

Vortrag von PD Dr. Udo Krolzik

„So will ich nicht sterben“:

Ethische Überlegungen zur neuerlichen
Diskussion über selbstbestimmtes Sterben



„So will ich nicht sterben“

Wem ist dieser Gedanke noch nicht durch den Kopf gegangen: „So will ich nicht sterben!“ Sei es am Bett eines unheilbaren Kranken im Krankenhaus oder eines schwer leidenden oder völlig veränderten Menschen in einer Alteinrichtung!

So ging es wohl auch jenem Journalisten, der im letzten Jahr einen Mann erlebte, der einen Schlaganfall erlitten hatte. Eine Blutung im Stammhirn hatte ihn praktisch vollständig gelähmt. Den Kopf konnte er um „20 bis 30 Grad nach rechts und 10 bis 20 Grad nach oben und unten“ drehen, heißt es im Bericht des Arztes. Der rechte Daumen war beweglich, das linke Auge ließ sich schließen und öffnen, das rechte stand immer offen. Menschen oder Dinge zu fixieren war ihm unmöglich, da seine Pupillen zitterten. Das Großhirn des Patienten aber war intakt; so war er bei vollem Bewusstsein im eigenen Körper eingeschlossen. Locked-in-Syndrom!

R. lebte seit zwei Jahren als „Eingeschlossener“. Eine nennenswerte Besserung war laut seines Arztes praktisch ausgeschlossen.

Vor diesem Hintergrund stellt der Journalist die Frage: Wer darf sterben, wen darf man sterben lassen?

Von Zeit zu Zeit ruft diese Frage in Deutschland eine Art öffentlicher Aufwallung hervor: im Frühjahr 2005 unter dem Eindruck des Prozesses um das Leben der US-amerikanischen Komapatientin Theresa Schiavo, Ende 2005 wieder, weil der Schweizer Sterbehilfeverein Dignitas angekündigt hatte, in Hannover eine Niederlassung einzurichten. Erkenntnisse haben diese Streitigkeiten bislang nicht zutage gefördert. Sie dienen mehr der Bekräftigung ohnehin unverrückbarer Positionen als der Erörterung des Sachverhalts.

Neu ist diesmal immerhin, dass ein Politiker es wagt, öffentlich für Sterbehilfe einzutreten. „Der Staat hat den Wunsch eines Todkranken nach Hilfe beim Sterben uneingeschränkt zu respektieren“, sagte der (ehemalige) Hamburger Justizsenator Roger Kusch (CDU) der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Und er meint damit auch den Wunsch, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen.

Die öffentliche Meinung ist ambivalent

Die Zustimmung der Bevölkerung zu der Aussage „Ein schwer kranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass ein Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt“ ist zwischen 1973 und 2001 von 53 auf 64 Prozent gestiegen. Die Ablehnung hat sich fast halbiert von 33 auf 19 Prozent. Die Vorstellung, dass „ein Arzt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift gibt“, empfanden zwischen 1990 und 2002 durchgehend knapp ein Drittel der Befragten als „sehr schlimm/ziemlich schlimm“, fast 70 Prozent dagegen „als weniger schlimm“ oder „überhaupt nicht schlimm“. Danach würden etwa zwei Drittel der Bevölkerung aktive Sterbehilfe zumindest hinnehmen. Noch

deutlicher ist die Ablehnung eines gesetzlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe: 1990 waren zwei Drittel, 2000 fast drei Viertel der Befragten dagegen.

Nun hat die Hospizstiftung im letzten Jahr mit ihrer Befragung durch Emnid gezeigt, dass es sehr auf die Fragestellung und die Informiertheit der Befragten ankommt, wie die Ergebnisse ausfallen. In ihrer Befragung plädierten 56 Prozent der Befragten für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit. Die Befürwortung dieser Begleitung von Sterbenden ist der Hospizstiftung zufolge seit dem Jahr 2000 etwa gleich geblieben.

Um zu verstehen, wie es zu diesen unterschiedlichen Ergebnissen kommt, müssen wir erst einmal verstehen, was mit dem Satz „So will ich nicht sterben!“ gemeint ist. Denn die unterschiedlichen Antworten auf die Befragungen sind bestimmt von der jeweiligen Vorstellung eines anderen gewünschten Sterbens.

„So will ich nicht sterben!“ gilt zunächst vor allem unerträglichem Leiden im Sterben. Ich will nicht dem Leiden, dem Schmerz ganz ausgeliefert sein – ich will nicht nur noch Schmerz sein.

Zum zweiten meint der Satz „So will ich nicht sterben!“, dass es nicht mein Wille sein kann, einen hoffnungslosen und aussichtslosen Kampf zu kämpfen. Das hintertreibt meinen Willen von Anfang an, raubt mir meinen eigenen Willen, meine Selbstständigkeit und liefert mich aus, macht mich völlig hilflos.

Zum dritten steht hinter dem Satz „So will ich nicht sterben!“ die häufig beobachtete Einsamkeit und Verlassenheit des Sterbenden, der allenfalls noch als Belastung wahrgenommen wird. Nicht nur der Mann mit dem Locked-in-Syndrom, von dem ich am Anfang erzählte, sondern viele der ca. 900.000 Menschen, die jährlich in Deutschland sterben, davon mindestens zwei Drittel in Krankenhäusern und Pflegeheimen, sterben immer noch alleine.

Zum vierten steht hinter dem Satz „So will ich nicht sterben!“ die Erfahrung mit Menschen, die ihre geistigen Kräfte eingebüßt haben und Dinge tun, die sie selbst früher als würdelos empfunden hätten, was ihnen jede Selbstachtung früher geraubt hätte.

Die bei Sterbenden beobachteten oder gedeuteten Erfahrungen wecken Befürchtungen für das eigene Sterben, nähren die Angst vieler Menschen vor dem Sterben und lassen den Entschluss reifen: „So will ich nicht sterben!“

So entsteht der Wunsch, den eigenen Tod selbst in die Hand nehmen zu können und Schmerzen, Sterbenskampf, Sterbensverlassenheit und Geistesbeschränkung durch Selbsttötung zu verhindern oder zu beseitigen.

Diese Ängste und Befürchtungen und der damit verbundene Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod gehen einher mit Entwicklungen in der Medizin, die das menschliche Sterben tiefgreifend verändert haben. Über lange Zeit können Men-

schen im Koma am Leben gehalten werden. Wir alle haben die Diskussionen um die Amerikanerin Theresa Schiavo verfolgt, die 15 Jahre im Wachkoma lag und im März 2005 Jahres nach Einstellung der künstlichen Ernährung gestorben ist.

Wie Theresa Schiavo und der lebensmüde Locked-in-Patient verdanken allein in Deutschland hunderttausende Menschen ihr Leben einer ziemlich trivialen Erfindung der achtziger Jahre, der so genannten PEG-Sonde. Sie wird durch die Bauchdecke in den Magen geführt und versorgt den Patienten mit Nahrung und Flüssigkeit. Bis zur Erfindung der PEG-Sonde war künstliche Ernährung eine heikle, unhygienische Angelegenheit, die nur zur Überbrückung von Krisensituationen taugte. Nun wurde es möglich, Menschen in den unterschiedlichsten Zuständen jahrzehntelang am Leben zu halten.

Die meisten PEG-Patienten sind bei vollem Bewusstsein. Andere sind bewusstlos wie Theresa Schiavo, dazu kommt die große Gruppe der Dementen in allen denkbaren Abstufungen des Dämmerns. Es gibt Patienten, die ihre Wünsche äußern können, andere, die es in der Vergangenheit getan haben, und solche, über deren mutmaßlichen Willen sich nur spekulieren lässt. Fast alle tragen die Sonden bis zu ihrem Tod. Gemeinsam ist ihnen, dass ihre Körper nicht durch Auszehrung geschwächt werden, auch dann nicht, wenn sie den Wunsch zu essen oder zu trinken längst nicht mehr verspüren. Hinzu kommt, dass sie dank der Therapie mit Antibiotika Infektionskrankheiten in der Regel überstehen.

Erst die moderne Medizin mit ihren Methoden der künstlichen Ernährung hat aus einer qualvollen Art zu sterben eine qualvolle Art zu leben gemacht. Der Wille zum Kampf um jedes Leben ist die Triebfeder der Medizin. Er entspringt dem Eid des Hippokrates. Dem Tod immer wieder ein wenig Terrain abzutrotzen, ihm den frühen Sieg zu nehmen, darum ging es früher und darum geht es heute. In diesem Kampf ist viel erreicht worden. Seit 1900 ist die Lebenserwartung in Deutschland um dreißig Jahre gestiegen. Zahlreiche Krankheiten, die früher einem Todesurteil gleichkamen, sind besiegt. Wir alle sind dankbar für diesen Fortschritt und haben gern daran teil. Aber was tun angesichts solcher medizinischer Neuerungen, die keine Krankheiten heilen, aber natürliche Todesursachen beseitigen?

Die Möglichkeiten der modernen Medizin, das Leben zu verlängern, bringen für viele Hoffnung, sie wecken aber auch Ängste. Ängste vor einer Hochleistungsmedizin, die – einmal in Gang gebracht – ein Sterben in Würde unmöglich macht. Unwürdig sterben zu müssen – so hat im Juni 2005 die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ festgestellt – ist zu einer der großen Ängste in unserer Gesellschaft geworden.

Sterbehilfe wird regelmäßig diskutiert

Auf diesem Hintergrund bricht gegenwärtig immer wieder die Debatte über Sterbehilfe auf. In dieser Debatte ist zunächst einmal Klarheit über das Gemeinte notwendig.

Mit Sterbehilfe kann zum einen „Hilfe im Sterben“, d.h. „Sterbebeistand“ oder „Sterbebegleitung“ gemeint sein. Sterbehilfe in diesem Sinne besteht in der Unterstützung Sterbender durch Pflege, schmerzlindernde Behandlung sowie menschliche Zuwendung und ist als dringendes Erfordernis im Umgang mit Sterbenden unumstritten. Zum anderen kann mit Sterbehilfe aber auch „Hilfe zum Sterben“ gemeint sein. Sterbehilfe meint dann das Töten oder Sterbenlassen eines sterbenden, schwer kranken oder leidenden Menschen aufgrund seines eigenen, ausdrücklichen oder mutmaßlichen Verlangens oder Interesses.

Die Frage nach einer „Hilfe zum Sterben“ wird im Blick auf unterschiedliche Situationen diskutiert: Der Sterbende oder schwer oder unheilbar (körperlich oder seelisch) Erkrankte, der unerträglich leidet oder im Fortleben keinen Sinn mehr sieht und den dringenden Wunsch nach „Erlösung“ durch Sterbehilfe äußert; der dauerhaft bewusstlose oder bereits in der Endphase seiner Erkrankung bewusstseinsgetriebene Patient, der sich nicht mehr selbst zu einem „medizinisch“ möglichen, aber therapeutisch fragwürdigen Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen bzw. deren Abbruch äußern kann; und das noch nicht äußerungsfähige schwerst geschädigte Neugeborene, dessen Lebenserwartung sehr gering ist oder dessen Leben mit großen Qualen verbunden wäre.

In der Diskussion werden häufig vier Formen von Sterbehilfe im Sinne einer „Hilfe zum Sterben“ unterschieden:

1. „Sterbenlassen“/„Passive Sterbehilfe“: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (unter Beibehaltung von „Grundpflege“ und schmerzlindernder Behandlung). Dies ist in Deutschland erlaubt.
2. „Indirekte Sterbehilfe“/„Indirekte aktive Sterbehilfe“: Schmerzlindernde Behandlung unter Inkaufnahme eines (nicht intendierten) Lebensverkürzungsrisikos. Hier herrscht in Deutschland eine gewisse Unsicherheit.
3. „Beihilfe zur Selbsttötung“/„Freitodbegleitung“: Hilfeleistung zur Selbsttötung z.B. durch Beschaffung und Bereitstellung des tödlichen Medikaments. Dies ist in der Schweiz erlaubt.
4. „Aktive Sterbehilfe“/„Direkte aktive Sterbehilfe“/„Tötung auf Verlangen“: Absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts: Im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe ist der Tod nicht nur in Kauf genommen, sondern beabsichtigt. Im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung liegt die letztentscheidende Tatherrschaft nicht beim Betroffenen selbst, sondern bei einem

Dritten – in der Regel einem Arzt. Dies ist in den Niederlanden und Belgien erlaubt.

Lassen Sie mich kurz die aktuelle Debatte über Sterbehilfe in Deutschland anhand der Diskussion innerhalb der Union schildern.

Während der ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch (CDU) sich für eine Änderung des Paragraphen 216 (Töten auf Verlangen) einsetzt, will Bayerns Justizministerin Beate Merk (CSU) Verbote der aktiven Sterbehilfe in Deutschland auf jeden Fall verhindern.

In einem Streitgespräch in der Zeitschrift „Die Welt“ äußerten beide Politiker ihre konträren Ansichten. Beate Merk betonte: Jedem Bürger in unserem Land muss ermöglicht werden, in Würde zu sterben. Leider sei das nicht mehr überall der Fall. Schwerst- und Todkranke würden zum Sterben praktisch ausgelagert, sie stürben in Altersheimen und Krankenhäusern – am wenigsten zu Hause. Deswegen hätten viele Menschen Angst davor, in die Maschinerie der Medizin zu geraten. Sie fürchteten, dass ihr persönlicher Sterbensweg von Dritten fremdbestimmt wird. Deswegen – betont sie – brauchen wir eine Lösung für das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen. Und zusätzlich ein flächendeckendes Netz an Palliativ-Medizin und Hospizarbeit. Eine Gesetzesänderung des Paragraphen 216 sei ihrer Ansicht nach der falsche Weg.

Senator Kusch betonte dagegen: Palliativmedizin und Hospizbewegung seien nicht die einzig denkbaren Alternativen. Es gäbe Fälle, in denen es nicht um Schmerzlinderung allein gehe. Viele Menschen wünschten sich das Recht auf einen eigenverantwortlichen Tod. Im übrigen sei die Pflegesituation gar nicht so schlecht, wie sie von vielen immer herbeigeredet werde. Ein Blick in unsere Krankenhäuser zeige, dass vielerorts hervorragende Arbeit geleistet werde. Das Sterben in deutschen Krankenhäusern sei durchaus angemessen und gehe in Würde vor sich. Der Staat habe sich in die inneren Angelegenheiten seiner Bürger grundsätzlich nicht einzumischen. Was die Frage eines selbstbestimmten Todes anbelange, gelte der Grundsatz: Das muss jeder mit sich selbst ausmachen. Kusch betont, er wolle ja gerade bestehende Gesetze wie das Strafgebot beim Töten auf Verlangen nicht abschaffen, sondern die Grauzone minimieren, die sich in der Praxis für Ärzte, Betroffene und Angehörige ergibt.

Wo Kusch argumentiert, es gelte die gesetzlichen Grauzonen zu minimieren, betont Merk den grundsätzlichen ethischen Paradigmenwechsel, der ihrer Meinung nach sich hinter dieser Forderung verberge. Niemand dürfe eine andere Person töten. Es dürfe in unserem Land nicht dazu kommen, dass ein Dritter die Herrschaft über das Ende des Lebens eines anderen zugesprochen bekomme. Wenn wir die Tür zur aktiven Sterbehilfe öffneten, dann gingen die rechtlichen Probleme erst richtig los. Ein Blick in die Niederlande zeige, wie schnell die Sterbehilfe außer Kontrolle gerate. Es

ist ja nicht nur so, dass bereits mehrere hundert Fälle dokumentiert seien, die belegen, dass die Toten ihre Einwilligung wohl doch nicht gegeben hätten. Schlimmer noch: Die Diskussion weite sich in den Niederlanden aus – auf Sterbehilfe für Menschen mit Behinderungen und Kinder.

Deutlich werden die beiden unterschiedlichen Ansätze der Politiker. Für Beate Merk scheint aktive Sterbehilfe nicht nur einem Töten auf Verlangen, sondern generell einem Töten gleichzukommen. Für Kusch ist aktive Sterbehilfe eine Frage der geschickten juristischen Formulierung. So betont er, dass in seinem Entwurf klar geschrieben stehe, dass eine Einwilligung zum Sterben auf Verlangen an die Volljährigkeit gebunden sei. Nicht nur der Arzt, auch ein Notar sei in die rechtliche Absicherung einzubeziehen. Beate Merk betont dazu als Alternative eine klare gesetzliche Regelung der Patientenverfügung.

Wie lassen sich nun diese Positionen bewerten? Wenn es – wie ich anfangs feststellte – richtig ist, dass der Wunsch, den eigenen Tod selbst in die Hand zu nehmen, der Angst vor Schmerzen, Sterbenskampf, Sterbensverlassenheit und Geistesbeschränkung entspringt, dann gilt es zunächst einmal, sich diesen Ängsten zuzuwenden. Schmerzen müssen gelindert werden; die Auseinandersetzung mit dem Sterben ermöglicht werden; die Einsamkeit begleitet werden; und geistige Einschränkung als „anders leben“ begriffen werden.

Palliativmedizin und Hospizarbeit weiter ausbauen

Es muss bekannt und erlebt werden, dass Palliativmedizin wie ein schützender Mantel – im Lateinischen „Pallium“ – sich um einen Sterbenden legen kann, seine Beschwerden lindert, wenn Heilung nicht möglich ist. Zu diesem schützenden Mantel gehört vor allem eine gute Schmerztherapie. Sie ist oft die wirksamste medizinische Hilfe für schwerstkranke Menschen, denn sie befreit sie von Schmerzen, die ihnen das Dasein zur Hölle machen.

Neben der palliativen Versorgung sterbender Menschen muss es selbstverständlich sein, dass dieser Mensch hospizlich begleitet wird. Jeder Mensch hat das Recht, im Tod nicht einsam zu sein, sondern inmitten vertrauter Menschen an einem vertrauten Ort zu sterben. Er hat das Recht, den eigenen Gedanken und Gefühlen, Ängsten und Hoffnungen individuellen Ausdruck zu geben. Jeder Mensch hat das Recht, mit Fragen nach dem Sinn von Leben, Leiden und Tod nicht allein zu bleiben. Trost und Hoffnung, Versicherung des Lebensgrundes sind im Sterbeprozess notwendig.

Auch wenn die medizinische und pflegerische Versorgung sterbenskranker Menschen in Deutschland in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht hat, ist die Versorgungswirklichkeit von sterbenden Menschen noch weitgehend unzureichend. So ist seit 2003 Palliativmedizin als Prüfungsthema in der Approbations-

ordnung aufgeführt, an den Universitäten Bonn und Aachen wurden Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet, weitere sind geplant. Während es 1993 bundesweit rund 30 Palliativstationen und stationäre Hospize gab, sind es heute schon über 200. Das ist eine ermutigende Entwicklung.

Doch sie muss weiter gehen. Denn von einer ausreichenden palliativmedizinischen Versorgung sind wir in Deutschland immer noch weit entfernt. Darauf hat die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hingewiesen. Sie hat auch deutlich gemacht, dass angesichts der demographischen Entwicklung der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung schwerstkranker Menschen zunehmen wird. Wir tun gut daran, uns darauf einzustellen. Hospizarbeit und Palliativmedizin müssen in Deutschland in allen Bereichen weiter gestärkt werden – in der Aus- und Weiterbildung, bei der materiellen Ausstattung sowie in Forschung und Entwicklung.

Wenn wir die Hospizarbeit stärken und die palliativmedizinische Versorgung verbessern, dann werden wir – dessen bin ich gewiss – die Ängste vieler Menschen vor dem Sterben abbauen können. „Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen!“, so Bundespräsident Horst Köhler.

Freilich eine noch so gute Palliativmedizin und Hospizarbeit sind kein Argument gegen ein gefordertes Recht auf Selbsttötung. Sie können nur die Angst vor dem Sterben abschwächen, aus der der Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod entspringt. Eine Ablehnung des Rechts auf Selbsttötung – da folge ich dem Theologen Dietrich Bonhoeffer – kann letztlich nur religiös begründet werden. Weil der Mensch nicht sein eigener Gott ist, sondern es einen Gott ihm gegenüber gibt, der ihm sein Leben und seine Lebensmöglichkeiten geschenkt hat und der ihm Leben und Lebensmöglichkeiten über das diesseitige Leben hinaus eröffnet, deshalb hat der Mensch kein Recht, sein Leben und seine Lebensmöglichkeiten zu vernichten. Das Geschenk des Lebens und der Lebensmöglichkeiten und nicht eine wie auch immer bestimmte Autonomie sind die Würde des Menschen.

Fast alle Befürworter eines Rechts auf Selbsttötung rechtfertigen dieses Recht damit, dass Umstände eintreten können, aufgrund derer das eigene Leben nicht mehr zumutbar und nicht mehr wert ist, gelebt zu werden, also mit einem Lebensunwerturteil. Wenn der primäre Inhalt der Menschenwürde in einer empirischen Autonomie gesehen wird, dann ist es selbstverständlich, dass dem Menschen Lebensunwerturteile über sein eigenes Leben zugestanden werden, in denen er sein Leben als „menschunenwürdig“ und „lebensunwert“ einstufen darf. Wenn sich dieses Recht aus der Autonomie ergibt, dann schließt es auch ein, dass der Mensch befugt ist, dieses Urteil durch sein Handeln zu vollziehen, also dem Leben ein Ende zu setzen. Und wenn er dieses Urteil nicht mehr selbst vollziehen

kann, dann muss er dazu auch die Hilfe anderer in Form einer Beihilfe zur Selbsttötung oder auch einer Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen dürfen, sofern die Helfer diese Hilfe freiwillig gewähren.

Gibt es „lebensunwertes Leben“?

Das eigentliche Problem eines Rechts auf Selbsttötung liegt also in der grundsätzlichen Anerkennung dessen, dass der Mensch sein Leben in einem geistigen Akt letztgültig als für sich menschenunwürdig und lebensunwert einzustufen das Recht haben soll, dass es mithin „lebensunwertes Leben“ gibt.

Ein solches Menschenbild rückt in einseitiger Weise das autonome Individuum in den Mittelpunkt, so dass des Menschen höchste Vollkommenheit letztlich darin besteht, dass er des anderen – Gottes und des Mitmenschen – nicht mehr bedarf, dass er aus sich selbst und durch sich selbst und zuletzt auch nur für sich selbst lebt. Das Angewiesensein auf andere ist dann eine mindere, eine unreife Form des Menschseins.

Aber das entspricht weder unserem jüdisch-christlichen Menschenbild noch unserer Erfahrung. Der Mensch begründet sich weder in seinem Dasein noch in seiner Würde durch sein freies Wählen und Handeln. Er wird ohne sein Zutun ins Dasein „geworfen“, ob er es will oder nicht. Er empfängt sein Leben letztlich auch nicht von seinen Eltern, sondern aus dem schöpferischen Handeln Gottes. Leben gründet daher primär im Angewiesensein auf andere. Der Mensch ist, um überhaupt leben zu können – nicht nur im Säuglings- und Kindesalter, sondern bleibend das ganze Leben hindurch –, auf Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen. Er lebt in und aus ihnen und nicht aus sich selber, er verdankt ihnen und damit in erster Linie anderen und nicht sich selbst sein Leben.

Wir genügen uns nicht selbst. Wir brauchen das Gegenüber – letztlich das Gegenüber Gottes, das uns auch im anderen begegnet. Wir erkennen uns und unsere Würde im Blick Gottes – wie es die chilenische Dichterin Gabriela Mistral so schön ausdrückt: „Wenn Du mich anblickst, werd ich schön, schön wie das Riedgras unterm Tau“. Deshalb kann auch noch im vom Tode gezeichneten Menschen Schönheit und Würde aufleuchten. Ich bin nicht mein Selbsterbauer und Selbstrechtfertiger, sondern Gott öffnet vor mir einen weiten Raum an Lebensmöglichkeiten, weil er mich ansieht mit dem Blick der offenen Zukunft. Vielleicht können wir nur dann ruhig, stark und lebensgewiss sein, wenn wir nicht gezwungen sind, nur wir selber zu sein; wenn wir wissen, dass wir die sind, als die wir angesehen werden.

Der autonome Mensch, der aus sich selber, durch sich selber und zuletzt auch nur für sich selber leben kann, des anderen nicht bedarf, ist eine Fiktion. Erst von der

Liebe bestimmte Beziehungen ermöglichen, schenken Leben, sie haben Vorrang vor der autonomen Lebensgestaltung.

Ich glaube, dass die Selbsttötung immer auch zum Ausdruck bringt, dass das wichtigste Lebensmittel, die Beziehung zu anderen, gefehlt hat.

Der Glaubende ist davon getragen, dass auch im Tod, wenn alle anderen Beziehungen abbrechen, er getragen bleibt von seiner Gottesbeziehung und er gleichsam wie bei der Geburt in eine neue Welt, einen anderen Raum und eine andere Zeit.

Freilich treibt viele auch die Frage um: Was passiert mit mir, wenn ich auf Grund meiner Krankheit nicht mehr in der Lage bin, zu sagen, was ich will? Wenn ich bewusstlos bin, künstlich beatmet und ernährt werde? Es bleibt die Angst, am Ende des Lebens gegen den eigenen Willen behandelt und am Leben erhalten zu werden. So ging es auch dem Lock-in-Patienten, von dem ich eingangs berichtete.

Jeder Mensch hat in Deutschland das Recht, in jeder Phase seines Lebens selbst zu entscheiden, ob und welchen lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen er sich unterzieht. Niemand darf gegen seinen Willen ärztlich behandelt werden. Solange ein Kranker noch selbst entscheiden kann, ob er in eine Behandlung einwilligt oder nicht, ist die Beachtung seines Willens selbstverständlich. Wie kann aber dieser Wille ermittelt werden, wenn sich der Patient nicht mehr äußern kann? Viele Menschen haben für diesen Fall eine Patientenverfügung verfasst. Sie müssen Gewissheit haben, dass ihr Wille auch beachtet wird.

Patientenverfügungen gesetzlich regeln

Diese Gewissheit besteht jedoch heute in Deutschland noch nicht im erforderlichen Umfang. Das Gesetz erwähnt Patientenverfügungen bislang nicht ausdrücklich. Auch die Rechtsprechung hat viele Fragen offen gelassen. Ich finde es daher gut und richtig, wenn hier durch eine gesetzliche Regelung Klarheit geschaffen wird.

Eines sollte uns aber auch klar sein: Eine noch so gute Hospizarbeit, qualifizierte Palliativmedizin und rechtssichere Patientenverfügungen allein und auch eine noch so klare ethische Position sind keine Garantie für ein würdevolles Sterben. Hierzu muss jeder von uns selbst seinen Beitrag leisten. „Herr lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden“, heißt es im 90. Psalm. Manchmal glaube ich, wir sind noch nicht klug genug. In einer Karikatur steht der Tod in Gestalt des Sensenmannes wie ein Vertreter vor der Wohnungstür, durch deren Spalt ihn die Hausfrau mit den Worten abwimmelt: „Danke, wir sterben nicht!“ Diese Karikatur bringt satirisch auf den Punkt, was schon Sigmund Freud feststellte: „Im Grunde glaubt niemand an den eigenen Tod.“

Das Sterben ist ein natürlicher Teil des Lebens

Klug leben, heißt endlich leben! Der Tod muss ganz bewusst als natürlicher Teil des Lebens anerkannt und angenommen werden. Das bedeutet etwa, dass wir uns in Gedanken für uns selbst und in Gesprächen mit anderen mit dem Tod vertraut machen. Dass wir nicht ausweichen, wenn unsere Kinder über den Tod sprechen wollen. Dass wir für unsere Angehörigen, Freunde oder Nachbarn in ihren letzten Tagen da sind und uns nicht von ihnen zurückziehen. Aber der Tod ist nicht nur irgendein Teil des Lebens, sondern ihm verdanken wir einen Teil des Sinns unseres Lebens. Denn wenn es diese Grenze nicht gäbe, könnte uns das Leben in der Tat gleichgültig sein.

Um das zu verdeutlichen, machen Sie einmal ein Gedankenexperiment: Stellen Sie sich vor, Sie kommen in ein gentechnisches Labor. Auf einem Labortisch liegt ein glücklich vor sich hinlächelnder Mensch und der Laborleiter erklärt Ihnen, dass er diesen Menschen gentechnisch so verändert hat, dass er keine Schmerzen, kein Leid mehr erfährt und weder Krankheit noch Tod erleben wird. Angenommen daneben ist noch ein freier Tisch und der Laborleiter, auf dessen Können Sie absolut vertrauen, fordert Sie auf, sich auf diesen freien Tisch zu legen, damit er mit Ihnen dasselbe machen kann. Selbst wenn Sie keine Angst hätten, dass dem Genterapeuten das Experiment nicht gelingt, sondern er seine Kunst perfekt beherrscht, würden Sie vermutlich dieses Experiment nicht an sich vornehmen lassen, weil Sie nicht wie dieser Mensch leben wollen. Ein Leben ohne Höhen und Tiefen, ohne Leidensfähigkeit und ohne Ende erscheint uns unmenschlich. Es gehört zu unserem Menschsein hinzu, dass wir gefährdet und endlich sind. Weil wir wissen, dass wir endlich sind, hat jeder Augenblick unseres Lebens eine unwiederbringliche Bedeutung, ist unwiederholbar, einmalig. Und nur, weil wir leiden können, können wir auch mitleiden und so mit anderen in Beziehung treten. Deshalb: Wer nicht leiden kann, kann auch nicht mitleiden, und damit auch nicht lieben, was nach dem biblischen Menschenbild entscheidend ist, und gerade darum geht es beim menschlichen Leben.

Deshalb ist es gerade der Tod als Grenze des Lebens, der das Leben kostbar macht und uns dazu mahnt, auf erfüllte Weise zu leben. Deshalb: endlich leben, heißt auch endlich leben! So leben, kann vielleicht nur der, der wie der Jenaer Theologe Klaus Peter Hertzsch sprechen kann:

Vertraut den neuen Wegen, auf die uns Gott gesandt!

Er selbst kommt uns entgegen. Die Zukunft ist sein Land.

Wer aufbricht, der kann hoffen in Zeit und Ewigkeit.

Die Tore stehen offen. Das Land ist hell und weit.



Priv.-Doz. Pastor Dr. Udo Krolzik

ist Vorsitzender des Vorstandes des Ev. Johanneswerks mit Sitz in Bielefeld und Geschäftsführer der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk. Er ist Privat-Dozent an der Universität Hamburg sowie an der Kirchlichen Hochschule Bethel in Bielefeld.

Pastor Dr. Udo Krolzik ist Vorsitzender des Verwaltungsrates des Diakonischen Werkes der Ev. Kirche von Westfalen (EKvW). Zudem ist er Vorsitzender der Mitgliederversammlung des Vereins zur Förderung der Pflegewissenschaften in Nordrhein-Westfalen sowie Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Ethische Fragen der Gentechnik“ der EKvW. Im Institut für angewandte Ethik in Grünstadt ist er als wissenschaftlicher Beirat tätig.



Evangelisches Johanneswerk e.V.

Einrichtungen der Diakonie 

Herausgeber:

Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk e.V.
in Zusammenarbeit mit der Abteilung
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Schildescher Straße 101
33611 Bielefeld

Spendenkonto: 66 010 299
Sparkasse Bielefeld BLZ: 480 501 61