

sehen könnte. Auch wenn ein Mensch nicht bewußt religiös ist, so hat er doch mindestens eine unbewußte Sehnsucht, sich mit dem religiösen Bereich auseinanderzusetzen. Das liegt schon deswegen auf der Hand, weil das Todesproblem als eines der meistverdrängten Probleme in jedem Menschen drin ist.

HK: Aus der logotherapeutischen Richtung der Psychotherapie – damit komme ich nochmals auf die noch nicht ganz zu Ende gebrachte Frage, ob der Rückgang oder Ausfall von Religiosität eine Ursache für zunehmende Neurosen sein kann – wird auf seelische Erkrankungen als Folge fehlender Sinnerfahrung hingewiesen. Viktor Frankl hat hier in Wien den Begriff der noogenen Neurose eingeführt und publik gemacht. Bestätigt nicht gerade diese Richtung, die ja auch manche Verwandtschaften mit der Individualpsychologie Adlers aufweist, eine Bestätigung dafür, daß religiöse Schwunderscheinungen, ob als Verkümmern oder Verdrängung, verstärkt auch zu psychischen Erkrankungen führen können?

Ringel: Ich würde es als Adlerianer ablehnen zu sagen, daß Frankl Adler nahesteht. Er hat einen Teil seiner Ideen von Adler bezogen. Aber er schmätzt Adler ja heute, indem er behauptet, dieser habe den Willen zur Macht gelehrt, obwohl Adler, wie wir es vorhin besprochen haben, das Machtstreben als einen extremen Ausdruck neurotischen Verhaltens gekennzeichnet hat und damit als Krankheit. Zur Sache: Für mich ist der Begriff der homogenen Neurose indiskutabel. Ich habe ja im Sinne Adlers die Neurose erklärt als eine Erkrankung in der Kindheit, wo das Noetische überhaupt keine Rolle spielt. Die Neurose ist eine emotionale Erkrankung, wenn im Kind Haß gegen die Eltern hervorgerufen worden ist. Mit dem Noetischen hat das wenig zu tun. Wenn Sie aber auf das abheben, was ich eingangs als neurotische Reaktion beim Erwachsenen, besonders beim älter werdenden Menschen bezeichnet haben, so kommen noogene Faktoren sehr wohl in Betracht. Ich habe jüngst eine Diskussion mit Frankl gehabt. Wir haben uns dort auf diese Unterscheidung in etwa geeinigt.

HK: Frankl spricht von noogenen Neurosen ja auch stärker im Blick auf den Zustand der Kultur, im Blick auf Zeichen der Sinnleere in der Gesellschaft.

Ringel: Ja, aber das sind eben alle Probleme von Erwachsenen. Die noogene Neurose gibt es für mich solange nicht, als wir die Neurosen als Kindheitserkrankungen ansehen. Sobald wir von den neurotischen Reaktionen von Erwachsenen sprechen mit der Sinnentleerung, mit der Frage des Todes usw. gibt es viele Menschen, die durch neurotische Reaktionen an solchen Störungen leiden.

HK: Bei Frankl fällt auf, daß er aus seiner Sicht der Psychotherapie zwar den religiösen Faktor mit allem Nachdruck neu ins Gespräch bringt, daß er diesen allerdings im wesentlichen mit Sinnerfahrung gleichsetzt und daß er Kirchen als Institutionen von Religiosität entschieden ablehnt. Alles andere widerspricht offenbar seinem Gottesbild. Gott und Kirche, das geht bei ihm offenbar mit der Suveränität Gottes als Sinngrund nicht zusammen. Lassen sich aus der Adlerschen Richtung Gott und religiöse Institution, die ja auch als Institution eine Funktion der Stabilisierung von Emotionalität und Selbstwertgefühl hat, als Forderung nach der konkreten religiösen Gemeinschaft nicht eher in ihrem Zusammenhang verdeutlichen?

Ringel: Damit haben Sie recht: vor allem, weil Adler immer gesagt hat: der Mensch ist nie als einzelner zu sehen, sondern als Gemeinschaft. Die Neurose ist eine soziale Erkrankung. Damit ist auch der religiöse Mensch immer zu sehen im Rahmen einer religiösen Gemeinschaft, der er angehört.

HK: Aber angehört nicht nur als möglicherweise verursachenden, sondern auch als möglichen heilenden Faktor?

Ringel: Na ja, Religion ist nicht primär heilender Faktor, sondern Heiligung...

HK: Heiligung kann wohl auch Heilung sein...

Ringel: Religion kann einen Beitrag leisten zur Heilung. Und jede Beitragsleistung zur Gemeinschaftsfindung ist im Adlerschen Sinne und meiner Überzeugung nach ein Beitrag zur Gesundung des Menschen. Insofern können wir nicht nur vom allgemeinen religiösen Gefühl sprechen, sondern müssen psychohygienisch sehr wohl auch die einzelnen religiösen Institutionen als Partner und als wichtigen Faktor ernst nehmen.

Dokumentation

Sterben, Sterbebeistand, Euthanasie

Ein Text der Österreichischen Pastoralkommission

Pastorale Leitlinien über „Menschenwürdiges Sterben, Sterbebeistand und Euthanasie“ veröffentlichte das Österreichische Pastoralinstitut um die Jahreswende 1977/78. Die Österreichische Bischofskonferenz hat dem von der Pastoralkommission erarbei-

teten Dokument im November 1977 zugestimmt. Wegen der immer größeren Bedeutung des Themas veröffentlichen wir den bisher über Österreich hinaus wenig bekannten Text unter Weglassung der Einleitungs- und Schlußbemerkungen im Wortlaut.

In der Diskussion über diese Probleme ist von sehr verschiedenen Vorgängen, Verhaltensweisen und Handlungen die Rede, ohne daß dabei stets klar wird, was jeweils gemeint ist. Da insbesondere die Begriffe „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ einen überaus schillernden Inhalt haben und oft sogar gegensätzlich gebraucht werden (einerseits für die Verschleierung von „Mord“, andererseits für echten „Sterbebeistand“), ist in der Diskussion um dieses Thema zur Vermeidung von Mißverständnissen besondere Vorsicht geboten.

Man sollte unterscheiden:

- a) den Beistand, der einem Sterbenden vom Arzt und Krankenpfleger, von Verwandten, Freunden und Nachbarn – bei gläubigen Christen auch vom Seelsorger – geleistet wird;
- b) die im Zuge des ärztlichen Beistandes mögliche und vielleicht notwendige Anwendung von Leidensmindernden Mitteln, die sich u.U. lebensverkürzend auswirken können (wobei diese mögliche Folge um der Leidensminderung willen in Kauf genommen wird);
- c) die um der Leidensminderung willen oder nach sicherem „Gehirntod“ vorgenommene Aussetzung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (mit der in Kauf genommenen Verkürzung bzw. Beendigung des Lebens);
- d) die zwar um der Leidensminderung willen vorgenommene, aber vorsätzliche Tötung eines Menschen durch Aussetzung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (die Beendigung des Lebens wird bewußt intendiert, nicht bloß in Kauf genommen);
- e) die um der Leidensminderung willen vorsätzlich durch aktive Maßnahmen (z. B. die Verabreichung lebensbeendender Mittel) herbeigeführte Tötung eines schwerkranken oder sterbenden Menschen;
- f) die Vernichtung vorgeblich „lebensunwerten Lebens“ (wie sie z. B. unter der Herrschaft des Nationalsozialismus als vorsätzliche Tötung unheilbar Kranker, Geistesschwacher oder anderer „der Gesellschaft zur Last fallender Menschen“ vorgenommen wurde).

Der (als Werk der Barmherzigkeit) gebotene mitmenschliche und christliche Beistand gegenüber Sterbenden (= a) sollte nicht als „Euthanasie“ bezeichnet werden; die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (= f) als „Euthanasie“ zu bezeichnen war und ist eine beschönigende Verharmlosung des Mordes. Im gängigen Sprachgebrauch werden unter „Euthanasie“ zweifellos die Fälle d (*direkte* passive Euthanasie) und e (*direkte aktive* Euthanasie) verstanden, im weiteren Sinn werden manchmal aber auch die Fälle b und c als „Euthanasie“ (*indirekte* aktive bzw. passive Euthanasie) bezeichnet. Für alle vier Formen (a–e) kann man auch den Ausdruck „Sterbehilfe“ hören, der aber insbesondere für den medizinischen Sterbebeistand (vgl. a) verwendet wird.

In den folgenden Ausführungen werden unter „Euthanasie“ (auch „Sterbenachhilfe“) die unzweifelhaft unter diesen Begriff gehörenden Fälle d und e verstanden. Dementsprechend werden die beiden wichtigsten Begriffe dieses Textes hier folgendermaßen umschrieben.

Sterbebeistand ist die gebotene medizinische und pflegerische Betreuung sowie mitmenschliche und religiöse Begleitung eines Sterbenden durch Ärzte, Schwestern, Angehörige und Seelsorger.

Euthanasie ist die zur Leidensminderung vorsätzlich herbeigeführte vorzeitige Beendigung des Lebens eines sterbenden (eines chronisch schwerkranken oder schwer behinderten) Menschen.

1. Sterben und Tod des Menschen

Das Sterben des Menschen ist die Beendigung des irdischen Lebens. Im Verlöschen aller Kräfte und Lebensfunktionen wird dem Menschen ein umfassendes Loslassen, eine totale Hingabe abverlangt: Er muß sich von den Angehörigen und Freunden, von den Freuden und Chancen des irdischen Lebens, von Beruf und Umwelt, Besitz und Ehren trennen; er kann allerdings auch alles Schwere, die Konflikte und Sorgen, Leiden und Schmerzen hinter sich lassen.

Dieses Loslassen widerspricht besonders dem Selbstverständnis des heutigen Menschen, das von Aktivismus und Leistungsdenken, Konsumorientierung und sozialen Sicherheiten, von der Eigenart des Lebens in der Kleinfamilie und vom Abschieben der Behinderten, Kranken und Sterbenden an Institutionen, von der Fortschrittshoffnung und dem Glauben an die Machbarkeit des Lebens geprägt ist. Überkommene Feste und Bräuche, Autoritäten und Ordnungen haben weithin ihre lebensbestimmende Gültigkeit verloren. In allen diesen Phänomenen äußert und vollzieht sich ein wachsender Verlust an Lebenssinn und Transzendenz. Das gläubige Wissen um ein „Fortleben nach dem Tod“ und die Hoffnung auf eine Vollendung in Gott sind auch bei vielen Christen einem skeptischen Zweifel gewichen. Die täglichen Berichte über die Opfer von Kriegen, Naturkatastrophen, Hungerepidemien, Verkehrsunfällen und Morden stumpfen den Menschen ab. Er ist sich kaum mehr bewußt, daß sein eigener Tod zu seinem Leben dazugehört und daß er sich ein Leben hindurch in sein Sterben einüben muß. So trifft ihn das Sterben, das er als letzte große Lebensaufgabe zu bewältigen hat, weithin unerwartet und unvorbereitet. Da er kaum Gelegenheit hatte, je beim Sterben eines Menschen dabeizusein, hat er darüber auch kein existentielles Wissen. Wo aber das Wissen fehlt, wird die Angst und Hilflosigkeit bei schwerer Erkrankung eines Angehörigen noch größer. Deshalb sollen einige Informationen über den Sterbevorgang und den Eintritt des Todes zur Besinnung auf das Sterben überhaupt anregen.

Medizinisch gesehen, ist der Tod das vollständige und irreversible Ende aller biologischen Lebenserscheinungen eines Individuums, also das Ende der irdischen Existenz eines bestimmten Menschen. Das Absterben lebenswichtiger Organe gehört bereits zum Sterbevorgang.

Das Sterben kann außerordentlich kurz (abruptes Sterben) oder verhältnismäßig kurz (akutes Sterben) sein, aber auch Wochen und Monate andauern („chronisches“ Sterben).

Man kann einzelne Sterbephasen („Sterbesyndrome“) unterscheiden: Das Sterben beginnt damit, daß lebenswichtige Organe zu versagen beginnen. In dieser anfänglichen Phase des Sterbens spielt das Bewußtsein, das an die intakte Funktion des Gehirns gebunden ist, eine wichtige Rolle. Der Sterbende nimmt Schmerzen und Beklemmung noch bewußt wahr. Aber auch Bewußtlosigkeit muß in dieser Phase noch nicht bedeuten, daß der Sterbende nicht mehr zu sinnhafter Wahrnehmung und unbewußter personaler Verbindung mit den Mitmenschen fähig ist: Er kann z. B. die herzliche Nähe liebender Menschen noch durchaus spüren, ohne etwas äußern zu können.

Die nächste Phase ist bestimmt durch den irreversiblen Verlust aller Hirnfunktionen, die zum Bewußtsein und zur sinnhaften Wahrnehmung notwendig sind. Dieser endgültige Bewußtseinsverlust entspricht dem subjektiven Tod. Es bleiben aber die Zentren des vegetativen Lebens im Gehirn weiter in Funktion.

Die letzte Phase endet normalerweise mit dem letzten Herzschlag und dem gleichzeitigen Erlöschen des vegetativen Lebens. Unter den besonderen Bemühungen der sogenannten Reanimation

(Wiederbelebung) in Intensivstationen kann sich die Reihenfolge des Sterbeprozesses insofern ändern, als Atmung und Kreislauf medikamentös und durch entsprechende Apparate (Beatmungsmaschinen u.ä.) in Gang gehalten werden können. Dementsprechend gilt heute nicht mehr der Herzstillstand als Ende des menschlichen Lebens, sondern der irreversible Verlust auch der das biologische Leben integrierenden und erhaltenden vegetativen Hirnfunktionen.

Für die Feststellung des Hirntodes – nicht identisch mit der genauen Bestimmung des Todeszeitpunktes – werden hauptsächlich drei Möglichkeiten verwendet:

1. die klinische Feststellung der fehlenden Hirnfunktion: absolute Bewußtlosigkeit, Atemstillstand, hochgradig weite und lichtstarre Pupillen, Erlöschen der zentral gesteuerten Reflexe, Ausfall der Temperaturregulation;
2. elektroenzephalographischer Nachweis der fehlenden Hirntätigkeit (Null-Linien-EEG über eine bestimmte Dauer);
3. Feststellung des Kreislaufstillstandes innerhalb des Gehirns. Man hat sich heute weithin darauf geeinigt, daß ein Mensch, dessen Gehirn tot ist, medizinisch als Toter gilt, auch wenn sein Herz infolge maschinell aufrecht erhaltener Atmung noch schlägt. Bei gesichertem Hirntod wird daher das Abstellen von Apparaten und die Beendigung medikamentöser Maßnahmen von den Ärzten weder als Verzicht auf eine Therapie noch als eine Tötung angesehen und entsprechend gehandelt. Da sich die Gesetzgebung mancher Länder noch am Herzstillstand orientiert und da manche Angehörige (und auch Ärzte) selbst in solchen ausweglosen Situationen eine Fortsetzung der Behandlung verlangen, ergeben sich hier erhebliche Konfliktmöglichkeiten.

Wir alle werden unser Sterben und die unausweichliche Trennung nur dann menschlich bewältigen können, wenn wir gelernt haben, uns ein Leben lang in das Sterben einzuüben. Das Leben bietet dazu vielerlei Möglichkeiten: akzeptieren, daß mit jeder tiefergehenden Entscheidung (Berufs- und Partnerwahl, Übernahme bestimmter Aufgaben in konkreten Betrieben usw.) andere Möglichkeiten eingeschränkt, ja ausgeschlossen werden; lernen, auf Wünsche zu verzichten, ungesunde Lebensgewohnheiten aufgeben, Vorurteile abbauen, sich mit einem langjährigen Gegner versöhnen, die heranwachsenden Kinder nicht für sich festhalten wollen, den Partner immer neu in die Freiheit und Selbständigkeit entlassen, notwendige Trennungen, Abschiede und Selbstentfremdungen hinnehmen, die vielfältigen Belastungen, Enttäuschungen und Konflikte im beruflichen, familiären und gesellschaftlichen Leben ohne Verbitterung ertragen; bereit sein, Hilfe anzunehmen, das Kreuz als Folge menschlicher Sünde tragen und ertragen lernen, in Dankbarkeit die vielen großen und kleinen Geschenke des Lebens annehmen, in Bescheidenheit mit dem zufrieden sein, was das Leben einem bietet, offen sein für religiöse Erfahrung und Freude; aus der Verbundenheit mit Christus leben.

Wenn man lernt, sich in all diesem einzuüben, und wenn man das alltägliche Dasein gemäß dem Willen Gottes zu erfüllen trachtet, wird man auch das Sterben in christlicher Freiheit und Ergebung mit Würde bestehen können. Denn der Christ kann und soll im Leben und im Sterben dem ähnlich werden, der um unseres Heiles willen sich erniedrigte, menschliches Leid freiwillig ertrug und den Tod um unseretwillen nicht gescheut hat. Wer durch die Taufe diesem Tod unseres Erlösers Jesus Christus gleichgestaltet wurde, wird es nach christlicher Hoffnung auch in der Auferstehung sein. Er darf durch den Tod hindurch die Vollendung seines Lebens bei Gott mit Zuversicht erwarten. Der in diesem Geiste Sterbende wird seinen Glauben und seine Hoff-

nung auch im Todeskampf leichter durchhalten und nicht in eine letzte Verzweigung versinken, vor allem auch wenn er die liebende Begleitung von Menschen erfährt, die ihm bei seiner letzten großen Lebensaufgabe helfen.

2. Sterbebeistand, Sterbehilfe

Im Sterbebeistand geht es nicht nur um die letzte medizinische Versorgung und Betreuung des Todkranken (Sterbehilfe), sondern vor allem auch um den menschlichen Beistand in dieser Einsamkeit und Verlassenheit, um die herzliche Nähe von Angehörigen, um die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre, um seelsorgliche Begleitung, Spendung der „Wegzehrung“, Stärkung des Glaubens und der Hoffnung, Trost des Gebetes. Dem entsprechend sind drei Gruppen von Menschen, die Sterbebeistand leisten können und sollen, zu unterscheiden: a) Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger; b) Angehörige und Freunde (auch in Krankenhäusern); c) Seelsorger.

Die ärztliche und pflegerische Sterbehilfe soll die Leiden des Kranken, gegebenenfalls durch Anwendung schmerzstillender Mittel, so lindern, daß der Sterbende seine letzte Lebensphase menschlich zu bewältigen vermag.

Der Arzt steht dabei oft vor schwierigen Fragen und Entscheidungen: Soll er schmerzlindernde Mittel anwenden, auch wenn eine gewisse Lebensverkürzung in Kauf genommen werden muß? – Die Moraltheologen halten diese Hilfe für sittlich vertretbar, wenn die geringe Lebensverkürzung durch eine beachtliche Erleichterung des Zustandes des Sterbenden aufgewogen wird. Sonst ist auch diese Sterbehilfe abzulehnen.

Darf er umgekehrt auf lebensverlängernde medizinisch-therapeutische Maßnahmen manchmal verzichten? – Auch diese Entscheidung kann sittlich erlaubt oder sogar geboten sein, nämlich dann, wenn sonst ein vielleicht qualvolles Sterben nur verlängert oder ein menschenwürdiges Sterben verhindert würde. (Das Abschalten der Herz-Lungen-Maschine bei eingetretenem Hirntod ist keine eigentliche Lebensverkürzung, da hier der Individualtod bereits eingetreten ist. Selbstverständlich hat auch der Schwerkranken selbst das Recht, auf die Anwendung außerordentlicher Mittel zu verzichten.

Der Arzt wird aber (vom Sterbenden selbst oder von Angehörigen) bisweilen auch darum gebeten, mit Hilfe einer tödlichen Spritze oder eines entsprechenden Medikaments dem Sterbenden die Todesqualen zu nehmen, ihm den Todeskampf abzukürzen, den Tod sanft zu machen. Dies ist aber keine Sterbehilfe mehr, sondern eine *Sterbenachhilfe*, die von den meisten Ärzten und von der Kirche entschieden abgelehnt wird, wie dies schon der Hippokratische Eid tut. Der Arzt muß bei seinen Maßnahmen also danach entscheiden, wie sehr sie für den todkranken Menschen eine Hilfe bedeuten, menschlich zu sterben. Er muß Lebensverlängerung, -erhaltung oder -verkürzung, Leidverminderung und Freiheitsgewinn (als Möglichkeit, von seinen Angehörigen Abschied zu nehmen, bewußt und menschenwürdig zu sterben) gleichermaßen berücksichtigen.

„Es ist keine Sterbehilfe, wenn das Leben rücksichtslos verlängert wird, d. h. ohne Rücksicht darauf, ob und wie das Leiden vergrößert und die Freiheit vermindert wird. Es ist keine Sterbehilfe, wenn das Leiden rücksichtslos vermindert wird, d. h. ohne Rücksicht darauf, ob und wie das Leben verkürzt (oder getötet) und die Freiheit vermindert (oder ausgeschaltet) wird. Es ist keine Sterbehilfe, wenn die Freiheit rücksichtslos erhalten wird, d. h. ohne Rücksicht darauf, ob und wie das Leid vergrößert und das

Leben verkürzt wird“ (A. Ziegler). Die Hilfe im akuten Sterben bedarf also einer Beurteilung nach Lebenserwartung, Leidverminderung und Freiheitsgewinn. Die letzte Ungewißheit über das, was im Tod wirklich geschieht, gibt dem Arzt das Recht, echte Sterbehilfe nicht zu früh abzubrechen. Es mag ein Trost sein, daß meist der schicksalhafte Verlauf des Sterbeprozesses dem Arzt allerletzte Überlegungen abnimmt und verunmöglicht.

Arzt, Pflegepersonal und Seelsorger gemeinsam sind verantwortlich für die Atmosphäre, in der ein Sterbender seine letzten Stunden verbringt. Gerade wenn keine Angehörigen dasind oder dabei sein können, dürfen sie den Sterbenden nicht in einen ruhigen Gang, in ein Bade- oder Sterbezimmer abschieben und dort sich selbst überlassen. Der Sterbende braucht mitmenschliche Nähe und Solidarität bis zur letzten Phase des Sterbens.

Im allgemeinen wird niemand anderer einem Sterbenden so gut beistehen können wie diejenigen, die ihm im Leben nahegestanden sind. Deshalb hat der Sterbende auch im Krankenhaus oder Altersheim ein Recht auf die Gegenwart seiner Angehörigen. Dieses Recht und die ihm entsprechende Pflicht sind im Bewußtsein des Volkes weithin verlorengegangen und müssen wieder in Erinnerung gebracht werden. Gerade in den Phasen des Sterbens braucht der Mensch hauptsächlich die liebende Nähe von Menschen; kleine Dienste, die jeder leistet (und womit er auch das Krankenhauspersonal entlasten) kann, die Freude und den Trost, nicht allein gelassen zu werden; die Erfahrung, mit seinen Angehörigen versöhnt und von ihnen geliebt hinüberzugehen. Damit die Angehörigen diesen letzten Liebesdienst leisten können, müssen in den Krankenhäusern die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden; im besonderen bedarf es würdiger und auf den Aufenthalt von Angehörigen ausgerichteter Sterbezimmer. Außerdem müssen die Angehörigen häufig erst durch Ärzte und Seelsorger auf diesen Beistand vorbereitet werden, weil sie sonst vielfach gar nicht instande wären, den Sterbenden zu helfen. (Diese Vorbereitung wie auch die tröstende Begleitung der Angehörigen nach dem Verlust eines lieben Menschen stellt allerdings an Ärzte, Seelsorger und Pflegepersonal große Anforderungen; heute gibt es für diese verschiedenen Formen des Beistandes eine spezielle Ausbildung, das „pastoral clinical training“ – die Klinische Seelsorgeausbildung.)

Wenn einem Sterbenden keine Angehörigen oder Freunde, Seelsorger oder Schwestern beistehen können, soll er nach Möglichkeit im Krankenzimmer bleiben dürfen, und es sollen die Mitpatienten ermutigt werden, an ihm diesen Liebesdienst des Sterbebeistandes zu leisten.

Dort, wo es sich machen läßt – unter Umständen mit Hilfe ambulanter Pfleger –, soll Schwerkranken wieder vermehrt die Gelegenheit geboten werden, daheim im Kreis der Familie zu sterben. Wo es eindeutig auf den Tod zugeht und wo Nachbarn und Bekannte dem Schwerkranken helfen und dem Sterbenden beistehen können, sollen insbesondere alte Menschen nicht mehr aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen werden.

Das gemeinsame Abschiednehmen ist zugleich auch ein erster Schritt in der notwendigen „Trauerarbeit“, also der Bewältigung der Trauer und des Verlustes, die von allen vom Tod Betroffenen geleistet werden muß. Die unmittelbare Erfahrung des Sterbens würde den Menschen zudem helfen, den eigenen Tod als Teil ihres Lebens zu begreifen.

Auch der Seelsorger hat zunächst einfach dem Sterbenden beizustehen, damit dieser in seiner seelischen Not nicht allein ist. In einer Zeit, in der das Sterbenmüssen bereits sicher ist, der unmittelbare Sterbeprozess aber noch nicht begonnen hat, kann der Seelsorger zudem den Schwerkranken in seiner Suche nach dem

Sinn des Lebens und Leidens, in seinem Aufbäumen gegen Gott, in seinem Hadern und Verhandeln mit Gott, bei eventuellen Konflikten und der schwierigen Versöhnung mit seinen Mitmenschen, in der Depression und Resignation begleiten und zur Annahme des Todes hinführen.

Gerade im Sterben werden ja die Fragen nach dem Woher und Wohin des Lebens bewußt. Es sind im letzten religiöse Fragen. Sie dürfen weder ausgeklammert noch verdrängt werden. Sonst kann das Sterben nicht erfahren werden, als abschließender Vollzug des Lebens, es kann nicht gelingen. Dabei ist der Glaube eine wirksame Hilfe, die Angst vor dem Tod durchzustehen, ja zu überwinden, der Glaube schenkt ja dem Sterbenden eine feste Hoffnung. Der Glaube gibt auch dem Leiden, das uns unverstündlich erscheint, vom Leiden Christi her einen Sinn – wie auch Paulus sagt, daß er in seinem irdischen Leben das Maß der Leiden Christi für seinen Leib, die Kirche, erfüllt (vgl. Kol 1,24).

Durch seinen unmittelbaren Sterbebeistand kann der Seelsorger diesen Glauben an Jesus Christus und an die Auferstehung dem Sterbenden erfahrbar machen. Gemeinsames Gebet, Gespräche über das vergangene Leben – insbesondere über das, was in diesem Leben gelungen und gut war –, der Empfang der Kommunion als Unterpfand für die Teilnahme am ewigen Gastmahl, werden den Sterbenden beruhigen und ihm die Kraft geben, die letzten Stunden im Vertrauen auf den Herrn zu bestehen.

Wenn der Priester zu einem Sterbenden gerufen wird, ist es allerdings oft sehr spät oder zu spät, um noch einen Sterbebeistand leisten zu können. Auf jeden Fall brauchen aber auch die Angehörigen seine Hilfe, der Seelsorger muß in solchen Fällen alles andere zurückstellen, und er muß zudem viel Zeit und Geduld aufbringen, um den Angehörigen helfen zu können, den Schock des oft überraschenden Todes zu überwinden und den Verlust ertragen zu lernen.

Dann zeigt sich eine weitere wichtige pastorale Aufgabe, nämlich die Angehörigen eines Schwerkranken auf den Sterbebeistand vorzubereiten, aber auch etwa in einem Pfarrabend durch einen Krankenhausesorger die Gläubigen mit diesen Anliegen vertraut zu machen. In Predigten wird der Seelsorger bei gegebenen Anlässen auf die notwendige und lebenslange Einübung in das Sterben, auf die Angleichung an das Todesleiden Christi u. ä. hinweisen. In Gesprächen mit Ärzten, Schwestern, für das Krankenhaus Verantwortlichen wird er sich um eine ständige Verbesserung des Sterbebeistandes bemühen und auch die Ärzte und Schwestern in deren schweren Aufgaben den Sterbenden gegenüber immer wieder ermutigen.

3. Euthanasie

Die bisherigen Ausführungen haben den sittlich erlaubten, ja gebotenen Sterbebeistand beschrieben. Dabei wurde deutlich, daß noch viel mehr getan werden muß, um jedem Menschen ein menschenwürdiges Sterben und einen guten Tod zu ermöglichen, und daß Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige und Seelsorger dazu nicht ausschließlich die Lebensverlängerung des Todgeweihten im Auge zu haben brauchen.

Entschieden muß dieser sittlich erlaubte Sterbebeistand von jeder Form der vorzeitigen Tötung abgegrenzt werden. Es geht hier im wesentlichen um zwei Gesichtspunkte, unter denen manche eine Tötung für zulässig erachten:

Einerseits halten sie das Leben eines sterbenden (schwerkranken oder schwer behinderten) Menschen für nicht mehr lebenswert und entscheiden damit über die Lebensqualität des Daseins eines anderen Menschen, und andererseits räumen sie dem Leidenden

ein Verfügungsrecht über sein Leben ein. Beiden Vorstellungen muß entgegengetreten werden. Die Menschheit ist im Laufe der Geschichte zu der immer klareren Erkenntnis gelangt, daß das Recht auf Leben eines der entscheidenden Grundrechte des Menschen ist. Gerade in der Auseinandersetzung mit dem sogenannten „Euthanasie-Programm“ der Nationalsozialisten – der staatlich angeordneten Tötung von unheilbar kranken und geistesschwachen Menschen – ist dieses Grundrecht deutlicher hervorgetreten und dann auch als eines der Menschenrechte formuliert worden.

Dieses Menschenrecht vertritt die Kirche aus christlicher Überzeugung. Kein Mensch hat von sich aus ein Verfügungsrecht über das menschliche Leben, weder über sein eigenes noch über das anderer. Die Würde des Menschen besteht in seinem Geschaffenheit und Angenommensein durch Gott. Diesem Glauben zufolge verdankt sich der Mensch Gott, er nimmt sein Leben aus der Hand Gottes an, er hat die Chance, sein Leiden und seinen Tod als Sühne für die Sünden auf sich zu nehmen, er lebt, solange Gott es will, und vollendet sein Leben schließlich zu endgültiger Gemeinschaft in Gott.

In schroffem Gegensatz dazu steht ein selbstherrliches und materialistisches Menschenbild, wonach der Mensch sich ausschließlich sich selbst verdankt und wonach das Leben nur nach seinem privaten und sozialen Nutzen beurteilt wird. Unnütze Esser, die für die Umwelt nur eine Belästigung darstellen, haben z. B. nach dieser Auffassung kein Lebensrecht.

Eine solche materialistische Begründung der Zulässigkeit des Mordes an den Schwächsten der Gemeinschaft wird in der Regel unter dem Aspekt des Mitleids ethisch zu rechtfertigen gesucht. Gerade die Behauptung, jemand habe nichts mehr vom Leben, drückt meist eine utilitaristische Einstellung aus. Insbesondere scheinen jüngere Menschen die Situation, die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen und in ähnlicher Weise auch Kranker und Sterbender falsch einzuschätzen.

Es ist auch zu bedenken, daß die meisten Menschen, die in einem konkreten Fall einmal die Tötung eines nahen Menschen aus Mitleid gefordert haben, nach einiger Zeit anders darüber denken und sich auch dann schuldig fühlen, wenn ihrer Bitte nicht entsprochen worden war. Mit Sicherheit würde das Vertrauen in die Ärzte schwer untergraben, wenn jeder Kranke sich davor fürchten müßte, daß seinem Sterben vielleicht nachgeholfen wird.

Man könnte freilich auch fragen, ob es neben dem Recht auf Leben nicht auch eine Pflicht zu leben gibt. Die Antwort hängt wieder davon ab, wie man grundsätzlich den Menschen sieht. Wenn nämlich der Mensch nur dazu da wäre, etwas zu leisten oder um etwas genießen zu können, wäre tatsächlich nicht einzusehen, warum einer sein Leben nicht beenden soll, wenn er nichts mehr leisten kann und nicht mehr genüßfähig ist. Wer aber in seinem Leben die Zeit sieht, die Gott ihm gegeben hat, um das zu werden, was er ewig bleiben soll, der wird auch die Stunden des Leidens und Sterbens als eine Gelegenheit ansehen, in der sich sein Glaube und seine Hoffnung bewähren müssen: „Er, der Geist, bezeugt es zugleich mit unserem Geist, daß wir Kinder Gottes sind. Und sind wir Kinder, so sind wir auch Erben: Gottes Erben und Christi Erben – vorausgesetzt, daß wir auch mit ihm leiden, um mit ihm verherrlicht zu werden. Und die Leiden dieser Zeit, denke ich, stehen in keinem Verhältnis zu der Herrlichkeit, die sich an uns offenbaren wird“ (Röm 8,16–18).

Das Beispiel des Glaubens und der Hoffnung auch angesichts des Todesleidens bedeutet aber auch für die Mitmenschen sehr viel. „Es lebt ja niemand von uns für sich selbst, und niemand stirbt für sich selbst“ (Röm 14,7). Für den Glaubenden bedeutet das Todesleiden nicht eine Katastrophe, die möglichst abgekürzt – freilich auch nicht verlängert! – werden soll, sondern etwas, das

normalerweise zum Leben dazugehört und die Möglichkeit zu voller persönlicher Ausreifung, zum Durchhalten der einmal getroffenen Entscheidung auch unter großen Belastungen, gibt. Solche letzte Selbstverwirklichung braucht oft den wirksamen Sterbebeistand; diese Situation ist ein Anruf, Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe und Treue zu verwirklichen.

Menschen, die die Forderung nach Gnadentod für einen Angehörigen oder eine Pflegeperson erheben, und Menschen, die für die Tötung auf Verlangen eintreten, sollten sich überlegen, ob ihr Verhältnis zum Kranken – so besehen – richtig ist.

Schon aus den bisher vorgebrachten Gründen wurde deutlich, warum auch eine direkte Verfügung über das eigene Leben und die Tötung auf Verlangen nicht als sittlich vertretbar angesehen werden können. Dazu sollen noch einige weitere Hinweise gegeben werden (vgl. auch Euthanasie und Strafrecht). Ob ein Mensch sein Leben noch als lebenswert finden kann, hängt wesentlich davon ab, ob er von seiner Umgebung Liebe, Zuwendung, Geborgenheit, Wärme, Nähe erfährt, nicht nur von einer ausreichenden medizinischen und pflegerischen Betreuung.

Tatsächlich fordern selten Kranke von sich aus, daß man ihrem Leben ein Ende setzt. Außerdem können manche schwerkranke Menschen, insbesondere aber Debile ihren Lebenswillen kaum kundtun. Allerdings geht die Sorge um eine gute gesamt menschliche Betreuung, z. B. unheilbar Kranker, die in Altersheimen oder Versorgungshäusern leben müssen, über die Angehörigen und das Pflegepersonal hinaus, die kirchlichen und kommunalen Träger haben die Verantwortung dafür, daß genügend Pflegepersonal vorhanden ist und daß so das Reden vom Wert des menschlichen Lebens auch durch die Praxis gedeckt ist.

Das staatliche Strafrecht kann zwar nicht alles unter Strafandrohung stellen, was sittlich unzulässig ist, aber es muß diejenigen Werte durch entsprechende Sanktionen schützen, die für das menschliche Leben und Zusammenleben von besonderer Bedeutung sind. Ein solcher Wert ist das Leben. Weder Mitleid mit dem Leiden eines Menschen noch das ausdrückliche Verlangen nach Beendigung dieses Leidens können eine vorzeitige Tötung rechtfertigen. Aus diesem Grund ist ein strafrechtliches Verbot der Euthanasie unaufgebbar. Das Argument, jeder Mensch habe selber die letzte Verantwortung für sein Leben und müsse sich daher auch für eine Beendigung dieses Lebens entscheiden können, ist falsch. Wenn der einzelne Mensch die Entscheidung für die Beendigung seines Lebens zu fällen hat, dann kann leicht der Fall eintreten, daß der Patient nicht mehr den Mut und die Kraft besitzt, den Erwartungen der Mitmenschen Widerstand zu leisten, denen er vielleicht durch seine Pflegebedürftigkeit zur Last geworden ist. Weil menschliche Freiheit die Abhängigkeit von der Umgebung nicht ausschließt, deshalb muß sie gerade dadurch gesichert werden, daß unmenschlichen Manipulationen und Beeinflussungen ein rechtlicher Schutz entgegengestellt wird. Zudem wäre bei einer rechtlichen Freigabe der Euthanasie die Gefahr von Mißbräuchen und kriminellen Weiterungen nur schwer auszuschließen. Denn die freie Entscheidung eines Menschen läßt sich nicht so objektiv definieren und feststellen, daß eindeutig und sicher eine Tötung ohne oder sogar gegen den Willen eines Patienten ausgeschlossen werden könnte. Das Recht muß das Leben unbedingt schützen, Ethik und Pastoral müssen Kriterien und Möglichkeiten aufzeigen, wie dem Menschen ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht werden kann und soll. Letztlich können aber weder das Strafrecht noch die Ethik angeben, wo die Grenze der Belastbarkeit eines dahinsiechenden, schwer leidenden und unheilbar kranken Menschen wie auch dessen liegt, der diese Leiden und Belastungen vielleicht jahrelang mitgetragen hat.