

## **Ethische Fragen am Lebensende**

Statement aus theologischer Perspektive

Veranstaltung des Osnabrück Hospiz am 16.3.2011 in der Ev. Familienbildungsstätte Osnabrück

Bevor ich im engeren Sinn auf ethische Fragen eingehe, möchte ich in sechs Thesen an das erinnern, was aus meiner Sicht theologisch zum Thema „Tod und Sterben“ zu sagen ist. Dies stelle ich bewusst den ethischen Überlegungen voran, weil damit deutlich wird, dass alle Ethik in einen weiteren, normativen Horizont zu stellen ist. Ethisches Urteilen ist nicht losgelöst von dem, was geglaubt wird. Wenn ich also Fragen, die mit Tod und Sterben zu tun habe, ethisch reflektieren soll, dann muss ich mich vergewissern, was es theologisch mit Tod und Sterben auf sich hat.

Ich mache das nur thesenartig und stark verkürzt, die Aussprache gibt ja Gelegenheit, an der einen oder anderen Stelle nachzufragen.

### **1. Sechs Thesen zu einer Theologie des Todes und Sterbens**

#### **1. Der Tod ist Folge der Sünde des Menschen. Diese(r) ist durch Jesus Christus und dessen Tod am Kreuz überwunden.**

Biblich gesprochen, sollte es Tod eigentlich nicht geben. Wenn wir heute davon sprechen, dass der Tod zum Leben dazu gehört, dann beschreiben wir durchaus eine Realität, aber in theologischer Kategorie gesprochen, ist der Tod Folge dessen, was die Bibel auf den ersten Seiten als Sündenfall mythologisch beschreibt, was dogmatisch gesprochen als Trennung von Gott bezeichnet wird, oder eben mit Paulus als der „Sünde Sold“ (Röm 6,23).

Ich finde, dass dies auch im Rahmen der Hospizbewegung immer wieder zu betonen ist: Bei allen berechtigten Bemühungen, den Tod als Teil des Lebens zu begreifen und das Sterben so zu gestalten, dass es möglichst annehmbar ist, der Tod ist erst einmal der Widersacher des Menschen!

Der hundertfache oder sogar tausendfache tägliche Tod von Menschen – seien es Kinder, die verhungern, Soldaten, die erschossen werden, Frauen, die Opfer von Gewalttaten werden – dieser Tod erinnert uns an die brutale Wirklichkeit, der die Bibel insbesondere der Römerbrief nicht ausweicht.

Ich will hier nur anmerken: Wenn wir die ethischen Fragen am Lebensende diskutieren, geschieht dies oft unter medizinethischer Sicht. Oft auch individuelle ethisch eingengt. In dem oben angedeuteten Sinn ergeben sich tatsächlich noch viel mehr ethische Fragen im Zusammenhang mit Tod und Sterben, als diejenigen, die wir hier heute Abend vorrangig diskutieren.

#### **2. Der Tod kann mir dogmatisch gesprochen nichts mehr anhaben. Gott selbst ist in meinem Tod gegenwärtig, er ist ein mit-leidender (sympathischer) Gott.**

Als Christ weiß und bekenne ich, dass die Macht des Todes gebrochen ist. Die Auferstehung Jesu von den Toten ist das geglaubte Bekenntnis, dass Tod und Sterben nicht Macht über mein Leben haben. Ich bin übrigens überzeugt davon, dass diese Erkenntnis vielen, die in der Hospizarbeit tätig sind, innerer Antrieb ihrer Arbeit ist. Ich kann mich eher oder vielleicht sogar besser für ein menschenwürdiges Sterben einsetzen, wenn ich selbst die in-

nere Einstellung gewonnen habe, dass Gott in meinem Sterben gegenwärtig ist und in Jesus Christus diesem Tod seinen letzten Schrecken genommen hat.

**3. Wir werden am Ende unseres irdischen Lebens beurteilt. Dabei sind die entscheidenden Kriterien der Glaube an Jesus Christus/Gott (Joh 11) und die Liebe zum Nächsten (Mt 25).**

Christliche Deutung des Todes geht davon aus, dass mit dem Sterben der Gedanke des Gerichts verbunden ist. Es gibt bekanntlich schon in der Bibel sehr unterschiedliche Gerichtsvorstellungen. Erst recht wurden diese im Laufe der Theologiegeschichte noch weiter ausdifferenziert. Deutlich ist aber, dass mein Leben – damit meine ich mein Sein und mein Tun – von meinem Glauben (Joh 11,25: „*wer an mich glaubt wird leben*“), dem Vertrauen also auf Gott und von meinem Verhältnis zum Nächsten bewertet wird. „*Was ihr einem dieser Geringsten getan habt, das habt ihr mir getan*“ – sie kennen das Gerichtsgleichnis des Evangelisten Matthäus.

Ohne hier in die Tiefe gehen zu können, will ich doch anmerken, dass bei aller berechtigten Bemühung um ein würdevolles Leben bis zum Schluss, der Akzent nicht einseitig auf das Lebensende verschoben werden darf. Das wäre unlutherisch. Der Reformator hatte sich nämlich mit seiner Schrift „Von der Bereitung zum Sterben“ (1519) gegen eine Mode seiner Zeit gewandt, das Entscheidende mit Blick auf Gott auf den letzten Moment des Lebens, also die Sterbephase zu verlegen. Die spätmittelalterliche Ars-Moriendi-Literatur hat Luther auf diese Weise korrigiert.

Vielleicht müssen wir an dieser Stelle heute auch wieder kritischer sein. Ob ich vor Gott – im Gericht – bestehe, hängt nicht von der Art und Weise meines Sterbens, sondern der meines Lebens ab. Es hängt davon ab, ob ich im Leben und im Sterben auf Gott vertraut und ob ich mich in Liebe dem Nächsten zugewandt habe.

**4. Bei dieser Beurteilung begegnet mir in Jesus Christus mein Erlöser als Richter. Richter und Verteidiger sind identisch.**

Das Gericht ist für viele von uns ein schrecklicher, weil angstmachender Gedanke. Leider ist er immer wieder so auch von Seiten der Kirche missbraucht worden.

Wenn ich Gericht biblisch betrachte, dann geht es niemals um Verurteilung, sondern um eine auf helfende Gerechtigkeit. Das zeigt sich schon darin, dass wir bekennen, im Gericht einem Gott gegenüberzutreten, der in Jesus Christus zugleich unser Bruder, Anwalt, Fürsprecher und Erlöser geworden ist. Gewaltenteilung kennt der biblische Gerichtsgedanke nicht. Zum Wohle des Menschen sind Richter und Fürsprecher/Anwalt ein und dieselbe Person!

**5. Mit dem Tod falle ich nicht in ein bodenloses Nichts, sondern in Gottes Hand. Ich bin auch im Tod und darüber hinaus bei Gott. Das meint „ewiges Leben“. Nicht quantitativ als unendlich langes Leben, sondern qualitativ als ein Sein bei Gott.**

Als jemand, der es in der Hospizarbeit, Seelsorge oder in anderen kirchlichen Arbeitsfeldern mit Sterbenden zu tun hat, werde ich diesen Personen meine eigene Haltung, Antwort, vielleicht auch mein Fragen zu dem, was nach dem Tod kommt, nicht vorenthalten.

„Es gibt ein Leben vor dem Tod. Das ist sehr oft verbesserbar. Aber wer nichts weiß vom ewigen Leben, dessen 'Leben vor dem Tod' hängt in einer katastrophalen Weise in der Luft. Um der Würde dieses Lebens ist es nötig, vom ewigen Leben zu sprechen.“ (Horst Hirschler)

Ethische Fragen am Lebensende, sind also immer auf den weiten Horizont dessen zu beziehen, was wir theologisch gesprochen ewiges Leben nennen. Diese Dimension will ich nicht ausblenden.

**6. Ob und ggf. wie die „ewige Verdammnis“ aussieht und wer auf ewig verdammt ist, geht mich als Christ nichts an.**

Damit will ich allen Versuchen wehren, Menschen einzuteilen, in solche, die einmal zur Rechten oder zur Linken Gottes sein werden. Das geht mich nichts an und ich werde sicher einmal sehr überrascht sein, wen ich alles im sog. Paradies antreffen werde und mit wem ich am Tisch des Herrn Platz nehmen darf.

Auf diesem Hintergrund lassen Sie mich nun Schlaglichter auf ethische Fragestellungen am Lebensende werfen. Das geschieht nur exemplarisch.

**2. Drei Schlaglichter auf ethische Fragestellungen am Lebensende**

**a) Patientenvorsorge**

Schon früh haben sich die christlichen Kirchen für die Patientenverfügung stark gemacht. Ich durfte selbst Mitte der 90er Jahre einen wesentlichen Impuls zur Entstehung der christlichen Patientenverfügung setzen und in den Anfängen an der dann 1999 herausgebrachten Patientenverfügung mitwirken.

Heute liegt eine zweite Fassung vor, die notwendig geworden ist, weil sich 2009 die gesetzliche Lage geändert hat. Nach wie vor ist es zu begrüßen, dass mit der Patientenvorsorge ärztlichem Paternalismus Einhalt geboten wird. Es ist gut, dass der Gedanke der Selbstbestimmung durch ein verändertes gesellschaftliches Bewusstsein auch zunehmend in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingezogen ist. Die Patientenverfügung war – wenn ich das richtig sehe – an dieser Stelle auch für andere Bereiche ärztlichen Handelns bedeutend.

Wir haben in den letzten zehn Jahren einen grundlegenden Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis erlebt, der durch die Diskussion um die Patientenverfügungen einen eigenen Antrieb erhalten hat.

Ich begrüße ausdrücklich, dass mit der Gesetzgebung aus dem Jahr 2009 der in der Patientenvorsorge dokumentierte Wille eines Menschen rechtliche Verbindlichkeit erlangt hat. Von einer solchen Willensbekundung eines Menschen darf heute kein Arzt mehr absehen, das ist gut so. Dieses gewandelte Arzt-Patientenverhältnis gehört m.E. mit zur ethischen Dimension der Fragen am Lebensende. Es ist nämlich nicht unbedeutend, ob sich hier Sterbende, Angehörige, Pflegende und Ärzte auf Augenhöhe begegnen oder ob es ein von oben herab gibt, das an den konkreten Wünschen der Betroffenen vorbei entscheidet.

Gleichwohl weist die Gesetzesänderung einige Verschiebungen auf, die kritisch bewertet werden müssen. Der ursprüngliche Ansatz der christlichen Patientenverfügung ist es, mit dieser dem behandelnden Arzt nicht die Entscheidung abzunehmen, sondern ihm die innere Haltung des Patienten zu Fragen lebensverlängernder Maßnahmen zu vermitteln. Patientenverfügungen – wie sie früher hießen – sollten gesprächseröffnend sein, nicht Handlungsanweisung für ärztliches Personal.

Nunmehr lässt sich nicht zuletzt durch die neue Gesetzgebung vermehrt feststellen, dass Willensbekundungen von Patienten bindenden Charakter erhalten, vielleicht sogar einmal einklagbar werden und mit den schriftlichen Willensbekundungen gegen die ärztliche Entscheidung rechtlich zu Felde gezogen werden kann.

Diese Entwicklung gilt es kritisch im Blick zu behalten. Da es sich am Lebensende immer um Fragen handelt, die ethisch schwierig sind, wird es nicht immer die eine, eindeutige Antwort geben. Dass der Wille des Patienten in die Entscheidung einbezogen werden muss, ist gut und richtig, aber er darf nicht unter der Hand zum justitiablen Kriterium ärztlichen Handelns werden.

Ich will noch auf eine zweite bedenkenswerte Entwicklung seit dem neuen Gesetz von 2009 hinweisen. Kritisch diskutiert wurde mit der Verabschiedung des Gesetzes auch die sog. Reichweitenbegrenzung von Patientenvorsorgen.

Bis zu diesem Gesetz war man sich einig, dass eine Patientenverfügung nur in Betracht gezogen wird, wenn der Patient einwilligungsunfähig ist, das gilt auch heute noch und wenn eine sog. infauste Prognose vorliegt. Dh wenn man nach ärztlichem Ermessen davon ausgehen kann, dass die Erkrankung unmittelbar zum Tod führen wird.

Dieses zweite Kriterium ist bei der Neufassung des Gesetzes weggefallen. Dies bedeutet bspw., dass jemand verfügen kann, keine lebensverlängernden Maßnahmen zulassen zu wollen, für den Fall, dass er im Wachkoma liegt oder dement ist und an einer Lungenentzündung o.ä. erkrankt. Sollen Ärzte also bei einer dementen Person die Lungenentzündung nicht behandeln, an der die Person zweifelsohne sterben würde, obwohl eine Lungenentzündung an sich nicht tödlich sein muss?

Hier kommt neben dem Wert der Selbstbestimmung, der durch die Patientenvorsorge zurecht gestärkt worden ist, auch der Wert der gesellschaftlichen Fürsorge für Patienten ins Spiel. Beide Werte können in einem spannungsreichen Verhältnis zueinander stehen. Darauf hat bereits 2005 die EKD mit ihrer Schrift „Sterben hat seine Zeit“ (EKD – Texte, 80) eindrucksvoll hingewiesen.

„Aus evangelischer Sicht hat der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht, sogar einen Selbstbestimmungsauftrag im Blick auf sein eigenes Leben. Es besteht andererseits aber auch eine Fürsorgepflicht der Gemeinschaft für Menschen, die hilflos, krank, gebrechlich oder auch einwilligungsunfähig sind. Selbstbestimmung ist aus christlicher Sicht positiv zu werten, wenn sie die Abhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gott impliziert und bejaht. Nur dann bleibt sie auf die Freiheit des Menschen bezogen und dient dieser Freiheit.“ (14)

Ich glaube, wir bringen uns mit der jetzigen sehr weiten gesetzlichen Fassung in zusätzliche ethische Konflikte. Auch wenn Matthias Kamann, Redakteur der Welt, den Kirchen vorwirft, bestehende gesetzliche Möglichkeiten nicht auszuschöpfen, ist m.E. der Hinweis der Kirchen bei der Präsentation der neuen Patientenvorsorge im Januar d.J. richtig, dass jeder sich fragen lassen muss, ob er aus ethischen Gründen nicht doch auf die gesetzlich bestehenden Möglichkeiten verzichtet und selbst die Reichweite seiner Verfügung begrenzt.

Unabhängig von der gesetzlichen Fassung, sehe ich Schwierigkeiten überall dort, wo keine schriftlichen Willensbekundungen vorliegen. Und das ist schätzungsweise noch bei den meisten Menschen, die in Deutschland sterben, der Fall.

Gerade in unseren Altenpflegeeinrichtungen erhöht sich der Druck auf Personal und Träger – auch von Seiten der Angehörigen – lebensverlängernde Maßnahmen einzustellen, obwohl keine Patientenvorsorge vorliegt. Hier ist m.E. große Sorgfalt geboten. Es wird eine Aufgabe des Personals sein, Biografiearbeit zu leisten und auf diese Weise den mutmaßlichen Patientenwillen zu erforschen. Allein die Auskunft der Angehörigen wird gerade in diesen Fällen, wo es auch um erhebliche finanzielle Aspekte geht, nicht ausreichen.

Frage am Rande: Wer kommt eigentlich für diese sehr aufwendige Arbeit, die Pflegedienstleitungen o.a. Person in Altenhilfeeinrichtungen leisten müssen, finanziell auf? Ich habe von einem sehr gelungenen Beispiel in einer unserer diakonischen Einrichtung gehört: hier wurde der Wille des Patienten, der über keine Angehörige mehr verfügte, erkundet, in dem man sich in dem früheren Umfeld (bis hinein in die Kneipe, wo der Patient regelmäßig Gast war) umhörte und letztlich auf diese Weise mit dem Amtsgericht zu einer gut abgewogenen Entscheidung gelangte.

So wichtig also schriftliche Willensbekundungen sind, sie sind alleine nicht die einzige Äußerung eines mutmaßlichen Willens und sie liegen längst nicht bei allen in Frage kommenden Patienten vor. Hier gibt es noch ein riesiges Problem.

## **b) Assistierter Suizid**

Besonders Fahrt aufgenommen hat derzeit die Debatte um den ärztlich assistierten Suizid. Dazu gibt es auch eine Debatte innerhalb der Bundesärztekammer, die sich um die Änderung von Richtlinien dreht.

Wolfgang Huber hat sich jüngst mit diesem Thema in der Monatszeitschrift *Zeitscheine* auseinander gesetzt. Ich zitiere den früheren Ratsvorsitzenden der EKD: „Im Respekt vor dieser Unverfügbarkeit [sc: menschlichen Lebens] dient ärztliches Handeln der Bewahrung des Lebens wie dem menschenwürdigen Sterben. Es folgt in einem wie im anderen Fall der Pflicht, niemandem zu schaden. Ärztliches Handeln ist der Heilung verpflichtet, so lange für diese Heilung Raum ist. Aber es hat nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis zum Ziel. Vielmehr ist dem Sterben Raum zu geben, wenn es an der Zeit ist. Menschen im Sterben zu begleiten, steht der ärztlichen Verpflichtung auf das Leben nicht im Widerspruch; denn Sterben ist ein Teil des Lebens.“

Huber fährt fort und betont, dass die Klarheit des ärztlichen Standesethos leiden würde, wenn der ärztlich assistierte Suizid in das Standesrecht aufgenommen werden würde. (*Zeitscheine* 2/2011, 14)

Die Grenze hin zu einem Töten auf Verlangen droht in diesen Fällen auch zu verwischen. Wir gerade damit also ethisch gesprochen auf eine schiefe Ebene. Damit aber wird verunklart, was aus christlicher Sicht nicht in Zweifel gezogen werden kann, „dass jeder, der einem Menschenleben durch aktives Tun ein Ende setzt, - ethisch betrachtet, Schuld auf sich nimmt.“ (ebd.)

Huber unterscheidet in seiner Argumentation zwischen dem individualethisch zu verantwortenden Tun. Demnach könne eine Einzelperson sehr wohl zu der Einschätzung gelangen, dass die Beteiligung an einer Tötung im Vergleich zu dem Leiden des Patienten das geringere Übel sein könnte. Es bleibt aber Schuld und derjenige, der sich so entscheidet, muss die Folgen seines Handelns tragen.

Sozialethisch darf daraus niemals gefolgert werden, dass assistierter Suizid Teil des ärztlichen Ethos werden muss (vgl. ebd.).

## **c) Ökonomisierungsdruck**

Ein letztes ethisches Problem, das ich aufzeigen möchte, gehört in den Bereich der Sozialethik. Viele andere sind ja individualethisch zu betrachten. Ich erlebe als Verantwortlicher für viele Einrichtungen der Altenhilfe und bis vor kurzem auch der Krankenhilfe, dass der Druck der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zunimmt. Was kostet die Gesellschaft das Älterwerden ihrer Bevölkerung und wer bezahlt diese volkswirtschaftlich nicht unerhebliche Summe? Diese Fragen werden laut gestellt und auch kontrovers beantwortet.

Es ist, glaube ich, kein Horrorszenario, wenn ich die Sorge äußere, dass Patientenvorsorge u.ä. zunehmend auch unter diesem ökonomischen Aspekt an makabrer Bedeutung gewinnt. Die Erwartung, dass Menschen lebensverlängernde Maßnahme bitte schön auszuschließen haben, um nicht nur den Angehörigen, sondern auch der Gesellschaft nicht zu lange zur Last zu fallen und damit auf der Tasche zu liegen, diese Erwartung – um es vorsichtig zu sagen – wird steigen.

Wir müssen allen Anfängen wehren, die solche Willensbekundungen bspw. zur Bedingung von Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherungsabschlüssen erklären. Tendenzen gibt es schon in diese Richtung.

Auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten zu wollen, muss die freie Selbstbestimmung des Menschen sein und bleiben, die jemand auch jederzeit und ohne jedes Bedenken widerrufen können muss. Wenn das nicht gewährleistet ist, gerät die Selbstbestimmung, zu der wir gerade mit Blick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis gefunden hatten, wieder – diesmal aus ökonomischen Zwängen - in Gefahr.

Das dürfen wir nicht zulassen.

gez. F. Pannen  
OS, den 16.3.2011