

Johannes Kubik

Sterbehilfe als Thema des Religionsunterrichts

Die Diskussion um die Legitimität der Sterbehilfe ist nicht neu, denn schon im Eid des Hippokrates (Lebensdaten: etwa 460 bis 377 v. Chr.) findet sich die Formulierung: „Nie werde ich irgend jemandem, auch nicht auf Verlangen, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.“ Andererseits aber hat das Thema in den letzten Jahren an Aktualität gewonnen, da es auch in der Öffentlichkeit wieder breiter diskutiert wird. Es wurde im Grunde erst mit dem Aufkommen ganz neuer Möglichkeiten der Intensivmedizin dringlicher. Das „lange Sterben“ ist ein ganz junges Phänomen. Wer früher etwa an der Pest starb, hatte eine Inkubationszeit von ein bis fünf Tagen und der Tod trat nach ca. einer halben Woche ein. Die Diskussion flammte in der Öffentlichkeit immer wieder auf, etwa durch das Auftreten des Arztes Julius Hackethal (1921-1997) und besonders in jüngster Zeit, als in den Niederlanden im November 1999 und im April 2001 ein „Gesetz zur aktiven Sterbehilfe“ die beiden parlamentarischen Kammern passierte, und ein Jahr später im April 2002 in Belgien. Von der Öffentlichkeit eher unbemerkt gibt es eine kontinuierliche wissenschaftliche Debatte, an der sich verschiedene Disziplinen, u.a. Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaften und Medizin beteiligen und aus der z.B. die von der Bundesärztekammer erstmals 1979 herausgegebenen und in gewissen Abständen jeweils erneuerten „Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung“ hervorgegangen sind.¹ Das Thema Sterbehilfe gehörte schon immer zu den klassischen Themen des Religionsunterrichts, besonders in der Oberstufe.² Das Thema eignet sich didaktisch hervorragend, um grundsätzliche Probleme der Ethik zu thematisieren und im Sinne der Kompetenzorientierung zentrale theologische und ethische Kompetenzen zu befördern. Allerdings sind die Zusammenhänge, die Argumentationsmuster und die empirischen Untersuchungen zum Thema komplexer als es auf den ersten Blick scheint. Nur wenn die Lehrkraft sich fachwissenschaftlich sehr gut auskennt, kann das Thema seine ganze didaktische Wucht entfalten. In diesem Beitrag soll der Schwerpunkt auf der ethischen Argumentation liegen, aber auch didaktische Aspekte sollen beleuchtet werden.³

1. Argumente für aktive Sterbehilfe

Befürworter aktiver Sterbehilfe setzen mit ihrer Argumentation zumeist ein mit der intuitiv einleuchtenden Vorstellung, da der Mensch ein autonomes Wesen sei, solle auch jeder Mensch selber entscheiden können, wann er sein Leben als nicht mehr lebenswert ansieht und den Tod vorzieht. Wird dies zugestanden, erscheint eine Selbsttötung ethisch vertretbar und evtl. auch die Beihilfe dazu. In der Tat ist Beihilfe zum Selbstmord in Deutschland juristisch nicht strafbar. Eine solche (erlaubte) Gehilfenhandlung unterscheidet sich von einer strafbaren Handlung, z.B. aktiver Sterbehilfe, dadurch, dass bei ihr nicht der Gehilfe, sondern der Suizidtäter das Tötungsgeschehen in letzter Instanz beherrscht. Allerdings ist die Beihilfe sehr wohl strafbar speziell für solche Personen, die eine so genannte Garantenstellung gegenüber dem potentiellen Suizidtäter besitzen, etwa Erziehungsberechtigte, Polizisten oder eben auch Ärzte.

Aus der Autonomiethese wird in der Debatte allerdings oft eine noch weitergehende Folge abgeleitet, nämlich das Recht auf aktive Sterbehilfe. In der Bundesrepublik ist jedoch das Töten auf Verlangen, also aktive Sterbehilfe, ein Straftatbestand und wird – wenn auch nicht „als Totschlag oder gar als Mord“⁴, sondern eben als Tötung auf Verlangen – nach §216 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft. Nicht verboten sind hingegen unter bestimmten Bedingungen passive Sterbehilfe, d.h. das Unterlassen von bestimmten lebensverlängernden Maßnahmen, und indirekte Sterbehilfe, d.h. das Ergreifen von Maßnahmen, die nicht das Herbeiführen des Todes intendieren, sondern die

Schmerzlinderung, bei denen aber doch ein schnelleres Eintreten des Todes in Kauf genommen wird. Von Seiten der Befürworter wird nun das (zweite) Argument vorgebracht, passive und aktive Sterbehilfe lasse sich in Wahrheit gar nicht klar trennen, da auch eine Unterlassungshandlung eine Handlung sei. Wer also passive Sterbehilfe befürworte, müsse konsequenter Weise auch aktive bejahen.

Ein dritter Argumentationstyp schildert drastisch das Dahinvegetieren des Patienten und fragt, ob es in Wahrheit nicht humaner sei, dem Patienten gleichsam den Gradentod zu geben, als ihn, womöglich über mehrere Jahre und ohne Bewusstsein dahinvegetieren zu lassen. Das Gesetz in den Niederlanden sieht daher vor, dass aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt: Jeder Fall von aktiver Sterbehilfe muss gemeldet werden und wird von einer Kommission auf die Einhaltung folgender Kriterien untersucht: 1. Der Patient muss über seine Situation vollständig aufgeklärt sein und sein Begehren muss wohlüberlegt und dauerhaft gewesen sein. 2. Der Patient muss unerträglich (nicht unbedingt körperlich!) leiden und es darf keine Aussicht auf Besserung bestehen, insbesondere auch keine medizinischen Möglichkeiten der Erleichterung. 3. Ein unabhängiger zweiter Arzt muss Diagnose und Prognose des behandelnden Arztes bestätigen.⁵

2. Argumente gegen aktive Sterbehilfe

Die Argumente gegen aktive Sterbehilfe lassen sich auch in drei Klassen unterteilen: Zum einen solche Argumente, die versuchen, die befürwortenden Argumente zu widerlegen oder zumindest zu entkräften; zum anderen solche Argumente, die auf Fernwirkungen hinweisen, die sich durch eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe einstellen würden und das Einverständnis sogar der Sterbehilfebefürworter voraussetzen, dass diese Fernwirkungen nicht gewollt werden können. Eine dritte Klasse von Argumenten tritt ‚direkt‘ gegen aktive Sterbehilfe und für ein natürliches Sterbenlassen ein. Hierunter können auch die biblisch-christlichen Argumente subsumiert werden.

Entkräftungsargumente

An dem Argument der Befürworter, es komme auf den Willen des Einzelnen an, wird kritisiert, dass zum einen in einer akuten Notlage von einer Freiheit des Willens von vornherein gar nicht gesprochen werden kann, und zum anderen der freie Wille in Wahrheit gar nicht eindeutig zu bestimmen ist. Es könne nämlich erstens der Fall auftreten, dass der Wille des Patienten massiv von anderen Menschen beeinflusst wird, und zweitens der Fall, dass man eine bestimmte Willensartikulation des Patienten anders versteht, als sie gemeint ist: So erweist sich der Wunsch nach Sterbehilfe gelegentlich als verdeckter Wunsch in die gerade entgegengesetzte Richtung, nämlich nach Lebenshilfe.⁶ Untersuchungen belegen, dass es v.a. die Angst vor dem Alleinsein und vor Schmerzen ist, die kranke Menschen dazu treibt, um ihren Tod zu bitten.⁷ Diesen Ängsten kann aber auch anders begegnet werden: „Der Ruf eines Patienten nach vorzeitiger Beendigung seines Lebens ist immer zunächst ein Hinweis auf Mängel im Pflegerisch-Kommunikativen. Wo ein Patient durch angemessene Behandlung seiner körperlichen und seelischen Schmerzen u.a. seinen persönlichen Tod finden darf, löst sich das Problem des Sterbewunsches oftmals in der Atmosphäre lebendigen Sterbens auf.“⁸ Zudem ist eine bloße Willensäußerung juristisch normaler Weise recht unerheblich, so lange der Wille sich nicht auch betätigt hat. Der Wille kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sich stets wieder ändern, wie man es z.B. von potentiellen Suizidtätern kennt, die nach der Einnahme einer tödlichen Dosis Tabletten doch gerettet werden wollen. Mit einer solchen Willensänderung ist prinzipiell auch bei Patienten zu rechnen, zumal diese lediglich geäußert haben, sterben zu wollen. Das Argument der Autonomie des freien Willens kann aber sogar noch auf einer anderen Ebene kritisiert werden: Denn wäre die Patientenautonomie wirklich das ausschlaggebende Argument, so dürfte aktive Sterbehilfe überhaupt niemandem, der autonom darum bittet,

versagt bleiben, also etwa auch nicht einem unglücklich verliebten Fünfzehnjährigen oder einem Wahnsinnigen. Tatsächlich aber arbeiten die Befürworter mit der ‚Auflage‘ des Leidens: Nur Schwerstleidenden soll Sterbehilfe gewährt werden, nicht jedem. Also ist in Wahrheit gar nicht die Autonomie das ausschlaggebende Argument.⁹ Schließlich muss darauf hingewiesen werden, dass es durchaus sehr gute Gründe dafür geben kann, die Autonomie des Einzelnen einzuschränken, was auf vergleichbaren Gebieten auch gar nicht bezweifelt wird: So ist es etwa nicht nur gesetzeswidrig, sich einen Menschen als Sklaven zu halten, sondern auch, sich selbst zu versklaven. Und das Duell, bei dem ja auch argumentiert werden könnte, es verabredeten doch zwei autonome Individuen, dass sie sich gegenseitig die Möglichkeit einräumen, einander zu töten, was gehe das Außenstehende an, ist aus gutem Grund verboten, genauer: Eine in einem Duell begangene Tötung wird strafrechtlich schlicht und einfach als Tötungsdelikt geahndet.¹⁰ Das zweite Argument der Befürworter, die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sei schwierig zu ziehen, ist nicht zutreffend und wird es auch nicht durch den Hinweis auf eine „immer rasantere [...] Entwicklung der Medizin“. ¹¹ Tatsächlich wird dieser Hinweis meistens bereits in der Absicht gegeben, das Argument anzuschließen, wenn beide Handlungsformen nicht unterscheidbar seien, müssten sie auch die gleiche Legitimität haben. Der moralische Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe wird erst durch einen gewissen Begriffsaufwand deutlich, wie ihn etwa Thomas Fuchs¹² betreibt: Eine Handlung, näherhin auch eine Tötungshandlung, kann auf den drei Bedeutungsebenen Kausalität, Intentionalität und Motivation betrachtet werden: Kausalität kann unmittelbar oder mittelbar (z.B. das Aussetzen eines Kindes) oder negativ sein (z.B. unterlassene Hilfeleistung). Auf der Ebene der Intentionalität kann eine Handlung vorsätzlich oder fahrlässig begangen werden. Auf der Ebene der Motivation lassen sich Tötungshandlungen in Mord, Totschlag und Tötung auf Verlangen einteilen. Euthanasiebefürworter nivellieren häufig solche differenzierenden Unterscheidungen, indem sie z.B. behaupten, ein Arzt, der ein Schmerzmittel in einer für tödlich gehaltenen Dosierung verabreicht, handele moralisch gesehen nicht anders als einer, der bei der gleichen Handlung den Tod nur als ungewollte Möglichkeit in Kauf nehme. Diese zwei Handlungen sind aber in Wahrheit nur auf der Kausalitätsebene gleich, nicht auf der Intentionsebene, auch wenn das juristisch unerheblich sein mag. Oder es wird behauptet, beide, sowohl der Gift spritzende als auch der die Behandlung abbrechende Arzt, intendierten doch den Tod, da beide Handlungen zum Tode führten. Diese zwei Handlungen sind in Wahrheit noch nicht einmal unbedingt auf der Intentionsebene gleich, auf keinen Fall aber auf der Kausalitätsebene. Der Unterschied tritt sehr klar heraus, wenn man die unterschiedliche Sinnstruktur von Sterbenlassen und Töten auf allen drei Bedeutungsebenen nachweist:

1. Das Unterscheidungskriterium zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe auf der Ebene der Kausalität ist nicht das Vorhandensein oder Fehlen einer physischen Handlung, sondern wird erst in einer biologischen Perspektive deutlich, auf der Töten heißt, einen Organismus entgegen seiner teleologischen, auf Selbsterhaltung und Regenerierung zielenden Verfasstheit äußerlich und unmittelbar tödlich schädigen. Sterbenlassen dagegen heißt, einem bereits begonnenen innerorganischen Desintegrationsprozess seinen Lauf zu lassen. Anders gesagt: Die Todesspritze tötet den Gesunden und den Kranken gleichermaßen, der Behandlungsabbruch nur den Kranken.
2. Auf der Ebene der Intention lässt sich der Unterschied herausarbeiten, dass die Intention der Todesspritze das Eintreten des Todes ist – tritt der „Handlungserfolg“ nicht ein, müsste die Handlung z.B. wiederholt werden, wohingegen die Intention des Behandlungsverzichtes oder -abbruches nicht der Tod ist, sondern das Vermeiden einer zusätzlichen Verlängerung des Lebens. Der Erfolg der Handlung tritt hier nicht erst mit dem Tod ein. An dieser Stelle wird häufig eingewandt, eine Unterscheidung von Handlungen nach dem Gesichtspunkt der Intention sei nicht sinnvoll, ja werde geradezu hinfällig, weil man ja die Intention, insofern sie nicht äußerlich wahrnehmbar ist, nie genau ermitteln könne. Dieser Einwand muss entschieden zurückgewiesen werden: Denn es ist zwar richtig, dass die Intention nicht äußerlich wahrnehmbar ist, aber daraus abzuleiten, dann brauche man auch gar nicht nach ihr zu fragen, ist absurd. Es würde ja – analog – auch niemandem einfallen, die

Unterscheidung von Tötungshandlungen in Totschlag und Mord aufzugeben mit der Begründung, dann müsse man den Verdächtigen ja nach seiner Intention befragen, und ob der wahrheitsgemäß antworten würde, sei doch sehr die Frage. Dass man sich in juristischen Zusammenhängen bemüht, Intentionen von Handlungen zu klären, ist ein völlig normaler und üblicher Vorgang.

3. Auf der Ebene der Motivation schließlich mag der Arzt zwar auf einen noch so ernsthaft und glaubhaft geäußerten Todeswunsch des Patienten verweisen – dass der Arzt ihn tötet, setzt voraus, dass er selber ein Unwerturteil fällt, nämlich dass das zu beendende Leben ein sinnloses oder wertloses sei. Der Arzt negiert also letztlich die ganze Person, nicht, wie man zunächst meinen könnte, nur den Körper, denn eine solche Spaltung ließe sich nur mit einem extremen cartesianischen Dualismus durchführen. Oder soll „nur der Körper“ im Ernst heißen „aber nicht die eigentliche Person“?

An dieser Stelle möchte ich erinnern an die systematische Ermordung geistig Behinderter oder Verwirrter in der Nazizeit. Aus meiner Sicht ergibt sich hier ein Vergleichspunkt. Die Nazis hatten 1939 ein Euthanasieprogramm beschlossen („Vernichtung unwerten Lebens“), in dessen Zuge es zur Ermordung von über 70.000 Menschen kam. Andere Schätzungen gehen gar von 200.000 Ermordeten aus. Diese Ermordungen sind zu unterscheiden von politischen Morden sowie von der Ermordung der Juden durch die Nazis und werden auch separat erforscht. Das Programm wurde heimlich durchgeführt, eine gesetzliche Regelung wurde zwar erwogen, aber nicht durchgeführt. Die Todeskandidaten wurden aus den Heimen oder Krankenhäusern abgeholt, in Internierungslager verschleppt und dort umgebracht. Das Programm wurde 1941 eingestellt, es kam jedoch auch weiterhin zu Morden. Es ist korrekt, darauf hinzuweisen, dass der kategoriale Unterschied zum Töten auf Verlangen darin besteht, dass die Opfer der Nazis nicht in ihre Tötung eingewilligt hatten. Dennoch bin ich der Ansicht: Auch wer auf Verlangen tötet, fällt ein Unwerturteil über das zu beendende Leben oder stimmt zumindest in dieses Urteil eines Anderen ein.

Wenn man sich einerseits vor Augen hält, dass es also durchaus einen klaren Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gibt, und zweitens bedenkt, dass passive und sogar indirekte Sterbehilfe in der Bundesrepublik nicht verboten sind, schließlich auch die Möglichkeiten einer Patientenverfügung bedenkt, gibt es also auch ohne aktive Sterbehilfe Möglichkeiten, mit denjenigen Problemen umzugehen, die die Befürworter mit aktiver Sterbehilfe zu lösen anstreben. Mit einer Patientenverfügung können prinzipiell sowohl Maßnahmen der passiven als auch der indirekten Sterbehilfe gefordert werden. Man kann darin verlangen, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, bereits begonnene Maßnahmen abgebrochen oder schmerzlindernde Medikamente verabreicht werden sollen, selbst wenn diese sich möglicherweise Leben erkürzend auswirken könnten. Dieses Recht hat man analog z.B. zu dem Recht, sich gegen eine Operation zu entscheiden. Bisher ist die Rechtsprechung über die Frage, wie verbindlich eine Patientenverfügung sein soll, allerdings unbefriedigend. In den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 spricht sich die Bundesärztekammer zwar ausdrücklich für eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten aus. Seit 1999 liegen außerdem von ihr „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ vor, in denen ausgeführt wird, dass grundsätzlich der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten gilt. Gegen die rechtsverbindliche Wirkung einer Patientenverfügung wird aber häufig eingewandt, der Patient könne zum Zeitpunkt der Abfassung keine sichere Prognose über die eigenen Behandlungswünsche im tatsächlichen Verlauf einer tödlichen Erkrankung stellen. Daher ist die Rechtsprechung hier bisher sehr zurückhaltend, sodass dem in einer Patientenverfügung geäußerten Willen nicht in jedem Fall nachgekommen wird.¹³

Fernwirkungs- bzw. Dammbbruchargumente

Die befürchteten Fernwirkungen sind unter anderem Folgende:

1. Das Vertrauen in Ärzte würde schwinden, da sie zu Todesengeln würden.

2. Die Bereitschaft der Gesellschaft zu kostspieliger Pflege und Behandlung Schwerstkranker würde sinken, wenn die prinzipielle Möglichkeit bestünde, sich der Schwerstkranken einfach durch Töten zu entledigen. Es wird z.B. über einen schwer kranken Mann berichtet, der zu Hause sterben wollte, was seine vier Kinder nicht nur ablehnten, sondern durch Euthanasie umgehen wollten, was sie in Gesprächen bekräftigt und sogar bereits antizipiert hatten, indem sie sein Haus schon vollständig leer geräumt hatten.¹⁴

3. Man muss mit Fällen von unfreiwilliger Euthanasie rechnen.

4. Auf Dauer würde sich eine Verschiebung im Menschenbild ergeben, da Kranke, Behinderte und Schwache immer mehr, noch mehr als heute schon, als Belastung oder gar unwert empfunden werden würden, und sich gleichsam für ihr Schwachsein oder gar für ihr Nicht-sterben-Wollen rechtfertigen müssten. Die Idee der Menschenwürde, die aus der Vorstellung der Gottebenbildlichkeit in Gen 1,26-28 begründet werden kann, hat aber ihre Spitze gerade darin, dass ausnahmslos jedem Menschen, auch dem elendsten, noch Würde zukommt. Gerade diese Vorstellung würde ausgehöhlt.

Nun kann man Argumente dieser Art zwar in der Tat formal als „Argumente der schiefen Ebene“ oder „Dammbruchargumente“ bezeichnen, also als Argumente, die sich des Musters bedienen „Wenn man Handlung H_1 tut, wird mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit H_2 geschehen, aus H_2 wird mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit H_3 folgen, schließlich wird H_n eintreten, was kein Mensch wollen kann, also sollte man bereits H_1 nicht tun.“ Jedoch ist eine solche Kennzeichnung der Argumente noch kein Beweis gegen ihre Stichhaltigkeit, wie es Sterbehilfebefürworter oft glauben machen wollen.

Im Gegenteil: Der Dammbruch ist bereits eingetreten: 1991 erschien in den Niederlanden der so genannte Rammelink-Report, der die Ergebnisse einer von der niederländischen Regierung eingesetzten Kommission zur Untersuchung der niederländischen Euthanasiepraxis vor der Legalisierung enthält. Neben Ergebnissen, die in der niederländischen Gesetzgebung eher entwarnend wirkten, enthält der Bericht auch die Mitteilung, dass in 1.000 Fällen die Euthanasie ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt wurde!

Auch die anderen vorgeschriebenen Kriterien kamen nicht immer zur Anwendung: Nicht immer wurden wirklich zwei Ärzte an der Euthanasieentscheidung beteiligt, nicht in jedem Fall war das Verlangen, getötet zu werden, wirklich dauerhaft, es sei denn, man bezeichnet die Dauer von einem Tag (!) als „dauerhaft“. Die Tötung auf Verlangen wurde auch nicht immer an die Behörden gemeldet. Es sind Fälle bekannt, in denen Euthanasie wegen Bettenmangel durchgeführt wurde.¹⁵ Neuere Untersuchungen ergaben: „Im Jahr 2003 gab es außer den 1.815 Fällen von – nach niederländischem Recht legaler – aktiver Sterbehilfe eine große Dunkelziffer. Nach Schätzungen des dortigen Gesundheitsministeriums wurden zum einen 1.000 Menschen getötet, ohne dass dies den staatlichen Kontrollkommissionen gemeldet wurde. Zum anderen wurde bei einer dritten Gruppe von wiederum schätzungsweise 1.000 Patienten Sterbehilfe geleistet, ohne dass deren Einwilligung vorlag.“¹⁶

Insofern ist Birgit Reuter zuzustimmen, wenn sie befürchtet, dass nicht nur der „Missbrauch [...], sondern auch die übrigen rechtspolitisch untragbaren Fernwirkungen“ einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe nicht nur wahrscheinlich, sondern sogar „unvermeidlich“ sind¹⁷ und dass „die missbräuchliche Induktion souveräner Todeswünsche in den Niederlanden nachweisbare Wirklichkeit ist.“ Das Unterfangen, die Gegner von Sterbehilfe durch die Identifizierung ihrer Argumente als solche der „schiefen Ebene“ zu beschwichtigen, so schlimm werde es schon nicht kommen, ist wenig überzeugend. Dass man die Fernwirkungen juristisch schon in den Griff bekommen werde, was man am Beispiel Holland sehen könne (so die – letztlich naive – Vorstellung Küngs¹⁸), ist stark zu bezweifeln. Der Rammelink-Report etwa sah die 1.000 Fälle unfreiwilliger Euthanasie als moralisch unbedenklich an.

„Direkte“ Argumente

Ein ‚direktes‘ Argumente gegen aktive Sterbehilfe ist die Betonung, dass das natürliche Sterben zum Leben gehört, in dem Sinne nämlich, dass in einem bewusst erlebten natürlichen Sterben, bei dem der Sterbende in sein Sterben eingewilligt hat, einerseits ihm selber ganz eigene Erfahrungen und Erlebnisse zuteil werden können, andererseits auch intensive Begegnungen mit Angehörigen möglich werden.¹⁹ Es gibt ergreifende Berichte von Menschen, die gerade aus ihrem Leid noch schöpferische Kraft gezogen haben, und beeindruckende literarische Texte, die der Überzeugung Ausdruck verleihen, dass das Sterben ein Teil des Lebens ist, z.B. Rainer Maria Rilke, Herbst; Gottfried Benn, Epilog 1949; Joseph von Eichendorff, Durch!; Friedrich Hölderlin, An die Parzen; Eva Zeller, Golgatha. Ausdrücklich gewarnt werden muss aber vor einer ästhetischen oder theologischen Überhöhung des Leidens und Sterbens.

Die bisher referierten rein ethischen Argumente gegen aktive Sterbehilfe sind für sich genommen ausreichend und bedürfen im Prinzip keiner biblischen Grundierung. Gleichwohl gibt es auch spezifisch biblisch-christliche Argumente. Das erste ist die Anwendung des Fünften Gebotes: Was auf den ersten Blick wie eine gewaltige Problemreduktion anmutet, nämlich eine Anwendung eines alttestamentlichen Gebotes auf eine höchst komplexe Situation im 21. Jahrhundert, in der es vordergründig gar nicht um ‚töten‘ im eigentlichen Sinne zu gehen scheint, entpuppt sich mit Blick auf die oben gegebene Analyse der Handlung ‚töten‘ als durchaus einleuchtend. In die gleiche Richtung geht das – tatsächlich eher selten vorgebrachte – aus der Gottebenbildlichkeit (Gen 1,26-28) abgeleitete Argument, das Leben sei von Gott anvertraut und geschenkt, daher dürfe der Mensch es nicht selber beenden, sondern müsse Gott den Zeitpunkt des Sterbens überlassen.

Um so auffälliger ist freilich, wie von Sterbehilfebefürwortern gerade dieses Argument, das wie gesagt eher selten vertreten wird, polemisiert wird. Und schließlich kann aus der Zusage Jesu, immer bei den Menschen zu sein (Mt 28,20), und der Gewissheit des Paulus, dass „weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn“ (Röm 8,38f.) auch ein Trost im Sterben entstehen; freilich muss zugestanden werden, dass die religiöse Gewissheit, der Tod habe nicht das letzte Wort, durchaus die Angst vor dem Tod nehmen kann, nicht aber unbedingt die vor dem Sterben. Dass das Leiden und Sterben Jesu ein Trost im eigenen Leiden und Sterben sein kann, wird man im schulischen Unterricht schwerlich zu einer echten eigenen Erfahrung der Schülerinnen und Schüler machen können, zumal hier die Gefahr des Aufbrechens aller nur denkbaren Vorurteile besteht: 1. Das Christentum vertröste auf das Jenseits, 2. das Christentum berausche sich am Leiden, um die Menschen in die Arme der tröstenden Kirche zu treiben, 3. das Christentum sei eine Religion der Schwachen, das den Willen zum Leben, oder mit Nietzsche gesprochen, den Willen zur Macht, unterdrücke und Leiden kultiviere. Dennoch braucht man sich nicht zu scheuen, den Gedanken vorzustellen. Er kann nämlich erstens zumindest an den Erfahrungen anderer deutlich gemacht werden und zweitens gleichsam ‚auf Vorrat‘ gelernt werden. Die Schülerinnen und Schüler sollen hier verstehen, dass der leidende Jesus in der Tat für Menschen eine Hoffnung werden kann – aber nur mit den Augen des Glaubens, nicht gleichsam „objektiv“. Diesen Glauben kann man nicht erzwingen.

Es ist theologisch und didaktisch wichtig, dass die theologischen Argumente, insbesondere die schwer zugängliche Vorstellung, im Leiden Jesu liege ein Trost, unterstrichen werden können durch den Umstand, dass das Christentum stets ein besonderes seelsorgerliches Interesse und Engagement in der Sterbebegleitung entwickelt hat. Die Überzeugung, dass aktive Sterbehilfe nicht die einzige mögliche Antwort auf die Frage nach Tod und Sterben ist, verdichtet sich in der Hospizbewegung. Zugleich wird an ihr deutlich, inwiefern christliche Kritik an aktiver Sterbehilfe auch praktische Konsequenzen haben kann. 1967 gründete die Ärztin Cicely Saunders in London das erste, inzwischen weltberühmte Hospiz St. Christophers. Ihr Ziel war es, ein Sterben mit sinnloser Apparatedizin in Einsamkeit und mit Schmerzen zu vermeiden und stattdessen ein schmerzfreies, friedliches Sterben zu ermöglichen und die verbleibende Lebenszeit auf würdevolle Weise zu gestalten, möglichst

im Einvernehmen mit den Angehörigen. Inzwischen gibt es auch in Deutschland viele Hospize. Das Spezifische an Hospizen ist, dass nur solche Patienten aufgenommen werden, deren naher Tod medizinisch nicht mehr abgewendet werden kann, die also als ‚austherapiert‘ gelten. Dementsprechend findet auch keine Ursachenbekämpfung mehr statt, sondern nur noch Symptomlinderung; die einzige Therapieform ist Schmerztherapie und menschliche Zuwendung („Palliativmedizin“). Schätzungsweise 95 Prozent aller Patienten können auf diese Weise dauerhaft schmerzfrei werden. Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter in einem Hospiz arbeiten in Teams aus Schwestern, Ärzten, Seelsorgern, Sozialarbeitern usw.

Warum wird eine solche Therapie nicht auch häufiger in gewöhnlichen Krankenhäusern angewandt? Zum einen spielt die Palliativmedizin in der medizinischen Ausbildung leider eine untergeordnete Rolle, die Forschung auf diesem Gebiet wird stiefmütterlich behandelt. Zum anderen gibt es eine verbreitete ärztliche Skepsis gegenüber zu hohen Morphiumgaben, da die unzutreffende Vorstellung besteht, zu hohe und zu lange Morphiumgaben machten süchtig. Entscheidend ist jedoch, dass Sterben im Krankenhaus strukturell und organisatorisch gewissermaßen „nicht vorgesehen“ ist: Sterbende sind aus Sicht des Krankenhauses „Kranke“, und Kranke im Krankenhaus werden kurativen Kriterien unterworfen. Für Patienten ist die Entscheidung, in ein Hospiz zu gehen, oft nicht leicht, weil sie das Eingeständnis beinhaltet, dass das Sterben nicht mehr abzuwenden ist.²⁰

3. Resümee

Resümierend lässt sich festhalten, dass jedenfalls zwei der drei Argumente für aktive Sterbehilfe durchaus nicht völlig abwegig sind und z.B. nicht bereits allein mit dem Hinweis auf das Fünfte Gebot abzuweisen sind. Dennoch hält die Forderung nach einer gesetzlichen Legitimierung einer rationalen Prüfung nicht Stand. Insofern ist das Thema, am Rande gesagt, ein Glücksfall für den Religionsunterricht, der aber ebenso in sein Gegenteil verkehrt werden kann: Der Glücksfall ist die völlig unkonstruierte, sondern real gegebene Dilemmasituation, die all zu einfache oder einseitige Antworten nicht zulässt. Die Gefahr lauert darin, dass die Schülerinnen und Schüler diese Situation nicht als Dilemma, sondern als Beliebigkeit erleben und Ethik als ein Gebiet kennen lernen, in dem bloß subjektive Meinungen letzte Gültigkeit beanspruchen dürfen. Dem sollte durch rationalen Aufweis der Schlagkräftigkeit der Argumente begegnet werden. Es ist insbesondere ein Glücksfall, dass die spezifisch christlich-biblischen Argumente mit den dargestellten philosophisch-rationalen Argumenten gegen Sterbehilfe konvergieren und unabhängig voneinander zum gleichen Ergebnis kommen. Dadurch kann dem fatalen Eindruck gewehrt werden, christliche Ethik müsse immer im Gegensatz zum gesunden Menschenverstand stehen.

Wie könnte eine Lösung des Problems aussehen? Zunächst versteht es sich von selbst, und wird auch von Sterbehilfebefürwortern wie etwa Hans Küng nicht bestritten, dass einer professionellen Sterbebegleitung immer der Vorrang vor der Sterbehilfe zu geben ist. Die Überlegungen zum Thema Sterbehilfe führen also als Erstes gar nicht auf Forderungen der Art, Sterbehilfe zu legalisieren oder umgekehrt noch strikter zu begrenzen, sondern auf die ethischen Forderungen, die Palliativmedizinforschung zu verstärken, Hospize auszubauen und finanziell zu fördern (es dürfte z.B. nie der Fall eintreten, dass sich ein Mensch gegen aktive Sterbehilfe und für den Gang in ein Hospiz entscheidet, dann aber aus Bettenmangel dort keinen Platz bekommt) sowie Menschen über die Möglichkeiten, die sie auch ohne die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe haben, wie Patientenverfügung und passive Sterbehilfe, aufzuklären. Ebenso erstrebenswert wäre ein gesetzlicher Anspruch auf eine mehrmonatige Auszeit aus dem Beruf zum Zwecke der Sterbebegleitung (analog der Elternzeit). Damit ist das tiefer liegende ethische Problem freilich nur berührt, nicht aber gelöst. Es lässt sich m. E. gerade nicht durch eine gesetzliche Legitimierung aktiver Sterbehilfe lösen, sondern annäherungsweise nur dadurch, dass aktive Sterbehilfe gesetzlich verboten bleibt, im Einzelfall das jeweilige Gericht aber Augenmaß walten lässt.

Anmerkungen

- 1 Gesetzestexte sowie andere nützliche Sachtexte wie z.B. einschlägige Gerichtsurteile finden sich bei G. Wolfslast und C. Conrads: Textsammlung Sterbehilfe, Berlin u.a. 2001.
- 2 Z.B. sehen die Zentralabiturvorgaben für das Niedersächsische Zentralabitur 2009 innerhalb des Thematischen Schwerpunktes „Menschliches Handeln im Spannungsfeld von Freiheit und Verantwortung“ als einen der fünf „Verbindlichen Grundbegriffe / Inhalte“ vor: „Ethische Probleme des Lebensendes“ (vgl. www.nibis.de/nli1/gohrgs/zentralabitur/zentralabitur_2009/12EvReligion2009.pdf).
- 3 In dem von Gerd-Rüdiger Koretzki und Rudolf Tammeus herausgegebenen Schulbuch „ELFZWÖLF. Religion entdecken verstehen gestalten“ (geplant für Sommer 2008) findet sich ein von mir gestaltetes, auf die hier gegebenen fachwissenschaftlichen und didaktischen Erwägungen abgestimmtes Kapitel mit geeigneten Unterrichtsmaterialien zum Thema.
- 4 So meint irrtümlich Heinrich Bedford-Strohm: Bioethik: Technisierung und Menschenwürde, in: Lachmann, Rainer / Adam, Gottfried / Rothgangel, Martin (Hg.): Ethische Schlüsselprobleme (= TLL 4), Göttingen 2006, S. 343-363, hier S. 351.
- 5 Vgl. Fuchs, Thomas: Euthanasie und Suizidbeihilfe, Das Beispiel der Niederlande und die Ethik des Sterbens, in: Ders. / Spaemann, Robert (Hg.): Töten oder Sterbenlassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht, Freiburg u.a. 1997, S. 31-107, hier S. 38.
- 6 Vgl. Reuter, Birgit: Die gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?, Frankfurt/M. u.a., 2. Aufl. 2002, S. 242.
- 7 Vgl. Fuchs, a.a.O., S. 45.
- 8 Rest, Franco: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter, Stuttgart, 4. Aufl. 1998, S. 45f.
- 9 Vgl. Fuchs, a.a.O., S. 59f., der hier Daniel Callahan paraphrasiert.
- 10 Vgl. Callahan, Daniel: When self-determination runs amok, in: Hastings Center report 22 (1992), S. 52-55, hier S. 52.
- 11 Hans Küng, in: Ders. / Jens, Walter (Hg.): Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, Zürich, München, 2. Aufl. 1995, S. 56.
- 12 Fuchs, Was heißt „töten“? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie, in: Ethik in der Medizin 9 (1997), S. 78-90.
- 13 Vgl. Sahm, Stephan: Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht, Frankfurt/M. 2006, S. 79ff.
- 14 Vgl. Fuchs, Euthanasie und Suizidbeihilfe, S. 53.
- 15 Vgl. ebd., S. 39-54.
- 16 H. Bedford-Strohm, a.a.O., S. 352.
- 17 Zitate B. Reuter, S. 242f. (vgl. S. 237).
- 18 H. Küng, a.a.O., S. 66.
- 19 Vgl. Fuchs, Euthanasie und Suizidbeihilfe, S. 78.
- 20 Vgl. zum Ganzen auch Pfeffer, Christine: „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit, Bern 2005, S. 54ff.