
Hartmut Kreß
Umgang mit dem Lebensende –
Bewusstseinswandel und ethische Herausforderungen

*Referat auf dem Hospiz- und Palliativtag
der Hospizgemeinschaft Hunsrück-Simmern am 13.9.2014*

In jeder Epoche müssen sich die Menschen mit Sterben und Tod neu auseinandersetzen. Für unsere eigene Gegenwart gilt dies zweifellos in hohem Maß. Vorab erinnere ich an einen Satz, der ca. hundert Jahre alt ist. Er wurde im Jahr 1910 geprägt und besagt knapp und prägnant: „In jedem einzelnen Moment des Lebens *sind* wir solche, die sterben werden“. Die Formulierung stammt von dem Philosophen Georg Simmel, der von 1858 bis 1918 lebte. Der Name von Georg Simmel ist allgemein wohl weniger bekannt als etwa derjenige von Sigmund Freud oder von Albert Schweitzer. Der Sache nach gehört Simmel aber zu den großen Vordenkern des 20. Jahrhunderts. Philosophiegeschichtlich ist er der Lebens- oder Existenzphilosophie zuzuordnen. Mit dem zitierten Satz – „In jedem einzelnen Moment des Lebens *sind* wir solche, die sterben werden“ – unterstrich er, dass Sterben und Tod zur menschlichen Existenz untrennbar hinzugehören. Zugleich wollte er deutlich machen, dass Menschen dazu neigen, die Probleme ihres Sterbens zu verdrängen. Simmel war einer der Autoren, die vor hundert Jahren die Worte „Todesflucht“ oder „Todesverdrängung“ geprägt haben. Heute ist der Begriff „Todesverdrängung“ gängig und geläufig geworden. Faktisch ist es ja tatsächlich so, dass wir uns mit belastenden Themen von Krankheit, Sterben und Tod nicht gern auseinandersetzen. Eigentlich ist dies aber unerlässlich; denn die Endlichkeit und das Sterben sind Teil unserer Existenz. Hierauf wollte Simmel damals aufmerksam machen.

In der Gegenwart ist zusätzlich eine gesellschaftliche Entwicklung aufzuarbeiten, an die vor hundert Jahren so noch gar nicht zu denken gewesen war. Es hat sich völlig verändert, wie bzw. in welcher Form und unter welchen Umständen sich das Sterben vollzieht. Im Folgenden werde ich daher den Umbruch beleuchten, der sich – was den Verlauf des Sterbens anbelangt – in den letzten Jahrzehnten ereignet hat. Davon ausgehend komme ich auf palliative Begleitung zu sprechen und gehe in einem Seitenblick auch auf die laufende Diskussion über Suizid am Lebensende und über ärztliche Suizidbeihilfe ein.

1. Die Umstände des Sterbens – in der Gegenwart ein tiefer Umbruch

Heute haben Menschen durchschnittlich eine viel höhere Lebenserwartung als in der Vergangenheit. Dies beruht nicht zuletzt auf dem Fortschritt der Medizin. Teil des modernen medizinischen Alltags ist die Intensivmedizin, die sich erst seit ca. 50 Jahren, seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts ausgebildet hat. Dank der Intensivmedizin können zahlreiche Menschenleben gerettet werden. Jedoch hat jeder Fortschritt eine Kehrseite. Eine Schattenseite speziell der Intensivmedizin ist darin zu sehen, dass sie Leben auch dann apparativ, künstlich verlängern kann, wenn diese Lebensverlängerung menschlich eigentlich sinnlos erscheint und wenn der Betreffende, der Patient seinem persönlichen „Schicksal“ gemäß an sich sterben würde. Künstliche Beatmung oder künstliche Zuführung von Ernährung oder Flüssigkeit gehören heute zur medizinischen Routine. Auch aus diesem Grund hat sich in der Gegenwart die Zeitspanne sehr ausgedehnt, in der ein Mensch schwer krank ist und stirbt. In früheren Zeiten – noch vor hundert Jahren – fürchteten die Menschen in der Regel den raschen, plötzlichen, unerwarteten Tod. Man hatte Angst, unerwartet zu sterben, ohne sich von den Angehörigen verabschieden zu können und ohne – was die religiöse Seite betrifft – noch einmal beichten und sich vom Priester die Sünden vergeben lassen zu können. Heute verhält es sich ganz anders. Oft haben Menschen geradezu den Wunsch, einmal rasch zu versterben. Furchterregend sind die lang anhaltende Krankheit, also ein Krankheitsprozess, der sich über Jahre erstreckt, und das lang andauernde Sterben.

Um nur ein Beispiel zu nennen: das apallische Syndrom oder das sogenannte Wachkoma. Es handelt sich um einen Zustand tiefster Bewusstlosigkeit. Wenn er mehrere Monate andauert, ist es praktisch ausgeschlossen, dass die betroffenen Menschen zu einem bewussten Leben, zur Kommunikation mit anderen und zu einer eigenständigen Existenz zurückkehren. Durch künstliche Ernährung und Beatmung lassen sich ihre Lebensfunktionen aber über Jahre hinweg künstlich aufrechterhalten. Ohne die technischen Maßnahmen wären die Patienten schon lange endgültig gestorben.

Solche Sachverhalte werden uns allen zunehmend bewusst. In der modernen Gesellschaft existiert zwar nach wie vor eine Neigung, das Sterben und den Tod zu verdrängen. Genau dies war schon vor 100 Jahren von Simmel kritisiert worden. Eine derartige Verdrängung von Sterben und Tod ist jedoch bedenklich. Denn der-

jenige, der hierzu neigt, schadet sich letztlich selbst. Niemand kann ausschließen, einmal in die Lage zu geraten, unrettbar zu erkranken, so dass keine Aussicht auf Wiederherstellung, auf Genesung besteht. Deshalb sollte man sich rechtzeitig vorher Gedanken machen, was in einer solchen Situation geschehen soll, welche Form der medizinischen Begleitung und der Lebenserhaltung man sich wünscht und welche Behandlungen und welche Formen der Lebensverlängerung man ablehnt.

Ethisch und rechtlich kommt an dieser Stelle das Selbstbestimmungsrecht zum Zuge. Angesichts von Krankheit und Sterben ist das Grundrecht jedes Menschen auf Selbstbestimmung heutzutage eine Schlüsselidee, ein ganz zentraler Gedanke geworden.

2. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland heißt es in Artikel 2 Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“. Mit diesem markanten Satz garantiert das Grundgesetz für jeden einzelnen Bürger das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Den Hintergrund bildet Artikel 1 des Grundgesetzes, der die Menschenwürde gewährleistet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Der Gedankengang des Grundgesetzes läuft darauf hinaus, Menschenwürde und Selbstbestimmung miteinander zu verschränken. Weil wir Menschen prinzipiell dazu in der Lage sind, frei und selbstbestimmt eigene Entscheidungen zu treffen, besitzen wir Würde. Und umgekehrt: Wenn jemand aus eigenem freien Willen heraus einen bestimmten Entschluss trifft, dann ist dies Ausdruck seiner persönlichen Menschenwürde.

Nun gibt es Grenzen des Selbstbestimmungsrechts. Das ist vor allem dann der Fall, wenn meine Entscheidungen in die Rechte anderer Menschen eingreifen und ihnen gar schaden würden. Meine Persönlichkeitsrechte und meine Freiheitsrechte enden an den Grundrechten der anderen. Hiervon abgesehen habe ich aber das gute Recht, selbst und eigenständig zu entscheiden – erst recht dann, wenn meine Willensbekundungen mich selbst, meinen Körper, meine eigene Existenz betreffen. Inzwischen ist dieses Recht auch für das Lebensende hochbedeutsam. Zur Würde des Menschseins gehört die Würde des Sterbens. Und deshalb gilt: Jeder hat das Recht, aus seiner persönlichen Sicht zu sagen, was er unter einem Sterben in Würde versteht. Jeder kann und darf zu Fragen der Krankheit und des

Sterbens seinen eigenen Willensentscheid bekunden – und hiervon sollte man möglichst Gebrauch machen. Es ist für jeden selbst hilfreich, sich dies rechtzeitig zu überlegen, um innerlich vorbereitet zu sein, wenn es ernst wird. Sehr nützlich ist es, eine Patientenverfügung zu verfassen für den Fall, dass man sich eventuell einmal nicht mehr zu äußern vermag. Hiermit entlastet man auch andere Menschen. Für Angehörige oder Ärzte kann es äußerst schwierig und sehr belastend werden, falls sie ihrerseits darüber befinden müssen, wie sie mit einem Schwerkranken oder Sterbenden umgehen sollen. Auch in dieser Hinsicht ist es wichtig, dass ich mich selbst rechtzeitig mit diesen Fragen beschäftigt habe, mir – soweit es geht – eine Meinung gebildet und dafür gesorgt habe, dass meine Meinung dokumentiert ist, damit andere sich danach richten können. Patientenverfügungen sind Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts. Sie eröffnen jedem die Chance, für das eigene Krankheits- und Sterbeschicksal vorsorglich eigene Verantwortung zu übernehmen.

Angesichts der heutigen Umstände des Sterbens ist freilich nicht allein dieses Grundrecht auf Selbstbestimmung hervorzuheben. Belangvoll ist ebenfalls, in welcher Weise die Gesellschaft, das Gesundheitssystem, die staatliche Ordnung sich auf menschliches Sterben einstellen. In dieser Hinsicht hat sich seit den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts bei uns manches verändert, auch zum Positiven. So ist die Schmerzforschung verstärkt und sind Schmerzbehandlungen nun auch in der Bundesrepublik Deutschland verbessert worden. Zugleich ist die Hospizbegleitung ausgebaut worden, genauso die palliative Begleitung und die palliative Medizin.

3. Wandel der Kultur des Sterbens: Hospizbegleitung und Palliativmedizin

Zur Palliativmedizin greife ich die Definition auf, die die Weltgesundheitsorganisation 1990 geprägt hat: „Die aktive Gesamtbehandlung von Kranken, deren Leiden auf kurative Behandlung nicht anspricht, Kontrolle von Schmerzen, von anderen Symptomen sowie von psychischen, sozialen und spiritualen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen“. Das Zitat – eine Programmformel, ein Programmsatz – nennt wesentliche Elemente der palliativen Versorgung. Es geht um Patientinnen und Patienten, die dem Ende des Lebens entgegensehen. In dieser letzten Phase sollen sie ganzheitlich begleitet

werden. Eine palliative Versorgung strebt nicht mehr an, Organfunktionen dauerhaft wiederherzustellen oder Krankheiten zu heilen. Im Vordergrund stehen stattdessen Schmerz- und Leidenslinderung sowie die seelische Begleitung und damit das Bemühen, dass in der letzten Phase des Lebens die Humanität, die Mitmenschlichkeit gewahrt bleiben.

Man kann dieses Anliegen am Wort „Hospiz“ erläutern (lat. „hospitium“ / Gastfreundschaft). Ich bleibe jetzt aber bei dem Begriff der Palliativmedizin oder der palliativen Versorgung. Eine ältere Wurzel ist das lateinische „palliare“ / „mit einem Mantel bedecken“; „pallium“ ist der Mantel. Nun ist der Mantel nicht einfach nur ein Kleidungsstück, sondern zugleich ein Symbol. In der christlichen Kunstgeschichte ist im Mittelalter oftmals Maria mit einem Mantel abgebildet worden. Der Mantel der Maria war ein Symbol dafür, dass sie die Gläubigen beschützt. Wichtig ist allerdings, dass das Symbol des Mantels älter ist als das Christentum. Es findet sich bereits im antiken Rom. Hochgestellte Persönlichkeiten konnten Verfolgte unter ihren Mantel bergen und ihnen auf diese Weise Asyl und Schutz gewähren. Oder: Nichteheleiche Kinder wurden legitimiert bzw. Kinder wurden adoptiert, indem der Vater sie unter seinen Mantel nahm. Daher hießen sie „filii mantellati“ / „Mantelkinder“. Übertragen auf palliative Versorgung und auf Hospize bedeutet dies in der Gegenwart, dass Menschen am Ende ihres Lebens unter einem Mantel aufgenommen werden, der sie – soweit es geht – vor unerträglichen Schmerzen und vor übermäßigem Leiden abschirmt. Nochmals anders gesagt:

Ein erster Gesichtspunkt: Die palliative Begleitung besitzt eine Schutzfunktion. Sie soll körperliches Leiden erträglich halten und sie versucht, seelisch, psychologisch, menschlich Unterstützung zu leisten. Dabei hat sie neben den Patienten ebenfalls die Angehörigen im Blick.

Sodann ein zweites Anliegen: Hospizbegleitung und palliative Begleitung sollen *allen* Menschen am Lebensende in gleicher Weise zugutekommen. Damit wird aktualisiert, dass das alte Symbol des Mantels, des Schutzmantels im Christentum, aber genauso in anderen Kulturen eine Rolle spielte. Ich möchte die kulturübergreifende Dimension des Mantelsymbols hervorheben und sagen, dass Hospiz und palliative Begleitung Ausdruck mitmenschlicher Fürsorge sind, auf die ohne Ansehen der Person jede Bürgerin und jeder Bürger einen Anspruch hat.

Zusätzlich aber noch als dritter Gesichtspunkt: Durch Fürsorge, Zuwendung und körperliche sowie seelische Unterstützung sollen pflegebedürftige Menschen nicht bevormundet oder überfremdet werden. Ausschlaggebend bleiben das Selbstbestimmungsrecht und der Wille der Patienten. Wenn ein Patient z.B. bestimmte Maßnahmen und Behandlungen ablehnt, ist dies auch bei palliativer Versorgung zu respektieren, selbst wenn der Tod dann rascher eintritt.

Insgesamt ist es in unserer Gesellschaft zweifellos ein Fortschritt, dass Hospize und palliative Versorgung aufgebaut worden sind. Freilich besteht nach wie vor Nachhol- und Aufholbedarf, sowohl in Kliniken als auch im ambulanten Bereich.

4. Desiderate im Ausbau palliativer Versorgung

Zur Situation in Kliniken: Zurzeit ist die Zahlenangabe zu hören, in Deutschland seien in mehr als 10% der Krankenhäuser Palliativstationen anzutreffen. Dies ist weit entfernt von dem Ziel, dass eigentlich jedes Akutkrankenhaus Palliativbetten vorhalten solle. Oder: Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands sind in der Bundesrepublik zurzeit 40 Betten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen pro 1 Million Einwohner vorhanden. So sehr dies zu würdigen ist – der Bedarf ist höher; er liegt bei 50 Betten oder nach internationalen Standards bei 80 bis 100 Betten je 1 Million Einwohner. Dabei ist zu beachten, dass sich die Aufgabenstellungen der palliativen Versorgung ausgeweitet haben. Noch im vergangenen Jahrzehnt hatte man vor allem Tumorpatienten im Blick. Inzwischen richtet sich palliative Begleitung auch an andere Patienten, die unter unheilbaren und an fortschreitenden Krankheiten leiden, etwa neurologische Krankheiten oder Herz- und Lungenkrankheiten in der Endphase.

Vor allem ist bedenklich, dass in Deutschland zwischen einzelnen Regionen große Unterschiede bestehen. In Großstädten sind Hospize oder Palliativstationen breiter vorhanden; in ländlichen Regionen und in bevölkerungsärmeren Gegenden herrscht Unterversorgung. Dies betrifft gerade auch die Versorgung außerhalb von Kliniken oder stationären Einrichtungen. Es war sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung, dass im Jahr 2007 durch Gesetz das ambulante Angebot verstärkt wurde (SAPV / Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung). Hiermit hat der Staat dem Wunsch vieler Menschen Rechnung getragen, die nicht noch ins Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung eingewiesen werden möchten, kurz bevor sie sterben. Damals hieß es, für eine flächendeckende Versorgung von Patienten

müssten bundesweit ca. 330 SAPV-Teams zur Verfügung stehen. Diese Größenordnung ist bis heute nicht erreicht. Zwar haben Patienten jetzt einen Rechtsanspruch auf ambulante palliative Begleitung. Doch dieser Anspruch läuft ins Leere, weil es an Angeboten fehlt. Im Zitat der Deutschen Stiftung Patientenschutz aus dem Jahr 2013: „Von einer bundesweiten Versorgung kann nicht die Rede sein. In Westfalen-Lippe leben 8,3 Millionen Menschen. Es gibt aber nur zwei SAPV-Teams. In Bayern leben 12,5 Millionen Menschen, von 71 Landkreisen haben nur 13 ein SAPV-Team ... Diese Zahlen zeigen, dass wir noch weit davon entfernt sind, 80.000 Schwerstkranke im Jahr mit diesem besonderen Angebot zu erreichen.“

Hiermit ist nur angedeutet, wie groß strukturpolitisch der Handlungsbedarf nach wie vor ist. Soeben ist vom Gesundheitsministerium Abhilfe versprochen und eine Initiative angekündigt worden. Zu hoffen ist, dass der Ankündigung substantiell Taten folgen.

Ich lasse dies jetzt aber auf sich beruhen und spreche eine ganz andere Frage an, die aktuell intensiv und kontrovers diskutiert wird. Es geht darum, dass schwerkranke oder sterbende Menschen in manchen Fällen über einen Suizid nachdenken. In der öffentlichen Debatte und von Politikern wird immer wieder behauptet, dieses Thema – der Suizidwunsch schwerkranker Menschen – stelle sich eigentlich gar nicht. Wenn Menschen palliativmedizinisch begleitet würden, dann erübrige es sich, dass sie einen Suizid erwägen. Mit dieser Aussage spielen Politiker die palliative Medizin einerseits und den Suizidgedanken bzw. den Suizidwunsch mancher Patienten immer wieder gegeneinander aus. Ihre Argumentation überzeugt aber nicht. Nicht nur, dass die Hospizbegleitung und die palliative Versorgung in Deutschland keineswegs so ausgebaut sind, wie man es sich wünschen muss – ein Versäumnis, das ich soeben erwähnt habe. Bei realistischer Betrachtung kommt hinzu, dass einzelne Menschen trotz palliativer Angebote freiwillig aus dem Leben scheiden möchten. Diesem Sachverhalt können und dürfen Gesellschaft und Politik nicht ausweichen. Daher greife ich das Thema an dieser Stelle auf.

5. Der Diskussionsbedarf zu Suizid und ärztlicher Suizidbegleitung

Um es vorab hervorzuheben: Es geht – bezogen auf die Gesamtzahl der Sterbenden – nur um wenige Fälle, um besondere Situationen, um Ausnahmen. Ange-

sichts schwerer Krankheit und des Sterbens kann es in Einzelfällen dazu kommen, dass die Schmerztherapie an Grenzen stößt. Oder ein Krankheitsschicksal ist so gelagert, dass Menschen ihre Situation – etwa ihren körperlichen oder ihren geistigen Verfall – und ihr drohendes Sterbeschicksal als völlig unerträglich ansehen. Sie befürchten eine Entwürdigung ihrer selbst. In solchen Grenzfällen ziehen sie möglicherweise eine Selbsttötung in Betracht und erbitten hierzu Begleitung. Vor allem ist der Arzt gefragt, der ein Rezept ausstellen und das tödlich wirkende Medikament verschreiben kann.

Nun sind Suizid und Suizidbeihilfe in der Bundesrepublik Deutschland rechtlich zulässig. Daher ist es auch statthaft, dass ein Arzt Beihilfe zum Suizid leistet. Trotzdem bestehen gewisse Rechtsunsicherheiten, die ich jetzt nicht im Einzelnen anspreche. Es kommt hinzu, dass die Bundesärztekammer zur Beihilfe von Medizinern zum Suizid standesrechtlich Nein sagt. Verschiedene Landesärztekammern beurteilen dies freilich anders. Zudem haben Meinungsumfragen unter Ärzten gezeigt, dass zahlreiche Ärzte es sich für den Grenz- und Ausnahmefall vorstellen könnten, einem Patienten bei einem Suizid behilflich zu sein. Der Hintergrund kann – wie gesagt – die Sorge von Patienten vor unerträglichen Schmerzen oder vor dem Verlust ihrer persönlichen Würde oder ihrer Selbständigkeit sein. Eventuell möchten sie auch einem Sterben im Stadium der Demenz vorbeugen. Dies Letztere spielt für den bekannten katholischen Theologen Hans Küng eine Rolle. Küng hat im vergangenen Jahr gesagt, er erwäge, in der Schweiz eine Suizidbegleitung in Anspruch zu nehmen, falls ihm eine Demenz drohe.

Inzwischen beschäftigt sich der Deutsche Bundestag mit dem Thema. Der Ausgangspunkt war eine Initiative des Bundesgesundheitsministers, die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen zu verbieten. Nun sind Sterbehilfeorganisationen in der Tat kritisch zu betrachten. Verwerflich ist es, wenn sie kommerziell tätig werden. Andererseits greift es aber zu kurz, gesetzlich einfach nur ein Nein, ein Verbot auszusprechen. Dann bliebe es dabei, dass den Patienten weiterhin nur die Reise in die Schweiz oder Ähnliches als Ausweg bliebe. Ein bloßes Verbot wird dem Problem nicht gerecht. Konstruktiver wäre es, wenn der Staat Rahmenbedingungen setzt, die einer missbräuchlichen, z.B. kommerziellen Suizidbeihilfe wehren – aber in der Form, dass Patienten sowie Ärzten ein eigener Entscheidungsspielraum offen bleibt. Wenn ein Patient, der erwachsen und urteilsfähig ist, in Anbe-

tracht seiner Krankheit einen Suizid erwägt und ihn durchführt, kann er sich hierfür auf sein Selbstbestimmungsrecht berufen; und für einen Arzt ist es eine Gewissensfrage, ob er dem Patienten dann ein Medikament zur Verfügung stellt.

Andere Staaten haben mit Augenmaß reagiert – nicht in der Logik, Suizidbeihilfe zu untersagen, sondern dergestalt, dass sie hierfür Kriterien und Regulierungen geschaffen haben. Eine Vorreiterrolle hat in den 1990er-Jahren der US-Bundesstaat Oregon übernommen. Dort ist ein Gesetz verabschiedet worden, das es Ärzten erlaubt, Beihilfe zum Suizid zu leisten, sofern die Entscheidung des Patienten freiwillig war und nachdem eine Bedenkfrist abgelaufen ist; der Patient muss über Alternativen der Palliativmedizin informiert worden sein; ein anderer Arzt muss eingeschaltet worden sein, und anderes. Am Beispiel Oregon zeigt sich, dass es möglich ist, zum Suizid schwerkranker Menschen handhabbare Regeln zu finden. Hierdurch werden Suizidversuche aus der Grauzone herausgeholt und wird verhindert, dass Menschen schlimmstenfalls gar in grausamer Form Suizid verüben müssen. Im Ergebnis dienen solche Regulierungen der Beruhigung von Menschen und sogar der Suizidprävention, der Verringerung von Suizidversuchen. Auch dies hat sich in Oregon erwiesen. Sinnvoll wäre es, wenn der Bundestag jetzt die Gelegenheit nutzt, in Deutschland eine vergleichbare Lösung zu beschließen. Hiermit würden Suizid und die Suizidbegleitung durch Ärzte aus dem Halbdunkel herausgeholt; und einzelne Menschen könnten im Grenzfall den Suizid als letzten Ausweg wählen, falls sie sich aufgrund ihrer Krankheit und ihres Leidens hierzu eindeutig entschieden haben.

Soweit ein Blick auf diese zurzeit aktuelle Debatte. Hiervon bleibt unberührt, dass Hospize und palliative Begleitung in Deutschland weiter gefördert werden sollten. Dass in dieser Hinsicht Nachholbedarf gegeben ist und dass palliative Versorgung bei uns noch keineswegs flächendeckend angeboten wird, habe ich bereits gesagt. Ich spreche jetzt gesondert einen weiteren Aspekt an. Er soll unterstreichen, dass der palliativen Begleitung für unser Gesundheitssystem in gewisser Weise sogar eine Vorreiterrolle zufällt.

6. Wegweisende Seiten der palliativen Versorgung im Gesundheitssystem

Das Anliegen der Palliativmedizin besteht darin, Menschen beim Sterben so zu begleiten, dass ihre Lebensqualität medizinisch bestmöglich gesichert wird, etwa durch Schmerztherapie. Darüber hinaus geht es gleichfalls um psychologische

und seelische Begleitung. Angesichts von Krankheit und Sterben fragen Menschen nach Sinndeutungen ihres Lebens, leiden sie unter ihrem Schicksal oder möglicherweise auch unter Schuldgefühlen oder anderen Lasten. Die Weltgesundheitsorganisation hat dies aufgegriffen. Sie betont, zur Palliativmedizin gehöre die Begleitung von Menschen in „spiritueller“ Hinsicht hinzu. Auf diese Weise werden Patienten mit ihrer leiblichen und mit ihrer seelischen Seite, auch in ihren seelischen Nöten in den Blick genommen. Dies ist ein Korrektiv gegenüber dem Trend heutiger Medizin, nur auf Organfunktionen, auf körperliche Symptome zu achten.

Und dann noch ein weiterer Punkt: Unsere Gesellschaft ist pluralistisch geworden. Der Anteil der christlich-kirchlich gebundenen Bevölkerung nimmt kontinuierlich ab. Daher ist dafür zu sorgen, dass auch Menschen anderer Religion, z.B. jüdisch oder islamisch, in ihrer Krankheit und beim Sterben gemäß *ihrer* Überzeugung begleitet werden. Schon jetzt sterben in Deutschland jährlich ca. 4000 Muslime. In Zukunft wird die Zahl steigen. Zusätzlich ist an die mitmenschliche Begleitung nichtreligiöser Menschen zu denken. Hierauf weisen inzwischen auch humanistische Organisationen und Verbände hin (als repräsentatives Beispiel: der Band der Humanistischen Akademie Berlin „Barmherzigkeit und Menschenwürde. Selbstbestimmung, Sterbekultur, Spiritualität“, hg. v. H. Groschopp, 2011). Hospize und palliative Versorgung sind dazu herausgefordert und sie stellen sich im Ansatz bereits dieser Aufgabe, Seelsorge und persönliche Begleitung am Lebensende so zu organisieren, dass dem heutigen religiösen und weltanschaulichen Pluralismus Rechnung getragen wird („interkulturelle Seelsorge“). Auch dies wird auf Dauer für das gesamte Gesundheitssystem vorbildlich sein.

Bei all dem darf jedoch nicht verschwiegen werden: Palliative Begleitungen sind immer wieder von Verunsicherungen und von Zweifel begleitet.

7. Anhaltend eine Zweifelsfrage: Sollen alle technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung tatsächlich ausgeschöpft werden?

Nach wie vor sind Menschen – Patienten, Angehörige, ebenfalls Ärzte – oftmals unsicher, wie lange das menschliche Leben aufrecht zu erhalten ist. Sie fragen: Ab wann darf man einen Menschen eigentlich sterben lassen? Durch den medizinischen Fortschritt ist es möglich, die quantitative Lebenszeit auch bei Schwerstkranken auszudehnen, sei es durch künstliche Beatmung, künstliche Ernährung,

zusätzliche Operationen oder Chemotherapie noch bei ganz alten Menschen, und anderes. Ist es tatsächlich geboten, solche medizinischen Möglichkeiten stets auszuschöpfen? Das Vorhandensein der medizinischen Technik übt Sogkraft aus; das medizinische Angebot wirkt moralisch suggestiv, so als sei es geboten, das technisch Mögliche dann auch umzusetzen. Doch für die Betroffenen selbst stellt sich dies unter Umständen ganz anders dar. Eine quantitative Ausdehnung der Lebensdauer bedeutet keineswegs notwendig einen Zugewinn an sinnhafter Zeit oder an Lebensqualität. Die technische Option, die Lebensspanne quantitativ zu verlängern, darf nicht dazu führen, dass geradezu ein schlechtes Gewissen erzeugt wird, wenn man das technisch Machbare nicht nutzt. Was medizinisch-technisch möglich ist – etliche Angebote sind im Übrigen ganz stark ökonomisch motiviert –, ist nicht immer menschlich ratsam und nicht immer ethisch geboten.

In dieser Hinsicht ist heutzutage ein Umdenken erforderlich. Denn intuitiv meinen wir oft immer noch, es sei angeraten, das Leben als solches möglichst lange aufrechtzuerhalten – so als ob es eine Pflicht zum Leben gäbe. Doch das ist nicht der Fall.

Dass hierzu inzwischen tatsächlich ein Umdenken erfolgt, möchte ich an Überlegungen verdeutlichen, die aus dem Judentum stammen. Im Judentum wird die Verpflichtung auf das Leben herkömmlich besonders nachdrücklich betont. Alter jüdischer Überlieferung zufolge ist das Leben Gottes Eigentum. Der Mensch dürfe über sein Leben nicht verfügen. Im Judentum wurde das Leben daher als „heilig“, als schlechthin unantastbar bezeichnet. In der jüdischen religiösen Tradition war man sogar der Meinung, man solle Menschen gegen ihren Willen behandeln, um ihr Leben zu retten.

Vor solchen religiösen Hintergründen herrscht aus jüdischer Sicht auch heute noch Skepsis, ob man auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen, auf eine medizinisch-technische Lebensverlängerung verzichten darf. Interessant ist, dass sich jetzt aber sogar im Judentum die Meinung verändert. Jüdische Autoren – Religionsgelehrte und Mediziner – versuchen, die eigene religiöse Überlieferung neu zu lesen. Sie verweisen z.B. auf eine alte Vorstellung, die besagte, das Sterben werde verzögert, wenn man einem Menschen Salzkristalle unter die Zunge lege. Schon in früheren Jahrhunderten haben einzelne Rabbiner dann aber die Auffassung vertreten, es sei durchaus statthaft, einem Menschen im Sterbeprozess die

Salzkristalle unter der Zunge zu entfernen, damit er endgültig sterben kann. Daran wurde kürzlich in einem Artikel in der „Jüdischen Allgemeinen“ (vom 3.7.2014) angeknüpft. Dort wurde die rhetorische Frage gestellt: „Sind die Beatmungsgeräte, die Dialysemaschinen, Medikamente, die künstlich einen Kreislauf aufrechterhalten, die Salzkristalle ... unserer Zeit?“ Der Autor, der den Beitrag verfasste, bekennt sich selbst zum Judentum; zugleich ist er Palliativmediziner. An seinen Überlegungen wird erkennbar: Selbst in einer Religion, die das irdische Leben geradezu überhöht und die das Leben als „heilig“ bezeichnet, akzeptiert man heute, dass Menschen sterben dürfen und dass ihr Leben nicht künstlich verlängert werden muss.

Sicherlich, in der konkreten Situation ist es oft eine Gratwanderung und mit Zweifeln beladen, ob man auf eine künstliche Lebensverlängerung verzichten sollte. Jeder Mensch hat ein Recht zu leben. Dieses Lebensrecht stellt jedoch keine Lebenspflicht, keinen Lebenszwang dar. Vor allem kommt es darauf an, wie ein Patient selbst sich äußert – vorausgesetzt, er ist noch ansprechbar. Sollte dies nicht der Fall sein, sind Patientenverfügungen hilfreich, in denen er seine Überzeugung zu dieser Frage bekundet. Daher komme ich abschließend auf das Thema „Patientenverfügung“ zurück.

8. Selbstbestimmung am Lebensende: Das Instrument der Patientenverfügung

Über Patientenverfügungen wurde in der Bundesrepublik Deutschland kontrovers diskutiert. Im Jahr 2009 hat der Deutsche Bundestag schließlich ein Gesetz beschlossen, in dem das Selbstbestimmungsrecht von Menschen anerkannt wird. Jeder, der dies möchte, hat die Chance und das Recht, in einer Patientenverfügung festzulegen, wie er im Fall schwerster Krankheit und des Sterbens behandelt werden möchte und welche Behandlungen und welche Maßnahmen der Lebensverlängerung er ablehnt. Wenn man eine Patientenverfügung verfasst, ist es sinnvoll, sich beraten zu lassen – von einem Arzt, von einer kompetenten Beratungsstelle. Solche Beratungen sind zumal dann nützlich, wenn bei einem Patienten Besonderheiten vorliegen, zum Beispiel wenn er unter einer seltenen Krankheit leidet oder wenn es um Beatmungsprobleme geht oder falls eine Demenzerkrankung zu erwarten ist. Eingangs hatte ich den Satz des Philosophen Georg Simmel aus dem Jahr 1910 zitiert. Er hatte die Verflochtenheit des Lebens mit dem Ster-

ben hervorgehoben: „In jedem einzelnen Moment des Lebens *sind* wir solche, die sterben werden“. Heute, hundert Jahre später, ist zu ergänzen: Das Sterben sollte möglichst erträglich gestaltet werden – hier setzen Hospiz- und Palliativbegleitung an –; und jeder Einzelne sollte im Blick auf Krankheit und Sterben so weit wie möglich eigene Verantwortung übernehmen und z.B. durch eine Patientenverfügung von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen.

Verfasser

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik, 53113 Bonn.
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress, E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)