

# **Zukunftsforum Politik**

Broschürenreihe  
herausgegeben von der  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 80

Josef Römelt

## **Dem Sterben einen Sinn geben Ein theologischer Kommentar zur gegenwärtigen Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung**

Sankt Augustin/Berlin, November 2006

ISBN 3-939826-17-0

ISBN 978-3-939826-17-0

Redaktionelle Betreuung: Norbert Arnold

---

### **Download-Publikation**

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelei der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf einer Seite zusammengefasst.

# Inhalt

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Einleitung                                                                                    | 7  |
| 1. Der verlangsamte Tod                                                                       | 9  |
| 2. Die Reflexivität des Sterbens                                                              | 13 |
| 3. Aktive Euthanasie – Säkularisierter Realismus im Umgang mit dem Tod?                       | 21 |
| 4. Mögliche Paradoxien einer Ethik der Patientenautonomie angesichts des Leides und des Todes | 28 |
| 5. Welche Rahmenbedingungen sind wirklich hilfreich?                                          | 37 |
| 6. Die entlastende Perspektive der Theologie                                                  | 43 |
| Der Autor                                                                                     | 53 |

# Einleitung

Man kann sich die Frage stellen, warum ausgerechnet zur gegenwärtigen Zeit, in welcher die moderne Medizin ihre größten Erfolge in der Bekämpfung von Krankheit, Behinderung und Schmerz feiert, der Ruf nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wieder so stark geworden ist. Eigentlich müsste man doch davon ausgehen, dass vergangene Generationen der Härte des Todes und körperlichen Schmerzen aufgrund fehlender medizinischer Hilfe viel heftiger ausgeliefert waren als die Menschen heute. Selbst wenn es natürlich richtig ist, dass auch die gegenwärtige medizinische Kunst nicht allmächtig ist, dass etwa gerade auch die Schmerztherapie an Grenzen stößt, so dürfte es doch nicht falsch sein zu sagen: Frühere Zeiten haben viel schneller diese Begrenztheit menschlicher Heilkunst erlebt. Sie waren der Brutalität der natürlichen Prozesse weitaus hilfloser ausgeliefert als es heute der Fall ist. Und dennoch haben nur wenige die aktive Tötung etwa als letzte medizinische Maßnahme gefordert: Der antike Eid des Hypokrates schließt sie ausdrücklich im Namen des ärztlichen Ethos aus.

Die neue Auseinandersetzung um Euthanasie und Sterbehilfe einfach auf das Konto etwa der Verweichlichung moderner Gesellschaft zu schieben – das könnte vielleicht der Schluss aus der gerade beschriebenen Beobachtung sein –, das aber wird wohl den drängenden Fragen heute auch irgendwie nicht gerecht. Kirchliche Lehre hat die Atmosphäre der Diskussionen um Probleme wie etwa die Abtreibung, pränatale Diagnostik und Sterbehilfe sehr scharf als Ausdruck einer „Kultur des Todes“<sup>1</sup> bezeichnet. Daraus spricht die Sorge, dass die moderne Welt auf bestimmte Her-

---

<sup>1</sup> Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae*. Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Vatikanstadt 1995.

ausforderungen und Belastungen des Lebens mit einer Bereitschaft zum Töten antworte, welche an die Wurzel des kulturellen Selbstverständnisses reicht, – eine Bereitschaft, die das Selbstverständnis gleichsam nekrophil einfärbe. Doch es könnte wohl sein, dass die heutige Gesellschaft mit dem Tod – trotz all ihrer technischen Möglichkeiten und Erfolge – in einer Weise konfrontiert ist, wie es vergangene Zeiten eben doch nicht waren. Und in dieser Konfrontation sind Menschen auf der Suche nach einem Bild vom Sinn des Sterbens und des Todes, das sie ohne die alten religiösen und metaphysischen, Halt gebenden Deutungen erarbeiten müssen. Diese Aufgabe ist schwer und bedarf der Unterstützung. Es geht um die Herausforderung, angesichts der *Verlangsamung* des Todes, der Verlängerung der Phasen von Altern und Sterben, dem Leben einen Sinn zu geben, der auch diese Phasen menschlichen Daseins trägt. Hier liegt nach dem Verständnis der theologischen Ethik die eigentliche große Herausforderung der gegenwärtigen Diskussion um Sterbebegleitung und Euthanasie.

# 1. Der verlangsamte Tod

Sozialwissenschaftliche Forschung hat lange behauptet, der Tod sei in der modernen Gesellschaft verdrängt worden<sup>2</sup>. Es geht hier um die unbezweifelbaren Beobachtungen, dass der Tod in den modernen Zivilisationen in das Krankenhaus oder in Altenheime verlagert ist. 80% der Toten sterben heute in diesen Institutionen, obwohl sich die meisten ein Sterben zu Hause wünschten. Die Menschen kommen so im Alltag kaum noch in Berührung mit Toten, junge Menschen haben noch nie einen Toten gesehen. Gegenüber der Vergangenheit, wo die Menschen im vertrauten Kreis der Familie alt wurden und schließlich zu Hause sterben konnten, erscheint ein solcher Umgang mit Sterben und Tod als ein Beiseiteschieben und Verstecken.

Die kulturhistorische Interpretation spricht deshalb gelegentlich auch davon, dass der Tod durch die Entwicklung der modernen technischen Eingriffsmöglichkeiten „verwildert“<sup>3</sup> sei. Sie versteht das nicht etwa als Option für christliche Kultur und Sinndeutung, sondern misst die gegenwärtige Praxis an einer „Zähmung“ des Todes in ursprünglichen, gleichsam natürlichen Formen kulturgeschichtlicher volkstümlicher Intuitionen. Frühere Verständnisweisen hatten demnach ein ursprünglicheres Verhältnis zum Tod, das aus dem Gespür für den natürlichen Lebenszyklus und -bogen stamme. Menschen ahnten danach früher, wann ihr Leben zu Ende geht, waren in ihrem Bewusstsein mit dem Tod vertraut und in einer sozialen Aufmerksamkeit für den Tod eingebettet. Ein solches Gespür soll dann auch ungezwungenere soziale und rituelle

---

<sup>2</sup> Vgl. A. Nassehi / G. Weber, Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen 1989.

<sup>3</sup> Vgl. Ph. Ariès, Geschichte des Todes. Aus dem Französischen von H.-H. Henschen und U. Pfau (Hanser Anthropologie). München 1980.

Einbindung der Abschiednahme und Akzeptanz des Todes und der Sterbenden ermöglicht haben. Heute dominiere dagegen eben die Ausgrenzung des Todes, die auch die Isolation der Sterbenden, im Krankenhaus oder im Altersheim, nach sich ziehe.

Aber man kann die Frage stellen, ob im Gegensatz zu diesen eher kulturpessimistischen Analysen nicht eher von einer immer tieferen Konfrontation mit dem Tod gesprochen werden muss, der sich die heutige Gesellschaft zu stellen hat. Sie scheint gerade durch die Chancen technischer Beobachtungen und Interventionen verursacht. Die naturwissenschaftlichen und sachlichen Beobachtungen der physiologischen Prozesse des Sterbens, wie sie die moderne Kultur erschließt, geben einen anderen Blick auf den Vorgang des Sterbens frei, der heute nicht mehr einfach übergangen werden kann. Die magischen Hüllen und Bilder der Todesdeutungen, wie sie in den antiken und vormodernen Gesellschaften entfaltet waren, treten demgegenüber zurück. Denn die in einer solchen Betrachtung freigelegten nackten Fakten des biologischen Zerfalls des Menschen machen die Eingebundenheit des Menschen in die bloße Natur bewusst. Sie sind aber zugleich die Ursache dafür, dass die naturwissenschaftlich gestützte Medizin auch immer tiefer in die Prozesse des Sterbens in Diagnose (Hirntod!) und Therapie eingreifen kann. Das ist ein nüchterner, realistischer, aber auch nicht selten hilfreicher Umgang mit der Bedrohung des Menschen durch Sterben und Tod. Die signifikante Verlängerung der Lebenserwartung, hoch komplexe medizinische Begleitung der Patienten bis in die Palliativ-Medizin hinein haben hier ihre Wurzel.

Dass der Tod in einem solchen Zusammenhang eigentlich nicht verdrängt, sondern ganz neu zum Thema wird, das wird aber vor allem daran deutlich, dass sich die Alterungs- und Sterbeprozesse durch die moderne medizinische Begleitung retardieren. Damit ist zum einen gesagt, dass der Tod eben häufig aufgeschoben, noch

einmal zurückgedrängt ist. Medikamente und Operationen verhindern das (zu frühe) Sterben. Aber zum anderen bedeutet die Retardierung von Altern und Tod, die durch die Eingriffschancen der modernen Medizin ermöglicht worden sind, auch, dass der Mensch sich über einen viel längeren Zeitraum als früher mit der eingeschränkten Lebensphase des Alters, mit den Begrenzungen von zunehmender Behinderung, Schwäche und Ausfall von Lebensfunktionen, Beweglichkeit und Lebensgestaltung, auseinandersetzen muss. Immer mehr Menschen „warten“ immer länger auf den Tod. Die Menschen sind über einen viel längeren Zeitraum hinweg alt. Der körperliche und geistige Verfall geht langsamer, bleibt aber unausweichlich. Und die Auseinandersetzung mit diesen Tatsachen führt die Unausweichlichkeit und Härte des Sterbens deutlicher und ausführlicher vor Augen, als es in vergangenen Zeiten der Fall war. Hier dominierte der rasche Tod – ein Sterben, nach dem sich viele Menschen heute sehnen.

Das Sterben ist heute – so könnte man eben pointiert sagen – durch die moderne Medizin verlangsamt. Die Altersphase hat sich verlängert. Auch bei infauster Prognose gibt es meist immer noch eine Reihe von Optionen, die den Verlauf der Krankheit irgendwie mildern oder abbremsen. Schon diese Tatsache besagt, dass immer mehr Menschen heute über einen viel längeren Zeitraum hinweg den mehr oder weniger deutlichen Abbau ihrer körperlichen Funktionen miterleben, dass sie und ihre Angehörigen sich mit den Stufen von immer weitergehender Lebenseinschränkung – trotz aller Hilfsmittel und modernen Lebenshilfen – mehr oder weniger bewusst auseinandersetzen müssen. Ja, die unmittelbaren Momente im Sterben selbst sind bis zu einem gewissen Grad beeinflussbar.

Christliche Philosophie und Theologie spricht im Gegensatz zu den erwähnten eher kulturpessimistischen Analysen deshalb von einer immer tieferen Konfrontation mit dem Tod, die heute gerade

durch die Chancen technischer Beobachtungen und Eingriffsmöglichkeiten bedingt ist<sup>4</sup>. Es mag sein, dass die Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft, seine Verlagerung aus dem alltäglichen Leben in die Altenheime und Hospitäler, gerade eine Reaktion auf diese unverhüllte Objektivierung und zeitliche Dehnung des biologischen Zerfalls im Sterben darstellt. Die immer weitergehenden Differenzierungen medizinischer Kultur fordern aber auch eine immer tiefere kulturelle Antwort darauf heraus, wie die Gesellschaft mit dem verlangsamten Tod umgehen will. Und es scheint, dass die gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Sterbebegleitung ein Spiegel dieser Herausforderung darstellen, die von allen gespürt, wenn auch sehr unterschiedlich beantwortet wird.

---

<sup>4</sup> Vgl. H. U. von Balthasar, Der Tod im heutigen Denken, in: *Anima* 11 (1956) 293; zit. in: J. Pieper, *Tod und Unsterblichkeit*. München 1968, 20.



## 2. Die Reflexivität des Sterbens

Im Grunde erreicht die Sterbebegleitung damit ein Phänomen, das sehr viele wichtige Lebensbereiche im Kontext der komplexen differenzierten Gesellschaft schon längst erfasst hat, in denen die Gesellschaft in ähnlicher Weise auf der Suche nach humanen Gestaltungsformen ist: Die Reflexivität des Lebens; eine bewusste Steuerung der großen biographischen Wendepunkte aus der Kompetenz menschlicher Entscheidung heraus.

Sozialanalyse spricht in diesem Sinne z. B. von der Reflexivität der Liebe<sup>5</sup>, die moderne Kultur verlangt. Sie meint damit das Faktum, dass sich Menschen in ihrer Lebensgestaltung immer weniger auf vorgegebene soziale Muster stützen können, nach denen sie ihre Partnerwahl und Familiengestaltung ausrichten, sondern dass sie selbst entscheiden müssen, in welcher Form sie Partnerschaft und Familie leben wollen. Solche Optionsoffenheit macht das Leben reicher und angesichts bestimmter Konflikte flexibler, birgt aber auch Risiken und Spannungen in sich.

Ähnlich ist durch das technische Können moderner Kultur die Begleitung der Alterungs- und Sterbeprozesse offener und optionsreicher geworden. Ihre Verlangsamung zwingt aber auch zu mehr Reflexion: also bewussterer Entscheidung und Gestaltung. Menschenwürdiges Sterben heute scheint vor allem in der Kraft zu bestehen, diese Entscheidungsschritte auch ausdrücklich zu thematisieren, und es spricht vieles dafür, dass moderne Kultur dazu noch nicht recht fähig ist. Der Tod sperrt sich gegen ein allzu konkretes Nachdenken. Angesichts des Todes, der ja keine Option mehr lässt, sondern alle Freiheit beendet und bezwingt,

---

<sup>5</sup> Vgl. Eheliche Liebe als reflektierte Liebe und Lebensmanagement oder Teilhabe an einer natürlichen und geistlichen Institution?, in: DPM 9 (2002) 281-292.

wagen wir es nicht, über die notwendigen Entscheidungen offen zu sprechen, die der Sterbeprozess – in seiner medizinisch gelenkten Form – heute häufig an uns heranträgt.

## **a) Medizinische Entscheidungen**

Die medizinische Technik erlaubt, so wurde oben schon angedeutet, eine vielfache Beeinflussung der menschlichen Prozesse von Krankheit, Sterben und Tod. Mit dieser zunehmenden Möglichkeit zur Manipulation wachsen natürlich auch die Zwänge zur Entscheidung. Traditionelle medizinische Therapie endete dann, wenn das Maß der Mittel zu heilen ausgeschöpft war. Die Medizin war Anwalt der sachgerechten und maximalen Anwendung des therapeutischen Fächers – von der Diagnostik bis zur Nachsorge. Solche therapeutischen Anstrengungen endeten meist erst dann, wenn Arzt und Patient (häufiger noch der Arzt allein) zu der Überzeugung kamen, dass eine weitere Behandlung keinen Sinn mehr hat. Das Ende der Therapie stand zumeist unter dem Vorzeichen des Zwangs von außen, der Natur ihren Lauf zu lassen – unter dem Eindruck, aufgrund der Grenzen der Einsicht in die Prozesse von Krankheit und Sterben der Natur einen letzten Sieg lassen zu müssen. Und in den relativen Grenzen des therapeutischen Spektrums konnte auch relativ schnell und eindeutig Konsens darüber erzielt werden, wann ein solcher finaler Prozess begonnen hatte.

Diese Eindeutigkeit und Klarheit in Bezug auf das Ende von Therapie scheint aber heute gemindert, wenn nicht gar unwiederbringlich verloren. Die Möglichkeiten der Therapie sind so differenziert, dass sich das schmale Spektrum „nützliche Therapie / notwendiger Abbruch“ in eine Palette unterschiedlichster Nuancen differenziert hat, welche sehr widersprüchliche Folgen nahe

legen kann<sup>6</sup>. Die Möglichkeiten, Leben vielleicht auch nur um Stunden zu verlängern, Schmerzen zu steuern, Ebenen der Rekonvaleszenz auf lange Zeiträume hin zu eröffnen, komplizierte neurologische und physiologische Störungen sukzessiv zu beherrschen usw., lassen das Ringen um die Gesundheit eines Menschen immer subtiler werden. Ärzte stehen als Kollegen zunehmend unter dem Problem ihrer fachlichen Spezialisierung, brauchen einander, um die Vielfalt der Möglichkeiten medizinischer Intervention zu überblicken, scheitern an gegenseitiger Konkurrenz und an der Unüberschaubarkeit medizinischer Information.

Für die konkrete medizinische Praxis stellt sich die Frage, wie genau sie die Prozesse zwischen lebenserhaltenden Maßnahmen, Erleichterung der Lebensführung und Loslassen des Lebens in den Tod hinein gestalten kann, damit ein menschenwürdiges Sterben gelingt. Das Ringen angesichts der Möglichkeiten, die die moderne Kultur dem Tod abgetrotzt hat, lebt gerade davon, dem alternden und schließlich sterbenden Menschen in den gesundheitlichen Belastungen – physischer und psychischer Art – mit allen nur erdenklichen Kräften beizustehen und Leben bis in die letzten Stadien hinein zu ermöglichen. Das ist in dem Sinn zu verstehen: Alle Lebensäußerungen, und dazu gehört schließlich auch der Prozess des vergehenden Lebens, sollen erleichtert werden. Die Lasten des alternden und zerfallenden Lebens sollen für den Menschen, so gut das geht, gemildert und lebbar gemacht werden. Und wenn man das Sterben als Ausdruck des Lebens selbst ernst nimmt, dann heißt das allerdings auch: Am Sterben soll nicht ge-

---

<sup>6</sup> Vgl. Fritsche, P., Ärztlich-ethische Aspekte zur Ambivalenz der Lebensverlängerung, in: Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht. Hg. v. der Deutschen Sektion der Internationalen Juristen-Kommission (Rechtsstaat in der Bewährung 30). Heidelberg 1995, 3-34.

hindert werden, sondern es soll als letzte unserer Lebensäußerungen ermöglicht werden.

Es ist aber auf der Ebene der Medizin selbst sehr schwer geworden, einsinnige Prognosen über den Heilungsverlauf, die zu erwartende Lebensqualität und den Sinn oder Unsinn des kurativen Tuns zu geben. Das Zugehen auf den Tod ist heute nach diesem Verständnis dank der technischen Möglichkeiten moderner Medizin immer weniger *nur* von bloßen Zwängen zerfallender Lebensfunktionen beherrscht. Und es verlangt nicht nur immer differenziertere Entscheidungen im Blick auf medizinische Eingriffsformen, sondern auch in Bezug auf existentielle Sinn- und Gestaltungsfragen.

## **b) Entscheidungen des Patienten**

Heutige Gesellschaft wird sich dieser Tatsachen verstärkt bewusst und ist – im Sinne des Autonomieverständnisses – nicht mehr bereit, die Entscheidungen am Lebensende einfach dem Arzt und seiner fachlichen Einschätzung der Situation zu überlassen. Ja die Einbeziehung der Patienten in die medizinischen Entscheidungen ist *von der Sache her* innerhalb der komplizierten Konstellation moderner Therapie auch *begründet*. In der Unsicherheit der medizinischen Entscheidungen wandelt sich die Stellung des Patienten. Erlebt der Patient heute den Arzt selbst verstärkt als Suchenden, dann erscheint auch er aus seiner bloß passiven Rolle herausgenommen. Berechtigte und völlig unsinnige Sorgen melden sich, ob der Arzt tatsächlich immer die Balance recht einzuschätzen vermag, die die Interessen des Patienten zwischen den Vorteilen und den Nachteilen einer Behandlung im Blick hat. Den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten entspricht zugleich eine zunehmende Belastung des Patienten durch die langwierigen und komplizierten Therapievorgänge selbst. Und es ist manchmal

schwierig auszumachen, ob der Gesundheit stabilisierende Erfolg mancher medikamentöser Therapie oder Operation auf der Ebene der Gesamtbefindlichkeit eines Patienten eher weniger oder mehr Belastungen durch verlangsamte, Schmerz verlängernde und bewusster erlebte Krankheitsverläufe erzeugt. Ja, oft genug gibt es tatsächlich echte Alternativen zwischen verschiedenen Therapie-regimen, die mit ihren Vorteilen und Nachteilen gleichrangig als Optionen nebeneinander stehen.

So wird der *subjektive Faktor* in der Krankheit und Therapie wichtiger: Wie viel Belastungen und Schmerzen will der Einzelne aushalten? Um wie viel Gesundheit möchte er kämpfen? Den gewachsenen nuancierten Möglichkeiten scheint die Notwendigkeit bewussterer, eigenverantwortlicher Wahl zu entsprechen. Das betrifft besonders auch die bewusste Entscheidung zur Beendigung explizit kurativer medizinischer Behandlung, die heute verstärkt von Patient und Arzt im Blick behalten werden muss und nicht einfach mehr nur passiv hingenommen, sondern im Therapieverlauf an einer Stelle ausdrücklicher „*gewählt*“ werden muss.

Übrigens fühlen sich Menschen heute nicht nur immer mehr für Entscheidungen innerhalb der schwierigen Prozesse des von der Medizin begleiteten Sterbens verantwortlich. Die Notwendigkeit heutiger persönlicher Entscheidung reicht in den Differenzierungen des Lebens über den Tod hinaus. Die vielfältigen Formen der Bestattung – Erdbestattung, Feuerbestattung, anonyme Bestattung – sind Spiegel der pluralen Bedürfnislagen von Menschen über ihren Tod hinaus<sup>7</sup>. Sie sind Ausdruck der Sorge um praktische Konflikte und zugleich Sinnaussagen über das Erleben der Bedeu-

---

<sup>7</sup> Die Differenzierung der Bestattungskultur ermöglicht die traditionelle Sarg- oder Feuerbestattung unter Teilnahme der Angehörigen, im kleinen oder großen Kreis, die anonyme Feuerbestattung (selten als Bestattung im Sarg) in öffentlichen Gräberfeldern oder als Urnenbestattung zur See usw.

tung des Todes, für den Einzelnen, für die Angehörigen, für die gesellschaftliche Gemeinschaft. Der Wunsch nach Entlastung der Angehörigen von Bestattungskosten, aufwendiger Grabpflege usw. mischt sich mit Gefühlen der Einsamkeit, der Abgrenzung und der Hoffnungslosigkeit, dass das eigene Leben eine Bedeutung für andere oder in irgendeinem religiösen Sinne Relevanz über den Tod hinaus haben könnte.

Die Zahl der anonymen Bestattungen nimmt zurzeit in der Bundesrepublik ständig zu. „In Hamburg z. B. ist die Zahl von 500 im Jahre 1975 auf mehr als das Zehnfache im Jahre 1991 angewachsen – das ist mehr als ein Viertel der insgesamt über 20000 Bestattungen. [...] Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR liegt die Gesamtzahl der anonymen Bestattungen bei über 30%; die Praxis wird sich dort noch verstärken und sich auch auf die westlichen Länder tendenziell auswirken.“<sup>8</sup> Auch wenn bis ins 19. Jahrhundert hinein die Errichtung eines Grabmals ein Vorrecht der Oberschicht blieb<sup>9</sup>, drückt sich mit dieser Form der Bestattung ein anderes Verhältnis zu Sterben und Tod aus, als es innerhalb der traditionellen Gesellschaft vorherrschte. „Isolation u(nd) Verein-samung“, „Verlust der Heimat“, „Verbitterung“, „Privatisierung v(on) Sterben, Tod u(nd) Trauer“, auch die „bewußte Absage an Auferstehungsglauben“ und eine „säkulare Lebenseinstellung“<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Die deutschen Bischöfe, Unsere Sorge um die Toten und die Hinterbliebenen. Bestattungskultur und Begleitung von Trauernden aus christlicher Sicht. Bonn 1994, 29f. Auf das gesamte Bundesgebiet berechnet liegt der Anteil der anonymen Bestattungen bei 5,6% (vgl. ebd.).

<sup>9</sup> Vgl. ebd. „Die allermeisten Toten wurden ohne Kennzeichnung der individuellen Grablege anonym (aber unter Teilnahme der Öffentlichkeit!) bestattet.“

<sup>10</sup> K. Baumgartner, Art.: Bestattung. V. Gegenwart, in: LThK 2 (31994) 324-326; hier: 325.

kommen offenbar in dieser Entwicklung als kulturelles Phänomen differenzierter Gesellschaft zum Ausdruck.

Es ist gerade diese Einsicht, in Bezug auf die „Möglichkeiten“ der Gestaltung des Sterbens selbst entscheiden zu müssen, die „den Tod“ heute eben wieder verstärkt „thematisiert“ hat und „das Programm“ der modernen Verdrängungsstrategien „gefährdet“<sup>11</sup>. Die Frage der Patientenverfügung, die Diskussion über den Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch, die Pluralisierung der Beerdigungskultur machen deutlich, wie sehr moderne Gesellschaft die Prozesse des Sterbens reflektiert und wie sehr diese Reflexion gerade auch die persönliche Kompetenz des Einzelnen angeht. *Er*, der Einzelne, muss darin über seine Kraft zur Bejahung von Therapiebelastung, Schmerz, geduldigem Genesungsprozess und über seinen Lebenswillen, ja über Sinndeutung von Leben, Krankheit und Tod nachdenken.

Diese Einsicht stellt für die theologische Perspektive die entscheidende Herausforderung im Umgang mit dem Tod innerhalb heutiger, moderner Gesellschaft dar: Die Konfrontation mit dem verlangsamten Tod fragt die weltanschauliche Deutung dieser Seite unseres Lebens radikal an. Und diese Deutung wirkt sich auf die Gestaltungen von Medizin, gesellschaftlicher Solidarität und konkreter Begleitung der Sterbenden im gegenwärtigen kulturellen Kontext aus. Auch die Frage nach der Legitimation aktiver Euthanasie muss – und das soll im Folgenden entfaltet werden – auf diesem Hintergrund gesehen werden. Ist es schließlich vor allem diese besondere Entscheidungsmöglichkeit, die in diesem Zusammenhang die Diskussion oft sehr radikal und bewegt macht: die Möglichkeit der bewussten aktiven Lebensbeendigung,

---

<sup>11</sup> D. B. Linke, In Würde altern und sterben. Zur Ethik der Medizin. Gütersloh 1991, 59; vgl. auch: Ders., Wie alt sollen Menschen werden? Fallstudien aus der Praxis (GTB Sachbuch 971). Gütersloh 1993.

wenn das Maß der psychischen oder physischen Schmerzen die subjektiven Kraftgrenzen überschreitet<sup>12</sup>? Ist diese Option als die letzte und abschließende Entscheidung zu verstehen, die angesichts der Verlangsamung des Todes und der damit zusammenhängenden Reflexivität des Sterbens den Menschen heute offen gehalten werden muss: Dass sie auch darüber bestimmen dürfen, ob sie angesichts letzter Belastungen in den Prozessen des zerfallenden Lebens bewusst den Schritt in den Tod suchen, um ihr Lebensende zu gestalten?

---

<sup>12</sup> Vgl. H. M. Kuitert, *Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben*. Gütersloh 1991; J.-C. Student (Hg.), *Das Recht auf den eigenen Tod*. Düsseldorf 1993.



### **3. Aktive Euthanasie – Säkularisierter Realismus im Umgang mit dem Tod?**

Wenn die gegenwärtige Diskussion im Blick auf diese Schwierigkeiten heutiger Medizinkultur die Handlungsalternative der aktiven Euthanasie in das ärztliche Handeln aufzunehmen bereit ist, dann geht es nach Auffassung ihrer Befürworter darum, in den Konflikten des medizinischen Alltags eine stimmigere Regelung zu erreichen. Vor allem die juristischen Probleme sollen danach konsistenter und überschaubarer gelöst werden. Schon heute spielt der Rückgriff auf den Patientenwillen oder seine mutmaßliche Ermittlung eine große Rolle<sup>13</sup>, um die Gestaltung therapeutischer Schritte festzulegen oder schließlich eine aus medizinischer Sicht sinnlos gewordene Behandlung moralisch und juristisch verantwortet abubrechen. Von der umfassenderen Legitimation aktiver Sterbehilfe erhofft man sich eine Flexibilität, die diese Dynamik der Patientenautonomie fortsetzt und mit der auf die Konflikte zu Ende gehenden Lebens und schwer Leidender eingegangen werden können soll. In einer Kultur, in der Menschen den Zeitpunkt ihres Todes (unmittelbar oder über eine Patientenverfügung) selbst bestimmen könnten, würden nach diesem Verständnis Paradoxien vermeidbar, in die das heutige strenge Tötungsverbot treibt: dass lange Prozesse leidvollen Sterbens durch halbherzige Therapieeinschränkungen unwürdig hinausgezogen werden; dass Ärzte hilflos mit ansehen müssen, wie Patienten durch therapeutische Eingriffe, die zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt haben, zu langem Siechtum und unglücklicher Lebensverlängerung – gegen ihren Willen – verdammt sind; dass

---

<sup>13</sup> Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 29. September 1998 (13), B-1853.

nicht klar ist, ob Vormundschaftsgerichte Entscheidungen der gesetzlichen Vertreter von entscheidungsunfähigen Patienten zum Behandlungsabbruch mit Rekurs auf den mutmaßlichen Willen des „Mündels“ kritisch überprüfen müssen<sup>14</sup>; dass Suizidwillige gegen ihren Willen durch ärztliche Hilfe am Leben erhalten werden (vielleicht bei mehrmaligen Suizidversuchen)<sup>15</sup>; dass psychiatrische Betreuer bei schwersten Depressionen und anderen Formen psychischen Leides den Todeswunsch der Klienten nicht positiv ernst nehmen dürfen, auch wenn langjährige Therapien zu keinem Ergebnis geführt haben; dass Kinder geboren werden, die dann mit schlimmen körperlichen und seelischen Unzulänglichkeiten und bedrückenden Lasten für sie selbst und die Eltern am Leben erhalten werden können.

Bei der Schmerztherapie ist es danach schon seit längerem ein Problem, Schutz vor Schmerzen und medikamentös verursachte Lebensverkürzung von einander zu trennen. Und auch wenn heute das schmerztherapeutische Spektrum viel reicher und zielsicherer geworden ist<sup>16</sup>, werde ja von ärztlicher Seite noch immer die ju-

---

<sup>14</sup> Vgl. W. H. Eberbach, Staatliche Genehmigung zum Sterben? Zur Anwendbarkeit von § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB auf den Behandlungsabbruch, in: MedR 2000, Heft 6, 267-270.

<sup>15</sup> Der Arzt ist in der Regel (selbst bei ihm durch Suizidversuche schon bekannten Suizidenten) bei einem erneuten Suizidversuch auf Grund seiner Garantenstellung zum Eingreifen verpflichtet, zumindest wenn der Suizident das Bewusstsein verliert. Die Beihilfe zum Suizid aus Mitleid ist zwar – so lange der Suizidwillige die Tatherrschaft über das Geschehen behält – in Deutschland nicht strafbar, „eine Strafbarkeit der Beteiligung an einer Selbsttötung“ wird aber oftmals „aus einer wenig überzeugenden Unterlassenskonstruktion hergeleitet“ (A. Nußbaum, *The Right to Die. Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland* (Strafrechtliche Abhandlungen, N.F. 128) Berlin 2000, 188.

<sup>16</sup> Vgl. F. Strian, Schmerz. Ursachen – Symptome – Therapien (BsR 2036). München 1996. Gegenwärtige Beurteilung schwankt dabei zwischen der Behauptung, dass das Problem einer ungewollten Lebensver-

ristische Grauzone beklagt, die bei Gaben von Schmerzmitteln unter therapeutischer Absicht mit darauf folgendem Todeseintritt den Arzt schutzlos lasse. Und theoretisch kann ja auch solche „indirekte“ Tötung in ihrer Intention zu bewusster Lebensbeendigung neigen, vor allem wenn ein langer Leidensweg hinter dem behandelten Patienten liegt und der Tod als Erlösung erfahren wird. Für die Befürworter der aktiven Euthanasie ist es deshalb die Frage, warum solche Handlungsweise, die im klinischen „Geschäft“ (eben als „indirekte“ oder „passive“ Euthanasie) akzeptiert ist<sup>17</sup>, nicht offener legitimiert wird und wie sie von aktiver Euthanasie eigentlich noch zu unterscheiden sei.

Schwerer wiegt im klinischen Alltag aber wohl noch das Problem, dass Maßnahmen im Sinne medizinischer *Aktionen* einer Erleichterung des Sterbens dienen müssen, die häufig einen einschneidenden Wendepunkt in der therapeutischen Betreuung eines Menschen darstellen. Einmal begonnene Therapien müssen bei infauster Prognose beendet werden. Das Abschalten von Geräten wird dann zum aktiven Eingriff in die künstlich aufrecht erhaltene vitale Grundstabilität eines Kranken und zieht den (*zugelassenen*, manchmal) raschen Tod nach sich. Oder bewusst niedrigkalorisch gehaltene Ernährung soll dazu führen, einem Patienten ohne Aussicht auf wiedererlangte Genesung schließlich das Sterben zu ermöglichen. Auch hier oszilliert für viele die medizinische Behandlung zwischen aktiver Verfügung über menschliches Leben und hilflosem sterben Lassen, wobei lange Sterbeprozesse bei Zurücknahme von Therapien mit der mehr oder weniger be-

---

kürzung durch Gaben von Schmerzmitteln der Vergangenheit angehört, und dem Hinweis, dass gewisse Risiken bestehen bleiben (vgl. die mögliche Atemdepression bei Morphinumgaben).

<sup>17</sup> Die positive moralische Qualität dieser Vorgehensweise steht – bei allem möglichen Missbrauch auch hier – für viele außer Frage.

wussten Absicht, das Leben „vergehen zu lassen“, die Frage aufkommen lassen, ob es für den Patienten nicht leichter wäre, wenn er (durch aktive Euthanasie) rascher ans Ziel käme.

Besonders bedrängend ist aus dieser Sicht ärztlichen Handelns aber, dass sich im Kontext der immer subtileren Möglichkeiten medizinischer Eingriffe zunehmend therapeutische Entscheidungen am Ende für die Lebensqualität des Patienten eigentlich eher als Belastung herausstellen würden, ohne dass man dem Arzt einen Vorwurf machen könnte. Technische Medizin kann nicht immer das Ergebnis ihrer Eingriffe exakt vorhersagen. Trotzdem scheint nicht nur juristisch gesehen in vielen Fällen ein energisches Eingreifen mit Hilfe der Technik geboten. Gerade die Notfallmedizin kennt den unerbittlichen Zwang zum Handeln, bei dem der Arzt ohne nähere Kenntnis der gesundheitlichen Vorgeschichte eines Patienten massive Mittel zum Einsatz bringen muss, um zunächst die vitalen Funktionen eines Menschen in der Situation einer Lebensgefährdung (etwa nach einem Unfall) zu stabilisieren. Erst im Nachhinein lässt sich dann manchmal tatsächlich darüber urteilen, ob ein solcher Einsatz im Blick auf das gesundheitliche Gesamt für den Patienten sinnvoll war. Schwebestände zwischen Leben und Tod (komatöse Formen, Lähmungen usw.) können die Folge sein und den Tod noch einmal als eigentliche Erlösung erfahren lassen.

Ein ganz eigenes Konfliktfeld scheint in diesem Zusammenhang die Neonatalogie darzustellen. Das immens gesteigerte Können, auch extrem unreife Kinder zu retten und aufzuziehen, hat als Preis, dass nicht immer mit Klarheit prognostiziert werden kann, ob nicht Leben behindernde Schädigungen zurückbleiben bzw. wie schwer sie sind. Und die Möglichkeit, auch Kindern mit gravierenden Fehlbildungen über die Geburtsphase hinwegzuhelfen und sie (für eine Zeit) am Leben zu erhalten, stellt die Frage, wie sinnvoll ein solcher technischer Eingriff eigentlich ist, wie schwer

die Belastungen für Kinder und Eltern sind, die aus solchen Möglichkeiten folgen.

Bei all diesen Situationen bleibt für die Euthanasiebefürworter immer wieder das Problem, dass große Konflikte heraufbeschworen werden können, die gerade mit den Chancen der Technik verbunden sind. Der Einsatz der Technik ist dabei notwendig und unverzichtbar. Aber er zieht auch Paradoxien nach sich, die kaum einfach vermieden werden könnten. Und es ist der Mensch, der *entscheiden* müsse, wie er sich dieser Technik bedient, ob er sie einsetzt oder beiseite lässt, wann er Leben zu verlängern versucht, wann im Blick auf zu große Belastungen nicht. Die einfache Unterscheidung zwischen aktivem Töten und passivem Sterbenlassen zur Strukturierung der moralischen und juristischen Probleme am Ausgang menschlichen Lebens werde dabei offenbar als immer weniger sachgerecht und hilfreich erlebt.

Selbstbestimmtes Sterben soll hier insofern eine gewisse Humanisierung ermöglichen, als den blinden Zwängen der natürlichen Prozesse die wählbare schmerzfreie Kultur der technisch assistierten aktiven Lebensbeendigung entgegengesetzt werden könnte. Der einzelne Patient kann – so ist das Ideal gedacht – im Zusammenhang mit dem modernen Therapieangebot bei unüberwindbaren schmerz- und leidvollen Situationen die „assistierte (Selbst-) Tötung“<sup>18</sup> als Ausweg wählen. Lebensbeendigung gleichsam als „Therapie“ wird dabei unter kritische Regeln der Sorgfaltspflicht bei der assistierten Tötung gestellt: die Dokumentation des dauer-

---

<sup>18</sup> Dieser etwas umständliche Ausdruck soll besagen, dass die aktive Euthanasie ihrem moralischen Wesen nach im Verständnis heutiger Probleme im Gegensatz zu jedem Programm der Selektion, ökonomischer Nutzenüberlegungen und unsolidarischer Beseitigung eigentlich eine Selbsttötung darstelle, die die Gesellschaft aber dem leidenden Patienten unter Umständen auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin abnimmt und für ihn assistierend vollzieht.

haften Sterbewunsches des Patienten, der Hinzuziehung zweier Ärzte usw. Juristisch wird die freie Selbstverfügung zum legitimierenden Axiom der Tötung. Aber auch die Idee einer solidarischen Hilfestellung der Gesellschaft, die dem Wunsch des von einer anders nicht zu bewältigenden Krise bedrohten Gemeinschaftsgliedes entspricht, steht im Hintergrund.

Philosophische, medizinethische und juristische Reflexionen im Kontext der gegenwärtigen Euthanasiediskussion (etwa um den australischen Philosophen Peter Singer) werden allerdings gelegentlich so prinzipiell und ‚metaphysisch‘ geführt, dass erschreckende Modelle des Präferenzutilitarismus oder des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Vertragsschemas (gegen den angeblichen Paternalismus der Tradition) Aufmerksamkeit erregt haben. Danach sollen neugeborene Kinder oder sterbende Menschen getötet werden können, wenn sie ein bestimmtes Maß an Selbstbewusstsein verloren haben und die neurologischen Voraussetzungen für Freiheit, Interessenbildung und Schmerzempfinden nicht (mehr) aufweisen. Oder man möchte die Patientenverfügung zu einem bindenden Vertrag machen, der den Arzt mechanisch dazu verpflichtet, den Wortlaut bestimmter Verfügungen (etwa der Beendigung künstlicher Ernährung oder sogar der aktiven Tötung) in Situationen von Krankheit und Sterben unmittelbar auszuführen. Die Frage ist, ob vielen Befürwortern die Konsequenzen eines solchen Denkens wirklich bewusst sind. Sollen tatsächlich neue Rigorismen der Bestimmung der Schutzrechte des Menschen von aktuellen Fähigkeiten zu Bewusstsein und autonomen Akten aus oder die liberale Haltung privater Vertragsmentalität in die Kultur der Medizin und Therapie Einzug halten? Es ist eher unwahrscheinlich, dass eine solche Auffassung in ihrer ganzen Radikalität in der heutigen Gesellschaft Konsens findet. Vermutlich faszinieren viele solche Gedanken augenblicklich nur deshalb, weil im Kontrast zu als tabuartig empfundenen Regelungen die Erfahrung aktiver Entscheidungsnotwendigkeit

am Lebensende eben immer stärker wird<sup>19</sup>. Maßvolle, unideologische Konzepte drücken dagegen die Notwendigkeit aus, die moralischen und juristischen Entscheidungen am Lebensende stärker an den Willen des kranken Menschen zu binden, ohne dass dieser den Bezug zu objektiven Wertmaßstäben ärztlicher Sachkompetenz, persönlicher Schutzrechte gegenüber anderen und gegenüber eigenen Irrtümern verliert oder in einen bloßen „Subjektivismus“ abgleitet.

---

<sup>19</sup> Ethische Denkmodelle wie das des australischen Philosophen Peter Singers erfreuen sich wohl nur deshalb einer gewissen Aufmerksamkeit, weil sie diese Fürsorge für die extremen Krisensituationen am Ende des Lebens irgendwie in einen Realismus der notwendigen Abwägung umsetzen. Dabei sind ihre grausamen anthropologischen Implikationen einer klassifizierten Würde nach Empfindungs- und Präferenzfähigkeitskriterien oft nicht bewusst.

## **4. Mögliche Paradoxien einer Ethik der Patientenautonomie angesichts des Leides und des Todes**

So verständlich die gegenwärtige Euthanasiedebatte im Sinne dieser Konflikte also ist, so birgt doch das bloße Pochen auf Patientenautonomie oder gar die Forderung nach der Legalisierung der aktiven Euthanasie eigene unübersehbare und ernste Gefahren. Die Ermöglichung aktiver Tötung scheint zwar die Risiken etwa ungewollter Leidensverlängerung zu mildern. Doch sie stellt das Leben prinzipiell in einen Abwägungszusammenhang hinein, der die Lebenslasten mit dem Tod verrechnet. Diese Abwägung wird zunächst in die Hände der Bilanz des Einzelnen verlegt. Sie gerät aber allzu rasch zu einem sozialen Faktor, der das kulturelle Leben in seiner Einschätzung von Sinn oder Unsinn eines Lebens mit Krankheit beeinflusst und schließlich durch gesellschaftliche Wertschätzungen die persönliche Entscheidung des Kranken kolonisiert. Am Ende steht eine gefährliche Entsolidarisierung, die den Sterbenden die Verantwortung für die Lasten ihrer Lebensphase aufbürdet und sie in den Tod drängt.

### ***Grenzen der Fürsorgepflicht?***

Denn bei einer Freigabe ärztlich assistierter aktiver Tötung müsste der Arzt die medizinischen Aspekte der konkreten Situation des sterbewilligen Patienten überprüfen. Dabei gerät er in den Konflikt, einerseits die Aussichtslosigkeit eines Krankheitsverlaufes und einen damit verbundenen Sterbewunsch zu respektieren, andererseits aber sein ganzes Bemühen auf die Linderung jeglicher Komplikationen für seine Patienten zu richten. Es ist zwar wahr, dass nicht jede Situation durch den Arzt bewältigt werden kann. Es gibt Grenzen der Therapie, Grenzen medizinischer Hilfe. Dennoch bedarf es für den ärztlichen Auftrag der nimmermüden



Kraft, nach Möglichkeiten der Erleichterung für belastete Menschen zu suchen. Wie lassen sich hier die Grenzen einer solchen Suchbewegung festlegen?

Der Streit zwischen den Konzepten palliativer Medizin (vgl. die Hospizbewegung) und den Befürwortern aktiver Euthanasie macht genau dieses Problem deutlich: Die Hospizbewegung klagt heute eine radikale Verbesserung der Begleitung Leidender und Sterbender auf der Ebene der Schmerzbekämpfung, der Pflege, ja, der sozialen und menschlichen Zuwendung ein<sup>20</sup>. Sie macht bewusst, dass die Möglichkeiten der Entlastung der Menschen (nicht nur) im Sterben noch bei weitem nicht ausgeschöpft seien. Demgegenüber malen die Euthanasiebefürworter die Grenzen der Fürsorge für Patienten – besonders der Schmerztherapie<sup>21</sup> – sehr krass aus. Sie suggerieren mit diesem Gedanken aber auch die Zwecklosigkeit eines letzten Engagements für den Leidenden.

Besonders schwierig ist diese Frage im Hinblick auf psychisch kranke Menschen zu klären: Psychisches Leiden mit Wunsch zum Sterben bleibt eine radikale Herausforderung für den begleitenden Arzt. Darf er an irgendeinem Punkt seiner Therapie bei einem körperlich mehr oder weniger völlig gesunden Menschen den Wunsch seines Patienten zum Tod als die eigentlich sachliche Antwort auf die Konflikte der kranken Psyche seines Klienten be-

---

<sup>20</sup> Vgl. M. Zimmermann-Acklin, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung (SthE 79). Freiburg i. Ue. 1997, 424f.

<sup>21</sup> So wird gesagt, dass in bis zu 10% der Fälle die Schmerztherapie irgendwann an Grenzen stößt und den Patienten nicht wirklich wirksam gegen den Schmerz zu schützen vermag. Den Angaben dieser „Versagerquote“ von Schmerztherapien begegnen Schmerztherapeuten häufig mit dem Hinweis auf die Option einer terminalen Sedierung: die Möglichkeit, Patienten etwa bei Krebs im Endstadium in den Tod hinein „dämmern“ zu lassen.

trachten? Diese Frage stellt sich, selbst wenn man von der Freiheitsfähigkeit auch schwer psychisch kranker Patienten ausgeht.

### ***Der Druck der Umwelt***

Zu dieser inneren Ambivalenz, in welche das ärztliche Handeln durch die Eröffnung der Option aktiver Tötung gerät, kommt, dass der Arzt den Patienten nie in einer isolierten, individuellen Situation erlebt. Jeder Kranke steht in einem sozialen Kontext, in dem auch Angehörige durch das Kranksein von Menschen belastet sind und der Kranke seine eigene Hinfälligkeit unter den Wertungen und Zuwendungen seiner Umwelt zu verstehen und zu bewältigen sucht. Die öffentliche Bereitschaft der Gesellschaft, mit aktiver Euthanasie Menschen in den Tod zu helfen, führt dazu, dass aus der Sicht des Patienten die möglichen Haltungen sich differenzieren: Der Todeswunsch erscheint als Alternative neben dem Versuch, die Lasten der Krankheit auszuhalten. Es ist nur zu wahrscheinlich, dass gerade sensible Patienten die Belastung, die sie selbst in ihrer körperlichen Zerbrechlichkeit für Menschen in ihrem Umkreis darstellen, als Grund empfinden, der Alternative nach aktiver Euthanasie zuzustimmen<sup>22</sup>. Der Lebensmut, den sie für die Auseinandersetzung mit den ihnen aufgebürdeten Konflikten von Leid, Behinderung und Siechtum brauchen, muss sich dann aber noch einmal darüber hinaus auf die durch ihre Wahl zu Euthanasie oder Weiterleben zu verantwortende Balancierung des sozialen Kontextes mit den ihm eigenen Problemen und Reibungsflächen beziehen. Dann aber dringen fremde Interessen vor, kolonisieren die eigentliche Autonomie des Kranken und modu-

---

<sup>22</sup> Vgl. J. F. Keenan, Fallstudien, Rhetorik und die amerikanische Debatte über die ärztliche Suizidbeihilfe, in: A. Holderegger (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht (SThE 80). Freiburg i. Ue. 1999, 156-174.

lieren die Situation nach dem Schwergewicht der sozialen Umwelt.

### ***Zwischen staatlicher Überwachung und Entsolidarisierung***

Staatliche Institution muss auf diese Gefahren mit einer sorgfältigen Kontrolle reagieren, die die Verobjektivierung der verzweifelten Lage eines Patienten ja sicherstellen soll. Das aber heißt: Es scheint so, dass paradoxerweise gerade der Rekurs auf die Autonomie des Menschen das Sterben der persönlichen Sphäre entreißt. Weil das Tötungsverbot generell flexibilisiert wird, bedarf es einer schärferen Kontrolle der Einzelfälle, die zu einem unnatürlichen Tod eines Klienten im Kontext medizinischer Begleitung geführt haben. Die Frage ist, ob eine solche verschärfte staatliche Kontrolle die Ärzte und Patienten nicht eher belastet als entlastet<sup>23</sup>. Der Verzicht auf diese Kontrollen aber, der gelegentlich um der Intimität des Sterbens willen gewünscht wird<sup>24</sup>, würde bedeuten, den entscheidenden Schutz und die Verobjektivierung der verzweifelten Situation des Leidenden nicht mehr sachgerecht leisten zu können. Aus dieser Paradoxie kann eine Ethik der Euthanasie als Ethik der Autonomie nicht entkommen.

Die Entwicklung der Gesetzgebung in den Niederlanden zeigt, dass diese zunehmend zwischen einer notwendigen Überprüfung ärztlichen Handelns und der zurückhaltenden Formalisierung dieser staatlichen Beaufsichtigung geschwankt hat. Dort soll nun

---

<sup>23</sup> Es ist bezeichnend, dass in den Niederlanden trotz Liberalisierung die Meldebereitschaft der Ärzte nicht 50% der Euthanasiefälle umfasst. Grund dafür ist auch die Weigerung, die Intimsphäre der Sterbebegleitung preiszugeben.

<sup>24</sup> Vgl. J.-P. Wils, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*. Paderborn 1999, 172f, der auf H. Dupuis hinweist.

nicht mehr die Staatsanwaltschaft, sondern eine eigene Kommission, bestehend aus Ärzten, Juristen und Ethikern die gemeldeten Fälle assistierter Tötung überprüfen. Der formal-juristische Versuch, die staatliche Kontrolle allgemein und diskret zu halten, muss aber auf der lebensweltlichen Ebene zu einer Atomisierung aktiver Euthanasiepraktiken werden: Dem Einzelfall wird immer stärker die Last der Entscheidung überlassen, wobei das gesellschaftliche Umfeld seine Interessen bewusst oder unbewusst verdeckt einbringen kann.

Der entscheidende Punkt einer solchen Entwicklung ist aber darin zu sehen: Die moderne Gesellschaft setzt die Wahlmöglichkeiten, die sie dem einzelnen Menschen gewährt, immer auch auf der Rückseite in eine fortschreitende Entsolidarisierung um. Denn die Konsequenzen einer Entscheidung werden dann gern dem Entscheidungsträger selbst voll zugerechnet. Die Abtreibungspraxis zeigt dies an der Einsamkeit der Frauen im Schwangerschaftskonflikt – trotz Beratung. Die Frau, die sich für ein Kind entscheidet, muss im Alltagsbewusstsein der Gesellschaft diese ihre Entscheidung dann auch sich selbst zuschreiben. Besonders deutlich wird dies im Blick auf Kinder mit Behinderungen. Viele Frauen haben im gegenwärtigen Kontext nicht mehr die Kraft dazu, eine solche Entscheidung zu tragen: Bis zu 90% der Kinder, bei denen die Disposition zum Down-Syndrom pränatal diagnostiziert wird, werden de facto – obwohl das Gesetz die medizinisch-soziale Indikation ausdrücklich an die Einwilligung der Schwangeren bindet – abgetrieben.

Eine ähnliche Entwicklung ließe sich realistischer Weise auch für die aktive Euthanasie prognostizieren. Wird der Kranke mit seiner Entscheidung zur Schlüsselfigur, ist er „lebenslogisch“ gesehen auch verantwortlich für alle Lasten, die er mit seiner Krankheit sich selbst und anderen abverlangt. Dieser Individualisierungslogik entkommt man auf der Ebene der Lebenswelt nicht, auch

wenn juristisch ein intaktes Recht auf medizinische Versorgung aufrechterhalten wird<sup>25</sup>. Dann aber ist es nur zu wahrscheinlich, dass die liberale Gesellschaft – wie bei der „Früheuthanasie“ der pränatalen Diagnostik – auf ihre Weise die Optionen, die sie angesichts von Belastungssituationen eröffnet, standardisieren und auf ein „vernünftiges“ konformes Maß einregulieren wird: Bei Morbus Alzheimer oder Parkinson werden schwergewichtige Prozentzahlen den Einzelnen davon überzeugen, dass man angesichts einer solchen Lebenssituation, solange keine hilfreichen Medikamente gefunden sind, früh genug den Tod zu wählen hat. Wie sich diese Tendenz zur Bindung an formalisierte Kontrolle und ideelle Selbstbestimmung im Kontext von Entsolidarisierung<sup>26</sup> und von gerade im Bereich der Gesundheitsorge steigenden ökonomischen Zwängen auswirken wird, bleibt fraglich.

Fasst man diese Einwände zusammen, muss man sagen: Die aktive Sterbehilfe glaubt, angesichts der Grenzen menschlicher Macht, vor den physischen und psychischen Belastungen des zerfallenden Lebens wirklich umfassend zu schützen, durch die Tötung dem Leidenden in den Tod helfen zu müssen. „Er oder sie hat es geschafft“ sagen wir manchmal, wenn wir den schweren Sterbenskampf eines Mitmenschen erlebt haben und den Tod als Erlösung empfinden. Es soll hier nicht bestritten werden, dass es solche Erfahrungen gibt. Doch das Problem ist, dass sich bei der Bereitschaft, Menschen in solchen Situationen zu töten, die Entscheidungssituation nicht vereinfacht, sondern eher verschärft: Es

---

25 Und selbst an dieses Recht kann die Frage gestellt werden, wie lange es in einer Gesellschaft noch gilt, wenn vom Willen des Einzelnen abhängig gemacht wird, ob er kostspielige Behandlungen noch in Anspruch nimmt oder nicht.

26 Zur Sorge um eine Kriminalisierung in der Sterbehilfe vgl. M. Oemichen (Hg.), *Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“*. Lübeck 1996.

stellen sich von neuem all die komplexen Fragen der Abwägung, die die Medizin angesichts ihrer therapeutischen Möglichkeiten bei der Begleitung des Kranken und Sterbenden kennt, neu – und angesichts der gravierenden Eingriffstiefe des „Therapeutikums“ schmerzfreie Tötung in einer ungeheuer zugespitzten Form: Ist ein solches Vorgehen tatsächlich angemessen? Gibt es alternative Behandlungsmöglichkeiten? Was erleichtert Leben und Sterben wirklich für diesen konkreten Patienten?<sup>27</sup>

Der bloße Hinweis darauf, dass der Patient ja die Tötung wünsche, der nach der Vorstellung unbestimmter populärer Stimmungen irgendwie wie eine Zauberformel aus diesen Schwierigkeiten retten soll, hilft dabei wenig weiter. Immer muss der Arzt aus seinem Fachwissen heraus den Vorstellungen seines Patienten teils korrespondierend, teils interpretierend und korrigierend die sinnvollen medizinischen Mittel zur Verfügung stellen, die tatsächlich dem Wohl und Willen des Patienten entsprechen – ohne paternalistische Bevormundung, aber auch nicht nur als bloßes Ausführungsorgan blinder Befehle<sup>28</sup>. Das bloße Abstellen auf die iso-

---

<sup>27</sup> Die Vorstellungen von der aktiven Sterbehilfe gehen letztlich gerade an dem Grundproblem einer menschlichen Anwendung moderner technischer Medizin vorbei. Sie leben von der stillen Voraussetzung – die offensichtlich viele Menschen unbewusst heute machen –, dass die Unterscheidung zwischen einem menschenwürdigen Leben und einem menschenunwürdigen Leben anhand von Merkmalen der Lebensqualität eindeutig auszumachen sei. Und wenn diese Merkmale gegeben seien, dann sei der selbstbestimmte Tod der menschenwürdige Tod. Das Maß, wann aber die Lasten von Schmerz und Krankheit das Leben so schwer bedrängen, dass die Würde des Menschen gleichsam erdrückt wird – wer mag das bestimmen?

<sup>28</sup> So muss in den Niederlanden der Arzt die Aussichtslosigkeit des Leidens und die Freiwilligkeit der Entscheidung usw. *prüfen* und dokumentieren, nicht nur damit die Tötung straffrei bleibt, sondern auch um die objektive Indikation zur Tötung und damit die Wahrung der Menschenwürde zu sichern.

lierte Autonomie des Patienten wird der Komplexität der therapeutischen Situation – wie in allen medizinischen Handlungssituationen – kaum gerecht. Es scheint vielmehr dazu geeignet, die Dynamik der Humanisierung des Todes wie im Handumdrehen in eigentümlicher Weise umzukehren.

Besonders deutlich wird dieses Problem, wenn – was in allen gegenwärtigen Modellen ihrer Legitimation (in den Niederlanden, in Belgien...) der Fall ist – die aktive Sterbehilfe aus dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem erleichterten Sterbeprozess heraustritt (nach juristischer Definition ist nur hier ihr eigentlicher Ort). Sie mutiert damit zur therapeutischen Option bei allen möglichen schweren Lasten durch physische und psychische Leiden innerhalb und außerhalb des eigentlichen Sterbeprozesses. Da die Prognose des kommenden Todes kaum eindeutig möglich ist, da sich Schmerz nur schwer in objektiven Parametern erfassen lässt, scheint die Reichweitenbegrenzung auf die Sterbephase und bestimmte objektive Schmerzparameter juristisch kaum konkret realisierbar zu sein. Dann aber kann die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu einem unspezifischen Therapeutikum geraten, das sich den unberechenbaren Stimmungen subjektiver Selbsteinschätzung von Patienten, ja schlimmer noch gesellschaftlicher Trends von Vorstellungen über ein lebenswertes und nicht mehr lebenswertes Leben ausliefert. Hier fehlt nicht viel, dass die Sehnsucht nach Schutz vor Belastungen im Sterben zu einer unbestimmten Tötungsbereitschaft wird, die von der Unfähigkeit und von der Unsicherheit geprägt ist, mit behinderten und vergehenden Lebensformen umzugehen, in ihnen noch irgendeinen Sinn zu suchen. Sie mischt sich mit der Idee, dass die bloßen Selbstverfügungen in diesen Situationen der Bitterkeit solcher Wirklichkeit die Spitze nehmen könnten. Aber auch der selbst gewählte Tod ist schrecklich. Und dort, wo er sich mit dem Heroismus umgibt, durch die freie Wahl eine letzte Stärke und Überlegenheit zu demonstrieren, hinterlässt er so etwas wie den Beigeschmack ein-

samer Vergeblichkeit. Diese zeugt nicht von einer neuen Form der Auseinandersetzung mit dem Tod, sondern erscheint eher als eine Spielart seiner Verdrängung – die Weigerung, der Last des Sterbenmüssens überhaupt noch bewusst ins Gesicht zu sehen: Man möchte rasch und nicht wahrnehmbar sterben!



## **5. Welche Rahmenbedingungen sind wirklich hilfreich?**

Die Herausforderung, mit dem verlangsamten Tod menschlich umzugehen, lässt sich mit dem „Zaubermittel“ aktive Sterbehilfe kaum bewältigen. Gefordert scheint vielmehr ein Umgang mit den modernen Einsichten und Eingriffsmöglichkeiten, die sich den Entscheidungen in einer umfassenderen Weise stellt, welche heute getroffen werden müssen, um die Sterbeprozesse zu humanisieren.

Für ein menschenwürdiges Sterben in der Auseinandersetzung mit dem verlangsamten Tod müssen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient (und seinen Angehörigen) heute Kommunikations- und Rechtsformen gefunden werden, die die Entscheidungen medizinisch-fachlich verantwortet, dem Willen des Patienten korrespondierend im Konsens ermöglichen. Vor dieser bewussten Auseinandersetzung mit dem Tod kann und darf die Medizin nicht schützen, damit moderne Sterbebegleitung menschlich bleibt. Und wenn eine sinnvolle Gestaltung dieser Dimensionen nicht gelingt, wird es schwer, das immer differenziertere Können medizinischer Steuerung so zu verwenden, dass es den Bedürfnissen menschlicher Gestaltung der letzten Lebensphasen tatsächlich dient.

Wie schwer die Gestaltung von Kommunikation und Recht in der Medizin im Blick auf diese Entscheidungen allerdings ist, das zeigen die vielen Suchbewegungen, mit denen Formen therapeutischen Handelns, des Behandlungsverzichts und Behandlungsabbruchs, Strukturen der Kommunikation, etwa der Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht, Ausdifferenzierungen des Rechts, z. B. der Ausformulierung der Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung oder der Zuständigkeiten des Vormundschaftsgerichts diskutiert werden. Und es ist in diesen Fragen noch

sicher nicht alles in einer gelungenen Synthese aufgehoben: dass dem Arzt genügend Rechtssicherheit gewährt ist, wenn er Therapien unterlässt oder abbricht; dass dem Patienten die Gewissheit gegeben ist, in seinen Willensäußerungen in den oft routinemäßig ablaufenden Prozessen des Krankenhauses auch tatsächlich wahrgenommen zu werden und seine Interessen durchsetzen zu können usw.

Aber aus theologisch-ethischer Sicht gibt es keine Alternative zu dem Versuch, eine sinnvolle Sterbebegleitung zu erschließen, die dem ärztlichen Handeln und den Entscheidungen der Patienten die beiden Bewegungen ermöglicht: Leben bis zuletzt zu unterstützen und am Sterben nicht zu hindern. Beide Pole des verlangsamten Sterbens müssen in eine verantwortbare Beziehung miteinander gebracht werden.

Die Bemühungen von Gesellschaft und Politik in Deutschland sind im Blick auf diese Kulturentwicklung im Übrigen nicht weniger modern als in anderen Ländern Europas. Sie konzentrieren sich gegenüber einer bloßen Liberalisierung des Tötungsverbots auf die Vermittlung von Patientenwillen und ärztlicher Kompetenz, die eben für die Entscheidungen am Lebensende sensibel miteinander wirken müssen: auf die Bedeutung der Patientenverfügung, ihre Reichweite und Verbindlichkeit; auf das unverzichtbare Vertrauen, das zwischen Arzt und Patient herrschen muss, damit eine menschliche Therapie gelingt. Und ohne auf die komplizierten Detailfragen dieser Vermittlung hier eingehen zu können, möchte das theologische Denken dazu ermutigen, dass es möglich ist, hier eine angemessene humane Kultur zu entwickeln. In der ärztlichen Weisheit soll dem Wissen um die Relativität aller technischen Möglichkeiten medizinischen Tuns ein Platz gewahrt bleiben, um gerade die Mitte zu finden, die zwischen dem Ausschöpfen der therapeutischen Chancen und der Vermeidung unsinniger, sich verselbständigender technischer Exzesse die

Mitte hält<sup>29</sup>. Und der ehrliche Blick auf das Ende von Therapie muss bei der Nutzung der Möglichkeiten der Medizin im Umgang zwischen Arzt und Patient präsent sein<sup>30</sup>. Ja, der Patient muss – wo er es kann und will – aus seiner bloß passiven Rolle herausgenommen werden, um mit seiner Wahl zwischen den Vorteilen und den Nachteilen die möglichen Behandlungen mit zu strukturieren<sup>31</sup>. Er soll dabei die Reife entwickeln, realistisch in Lebensmut und Grenzakzeptanz weder vor dem Leid zu flüchten noch am Leben zu klammern, weder zu unentschieden und fatalistisch

---

29 Die Unterscheidungsgabe beginnt dabei nicht erst am Ende eines therapeutischen Prozesses, wenn es darum geht, über bestimmte äußerste Mittel (etwa intensivmedizinische) zu entscheiden. Sie beginnt schon bei der Gestaltung des gesamten diagnostischen und kurativen Prozesses, in dem die Frage nach dem sinnvollen Maß therapeutischer Intervention immer eine Rolle spielen darf. Dabei geht es *nicht* um ökonomische Rücksichten.

30 Es ist ein ermutigendes Zeichen, dass die ärztlichen Grundsätze zur Sterbebegleitung nach Beschreibung der Zurücknahme von Therapie suchen. Vielleicht könnte bei Grenzfällen das ärztliche Konsil und seine Dokumentation eine weitere Sicherung darstellen. Vormundschaftsgerichte können nur die Streitfälle klären. Die Ärzte müssen aber offensichtlich stärker den Mut zum Behandlungsverzicht haben. Umfragen zeigen, dass viele Ärzte die Abgrenzung von rechtlich ermöglichter passiver und indirekter Sterbehilfe und aktiver Sterbehilfe gar nicht kennen.

31 Den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten entspricht zugleich eine zunehmende Belastung des Patienten durch die langwierigen und komplizierten Therapievorgänge selbst. Und es ist manchmal schwierig auszumachen, ob der Gesundheit stabilisierende Erfolg mancher medikamentöser oder ärztlicher Intervention auf der Ebene der Gesamtbeurteilung eines Patienten eher weniger oder mehr Belastungen durch verlangsamte, Schmerz verlängernde und bewusster erlebte Krankheitsverläufe erzeugt. So wird der subjektive Faktor in der Krankheit und Therapie wichtiger: Wie viel Belastungen und Schmerzen will der Einzelne aushalten? Um wie viel Gesundheit möchte er kämpfen? Den gewachsenen nuancierten Möglichkeiten scheint die Notwendigkeit bewussterer, eigenverantwortlicher Wahl zu entsprechen.

noch zu misstrauisch und auf Selbstbestimmung pochend zu urteilen.

Der traditionellen Ethik wird der Vorwurf gemacht, sie verfüge selbst in den „indirekten“ und „passiv-zulassenden“ Aktionen sowohl im handlungstheoretischen Sinn als auch von der Intention her über das menschliche Leben, verschleierte diesen Umstand aber, weil sie aus bloßer Traditionsgebundenheit an einem Verbot aktiver Euthanasie festhalten will. Dabei sei ihr Ergebnis allzu oft eine verlängerte, unfreiwillige Qual für die Patienten. Es wird aber übersehen, dass die Option für die prinzipielle Unantastbarkeit des Lebens als Basisannahme verstanden ist, die in ihrer Unbedingtheit zunächst eine schützende und sorgende Dynamik entfaltet. Diese geht in den ethischen Konstruktionen passiver ‚Euthanasie‘ sicherlich im Blick auf den medizinischen Alltag Kompromisse ein und schränkt durch zugelassene Prozesse der Natur die Pflichten der (technischen) Lebenserhaltung um der Begrenzung von Leid willen ein<sup>32</sup>.

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie – man müsste besser sagen, zwischen aktiver Tötung und Sterbenlassen – will dabei nicht einer bloßen Begriffsspielerei oder Doppelmoral Vorschub leisten. Aktiv im Sinne eines kausalen Handelns durch den Arzt und passiv im Sinne von Geschehen-Lassen werden so unterschieden, dass überall dort, wo noch irgendwie das Zulassen natürlicher Prozesse das Sterben beherrscht, das ärztliche und pflegerische Handeln zum Wohl des Sterbenden moralisch legitimiert wird. Die Bezeichnung etwa des Absetzens einer Therapiemaßnahme mit der Folge des Sterbens des Patienten, das Verständnis dieses Vorgangs als passive Euthanasie trotz der aktiven Maßnahme „unterlassen bzw. abbrechen

---

<sup>32</sup> Vgl. J.-P. Wils, Sterben, 196-199 (in Auseinandersetzung mit Helga Kuhse).

von Maßnahmen“, wird lediglich auf dem Hintergrund einer umfassenden Wertung des gesamten Geschehens als passiv verstanden. Mit dieser Strukturierung medizinischen Handelns sollen fürsorgende Erleichterung für den Patienten und realistische Akzeptanz der Grenzen therapeutischer Intervention in eine sachgerechte Balance gebracht werden. Dem ärztlichen und pflegerischen bzw. sozialen Beistand soll nicht (durch Wahlzwänge) die zuwendende Dynamik und Motivation genommen werden, die technischen Handlungszwänge sollen aber ebenso vernünftig begrenzt und eingeschränkt werden.

In diesem Sinne stellt sich das Verbot der aktiven Euthanasie als eine echte Alternative im Hinblick auf die Konflikte der selbst bestimmten Sterbehilfe dar. Wird das Verbot der Tötung eines Menschen am Ende seines Lebens als Basisannahme aufrechterhalten, dann werden alle Kräfte mobilisiert, um jedem Menschen die Lage seines Lebens – ganz gleich in welcher kritischen Situation er sich befindet – zu erleichtern. Im Sinne einer Basisannahme bleibt aber dieses Verbot offen für die Weisheit des Verzichts auf allen überzogenen Einsatz sinnloser technischer Exzesse und offen auf eine sachgerechte Schmerztherapie.

Das setzt allerdings voraus, dass sich moderne Medizin mehr als bisher mit den Kriterien einer Begrenzung des Einsatzes ihres Könnens, mit sinnvollem Therapieverzicht und Eckpunkten der sichereren Prognostik in Bezug auf Krankheitsverläufe und finale Stadien befasst. Das mag eine schwierige Aufgabe sein und wahrscheinlich – bei allen Anstrengungen – bleiben. Aber der Zwang zum Handeln, der gegenwärtig noch immer den ärztlichen Alltag beherrscht und bei steigender technischer Entwicklung eher zunimmt, bedarf dringend der Besinnung auf vernünftige Eingrenzung, ohne dass gleich das Extrem aktiver Tötungshandlungen sozusagen flächendeckend legitimiert werden muss.

Das Konzept der passiven ‚Euthanasie‘ thematisiert über diese soziokulturellen Anliegen in Bezug auf die Medizinkultur hinaus schließlich auch noch ein Wissen um die letzte Abhängigkeit des Menschen von der Natur. Selbst wenn heute das aktive Tun technischer Medizin sehr viel stärker veranschlagt werden muss, scheint es angesichts des Sterbens illusorisch, eine medizinische Praxis zu fördern, die gegenüber den Prozessen der Natur gleichsam apriori der selbstbestimmten Kontrolle dieses Geschehens vertrauen will. In anderen Bereichen wie in der Intensivmedizin hat man lernen müssen, dass gerade nicht das Ersetzen natürlicher Funktionen immer die bessere Therapieform ist, sondern dass das Ineinander von technischer Aktion und natürlicher Stabilisierung das Optimum ist. In diesem Sinne scheint auch heute in den Sterbeprozessen aus klinischer Sicht festzuhalten zu sein: Das aktive Tun des Arztes bedarf der Beziehung zu den natürlichen Vorgängen. Das Vertrauen in natürliche Prozesse gilt auch für das Sterben selbst. Selbst wenn hier eben der Mensch eine letzte Hilflosigkeit und ein letztes Übel erfährt, den Tod, ist auch für das menschliche Gestalten dieses Prozesses unverzichtbar, eine Balance zwischen natürlichen und technischen Prozessen zu finden.

## 6. Die entlastende Perspektive der Theologie

Die theologische Ethik bleibt – fasst man das Gesagte zusammen – in Bezug auf die aktive Euthanasie skeptisch, weil sie bezweifelt, dass die technische und selbstbestimmte Kompetenz des Menschen ausreicht, um die Prozesse des Sterbens menschlich beherrschen zu können. Wohl erkennt sie die Notwendigkeit, wie sie in der Euthanasiediskussion irgendwie thematisiert wird, an: dass der Mensch heute im Blick auf den Tod in anderer Weise Entscheidungen treffen *muss*, als es zu Zeiten einer weniger weit entwickelten Medizintechnik der Fall war. Doch in der theologischen Ausdrucksweise, dass letztlich nur Gott selbst Herr über Leben und Tod sein kann, bewahrt sich ein Wissen darum, dass echte humane Kultur immer erst in einer sachgerechten und sinnvollen Verbindung zwischen natürlichen Grundlagen und gestalterischem Eingreifen des Menschen entsteht. Darüber hinaus bedarf die Erfahrung des Todes einer tieferen Sinndeutung als Antwort auf die in ihr den Menschen bedrängende Absurdität als lediglich des Hinweises auf technische und autonome Kontrolle. Die humane Ökologie des Sterbens, die die Widersprüchlichkeit und das Geheimnis dieses Geschehens nie vollständig auflösen kann, stellt sich so aus dem Blickwinkel theologischer Ethik sehr viel differenzierter dar als lediglich im Sinne therapeutisch-technischer oder autonom selbstbestimmter Logik, auch wenn damit die Bedeutung von Medizintechnik und Patientenautonomie nicht einfach außer acht gelassen werden sollen. Die theologische Rede von der Herrschaft Gottes über Leben und Tod bedeutet eben gerade eine doppelte Sicht: Sowohl die Würde des Menschen, seine Unantastbarkeit ist Gegenstand dieser Aussage, aber auch das Wissen um seine Sterblichkeit und Begrenztheit. In dieser Haltung kommen also die Solidarität der Gesellschaft mit den Leidenden und Sterbenden als auch die Vernunft einer Beschrän-

kung sinnloser Therapieversuche in den Blick. Vermieden wird aber jede Paradoxie zwischen einer allzu leichtfertigen Entsolidarisierung und die Isolierung des Patienten in den Entscheidungen am Lebensende.

### ***Die soziale Wurzel der Lebensfreude – ein Blick in die Bibel***

Angesichts der sozialen Konsequenzen der aktiven Euthanasie lohnt sich auch ein Blick auf die Rahmenbedingungen biblischer Kultur, in der gerade die soziale Einbettung der zentrale Kern einer Relativierung der Selbsttötung war. Auch wenn diese Kultur natürlich nicht die Paradoxien der modernen Medizin zwischen künstlicher Lebensverlängerung und Therapiebelastung kannte, wird an den biblischen Texten deutlich: Es ist nicht die abstrakte Behauptung, dass nur Gott die Herrschaft über das Leben zukommt, welche die theologische Ablehnung der Selbsttötung motiviert. Sondern es ist die Erfahrung einer im Horizont glaubender Sinnerfahrung eröffneten sozialen Bindekraft.

Die theologische Position wird häufig so verstanden, dass sie biblische Stellen wörtlich nimmt und aus der Bibel ein Verbot der Selbsttötung herausliest, weil nur Gott die Verfügung über das Leben zustehe. So heißt es etwa in 1 Sam 2, 6: „Der Herr macht tot und lebendig, er führt zum Totenreich hinab und führt auch herauf.“ Und das Buch Deuteronomium legt Gott die Worte in den Mund: „Ich bin es, der tötet und der lebendig macht.“ (Dtn 32, 29) Das könnte als eifersüchtiges Pochen verstanden werden, in dem gegenüber menschlicher Machtanmaßung darauf verwiesen wird, dass nur Gott als Schöpfer Leben schenken kann und deshalb auch bestimmen darf, wann menschliches Leben endet. Gott und Mensch erscheinen als Konkurrenten in der Verfügung über menschliches Leben.



Im Kontext der modernen Theologie wird aber immer wieder betont, dass die Bibel kein echtes Verbot der Selbsttötung kennt! Gegenüber der theologischen Tradition, die den ‚Selbstmord‘ häufig scharf verurteilt und an den Rand einer absoluten Zurückweisung der Rechte Gottes gerückt hat,<sup>33</sup> wird deutlich gemacht, dass die Kultur Israels und der ersten christlichen Gemeinden eine Ächtung des ‚Selbstmordes‘ nicht kannten. Diese moralische Toleranz wird auch für eine heutige theologisch-ethische Wertung der vielfältigen Verfügungen über menschliches Leben geltend gemacht, welche der medizinische Alltag mit sich bringt. Geräte müssen irgendwann einmal abgestellt werden und auf Therapien – das wurde oben schon deutlich – muss der Mensch der modernen Kultur bewusst verzichten, soll die technische Medizin nicht unmenschlich werden. Hier bestimmt ja der Mensch schon sehr tief greifend über sein Leben und seinen Tod.

An dieser Sicht überzeugt der Hinweis auf die historischen Zusammenhänge der biblischen Texte. Dort, wo etwa das Alte Testament vom Herrschaftsrecht Gottes über das menschliche Leben spricht, ist kein striktes Verbot der (Selbst)Tötung gemeint,<sup>34</sup> sondern die Macht Gottes wird mit der menschlichen Ohnmacht kontrastiert.<sup>35</sup> Gerade der Schutz, der aus dieser Beziehung des

---

33 Vgl. W. Wolbert, Du sollst nicht töten. Systematische Überlegungen zum Tötungsverbot (= Studien zur theologischen Ethik 87), Freiburg i. Ue. 2001.

34 Es ist ja bekannt, dass sich das Gebot des Dekalogs im Kontext des Volkes Israel auf ein „ungesetzliches Töten“ bezieht, „(Mord, Totschlag, Töten aus Unachtsamkeit, Blutrache), nicht aber auf das Töten im Krieg oder die Hinrichtung von Verbrechern“ (J. Scharbert, Exodus (= Die Neue Echter Bibel 24), Würzburg 1989, 85) – und in diesem Sinne auch nicht auf die aktive Euthanasie.

35 An vielen Stellen wird im AT der „souveränen Vollmacht Gottes [...] die Ohnmacht eines (jeden) Menschen als Kontrast gegenübergestellt: Er ist in der Lage zu töten, und zwar aus Bosheit; er kann aber allenfalls

hilflosen Menschen zum heilsgeschichtlichen Gott geschenkt ist, ist frei von jeder moralischen Verurteilung der Verzweiflung und der Konflikte menschlichen Lebens. In diesem Sinne sind die entsprechenden Texte als soteriologische Texte zu lesen und haben keinen direkten ethischen Inhalt.

Im Buch Deuteronomium 32, 39: „Ich bin es, der tötet und der lebendig macht“, geht es nicht um ein Verhältnis zwischen Gott und den Menschen, sondern um die Überlegenheit des Gottes Jahwe über die anderen Götter. Die Sinnlosigkeit des Götzen dienstes in Israel wird deutlich gemacht. Vor dem Hintergrund des [...] Versagens aller Götter erreicht das Lied seinen theologischen Höhepunkt. Es führt zum triumphierenden Selbstzeugnis Jahwes von sich als dem einzigen Gott. Denn Jahwe ist – nach alter hymnischer Redeweise (vgl. 1 Sam 2, 6.) – allein Herr über Leben und Tod.

Das hat allerdings auch eine Bedeutung für das menschliche Leben und Schicksal. Die Lebensmacht Gottes „umschließt auch Krankheit, Gefangenschaft und jegliche Lebensbeeinträchtigung“<sup>36</sup>. Genau in diesem Sinne ist auch der Hymnus der Hanna aus der genannten Stelle 1 Sam 2, 6<sup>37</sup> zu verstehen. Im Hebräi-

---

Unbelebtes gestalten [...], über Geist und Leben jedoch hat er keinerlei Verfügung, um einen Toten wieder lebendig zu machen und einen in die Totenwelt Aufgenommenen daraus zu befreien.“ (H. Engel, Das Buch der Weisheit (= Neuer Stuttgarter Kommentar AT 16), Stuttgart 1998, 248).

<sup>36</sup> G. Braulik, Deuteronomium II. 16, 8-34, 12 (= Die Neue Echter Bibel 28), Würzburg 1992, 234.

<sup>37</sup> Biblische Tradition lässt hier und an vielen anderen Stellen (Tob 13, 2; Jes 38, 10; Ez 26, 20; 31, 16; 37, 12; Jona 2, 7; Ps 9, 14; 30, 4; 31, 16; 40, 3; 55, 24; 71, 20) „an eine Errettung vom Tod in lebensbedrohlicher Krankheit denken“. A. Schmidt, Weisheit (= Die neue Echter Bibel 23), Würzburg 1989, 70.

schen bringen Partizipien zum Ausdruck, was der Herr zu jeder Zeit vollbringen kann. Wenn der Herr lebendig macht und aus dem Totenreich heraufführt [...], dann vermag er nicht nur Schwerkranke aus der Sphäre des Todes ins Leben zurückzuholen [...], sondern sogar Tote zu erwecken [...]. Und die ganze psychosoziale Wirklichkeit des Menschen ist von dieser Lebensstiftung Gottes umschlossen: „Der Herr vermag die gesellschaftlichen Verhältnisse umzukehren. [...] Im zivilen Bereich vertauschen die Satten und die Hungrigen ihre Rollen [...]“.“<sup>38</sup>

Diese Souveränität Gottes kommt auch im Neuen Testament zum Ausdruck, wenn Paulus zwischen rivalisierenden Gruppen innerhalb der jungen christlichen Gemeinde zu schlichten versucht. Der Hinweis auf Gottes absolute Herrschaft steht hier zur Relativierung der Konkurrenz zwischen den Gruppierungen im Kontext der Glaubenden:

„Keiner von uns lebt sich selber, und keiner stirbt sich selber: leben wir so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Ob wir leben oder ob wir sterben, wir gehören dem Herrn. Denn Christus ist gestorben und lebendig geworden, um Herr zu sein über Tote und Lebende. Wie kannst also du deinen Bruder richten? Und du, wie kannst du deinen Bruder verachten? Wir werden doch alle vor dem Richterstuhl Gottes stehen.“ (Röm 14, 7-10)

Das heißt also:

„Wenn das ganze Leben, Leben und Sterben des Christen, dem Herrn gehört, wie Paulus nachdrücklich ausführt, weil Christus durch seinen Tod und seine Auferstehung zum Herrscher über Tote und Lebende geworden ist – wozu sich in der Taufe alle bekannt haben –, dann darf seine Herrschaft in der Gemeinde

---

<sup>38</sup> J. Scharbert/G. Hentschel, 1 Samuel (= Die Neue Echter Bibel 23), Würzburg 1994, 53.

nicht durch rivalisierende (wenn auch unterschiedliche) Frömmigkeitspraxis begrenzt werden.“<sup>39</sup>

In all diesen biblischen Aussagen ist also nicht ein Tötungsverbot an den Menschen aufgrund der Konkurrenz zwischen menschlicher und göttlicher Verfügung formuliert, sondern es wird die Größe Gottes in Bezug auf verschiedene andere Realitäten (andere Götter, Rivalitäten in der Gemeinde der Glaubenden) ausgedrückt. Demnach hat sich die theologische Tradition allzu rasch und unvermittelt biblischer Verbotsformeln zu unrecht bedient, um die aktive Euthanasie und den ‚Selbstmord‘ zu diskreditieren.

Aber dennoch ist eine Vereinnahmung der theologischen Grundlagen für die Bejahung aktiver Euthanasie im gegenwärtigen medizin-ethischen Kontext ein eigenes Problem. Interessant ist, dass weder das Alte noch das Neue Testament die im griechischen Kulturraum übliche Stilisierung der Selbsttötung als Tat der Freiheit kennen. Selbsttötung wird toleriert in tragischen und ausweglosen Situationen um der Ehre des Lebens oder der Flucht aus politischen Zwangssituationen willen. Aber grundsätzlich wird die Macht Gottes gerade auch für die konflikthaften und ausweglosen Situationen des menschlichen Lebens in Anspruch genommen und als Sinnstiftung für die Hilflosigkeit erlebt. Das biblische Ethos ist ein Ethos der Ermutigung gerade in den Situationen, in denen das Leben mit seinen Lasten auf den menschlichen Lebensmut drückt. Die Solidarität, die dabei vor allem die Gemeinschaft der Glaubenden im Sinne einer existentiellen Sinn-solidarität im Bezug zum heilsgeschichtlichen Gott vermittelt, ist Wurzel dieser Lebensbejahung (auch im Leid).

---

<sup>39</sup> R. Pesch, Römerbrief (= Die Neue Echter Bibel, Bd. 6), Würzburg<sup>3</sup> 1994, 99.

„Selbstmord kam in Israel sehr selten vor. Neben der ‚natürlichen‘ Abneigung gegen den Tod und dem selbstverständlichen Hängen am Leben wird man [...] vor allem soziologische Gründe hierfür verantwortlich machen können. Der Israelit war in die Gemeinschaft der Großfamilie, der Sippe und des Volkes eingebettet und hatte in ihr Ziel und Aufgabe des Lebens. Ein in die Gemeinschaft eingebetteter Mensch neigt aber nicht zum Selbstmord. So konnte unnennbares Leid oder sonstige Unverträglichkeit der Lebensumstände beim Israeliten wohl den Wunsch nach dem Tode wecken, der hin und wieder in der Bitte an Gott, das Leben wegzunehmen, gipfelt. Bis zum Entschluß, selbst Hand an sich zu legen, führte dies jedoch alles nicht.“<sup>40</sup>

Man könnte also von einer Grunderfahrung der Sinnsolidarität sprechen, die aus dem gemeinsamen Glaubenserleben der Menschen in ihrer Beziehung zu Gott erwächst und die im Glaubenszeugnis jüdisch-christlicher Tradition gerade im Leid eine Flucht durch Tötung überflüssig macht. Im Neuen Testament wird dieser Gedanke der Sinnsolidarität fortgeführt, wie sie sich im Volk Israel und der Kultur des jüdischen Volkes als selbstverständlich darstellt: Paulus „entfaltet [...], was diese Grundrelation zu Christus bedeutet: Sie schafft Gemeinschaft über die Grenzen des je-

---

<sup>40</sup> L. Wächter, *Der Tod im alten Testament*, Berlin 1967, 89-90. „Aus der Weh der griechisch-römischen Philosophen, in der der Selbstmord besonders üppig blühte, sei, um [...] die Größe des Unterschiedes zu Israel hervorzuheben, ein Ausspruch des Stoikers C. Musonius Rufus, eines römischen Ritters, genannt: ‚Ergreife die Gelegenheit, schön zu sterben, wenn es in deiner Macht steht! Nach kurzer Zeit könnte es dir nur noch möglich sein, zu sterben, aber nicht mehr, schön zu sterben.‘ Solch ‚schöner Tod‘, nach dem sich wohl die meisten Griechen sehnten, war sicher zunächst der Tod in der Schlacht, aber dann auch der selbstgestaltete Tod, den wir als Selbstmord bezeichnen. Einen selbstgestalteten Tod kennt Israel nicht, weil es keine autonome Persönlichkeit kennt, sondern nur Menschen, die in doppelter Weise gebunden sind: einmal in die Gemeinschaft der sie angehören, dann in der Verantwortung gegenüber Gott. So ist Selbstmord in Israel nur ein selten begangener letzter Weg.“ (Ebd., 97)

weils Eigenen hinweg. Keiner lebt nämlich ‚für sich selbst‘ – diese bekannte Losung gegen Solipsismus und Egozentrik gewinnt unter christlichem Aspekt einen überraschend neuen, unendlich tieferen Sinn, der sich darin anzeigt, dass Paulus hinzufügt: ‚und keiner stirbt für sich selbst‘. Gibt es schon im Leben vielerlei Erfahrungen von Kommunikationsgrenzen und von Einsamkeit, so macht der Tod Jeden Menschen radikal einsam. Doch weder im Leben noch auch im Sterben ist ein Christ allein auf sich selbst bezogen“<sup>41</sup> und im Sinne dieser Einsamkeit verloren.

### ***Die soziale und religiöse Wurzel der Humanisierung des Todes***

Was aus dieser Glaubenserfahrung für ein säkularisiertes Wirklichkeitsverständnis gelernt werden kann, ist dieser soziale Bezug einer wirklich gelingenden Humanisierung des Todes. Die Ethik der Selbstbestimmung, die sich um die Solidarpflicht und Objektivierung des Todeswunsches eines ihrer Glieder erweitert, muss noch radikaler auf ihre soziale Einbindung hin bedacht werden. Und theologisch-ethisch gesehen steht hinter den juristischen und sachlichen Fragen einer menschenwürdigen Sterbebegleitung im Zeitalter des verlangsamten Todes noch einmal die Frage nach der Bejahung von Größe und Grenze unserer menschlichen Existenz. Gerade im Umgang mit Krankheit und Gesundheit geht es ja um die tiefen Fragen von Lebensbejahung und Einverständnis mit der Endlichkeit und den Grenzen des Lebens, um Lebensfreude und Abschied vom Leben, um Lebensmut und Annahme der zerbrechlichen Realität menschlichen Daseins. Menschliche Kultur angesichts dieser letzten Fragen über Sinn und Absurdität des Daseins kann letztlich nur wachsen, wenn Arzt und Patient in ihrer

---

<sup>41</sup> U. Wilckens, *Der Brief an die Römer*, Teilbd. 3, Röm 12-16 (EKK VI,3), Einsiedeln/Neukirchen-Vluyn 1982, 84.

menschlichen Begrenztheit angenommen und verstanden sind. Es geht dann nicht nur um die Frage, ob das Sterben von vordergründigen Details der physischen und psychischen Belastungen dieses physiologischen Vorgangs frei gehalten werden kann. Sondern es geht um die Frage, ob sich Arzt und Patient nicht gegenseitig überfordern im Ringen um das kostbare Gut der Gesundheit. Theologisch gesprochen ist gerade im Blick auf unverzerrte Kommunikation über Gesundheit und Krankheit die Beziehung zu Gott eine unverzichtbare Hilfe, weil sie den Menschen in seiner Größe und in seinen Grenzen gerade in Bezug auf Transzendenz in den Blick nehmen lässt und so jede Übersteigerung und verkrampfte Verzerrung verhindert.

Religiöse Sinndeutung des Lebens und des Todes kann helfen, das rechte Maß zwischen Wertschätzung des Lebens, Sinndeutung von Leid und Annahme des Todes zu finden. Das grundlegende Ja zur Endlichkeit des Menschen, seines Lebens, seiner Gesundheit ist eine tiefenhermeneutische, kommunikative Voraussetzung für die balancierte Medizinkultur – gerade in Bezug auf ihre äußerste Bewährung in der Sterbebegleitung. In der religiösen Betrachtungsweise haben das Ja zum Leben – mitunter auch mit Behinderungen und schweren gesundheitlichen Lasten –, Annahme des Todes, Lebensmut und Einverständnis mit dem Sterben ihren Raum. Und nur ein solcher Raum verhindert, dass die falsche Vorstellung unbegrenzter Selbstbestimmungswerte oder technische Größenphantasien, noch die Abwertung behinderten Lebens und die Mutlosigkeit im Einsatz dafür, aber auch nicht Misstrauen und juristische Streitlust bzw. Defensive die Entscheidungen dominieren. Ein solches Maß ist notwendig, damit in den sachlichen und existentiellen Entscheidungen am Lebensende weder der Arzt noch der Patient einander überfordern. Denn menschliches Sterben gelingt überhaupt nur aus einer Haltung heraus, in der die humane Einsicht in die Größe und Grenze menschlicher Existenz lebendig ist.

## **Der Autor**

Prof. Dr. Josef Römelt, Lehrstuhl für Moraltheologie und Ethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Erfurt.