

## **„Menschenwürdige Sterbebegleitung aus evangelischer Perspektive“**

„Ein jegliches hat seine Zeit, und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde: geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit“, heißt es beim Prediger Salomo (Koh 3,1). Unabhängig von persönlicher Glaubenshoffnung oder weltanschaulicher Überzeugung drückt sich in diesem bekannten biblischen Votum eine existentielle Grundwahrheit und Grunderfahrung aus: Wir alle müssen irgendwann sterben und unser Leben ist an entscheidenden Punkten, am Augenfälligsten an seinem Anfang und an seinem Ende, unserer eigenen Verfügbarkeit und Planbarkeit entzogen. Als Menschen wissen wir, dass wir den Grund unseres Lebens nicht selbst in uns tragen und ebenso wenig auch die durchgängige Kontrolle oder letzte Verfügungsmacht darüber besitzen.

Das ist für alle Menschen ein lebenslanger quälender Stachel und bleibt eine Quelle existentieller Unruhe. Christen können dabei auf die Hoffnungsperspektive des Glaubens vertrauen und sich mit den Worten des Apostel Paulus trösten: „Leben wir, so leben wir dem Herrn; sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum wir leben oder sterben, wir gehören zum Herrn!“ (Röm. 14,8). Ob wir nun also eine für uns sinnvolle Trostperspektive angesichts der bitteren Realität unserer menschlichen Endlichkeit und der damit oft verbundenen Abschieds- und Leiderfahrungen in unserem Leben finden oder nicht: Der Gedanke an Vergänglichkeit, Tod und Sterben lässt sich nicht auf Dauer verdrängen, er gehört zum Leben und darum gehören Sterben und Tod in die Mitte der Gesellschaft als Aufgabe der Gesellschaft, damit wir nicht immer wieder verunsichert, erschüttert und geängstigt werden.

### **Sorgen und Ängste ernstnehmen**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über die sogenannte Sterbehilfe ist es darum politisch besonders wichtig, die diesbezüglichen Sorgen und Ängste vieler Menschen in den Blick zu nehmen. Hauptsächlich sind dies Sorgen und Ängste, die entweder aufgrund des unaufhaltsamen Alterungsprozesses selbst entstehen, etwa durch das natürliche oder krankheitsbedingte Nachlassen geistiger und körperlicher Möglichkeiten, oder aber durch die verunsichernden Ungewissheiten über das eigene Sterbeschicksal: „Werde ich behütet und im Kreise meiner Lieben Abschied nehmen können? Werde ich noch bei Bewusstsein sein oder einfach nur dahin dämmern? Werden mir Menschen hilfreich und fürsorglich zur

Seite stehen und meine leiblichen und seelischen Bedürfnisse befriedigt werden oder werde ich ganz allein mir selbst überlassen sein? Werde ich Schmerzen zu ertragen haben oder die beste palliativmedizinische Versorgung bekommen? Wird mein Leben im finalen Stadium womöglich an Apparaten und Schläuchen unnötig, sinnlos und gegen meinen Willen verlängert werden? Wird man respektvoll mit meinen letzten Wünschen und Voraussetzungen umgehen, auch wenn ich nicht mehr in der Lage sein sollte, mich selbst artikulieren zu können? Werde ich anderen zur Last fallen?“ – All diese Fragen sind ernst zu nehmen, wenn wir politisch darüber zu entscheiden haben, wie wir Menschenwürde am Ende des Lebens in verantwortlicher und gewissenhafter Weise schützen und gewährleisten wollen.

Jedes menschliche Leben – zumal aus christlicher Sicht – ist als verdankt, unverfügbar und einzigartig zu betrachten. Folglich ist auch jedes Sterbeschicksal einmalig und unverwechselbar. Gerade dies führt zu der Erkenntnis, dass sich das individuelle Sterben, die damit verbundenen ethischen Herausforderungen und in ganz besonderer Weise natürlich auch die existentiellen Grenzfälle in gesetzgeberischer Hinsicht nur sehr bedingt und allenfalls allgemein normieren und regulieren lassen. Und wenn es darum geht, stets die individualethische Perspektive eines jeden Einzelschicksals hinreichend zu berücksichtigen, so darf dies mit Blick auf die immer mit zu denkende sozialetische und politische Verantwortungsdimension keineswegs individualistisch missverstanden werden. Das in den jüngsten Debatten immer wieder begegnende Bild vom Menschen als eines in erster Linie autonom und ganz auf sich selbst gestellten Wesens muss deshalb schon rein empirisch als einseitig und irreführend abgewiesen werden.

### **Grundannahmen des autonom-individualistischen Konzeptes von Menschenwürde**

Ein ganz grundlegendes Problem von politischen Forderungen, die sich unmittelbar von einem autonom-individualistischen Konzept von Menschenwürde herleiten, wird dabei oft übersehen: Am Lebensende und im Sterbeprozess selbst, also gerade in derjenigen existentiellen Grundsituation, in der in denkbar deutlichster Weise die Selbstverfügungskräfte über das eigene Leben dramatisch schwinden und versagen, und in der es stattdessen zwingend und notwendigerweise auf die hinreichende Fürsorge, Pflege und Hilfestellung von Dritten ankommt, kann eben nicht mehr überzeugend und schlüssig vom Standpunkt der reinen Autonomie aus argumentiert werden.

Außerdem wird hier der oft trügerische Eindruck erweckt, als könne man von Seiten des Patienten stets und problemlos von einem völlig freien, eindeutig identifizierbaren, konsistenten und geradezu ungeschmälernten Selbstbestimmungswillen ausgehen. Nicht bedacht wird dabei, dass in sehr vielen solcher Fälle die *crux* gerade darin besteht, dass die betroffenen Schwerstkranken selbst ihre bedrängende Situation in vielfältigster Weise als wechselvoll empfinden, hin- und hergerissen sind zwischen Hoffnung und Verzweiflung und – je nach Krankheits- bzw. Therapieverlauf oder Diagnoseergebnis – z.T. heftigen Stimmungsschwanken unterliegen. Hinzu kommt, dass auch die Möglichkeiten von Selbstbestimmungsbekundungen (sieht man einmal vom Spezialfall einer gültig vorliegenden Patientenverfügungen ab) *de facto* nicht selten beträchtlich geschmälert,

überhaupt nicht mehr einholbar oder nicht in ausreichendem Maße rekonstruierbar sind, so dass die vermeintlich eindeutigen Handlungsorientierungen gerade fehlen.

Die Autonomie des Patienten, die es also eigentlich zu stärken und zu schützen gilt, ist niemals eine aus dem Kontext sozialer, medizinisch-therapeutischer, seelsorgerlicher und fürsorglicher Hilfe herauslösbare, gleichsam abstrakte oder freischwebende Selbstbestimmung. Deshalb ist es angemessen, so wie es die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) immer wieder getan hat, hier nicht in ideologischer Weise eine falsche und einseitige Alternative aufzubauen (z.B. „Patientenautonomie“ versus „Paternalismus“), sondern stattdessen - auf der Grundlage eines solidarischen, an Grundwerten orientierten und eben dezidiert beziehungsausgerichteten Menschenwürde- und Freiheitskonzeptes – das Wechselverhältnis von „Autonomie und Angewiesenheit“ als die eigentliche Herausforderung für die ethischen Probleme am Ende des Lebens zu begreifen. Die menschliche Autonomie darf nicht mit Beliebigkeit und/oder Bindungslosigkeit gleichgesetzt werden. Selbstbestimmung des Menschen ist immer selbstgestaltetes und selbstverantwortliches Leben inmitten der Beziehung zu anderen Menschen, in denen der Mensch als Person erkannt wird. Selbstbestimmung hat daher immer auch mit Rücksichtnahme auf andere Menschen, also mit Selbstbeschränkung zu tun. Selbstbestimmung ist eben nicht autoritäre Alleinbestimmung.

### **Gegen Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen**

Vertreter des eben beschriebenen autonom-individualistischen Freiheitsverständnisses bieten mit ihrer politischen Forderung nach assistiertem Suizid oder sogar Tötung auf Verlangen zunächst eine scheinbar überzeugende und eindeutige Lösung für vermeintlich unauflösbare Leidenskonflikte an. Diese Forderung ist aber bei genauerer Betrachtung – wie eben beschrieben - nicht nur Ausfluss eines defizitären und letztlich trostlosen Menschenbildes und im Widerspruch zur bisherigen Werteordnung unseres Grundgesetzes, sondern sie hat überdies auch mit der normalen, vorfindlichen Wirklichkeit des klinischen und seelsorgerlichen Alltags sowie den tatsächlichen, oftmals sehr konkreten Bedürfnissen, Ängsten und Wünschen der allermeisten Betroffenen nur wenig bis gar nichts zu tun.

Nichtsdestotrotz wird hier mit viel Populismus mit den Ängsten innerhalb einer alternden Gesellschaft gespielt und glauben gemacht, als müssten nur noch ein paar Gesetze geändert werden, um Menschen endlich ohne Leid, Schmerzen oder Angst auch sterben lassen zu können. Durch gezielte, jedoch unzulässige Verallgemeinerungen oder durch Bezugnahme auf wenige, besonders plakative, emotional aufwühlende und ethisch äußerst umstrittene Sonder- und Grenzfälle wird so ein Schreckensgemälde aus Übertherapie, Apparatedizin, intensivstationärer Behandlung und unerträglichem Leiden und Schmerzen gezeichnet. Bereits dieses Schüren von Ängsten ist unverantwortlich, denn hier wird in völlig unangemessener Weise vom Besonderen aufs Allgemeine geschlossen, diffuse Gefühlen der Bürgerinnen und Bürger instrumentalisiert, und – noch schlimmer – werden hilfreiche, gangbare und bewährte Behandlungswege, die eine Alternative zur

vorzeitigen Herbeiführung des eigenen Todes durch eigene oder fremde Hand darstellten, ausgeblendet und verschwiegen.

Aus dem medizinisch-therapeutischen Alltag gibt es aber allein schon eine Unzahl hinreichender Beispiele dafür, dass der Einsatz der inzwischen weit fortgeschrittenen Palliativmedizin in vielen Fällen Menschen davor bewahrt hat, sich das Leben zu nehmen bzw. von dem Wunsch abgebracht hat, aktive Sterbehilfe einzufordern. Mehr noch: Viele von ihnen haben wieder neuen Lebensmut gefasst und so ihren letzten Lebensabschnitt würdevoll gestaltet.

Schon der Suizidwunsch selbst ist ja zunächst einmal kritisch zu reflektieren - und zwar gleichermaßen medizinisch und psychologisch wie weltanschaulich. Und es ist einigermaßen bestürzend, dass dies in der gegenwärtigen Debatte zwar durchaus des Öfteren von theologischer und medizinischer, aber eben nur unzureichend von politischer Seite aus argumentativ ins Feld geführt wird. Denn bei genauer Betrachtung und in der absolut überwiegenden Zahl der Fälle ist der Wunsch nach Selbsttötung ja vor allem die Angst vor schwerstem Leiden und unerträglichem Siechtum bzw. der allerletzte verzweifelte Schrei tief empfundener Ausweglosigkeit - ganz oft eben auch in Folge schwerster Depression und Erkrankung. Der Suizidale bzw. Schwerstdepressive empfindet sich - eben nicht aus freien Stücken, sondern gewissermaßen krankheitsbedingt - mit allem auf sich selbst zurückgeworfen, völlig isoliert, gerade auch in der Unfähigkeit noch irgendeinen Sinn in seinem Leben erkennen zu können und ohne die Hoffnung auf genau diese Hilfe, Linderung und Beistand. Er ist deshalb zu allererst auf Hilfe von außen angewiesen, auf therapeutische Maßnahmen also, auf professionelle Schmerzlinderung und menschlich-fürsorglichen Beistand und Nähe. Die Selbsttötung sollte darum in Debatten nicht länger als selbstbestimmter "Frei-Tod" heroisiert oder als Freiheitsakt romantisiert werden, sondern als eine in der Mehrzahl der Fälle eben vor allem als krankheitsbedingte Tragödie. Es wäre also geradezu absurd und von Grund auf falsch, wenn wir als Antwort, statt auf die tatsächlichen Nöte und Bedürfnisse der Schwerstdepressiven, Schwerstleidenden und Sterbenskranken angemessen zu reagieren, am Ende einfach nur einen Gift-Cocktail hinstellen und sie damit erst recht, und zwar endgültig, alleine lassen würden.

### **Verantwortliche Sterbebegleitung statt organisierte Sterbehilfe**

Wenn wir gegenwärtig vor allem über Begriffe wie Sterbehilfe, Selbsttötung oder Beihilfe zum Suizid debattieren, so muss gesehen werden, dass sich hierin eine gefährliche und bedenkliche Verengung derjenigen Herausforderungen offenbart, vor denen wir ethisch und politisch eigentlich stehen. Im Zentrum unserer Bemühungen steht stattdessen immer die Sorge um die Lebensqualität des schwerstleidenden Mensch, der in aller Regel überhaupt nicht selbst seinem Leben ein Ende setzen, sondern vielmehr sein Leiden und seine letzte Lebensstrecke auf ein erträgliches Maß gelindert wissen will. Daher müssen wir unser ganzes politisches Bemühen auch genau auf dieses Ziel konzentrieren: Leiden und Schmerzen nach Menschenmöglichkeit zu mindern, beste Pflege, Fürsorge und

persönliche Betreuung zu leisten und beste palliativmedizinische und hospizliche Versorgung für alle Betroffenen sicher zu stellen.

Aufgabe eines verantwortlichen Gesetzgebers kann es nur sein, die bestmögliche Hilfe *beim* Sterben zu gewährleisten und nicht die Hilfe *zum* Sterben zu organisieren. Selbstverständlich wissen wir um die bereits erwähnten Grenzerfahrungen des menschlichen Lebens, um Situationen schwersten persönlichen Leidens und um schwierig aufzulösende Gewissenskonflikte von Betroffenen und Angehörigen. Als Evangelischer Arbeitskreis der CDU/CSU wissen wir, dass zu jedem ethischen Handeln auch die Übernahme von Schuld gehört und dass – wie es Landesbischof Prof. Dr. Martin Hein (Kurhessen-Waldeck) kürzlich sehr treffend ausgedrückt hat – zur spezifisch evangelischen Ethik eben gehört, dass sie „keine ‚eins zu eins‘ in Recht umsetzbaren moralischen Maximen“ bereitstellt, „sondern (...) einen Diskurs der Entscheidungsfindung gerade dort“ herausfordert, „wo wir auf Dilemmata stoßen“<sup>1</sup>.

### **Grenzsituationen**

Es gibt Grenzfälle, in denen – auch wenn man dies grundsätzlich nicht bejahen kann – Beihilfe zum Suizid geleistet und dann aber auch persönlich verantwortet wird. Aber für diese Grenzfälle kann und wird es niemals eine angemessene Lösung geben können. Und existentielle Grenzfälle können auch nicht Bestandteil einer engmaschigen Gesetzgebung sein. Die gesetzliche Ermöglichung der organisierten Form der Beihilfe zum Suizid hätte weitreichende und fatale Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Was bei der Frage über Leben und Tod im äußersten Fall als Ausnahme einer höchstpersönlich verantworteten Entscheidung nach einem intensiven Abwägungsprozess denkbar ist und im Einzelfall Realität werden kann, darf unter keinen Umständen zur Norm werden und damit zur geregelten Normalität.

Deshalb ist es an der Zeit, nicht nur jede Form der gewerblich-kommerziellen und organisiert-geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland zu verbieten, sondern auch die ihnen zugrunde liegende „Geschäftsidee“, nämlich das unverantwortliche Umgehen mit den Sterbewünschen von Verzweifelten und Lebensmüden, ein für alle Mal als falsch und irrig zu entlarven.

### **Menschenwürde und christliches Menschenbild**

Jede Ethik, jedes Nachdenken also darüber, was der Mensch tun oder lassen soll, spiegelt immer auch das dieser Ethik zugrunde liegende Menschenbild wider: Wie wir miteinander und mit uns selbst umgehen wollen, hat seinen Grund und Ausgangspunkt zuallererst darin, wie wir uns und die anderen Menschen sehen bzw. sehen wollen. Beim christlichen Menschenbild, dem wir uns als CDU und CSU verpflichtet sind, steht der leidende Mensch in seiner unantastbaren Würde im Mittelpunkt. Der gekreuzigte Christus ist schließlich das universale Bild dafür, dass Gott auch im tiefsten Leiden und in größter Verzweiflung bei

---

<sup>1</sup> M. Hein, „Assistierter Suizid – Auf der Grenze von Recht und Moral“, Vortrag beim Evangelischen Juristenforum, 14. Oktober 2014, Haus der Kirche, Kassel.

uns Menschen ist und uns gerade dort nicht alleine lassen will. Deshalb gehören im christlichen Menschenbild Autonomie und Solidarität, Freiheit und Verantwortung, Selbst- und Nächstenliebe untrennbar zusammen. Selbstsorge und Fürsorge sind hier untrennbar miteinander verbunden, weil der Mensch aus christlicher Sicht ein Individual- und Sozialwesen und eben nicht ein bloß vereinzelt, einsames Subjekt ist. Der Kranke, Schwache, Leidende und Sterbende steht mit seinem Schicksal nicht allein da, sondern darf auf die Unterstützung der Gemeinschaft bauen und hoffen. Und gerade diese, "notwendige" Unterstützung - im Sinne von "die wirkliche Not wendend" - dürfen wir ihm deshalb nicht versagen. Das ist die eigentlich zu bewältigende Herausforderung bei der aktuellen Debatte um die sogenannte *Sterbehilfe*, die wir deshalb auch so schnell wie möglich zu einer Debatte über eine verantwortliche *Sterbebegleitung* machen müssen.

### **Erfordernisse und politische Herausforderungen**

Der Tod gehört zum Leben und wir sind aufgefordert, ihn als integralen Bestandteil unserer Existenz zu begreifen. Wir müssen aufhören, den Tod zu verdrängen und zu tabuisieren und ihn stattdessen in das Leben integrieren. Und genauso wie wir Menschen in anderen Extremsituationen beistehen und ihnen helfen, genauso müssen wir auch dem sterbenden Menschen genau die Hilfe zukommen lassen, die er benötigt, damit sein Leid bestmöglich gelindert wird. Es muss im erst noch weiter miteinander zu vernetzenden Bereich von Pflege, Palliativmedizin und Hospizausbau zweifelsohne noch sehr viel getan werden. Gut gemeinte Sonntagsreden helfen an dieser Stelle nicht länger weiter, sondern dem als richtig erkannten Weg müssen nun klare Taten folgen.

In dieser Legislaturperiode sind beachtliche Schritte für eine verbesserte Pflege von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf den Weg gebracht worden. Zu nennen wären hier beispielsweise die Stabilisierung der häuslichen Pflege durch die Flexibilisierung von Leistungen wie Kurzzeit- und Verhinderungspflege und Tages- und Nachtpflege, der Ausbau bestehender Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege (wichtig z.B. für Demenzkranke) oder die Erhöhung des Betreuungsverhältnisses in stationären Einrichtungen und die Ausdehnung auf alle Pflegebedürftigen. Weitere Reformmaßnahmen müssen hier selbstverständlich folgen, um die Situation der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege weiter zu verbessern und somit eine menschenwürdige Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.

Zu den großen politischen Herausforderungen gehören aber ohne jeden Zweifel in erster Linie die noch dramatisch zu verbessernde Palliativversorgung und ein massiver Ausbau des Hospizwesens – beides letztlich mit flächendeckender Zielperspektive. Die Hospiz- und Palliativversorgung weist in Deutschland leider immer noch erhebliche Defizite auf. In manchen Regionen ist ihr Zustand sogar desolat. Um dem großen Nachholbedarf in der Entwicklung solcher Strukturen gerecht zu werden und um der Forderung nach lebensbegrenzenden und lebensbeendenden Maßnahmen ein Gegengewicht entgegen zu halten, ist die diesbezügliche Förderung im ambulanten wie stationären Bereich eine vordringliche medizinische, gesellschaftliche und politische Großaufgabe. Gerade auch vor dem Hintergrund des vermehrten Wunsches nach häuslicher Palliativversorgung sollte in

diesem Zusammenhang schließlich auch dringend über behutsame Reformen und sinnvolle Lockerungen im Hinblick auf die Arzneimittel- bzw. Betäubungsmittelgesetzgebung nachgedacht werden.

\*\*\*