
Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht des Journalisten

Wolfgang Thielmann

„Warum gibt Gott das Licht dem Mühseligen und das Leben den betrübten Herzen – die auf den Tod warten, und er kommt nicht, und nach ihm suchen mehr als nach Schätzen, die sich sehr freuten und fröhlich wären, wenn sie ein Grab bekämen – warum gibt Gott das Leben dem Mann, dessen Weg verborgen ist, dem Gott den Weg ringsum verzäunt hat?“ (Hiob 3, 21–23).

Vermutlich kennen eine Reihe von Ihnen dieses Sätze, vielleicht auch in der aufwühlenden Vertonung durch Felix Mendelssohn-Bartholdy, der diesen Aufschrei musikalisch gestaltet hat. Ich wähle diesen Einstieg, um daran zu erinnern, dass es trotz moderner Intensivmedizin sehr alte Fragen sind, die uns bewegen, und dass etwa der medizinische Fortschritt vielleicht ein Anlass, aber nicht der Grund ist, warum wir uns hier mit ihnen beschäftigen.

Es geht um klinische Sterbehilfe. Lassen Sie mich daran erinnern, dass Krankenhäuser – zunächst in Form einer systematischen, organisierten Krankenpflege seit dem 4. Jahrhundert – einen zentralen, vielleicht sogar den grundlegenden Beitrag der Christen zur Kultur der westlichen Welt und darüber hinaus darstellen, der bis heute ein Charakteristikum einer christlich geprägten Kultur ist. Und schon in den ersten Jahrhunderten nannte ein antiker Schriftsteller es als Kennzeichen der Christen, dass bei ihnen niemand ungetröstet stirbt.

Die Frage nach dem Warum fand auch bei ihnen keine Antwort, aber einen Adressaten und damit eine Hoffnung auf und einen Glauben an einen Sinn auch des Leidens, auch wenn es wie bei Hiob als dauerhaft untragbar, ernst und aussichtslos erlebt wird und man selber diesen Sinn nicht sehen kann; denn man kann sich an den wenden, aus dessen Händen man sein Leben als Geschenk und Aufgabe erhalten hat. Das hat die westlichen Kulturen bis vor zwei Generationen geprägt, eine starke, vom gesellschaftlichen Konsens getragene und damit für den Einzelnen plausibel zu übernehmende Begründung. Dieser Zusammenhang hat sich aufgelöst. Neu sind nicht die Argumente, neu aber ist zum Beispiel, dass wir inzwischen Mühe haben, gesellschaftliche Konsense überhaupt noch zu formulieren. Vom Wertebewusstsein können wir eigentlich nur im Plural reden.

Wir brauchen Grundwertedebatten und Ethikkomitees, die schon mit ihrer Existenz ein Defizit anzeigen. Mit den Worten von Ulrich Körtner: „Der gesellschaftliche Pluralismus zieht einen Pluralismus von Moral und Ethik nach sich, der die medizinethische, aber auch die politische und juristische Konsenssuche erheblich erschwert“ (135).

Trotzdem gibt es so etwa wie das, was ich die Oberfläche des gesellschaftlichen Bewusstseins nennen möchte, etwas, das in Form von massiver, selbstbestimmter Hilflosigkeit beim Arzt ankommt und was sich auf einer anderen Seite in einem „tödlichen Mitleid“ – auf die Formel hat es Klaus Dörner gebracht – manifestiert.

Der Adressat, den Hiob kannte, ist nicht verfügbar. „Den Sinn seines Lebens stiftet jeder selbst“, lautete 1998 ein Satz in einem Programmentwurf der FDP, den Herr Schmidt-Jortzig damals verhinderte. Er spricht – nach meinem Eindruck paradigmatisch – eine Befindlichkeit aus. Eine, die das Heil hier und jetzt und bei sich selbst suchen muss, die andere, mitunter kurios anmutende Werte etabliert, darunter als zentralen die Gesundheit, das Heil als

Heilung – diesen Gedanken kann man deftig, prall und polemisch bei dem Kölner Psychiater Manfred Lütz lesen (in einem Buch namens *Lebenslust*) – die Gesundheit also, der man in den Krankenhäusern Kathedralen baut und in vielfältiger Form Opfer bringt. Leiden, Behinderung, Sterben zumal werden rigide weggeschoben, verdrängt, bis es nicht mehr geht, und dann endlich (nicht, wenn es einen selbst ankommt, sondern wenn man es über die Medien vermittelt mitbekommt) dann reifen die Einstellungen, die sich an der gesellschaftlichen Oberfläche zeigen. Die Frage des Hiob wird gestellt – ohne den Adressaten – und findet die gegenteilige Konsequenz: Leiden muss vermeidbar sein, unter allen Umständen und mit allen Mitteln, die zu Gebote stehen, und wenn es nicht mehr vermeidbar ist, dann steht der Sinn in Frage, dann ist die Würde gefährdet, dann soll es wenigstens schnell zu Ende gehen.

Das Ja auch zur aktiven Sterbehilfe, das in der deutschen Bevölkerung nach allen Umfragen eine wachsende Zustimmung findet, das Recht auf das selbstbestimmte Ende des Lebens, ist nach meiner Einschätzung auch ein Angst- und Verdrängungsreflex. Das Bild wird durch weitere Faktoren ergänzt – etwa durch die Zurkenntnisnahme der Regelungen in den Niederlanden und in Belgien, die, wie ich hier gelernt habe, zu einem Teil praktisch zu ähnlichen Konsequenzen führen wie in Deutschland. In der öffentlichen Wahrnehmung stellt sich das anders dar: da entsteht der Eindruck, dort gäbe es ein geraumes Maß an Möglichkeiten, die einem hier verschlossen bleiben.

In Frankreich soll eine ähnliche Regelung in der Vorbereitung stecken. Die Praxis in der Schweiz stellt sich um vieles offener dar als hierzulande. Wir sehen uns umgeben von liberaleren, offeneren Regelungen. Und entscheidend und damit wohl auch politikgestaltend sind nicht die Fakten, sondern die Wahrnehmung. Und: Sterbehilfe ist billiger – das wurde schon angesprochen. Es braucht nicht

viel Phantasie, um sich auszumalen, welches Gewicht ein solches Faktum gewinnt, wo die Dominanz wirtschaftlicher Argumente wächst – es sind nicht allein die leeren öffentlichen Kassen. Aus meiner Sicht ist deshalb eine Entwicklung gut denkbar, die schon in wenigen Jahren Wege zu einer aktiven Sterbehilfe, zu einer Tötung auf Verlangen bahnt, liberaler und weitgehender, als wir es uns jetzt vorstellen können. Über die Autonomie des Patienten, wird man argumentieren, wird die Entscheidung des Einzelnen offen gehalten.

Gleichzeitig gibt es – auch das kennzeichnet postmoderne Gesellschaften – Gegenbewegungen. Der Ausbau der Palliativmedizin ist einer, die Entwicklung der Hospizbewegung ebenfalls. Ich belasse es bei der Erwähnung. Bei Markus von Lutterotti und Johann Christoph Student habe ich erfahren, dass im Kontext von Hospizen die Frage nach Hilfe zum Sterben praktisch keine Rolle mehr spielt. Sie ist dort kein relevantes Phänomen mehr, selbst wenn solche Hilfe zu Anfang begehrt wird. Eine weitere Gegenbewegung: Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband hat sich im Jahr 2000 in dem Sinne festgelegt, dass es zum *common sense* evangelischer Krankenhäuser gehört, jede Form der Hilfe zum Sterben abzulehnen und damit verbundene Leistungen nicht im Angebot zu führen. Und es gibt die ersten Hospizgründungen aus Krankenhäusern heraus. Katholische Krankenhäuser halten es, soweit meine Kenntnis reicht, ebenso, so dass diese Position ökumenisch gilt.

Zur Zeit befindet sich jedes dritte Krankenhaus in Deutschland in kirchlicher Trägerschaft. Nach einer Prognose der Unternehmensberatung Arthur Andersen werden bis 2015 die freigemeinnützigen Krankenhäuser, unter denen die konfessionellen mit Abstand die Mehrheit stellen, aus der Umgestaltung des Krankenhauswesens als größte Trägergruppe (noch vor den privaten) hervorgehen. Es sieht also so aus, als bekämen die Kirchen auf ihrem ureigenen

Feld die Möglichkeit, eine gar nicht so einflusslose Gegenkultur zu etablieren. Sie brauchen allerdings die Möglichkeit, dieses Angebot im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zu erbringen. Ich wüsste nicht, wie man das aus eigenen wirtschaftlichen Kräften bewerkstelligen könnte. Und da lauert eine Gefahr, wenn etwa eine gesellschaftliche Mehrheit verlangt, dass Krankenhäuser, die in den öffentlichen Versorgungsauftrag eingebunden sind, auch den öffentlich oder mehrheitlich gewünschten Leistungskatalog vorhalten, der Schwangerschaftsabbrüche ebenso umfasst wie eben Euthanasie.

Die konfessionellen Krankenhäuser sind dabei, sich darauf vorzubereiten, Sie haben gerade ein Qualitätssicherungsverfahren etabliert, das die Standards der KTQ umfasst, aber darüber hinaus die spezifisch christliche Qualität eines konfessionellen Hauses ausmacht. Dort wird sozusagen definiert, was das Christliche an einem christlichen Krankenhaus ist. Im Zuge dieser Entwicklung können sich diese Krankenhäuser auch in der Frage der klinischen Sterbehilfe noch klarer positionieren. Ich schildere dies, weil ich darin einen Beitrag sehe, um mit Hilfe der Etablierung von Gegenkulturen die Diskussion um Werte auf neue Weise mitzugestalten, die sich wieder auf den klinischen Alltag auswirken.

Dazu braucht es eine Reihe flankierender Maßnahmen; es bedarf vor allem einer Kirche, die sich ihrer Botschaft – von dem Gott, der das Leben gibt und nimmt – ebenso gewiss ist wie ihres Auftrages zum Krankenhaus, und dann auch einer gewissen Akzeptanz in der Öffentlichkeit und, wie gesagt, der Einbindung in den Versorgungsauftrag. Doch in Entwicklungen wie diesen liegen meiner Ansicht nach Module der Hoffnung, Zeichen, die dann auch die öffentliche Wahrnehmung erreichen. Wenn die Zielsetzung, dass keiner ungetröstet stirbt, überall wahrgenommen würde – das wäre ja schon unendlich viel.