früheren Epochen immer mehr in die Länge ziehen kann, sondern es schiebt sich zwischen die Lebensphasen von weitgehender körperlicher und geistiger Gesundheit und die Sterbephase eine eigene Lebensphase, welche grundlegende Fragen nach unserer Identität im Leben und im Sterben, nach Integrität, Kontinuität und Diskontinuität menschlicher Biographien stellen. Solche Fragen sind freilich ebenso wenig wie diejenige, welches Leiden als sinnlos oder sinnvoll empfunden wird, als solche keine rein medizinischen Probleme, sondern Fragen der religiösen oder weltanschaulichen Einstellung und der persönlichen Lebensumstände.

Das größte gesellschaftliche Problem ist nicht die medizinische Überversorgung, sondern die Einsamkeit der Sterbenden, die der Soziologe Norbert Elias eindrücklich beschrieben hat. Sie ist, wie überhaupt die Vereinsamung von Menschen, in der Großstadt ein besonders drängendes Problem und setzt sich fort in der Einsamkeit vieler Toter, bei deren Begräbnis keine Angehörigen oder Nachbarn anwesend sind. Anonyme Bestattungen, die zu einem tiefgreifenden Wandel der Bestattungskultur führen, nehmen in Großstädten beständig zu. Wien, das zum Tod und zum Bestattungswesen von jeher ein besonderes Verhältnis hatte, stellt hier noch eine gewisse Ausnahme dar.

Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen ist mit erheblichen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen alleingelassen fühlen: mit der Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu fallen; mit der Angst im Sterben alleingelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben fahrlässig verkürzt wird durch mangelnde medizinische und pflegerische Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung. Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, der Einsamkeit der Sterbenden entgegenzuwirken und eine neue Kultur der Solidarität mit den Sterbenden zu entwickeln.

Das Recht auf Leben ist ein unveräußerliches Menschenrecht. Das elementarste Recht des Menschen, nämlich Rechte zu haben – wie Hannah Arendt gesagt hat – setzt die physische Existenz des Menschen voraus. Weil der Tod zum Leben gehört, impliziert das Recht auf Leben recht verstanden auch das Recht auf Sterben. Die Frage lautet aber, ob das Recht auf den eigenen Tod mit dem Recht gleichzusetzen ist, sich auf eigenen Wunsch töten zu lassen. Ist mein Leben mein Besitz, über das ich frei verfügen kann wie über mein sonstiges Eigentum? Rechtlich betrachtet stellt sich die Frage nach der Reichweite des Rechtes auf Leben, wie es in Artikel 2 des deutschen Grundgesetzes und Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention kodifiziert ist, und seinem Verhältnis zum Recht auf Selbstbestimmung und auf Privatsphäre, das in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention garantiert wird. Im christlichen Kontext lautet die Frage, ob ich selbst der Herr über mein Leben und Sterben bin, oder ob das Leben und der Leib eine Leihgabe Gottes sind, der Rechenschaft von uns fordert, wie wir mit dieser Gabe umgehen.

Mit der Gabe des Lebens ist das grundlegende und unantastbare Recht auf Leben gegeben. Dieses gilt es, in allen Phasen des Lebens zu schützen – auch in der Phase des Sterbens, gehört doch das vom Tod zu unterscheidende Sterben noch zum Leben. Sterbende sind nicht Halbtote, sondern – bis zum letzten Atemzug – Lebende.

So gilt der ethische Grundsatz: Im Zweifelsfall für das Leben – in dubio pro vita. Das Recht auf Leben bedeutet freilich keine Pflicht zum Leben. Weder aus rechtlicher, noch – nach meinem

Verständnis – aus christlicher Sicht haben wir das Recht, andere Menschen zum Leben oder Weiterleben zu zwingen, auch wenn wir alles dafür tun sollen, ihren Lebenswillen zu stärken und ihnen helfen sollen, die kostbare und einmalige Gabe ihres Lebens zu achten.

Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten. Sofern die Grenzen geachtet werden, die das öster-reichische und das deutsche Strafrecht gegenüber aktiver Sterbehilfe ziehen – in Österreich steht auch die Suizidbeihilfe unter Strafe –, ist die Freiheit der Menschen zu achten. Wer glaubt, mündige Bürger vor sich selbst schützen zu müssen, gibt letztlich der Forderung nach einer Liberalisierung der Euthanasie neue Nahrung.

Ethisch steht das Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht zur Diskussion. Beide Prinzipien dürfen jedoch nicht abstrakt gegeneinander gestellt werden. Einerseits ist die Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Andererseits steht der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten nicht notwendigerweise im Gegensatz zur Fürsorge, sondern muß geradezu als ihre Implikation verstanden werden.

Ein abstrakter Autonomiebegriff nimmt freilich die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist philosophisch wie theologisch be-trachtet problematisch, die Würde des Menschen an ein Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren.

Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Überlegungen von Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme zur Autonomie kranker und leidender Menschen. Gehören Krankheit und Sterben zum Leben dazu, ist nicht Autonomie, sondern Souveränität das angemessene Persönlichkeitsideal. Abhängigkeit bewußt zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen ist ein Zei-chen von Stärke, nicht von Schwäche. Dieser Gedanke berührt sich mit wesentlichen Ein-sichten des christlichen Glaubens und seines Verständnisses von Menschenwürde, die auch Menschen mit Behinderungen, Schwerstkranken und Sterbende nicht verlieren können.

Die menschliche Existenz ist nicht nur durch Verantwortung, sondern auch durch Freiheit bestimmt. Kennzeichen der Sünde ist es, sterben zu müssen und doch nicht sterben zu können. Der Glaube eröffnet dagegen die Freiheit zum Leben wie zum Sterbenkönnen. Die Freiheit eines Christenmenschen schließt die Freiheit nicht nur im Sterben, sondern auch zum Sterben ein. Die Achtung vor der Gewissensfreiheit ist nicht nur ein allgemeiner ethischer Grundsatz, sondern zutiefst christlich. Nach christlicher Überzeugung ist das Leben zwar als gute Gabe Gottes zu achten und zu schützen. Der Glaube an die Auferstehung von den Toten führt im Christentum aber auch zu einer eigentümlichen Relativierung des Lebens. So gewiß es von Gott kommt, ist es doch nicht das höchste Gut. Nach christlicher Auffassung wird das natürliche Leben überboten durch das Mit-Christus-Sein, das Leben und Tod umschließt. Weil nach der Botschaft des Neuen Testaments Liebe stärker ist als der Tod und uns nichts von der Liebe Gottes scheiden kann (Römer 8), ist das natürliche Dasein kein absoluter Wert.

Wann für einen Menschen, auch und gerade, wenn er sich Gott als seinem Schöpfer und Erlöser gegenüber verantwortlich fühlt, der Zeitpunkt gekommen ist, sein Leben loszulassen, um sich in Gottes Armen fallen zu lassen und in ihn „hineinzusterben“ (Hans-Jörg Rosen-stock), kann nicht von Außenstehenden entschieden werden. Daß der Tod natürlicherweise zum Leben gehört, besagt nicht, daß man aus natürlichen Sterbeverläufen normative Handlungsanweisungen für die Ethik am Lebensende. Unser Verhältnis zum natürlichen Leben ist vielmehr durch die Dialektik von Widerstand und Ergebung bestimmt (Dietrich Bonhoeffer), und die Grenzen zwischen beidem lassen sich nicht prinzipiell, sondern nur in der konkreten Situation ziehen. Es kann dem Willen Gottes ebenso entsprechen, das Sterben zu einem

konkreten Zeitpunkt zu akzeptieren und den Dingen ihren Lauf zu lassen, wie auch, sich Krankheit und Tod unter Einsatz moderner medizinischer Möglichkeiten zu widersetzen.

Die Euthanasiedebatte wie die Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin fordern dazu heraus, neu darüber nachzudenken, was wir für zumutbares und unzumutbares Leiden halten. In Anbetracht des biomedizinischen Fortschritts wird jede Form des Leidens sehr schnell als unzumutbar empfunden, sei es für die Betroffenen selbst, sei es für ihre Umgebung. Daß schon das Leben als solches eine Zumutung sein kann, und daß wir auch unseren Kindern, indem wir ihnen das Leben schenken, dieses zugleich zumuten, ist eine grundsätzliche Tatsache, die heute einer neuen Bewertung unterzogen wird. So zwingt uns die moderne Medizin, die Begriffe des Zumutbaren und des Unzumutbaren ethisch zu bedenken.

Die Diskussion über die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe zeigen außerdem, wie notwendig es ist, sich neu zu Bewußtsein zu bringen, daß nicht jedes ethisch verantwortete Lassen gleichbedeutend mit einem Unterlassen ist. Die Grenzen unseres Handelns, auch der Medizin, müssen darum in jeder Situation neu bestimmt werden. Das gilt auch an den Grenzen des Lebens. Wie das Leben selbst, kann auch jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein. Daher gibt es eine ethisch verantwortbare Begrenzung der Verantwortung, die es ermöglicht, das Scheitern therapeutischer Bemühungen und auch das Sterben in den Lebenszusammenhang zu integrieren. Gegenüber der Neigung zum Aktivismus in Medizin und Pflege gilt es zu beachten, dass die aktive Intervention nicht in jedem Fall moralisch höher zu bewerten ist als der Verzicht auf sie. Die Entscheidung hat vielmehr immer vom Subjekt der Medizin auszugehen. Das aber ist der Patient oder die Patientin. Unter Umständen ist auch der Verzicht auf Diagnose und Therapie Bestandteil einer guten und humanen Medizin (Erny Gillen).

Die Frage „Therapieverzicht am Lebensende?“ ist in dieser Pauschalität falsch gestellt. Zu fragen ist sehr wohl, wo die Grenzen kurativer Medizin erreicht sind. Sie fallen aber nicht mit den Grenzen medizinischer Möglichkeiten überhaupt zusammen. Die Mangelhaftigkeit eines einseitig kurativen Medizinkonzepts verrät sich in dem Unwort „austherapiert“. Die Auskunft: „Wir können leider nichts mehr für Sie tun“ ist im engen Kontext eines kurativen Therapieansatzes möglicherweise zutreffend, aus Sicht eines umfassenden Therapiebegriffs jedoch ein Armutszeugnis. Wo kurativ nichts mehr zu machen ist, läßt sich palliativ sehr wohl noch vieles tun – und zwar bis zum letzten Atemzug.

Worauf es theologisch allerdings ankommt, ist, daß die Einsicht in die Fragmentarhaftigkeit menschlichen Lebens jedes medizinische oder psychotherapeutische Bemühen um Heilung von allen offenen oder geheimen Heilsansprüchen entlastet. Heil und Heilung sind aufeinander bezogen, aber doch klar zu unterscheiden. Die Heilkunst darf nicht zur Heilslehre überhöht werden.

Wie barmherzig oder unbarmherzig therapeutische Konzepte sind, bemißt sich nicht zuletzt am Umgang mit den Unheilbaren. Die Solidarität mit den Unheilbaren und Sterbenden führt auch die Gesunden ins Leiden. Umgekehrt ist jede Genesung bestenfalls der Vorschein jenes Heils, dessen Fülle der christliche Glaube erhofft. Indem daher auch jede Heilung fragmentarisch bleibt, weist sie über sich hinaus.

Ulrich H.J. Körtner ist Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der und Vorstand des Instituts für Systematische Theologie und Religionswissenschaft der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien.

(c) 2011 Community of Protestant Churches in Europe CPCE

▣