



Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE)
Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)
Communion d'Eglises Protestantes en Europe (CEPE)



Leben hat seine Zeit, und Sterben hat seine Zeit

Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE
zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge
um Sterbende

Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit

**Eine Orientierungshilfe des Rates der
GEKE zu lebensverkürzenden
Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende**

www.atimetolive.eu

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE
Severin-Schreiber-Gasse 3, 1180 Wien, Österreich.
office@leuenberg.eu
www.leuenberg.eu

Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende.

Vom Präsidium der GEKE genehmigt am 9. Mai 2011.

Herausgeber: Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE

Übersetzung aus dem Englischen: Tobias Körtner

Satz und Layout: ecumenix/Thomas Flüge

Umschlaggestaltung: Büro + Webdesign GmbH

Umschlagbild: iStockphoto.com

Druck: Evangelischer Presseverband Wien

Internet: www.atimetolive.eu, www.leuenberg.eu

Email: office@leuenberg.eu

© 2011 Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE

Inhalt

Vorwort.....	6
Überblick	8
1 Einleitung: Evangelische Kirchen zu Sterbehilfe und anderen Entscheidungen am Lebensende	17
2 Einordnung des Themas I: Tod und Sterben in heutigen gesellschaftlichen, klinischen und rechtlichen Kontexten	20
2.1 Die sozio-ökonomische und die kulturelle Dimension ..	20
2.2 Klinischer Kontext.....	23
2.3 Rechtliche und politische Aspekte.....	25
2.4 „Euthanasie“ im historischen Kontext des NS-Regimes in Deutschland	31
3 Einordnung des Themas II: ökumenisch	32
4 Theologischer und ethischer Rahmen.....	34
4.1 Menschliches Leben: als Gottes Ebenbild erschaffen....	34
4.2 Moralische Verantwortung: Antwort auf Gottes liebevolleres Handeln in Schöpfung und Erlösung	37
4.3 Menschliches Leben: schutzberechtigt	39
4.4 Fürsorge und Mitgefühl für Kranke und Sterbende	40
4.5 Achtung vor dem Patienten	44
5 Vorenthaltung/Abbruch lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen.....	47
5.1 Klinischer Kontext.....	47
5.2 Ethische Diskussion: Indikationen für Therapieverzicht oder -fortsetzung.....	50
Lebensqualität und Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen	50
Eine Unterscheidung zwischen Pflege und Behandlung?	54
Das Risiko der Übertherapieung	56
5.3 Ethische Diskussion: Der Wille des Patienten.....	58
Geäußertes Wille des Patienten.....	58
Patientenverfügungen	59

Patienten die „nicht im Vollbesitz der geistigen Kräfte sind“/ geschäftsunfähige Patienten	60
Familienmitglieder	61
Vormund.....	62
Einstellung oder Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen: Fazit.....	64
6 Palliative Care, Behandlung und Sedierung	66
7 Tötung auf Verlangen.....	70
7.1 Definition der Fragestellung	70
7.2 Ethische Diskussion.....	71
Autonomie und Tötung auf Verlangen	72
Wohltätigkeit/Benefizienz und Tötung auf Verlangen	75
Tötung auf Verlangen und Behandlungsverzicht: ein relevanter Unterschied.....	80
Tötung auf Verlangen: gesellschaftliche Auswirkungen .	82
Tötung auf Verlangen und Legalisierung	84
Tötung auf Verlangen: Fazit.....	86
8 Beihilfe zur Selbsttötung	88
8.1 Definition der Fragestellung	88
8.2 Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen	89
8.3 Ein moralisches Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung?...	91
8.4 Ein gesetzliches Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung? ..	96
8.5 Beihilfe zur Selbsttötung: Fazit	97
9 Fazit.....	100
Literatur	102
GEKE-Fachkreis für ethische Fragen.....	104

Vorwort

Viele evangelische Kirchen haben sich in den letzten Jahren mit den ethischen Fragen beschäftigt, die sich aus den medizinischen Möglichkeiten von lebensverlängernden Maßnahmen ergeben. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Frage nach der Selbstbestimmung über das Ende des Lebens. Die Kirchen veröffentlichten Positionspapiere, die unterschiedliche Akzente und gar Differenzen erkennen ließen. Einander ausschließende evangelische Positionen in dieser Frage wären für die gesellschaftliche Debatte ein unbefriedigender Beitrag.

Daher hat sich die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa im Jahr 2008 der Frage angenommen. Eine Experten-Gruppe unter der Leitung des Fachkreises Ethik hat die einzelnen Positionspapiere aus der Ökumene gesichtet. Diese sind in der Veröffentlichung von Frau Stefanie Schardien (Hg.): „Mit dem Leben am Ende“, dokumentiert. Die daraus entstandene Orientierungshilfe hat eine Konsultation der Mitgliedskirchen mit Beteiligung von Kirchenleitungen, Universitätstheologie sowie Spezialistinnen und Spezialisten aus den Bereichen Medizin, Recht, und Krankenhausseelsorge im Februar 2011 diskutiert und überarbeitet. Nach Beratungen zu unterschiedlichen Entwicklungsstadien des Textes legt der Rat der GEKE der Öffentlichkeit dieses Ergebnis als einen evangelischen Beitrag zur Diskussion über einen würdigen Umgang mit dem Lebensende vor.

Die medizinischen Möglichkeiten werden in den nächsten Jahren weiter zunehmen, und die Gesetzgebung in den einzelnen europäischen Ländern ändert sich. Mit der vorliegenden Orientierungshilfe sind daher die anstehenden Fragen sicherlich nicht abschließend behandelt. Sowohl auf nationaler wie auf europäi-

scher Ebene wird die Debatte weitergehen. Das bis jetzt erreichte Ergebnis kann die Basis für einen gemeinsamen evangelischen Weg auf europäischer Ebene sein. Die Orientierungshilfe möchte die einzelnen Kirchen anregen, in ihren jeweiligen Kontexten an der Problemstellung weiter zu arbeiten.

Der Rat der GEKE dankt allen, die zu der Entstehung dieses Textes beigetragen haben. Besonders möchte er Frau Prof. Ulla Schmidt, Oslo, und Herr Prof. Martin Friedrich für die redaktionelle Arbeit danken.

Pfr. Dr. theol. h.c. Thomas Wipf
Präsident der GEKE

Bischof Dr. Michael Bünker
Generalsekretär der GEKE

Überblick

Die evangelischen Kirchen in Europa erkennen die Herausforderungen und Fragen, die Prozesse schwerer Krankheiten, Sterben und Tod in den europäischen Gesellschaften von heute aufwerfen. Es gibt nicht nur eine wachsende Zahl von Menschen, die dem Tod in Gesundheitseinrichtungen entgegengehen; ihr Tod ist zunehmend auch ein Ergebnis von Entscheidungen im Rahmen der medizinischen Behandlung. Dieser Umstand bedeutet eine große Herausforderung für unser Verständnis von Tod und Sterben und unsere Beziehung zu Menschen, deren Leben sich dem Ende zuneigt. Konfrontiert mit diesen komplexen Fragen und Dilemmata, suchen die evangelischen Kirchen in Europa konstruktive Verbindungen zwischen grundlegenden Elementen und Quellen ihres Glaubens und dem Kontext und den Bedingungen der Fragen, die sich am Ende des Lebens stellen.

Zu den wesentlichen Elementen evangelischer Formulierungen christlichen Glaubens, die für dieses Thema relevant sind, gehört das Verständnis des menschlichen Lebens und seines Status. Die grundlegende Bestimmung menschlichen Lebens, nach dem Bilde Gottes erschaffen zu sein, bedeutet eine fundamentale Verantwortung des Menschen gegenüber Gott, die darin gründet, dass das Leben aus Gottes Hand empfangen worden ist. Diese Verantwortung vor Gott für das empfangene Leben bewährt sich einerseits in der Freiheit gegenüber der ausschließlichen Festlegung des Menschen durch weltliche Gegebenheiten und angeborene Eigenschaften, andererseits ist sie inmitten der eigenen weltlichen Positionen und Beziehungen dazu befreit, dem Nächsten in Liebe zu dienen.

Ein weiteres wesentliches Merkmal menschlichen Lebens, das im Gedanken der Gottebenbildlichkeit enthalten ist, ist die grundlegende Würde des menschlichen Lebens. Evangelische Formulierungen christlichen Glaubens sehen die Menschenwürde letztendlich in der Beziehung des menschlichen Lebens zu Gott begründet. Es ist der grundlegend relationale Charakter menschlichen Lebens, letztlich begründet durch Gottes liebevolle Akte der Schöpfung und Rechtfertigung des Menschen, der es mit absoluter und unbeschränkter Würde ausstattet. Die Menschenwürde ist daher mit den vielen Weisen verbunden, in denen wir unser Leben täglich durch und abhängig von Bedingungen außerhalb menschlicher Kontrolle empfangen, jedoch nicht in irgendwelchen angeborenen Kompetenzen oder Eigenschaften.

Die grundlegende Würde menschlichen Lebens beruht nicht auf seiner Funktionalität, Nützlichkeit oder seiner Unabhängigkeit. Sie ist weder durch einen Mangel an Produktivität beeinträchtigt, noch durch das Gefühl vermindert, dass es keine Freude mehr bereitet. Dass ein Leben zum Beispiel von einer schweren Krankheit oder Behinderung betroffen und – vielleicht über seine gesamte Lebensdauer hinweg – vollständig abhängig von Pflege und Unterstützung durch andere ist, steht weder im Widerspruch zur grundsätzlichen Würde menschlichen Lebens und schmälert diese nicht, noch stellt es eine unauthentische oder unwürdige Form menschlichen Lebens dar.

Aus diesem Bekenntnis zur uneingeschränkten und absoluten Würde menschlichen Lebens, die in der durch Gottes liebevolles Handeln in Schöpfung und Rechtfertigung geschaffenen Beziehung gründet, folgen mehrere Einsichten bezüglich der Verantwortung für das menschliche Leben. Zunächst folgt daraus, dass menschlichem Leben grundsätzlich Schutz vor Schaden, Verletzung und Zerstörung zusteht, wie es auch im fünften

Gebot, dem Tötungsverbot, festgelegt ist. Doch es folgt auch eine grundlegende Verantwortung, sich um den Mitmenschen zu kümmern, wie wir es auch im Leben Jesu als Beispiel finden. Sie schließt Achtsamkeit und eine mitfühlende Bereitschaft gegenüber unserem Mitmenschen ebenso ein, wie auch die konkrete Handlung der Hilfe und Unterstützung, besonders für die Verwundbarsten: die Armen, die Verwitweten, die Entrechteten und sozial Benachteiligten, kurz gesagt, jene, die all zu leicht am Rande der Gesellschaft und menschlichen Gemeinschaft im Stich gelassen werden.

In diesem Zusammenhang werden wir besonders an das beständige und hervorstechende Element christlicher Moral erinnert, sich um die Schwerkranken und Sterbenden zu kümmern, auch wenn nicht länger Hoffnung auf Besserung oder Heilung besteht. Die Verantwortung, sich um die Schwerkranken und Sterbenden, um ein von Schmerz, Leiden und Hilflosigkeit gezeichnetes Leben zu kümmern, hängt nicht von der Aussicht ab, es wieder in einen gesünderen und gut funktionierenden Zustand zu versetzen, sondern von der grundlegenden Würde menschlichen Lebens, die in Gottes schöpferischer und rechtfertigender Beziehung zum Menschen gründet. Wichtige Dimensionen dieses Verständnisses von Fürsorge erkennen wir in der Idee und Praxis der Palliativpflege als zunehmend festem Bestandteil des Gesundheitswesens. Wir möchten nachdrücklich jegliche Initiativen unterstützen, die sich für die den vorranglichen Aufbau und Ausbau gute Palliativpflegeeinrichtungen einsetzen.

Diese grundlegenden Bekenntnisse und Anliegen, die aus unserem Verständnis der wesentlichen Elemente des christlichen Glaubens herrühren, können mit den herausfordernden Fragen in Dialog gebracht werden, vor denen wir stehen, wenn wir uns Entscheidungen am Lebensende gegenübersehen.

Abbruch oder Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlung

Der Abbruch oder die Vorenthaltung einer lebensverlängernden Behandlung ist unter Umständen nicht nur erlaubt, sondern kann sogar als Bestandteil richtiger Pflege und des Mitgefühls für einen schwer- und unheilbar oder sterbenskranken Patienten geboten sein. Es ist wichtig zu fragen, ob weitere Behandlung dem Patienten gut tut; das heißt: heilend, palliativ oder hinsichtlich der Verlängerung eines Lebens, das Qualität im christlichen Sinne besitzt, gegebene Liebe empfangen, spüren und in irgendeiner Weise darauf zu reagieren zu können. Durchgängig betont die christliche Tradition die Pflicht, sich um die Schwerkranken und Sterbenden zu kümmern, auch wenn nicht länger Hoffnung auf Heilung oder Besserung besteht. Daraus ergibt sich eine starke Option, Pflegemaßnahmen aufrecht zu erhalten, die Schmerz, Beschwerden und Qual in den letzten Lebensstunden erleichtern können. Einerseits sind medizinische, klinische und pflegende Maßnahmen, ob lebensverlängernd oder nicht, zentrale moralische Pflichten, die uns sehr stark verpflichten und nicht leicht zugunsten von anderen Überlegungen zur Seite geschoben werden können. Andererseits handelt es sich nicht um absolute Forderungen, die der Abwägung ihrer Konsequenz für den Patienten und seine oder ihre Situation entzogen sind. Obwohl sie sich des komplexen moralischen Dilemmas, der Schwierigkeiten einer angemessenen Beurteilung und der schwerwiegenden moralischen Bedenken bewusst sind, sind die evangelischen Kirchen zum Beispiel nicht bereit, die Beendigung der Ernährung von Patienten im Wachkoma als immer und völlig falsch abzulehnen.

Moralische Bedenken und Bewertungen gelten nicht nur für die Entscheidungen, sondern auch für den Prozess, durch den eine Entscheidung erlangt wird. Der begründete und explizite

Wunsch des Patienten gegen weitere Behandlung sollte respektiert werden, und wenn ein aktuell nicht mehr „im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte“ befindlicher Patient zuvor eine Patientenverfügung bezüglich der Behandlung errichtet hat, besitzt diese beträchtliches Gewicht, besonders wenn es keine Gründe zu der Annahme gibt, dass sie nicht länger den Willen des Patienten repräsentiert. In Fällen, in denen es keine Patientenverfügung gibt, und der Patient unwiderruflich nicht länger „im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte“ ist, werden Kommunikations- und Rückspracheprozesse zur Entscheidungsfindung besonders entscheidend. Sie sollten inklusiv sein und ein ausreichend großes Spektrum an Berufen, Pflegepersonal und Ratgebern miteinbeziehen. Enge Familienmitglieder, Verwandte und Freunde, die den Patienten gut kennen und von denen vernünftigerweise erwartet werden kann, dass ihnen das Wohl des Patienten am Herzen liegt, sollten sorgfältig konsultiert werden, und man sollte ihnen genügend Zeit und Raum geben, um die Entscheidung sowie den voraussichtlichen Verlust ihres Angehörigen zu bewältigen. Sie sollten jedoch nicht mit der finalen Entscheidung belastet werden.

Palliative Care, Behandlung und Sedierung

Die evangelischen Kirchen begrüßen die großen Fortschritte, die in der medizinischen Ausbildung, Forschung und klinischen Praxis im Bereich der Palliativmedizin und -pflege erreicht worden sind. Diese Entwicklungen haben nicht nur die Möglichkeiten für effektive Behandlungen und Linderung von körperlichem Schmerz und Beschwerden erheblich verbessert, sondern auch ein breiteres Feld an Dimensionen von Krankheit und dem Umgang mit Tod – einschließlich psychosozialer und spiritueller Aspekte – ins Blickfeld der Begleitung am Lebensende gerückt. Dies hat nicht nur die Lebensqualität für Patienten in den letzten Phasen des Lebens gesteigert. Es erweist sich

auch als eher lebensverlängernd, statt lebensverkürzend, worauf sich viele der früheren Diskussionen zu Schmerzerleichterung konzentrierten. Dies schließt die seltene Durchführung von palliativer Sedierung ein, die das Bewusstseinsniveau eines Patienten medizinisch reduziert, um das Gefühl und Erleben von anderenfalls unerträglichem Schmerz und Leiden zu vermeiden.

Obwohl sie sich bewusst sind, dass Palliativmedizin und –pflege nicht alle Probleme lösen werden, die im medizinischen Kontext am Lebensende auftreten, erachten die Kirchen, dass Palliative Care und die großen Verbesserungen in diesem Bereich die absolute Würde, die uneingeschränkt zum schwerkranken und sterbenden Leben gehört, widerspiegeln.

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung

Den evangelischen Kirchen in Europa liegen Patienten und Angehörige, die einen qualvollen Prozess schwerer und tödlich verlaufender Krankheit durchlaufen und den Tod erwarten, sehr am Herzen. Unsere Gesellschaften mögen nicht nur unzureichend ausgestattet sein, um in diesen Situationen beizustehen, sondern auch wir selbst, als Glaubensgemeinschaften, scheinen noch immer nicht die Begleitung, Unterstützung, den Trost und die Hoffnung anzubieten, wozu der christliche Glaube berufen ist. Vor diese Realität gestellt, gibt es gute Gründe, diese Versäumnisse gegenüber Patienten und Familien aufmerksam wahrzunehmen, bevor man zu schnell moralische Urteile fällt. Die Gesellschaften, Gemeinschaften und Kirchen haben die grundsätzliche Verantwortung, sicherzustellen, dass angemessene Pflege, Trost und Erleichterung von Schmerz und Leiden verfügbar sind und bereitgestellt werden, sowie Gemeinschaften und Werte zu fördern, die es schwerkranken und sterbenden Personen ermöglichen, ihr Leben als Träger einer unantastbaren und unbegrenzten Würde zu begreifen.

Evangelische Kirchen halten die Tötung auf Verlangen als Reaktion auf diese Situation für ethisch höchst problematisch, und dies aus einer Vielzahl an Gründen. Sie steht im Widerspruch zu einigen der am tiefsten verwurzelten moralischen Überzeugungen, nicht nur einer spezifisch christlichen Tradition, sondern eines breiteren, allgemeinen moralischen Erbes, nämlich dem Ideal, nicht unschuldiges Leben zu nehmen, und der Pflicht, Leben zu schützen, besonders das verletzte und gebrechliche. Die üblicherweise vorgebrachten Argumente zur Entkräftung dieser grundlegenden moralischen Überzeugung, nämlich Autonomie und Wohltätigkeit/Benefizienz, haben als eine ethische Rechtfertigung für die Tötung auf Verlangen kein Gewicht. Tötung auf Verlangen ist schwer vereinbar mit einer der wesentlichsten und beständigsten Überzeugungen und Glaubensaussagen der christlichen Tradition, nämlich dass die fundamentale und unabdingbare Würde menschlichen Lebens nicht auf seiner Fähigkeit zu unabhängiger Selbstbestimmung und Handlung beruht, sondern in der schöpferischen und rechtfertigenden Liebe, die die Menschen von Gott in Christus empfangen.

Dies kann nicht rein als Angelegenheit des individuellen Gewissens angesehen werden, die der Staat nicht durch rechtliches Verbot behindern sollte. Eine Legalisierung würde eine Art Normalisierung und Billigung von Tötung auf Verlangen implizieren, was sie zu einem gewöhnlichen und etablierten Element medizinischer und klinischer Praxis machen würde. Dem Umstand, dass moralische Tragödien vorkommen könnten, Situationen, in denen es keinen Weg gibt, die schwerwiegende Beeinträchtigung eines wesentlichen und zentralen moralischen Gutes zu vermeiden, könnte eher durch den rechtlichen Ausweg entprochen werden, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen, wie es in einigen Ländern geschehen ist, als durch eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen.

Die Mitgliedskirchen der GEKE sehen es als ihre Aufgabe, eine Kultur der Solidarität mit den Sterbenden zu vertreten und die Tendenz zur Individualisierung von Leiden sowie den Mangel an menschlicher Solidarität, die der derzeitigen Diskussion über Tötung auf Verlangen zugrunde liegen, zu kritisieren. Das größte gesellschaftliche Problem ist nicht die übermäßige medizinische Unterstützung sondern die Einsamkeit der Sterbenden.

Die Mitgliedskirchen der GEKE unterstützen den Schutz der Menschenrechte von Sterbenden und Todkranken. Das schließt sowohl das Recht auf Leben bis ans Ende ein, als auch das Recht, sich gegen weitere Behandlung zu entscheiden. Fürsorge und Selbstbestimmung, die sich gegen Behandlung entscheidet, bilden keinen Gegensatz. Die GEKE-Mitgliedskirchen kritisieren ebenso Tendenzen, die Pflicht der Fürsorge für Sterbende und Todkranke mit einem abstrakten Verweis auf das Prinzip der Autonomie zu verwässern, ohne das besondere Hilfs- und Schutzbedürfnis von Schwerkranken und Sterbenden zu sehen. Es ist nicht nur aus einer theologischen, sondern auch aus philosophischer Sicht, höchst problematisch, die menschliche Würde an ein abstraktes Prinzip der Autonomie zu binden, das Individualität mit völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jegliche Form der Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und des Angewiesensein auf andere als narzisstische Kränkung ansieht. Solch ein Verständnis von Autonomie führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu erachten und nur ein abstraktes, selbstbestimmtes Sterben als der Menschenwürde angemessen zu akzeptieren. Im Licht des Evangeliums ist dagegen zu argumentieren, dass die Würde des Menschen darin besteht, dass Gott im Schwachen mächtig ist und dass Menschen ebenso durch ihre Fähigkeit zu leiden ausgezeichnet sind wie durch die Fähigkeit zu lieben.

Obwohl sich Tötung auf Verlangen oder Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung ethisch nach Ansicht der Mitgliedskirchen der GEKE nicht rechtfertigen lassen, begreifen sie die weitverbreitete öffentliche Forderung von gesetzlicher Entkriminalisierung der Tötung auf Verlangen.

Die Mitgliedskirchen der GEKE treten für eine Ausgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse, aber auch der Medizin und der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen ein, welche die Würde des Menschen im Leben wie im Sterben achtet. Sie unterstützen die Hospizbewegung und weitergehende Konzepte von Palliative Care, zu denen auch die Dimension der Seelsorge bzw. von „spiritual care“ gehört. Die Mitgliedskirchen der GEKE sehen daher ihre Aufgabe darin, christliche Formen der Sterbebegleitung einschließlich kirchlicher Rituale zu beschreiben, zu schaffen oder zu entwerfen und diese auf solche Weise weiterzuentwickeln, dass sie Männer und Frauen in der letzten Lebensphase vor der Sprachlosigkeit bewahren und Orientierungshilfen im Umgang mit der Endlichkeit unseres Lebens geben.

Sich um Menschen zu kümmern und spirituellen Trost anzubieten, ist ein wesentlicher Teil des „Kircheseins“. Das bezieht eine klare Aufgabe der Kirchen innerhalb der Zivilgesellschaft mit ein. Sie sind aufgerufen, Protest zu äußern, wenn rechtliche Barrieren, die das Leben schützen, eingerissen werden. Sie sind aufgerufen, öffentlich für adäquate ökonomische Ressourcen in Krankenhäusern und Hospizen einzutreten, um jenen, die mit dem Tode ringen, die bestmögliche Pflege zu ermöglichen. Sie haben die Aufgabe, sich für die Schaffung eines Umfelds in der Gesellschaft einzusetzen, das ein erfülltes Leben für jedes Mitglied der Gesellschaft, einschließlich jenen, die dem Tode nahe sind, unterstützt.

1 Einleitung: Evangelische Kirchen zu Sterbehilfe¹ und anderen Entscheidungen am Lebensende

Sterben ist ein Teil des Lebens. Doch die Umstände des Sterbens haben sich in den letzten Jahrzehnten bedeutend verändert. Es ist nicht länger die Regel, dass Menschen ihr Leben im Kreis ihrer Familie, ihrer Freunde und Nachbarn beenden. Heute sterben viele Menschen in spezialisierten Pflegeheimen oder Krankenhäusern. Solche Pflegeeinrichtungen bieten medizinische Versorgung, die in früheren Jahrhunderten unbekannt war. Aber der im Wandel befindliche gesellschaftliche Rahmen und der medizinische Fortschritt werfen neue Fragen auf. Die Menschen fragen sich, ob die intensive Nutzung aller medizinischen Möglichkeiten wirklich eine Verbesserung der Lebensqualität bedeutet oder nur die Verlängerung eines schmerzhaften und langen Sterbeprozesses. Das fordert das medizinische Personal und Familienmitglieder der Sterbenden heraus, schwierige Entscheidungen zur Anwendung medizinischer Behandlungen zu treffen. Es nötigt außerdem Politiker und die Gesellschaften dazu, über strittige Fragen zu entscheiden, die die Qualität der medizinischen Versorgung betreffen, z.B. ob alles, was medizinisch möglich ist, zukünftig vom Gemeinwesen finanziert werden soll.

In den letzten Jahren haben viele evangelische Kirchen Stellungnahmen zu Entscheidungen über das Lebensende veröffentlicht. Sie bieten Erörterungen und Reflexionen über die schwierigen und herausfordernden Situationen und Dilemmata, mit

¹ Die im Englischen gängige Verwendung des Begriffs „euthanasia“ konnte nicht wörtlich für die deutsche Übersetzung übernommen werden. Im Text werden auf Deutsch daher je nach Kontext die Begriffe „Sterbehilfe“ oder „Tötung auf Verlangen“ verwendet.

denen derzeit all jene konfrontiert sind, die Entscheidungen treffen müssen, die zum Ende des Lebens gehören. Obwohl sie auf vielen geteilten Werten und Überzeugungen basieren, sind die Kirchen zu verschiedenen Antworten auf eine Zahl spezifischer Fragen gekommen; diese Unterschiede ergaben sich auch aus den jeweiligen sozialen und rechtlichen Kontexten. Gleichzeitig haben alle Kirchen ihre Verantwortung für die beste Pflege von Sterbenden betont und für die Unterstützung all jener, die den Herausforderungen des Todes gegenüberstehen.

In einem Konsultationsprozess hat die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) durch seinen Fachkreis für ethische Fragen diese Stellungnahmen evaluiert und die durch sie aufgeworfenen Fragen diskutiert. In diesem Dokument präsentiert sie eine gemeinsame Stimme der evangelischen Kirchen in Europa. Zunächst wird versucht, die wertvolle und umfangreiche Arbeit über diese komplexen Fragen bewusst zu machen, die in vielen unserer Mitgliedskirchen geleistet worden ist. Zweitens wird versucht, wenigstens einige der wichtigen Bedenken und Erwägungen, die dort zu finden sind, aufzugreifen und zusammenzustellen, sowie sie zu erweitern und zu ergänzen, wo dies als nützlich erachtet wird. In der Hoffnung, Materialien für weitere Überlegungen zu bieten, lädt die vorliegende Studie drittens die Mitgliedskirchen – sowie andere Kirchen – ein, sich weiter an Dialog, Austausch und Diskussion über diese komplexen Fragen zu beteiligen. Wir glauben, dass die Kirchen eine zweifache Aufgabe und einen zweifachen Auftrag in diesem Zusammenhang haben: einen öffentlichen sowie einen seelsorgerischen oder kirchlichen. Sie müssen sich mit den anhaltenden öffentlichen Debatten zu Gesetzgebung und Politikgestaltung beschäftigen und daran teilnehmen. Aber sie müssen ebenso ihren Mitgliedern Unterstützung bieten, die mit diesen schwierigen Fragen konfrontiert sind: jenen, die dem Tod entgegensehen, Familienmitgliedern und Freunden von

Menschen, die das Lebensende erreichen, Gesundheitsexperten, Politikern und Gesetzgebern wie auch den Gemeindegliedern, die sich mit der Tatsache ihres künftigen Todes auseinandersetzen müssen. Hierbei stehen den Kirchen nicht nur reiche Quellen für moralische Reflexion zur Verfügung, die sich aus dem christlichen Leben und Denken speisen. Sie sind auch darin geübt, seelsorgerlichen Beistand und spirituelle Anleitung für jene anzubieten, die sich mühen, eine Anleitung, die auch durch eine liturgische und rituelle Sprache geprägt ist und die Spannweite menschlicher Erfahrung sowohl von Freude als auch Leid und Angst umfasst. Nicht zuletzt leben die Kirchen aufgrund einer Verheißung, die sie befähigt, von einer Hoffnung zu sprechen, die über unser derzeitiges, weltliches Leben hinausreicht.

In diesem Text möchten wir einige der Ressourcen der evangelischen Tradition des christlichen Glaubens und Lebens zur Reflexion über einige dieser Fragen und Dilemmata ergründen, mit denen wir am Lebensende konfrontiert sind, und zwar in medizinischem und klinischem Kontext: beispielsweise Vorenthaltung und Entzug lebensverlängernder Behandlung, schmerzlindernde Behandlung und Palliativpflege, Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Die zugehörigen, jedoch spezifischeren Fragen der Frühgeborenenpflege und Selbsttötung werden nicht eigens diskutiert.

2 Einordnung des Themas I: Tod und Sterben in heutigen gesellschaftlichen, klinischen und rechtlichen Kontexten

Tötung auf Verlangen und andere Fragen am Lebensende, ganz allgemein wie wir Sterben und Tod wahrnehmen und uns zu ihnen verhalten, tauchen teilweise innerhalb eines weiteren Zusammenhanges und Rahmens auf, der nicht nur medizinische und klinische Dimensionen, sondern auch sozio-ökonomische, kulturelle und rechtliche Dimensionen hat.

2.1 Die sozio-ökonomische und die kulturelle Dimension

Die Fragen der Tötung auf Verlangen und anderer Dilemmata am Lebensende werden stark durch ihren sozio-ökonomischen und kulturellen Kontext und Rahmen geformt. Unter den vorherrschenden und relevanten Merkmalen ist die Tatsache, dass Prozesse des Sterbens und Tod heutzutage zu einem großen Teil innerhalb der institutionellen und technologisch-medizinischen Szenarien von Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Pflegeeinrichtungen stattfinden. Bis zum frühen 19. Jahrhundert fanden Sterben und Tod vorwiegend im unmittelbaren Kontext von Heim, Familie, Nachbarn und Gemeinschaft statt. Verschiedene Faktoren haben dies jedoch alles geändert. Sozio-ökonomische Faktoren haben die Familie und enge Gemeinschaft als Rahmen für Sterben und Tod verändert. Nicht nur die Tatsache, dass Arbeit vorherrschend außerhalb des Wohnortes und der unmittelbaren Gemeinschaft gefunden wird, sondern auch die Forderung nach einer flexiblen Arbeitskraft, erhöhte Mobilität, gewandelte Muster des Familienlebens und der Kommunikation zwischen den Generationen, sind nur einige der Faktoren, die die Bedingungen der Primärfamilie als Kon-

text von Wohnen und stützenden Prozessen von Sterben und Tod verändert haben. Die Urbanisierung erhöht nicht nur die Mobilität und verändert Muster lebenslanger, stabiler Wohnsitze, sondern wirkt sich auch auf die Bedingungen für kleine, feste und stabile Gemeinschaften als Orte von Fürsorge und Pflege aus. Kurz gesagt, im Wandel befindliche soziale Strukturen in industriellen und post-industriellen Gesellschaften haben zum Übergang von Prozessen des Sterbens und Todes aus dem geschlossenen Rahmen der Familie in einen institutionalisierten Rahmen von Gesundheitseinrichtungen beigetragen.

Es gibt keinen Grund, diese Entwicklung zu beklagen. Generell verfügen Gesundheitseinrichtungen über medizinische Fachkompetenz, technische Ausrüstung und effektive Mittel zur palliativen Behandlung, und nicht zuletzt ist das Personal auf eine Weise ausgebildet und erfahren in der Pflege von unheilbar Kranken, die wichtigen ethischen Standards professioneller Ethik entspricht. Im Allgemeinen bieten diese Einrichtungen schwer und unheilbar Kranken eine bessere Gewähr für angemessene Pflege, zum Beispiel in Situationen, in denen Familien und Angehörige nicht gewillt oder in der Lage sind, sich angemessen um ein krankes Familienmitglied zu kümmern oder für Menschen, denen es an engen Familienbindungen mangelt. Nichtsdestoweniger sollte die Art von Trost, Unterstützung und Begleitung, die Familienmitglieder und enge Bekannte einem Sterbenden geben können, als wichtige Ressource erkannt werden, und wird es normalerweise auch, und nicht als die professionelle Pflege störendes Element. Unter günstigen Umständen könnte es dies dem Patienten, der es wünscht, ermöglichen, zu Hause in seiner eigenen Umgebung zu sterben, begleitet von seinen Angehörigen.

Demographische Veränderungen, wie eine erhöhte Lebenserwartung und die wachsende Anzahl älterer Menschen in der

Bevölkerung, setzen hospitalisiertes und institutionalisiertes Sterben in vielen europäischen Ländern unter ernsthaften Druck. Darüber hinaus werden in den letzten Lebenswochen mehr Ressourcen für medizinische Behandlung und Pflege aufgewendet als während des übrigen Lebens, und die laufenden Kosten von Palliativstationen sind höher als für andere Krankenhäuser. In mehreren Ländern führt diese Situation zu zunehmendem politischen Druck, die ökonomischen Kosten für Behandlung und Palliative Care am Lebensende zu senken oder einzuschränken. Pflegeheime und Palliativstationen sehen sich Budgetsenkungen gegenüber, Anforderungen effektiven Managements und der Rationalisierung, mit der Reduktion ihrer Aktivitäten als Resultat. Dies wird manchmal begleitet von Vorschlägen aus der Politik, nach denen sterbende Patienten genauso gut, wenn nicht besser, zu Hause im familiären Rahmen begleitet und unterstützt werden können. Dagegen muss in Erinnerung gerufen werden, dass, obwohl Familien und Nahestehende in vielen Fällen unschätzbaren Trost und Unterstützung bieten, viele der sozialen Bindungen und Strukturen, die einst Familie als unmittelbaren Kontext von Pflege am Ende des Lebens untermauerten, längst untergraben wurden. Familie und enge Gemeinschaften können nicht den Ressourcenmangel ersetzen, der in Palliative Care und medizinischen und pflegerischen Einrichtungen investiert wird, um angemessene Pflege für unheilbar Kranke anzubieten.

Zusätzlich zu diesen mehr materiellen sozio-ökonomischen Bedingungen wird manchmal darauf hingewiesen, dass die sich ändernden und zunehmend toleranteren Einstellungen zur Tötung auf Verlangen und zu anderen Fragen am Lebensende auch umfassendere kulturelle Muster und Werte widerspiegeln. Mit Blick auf die Werthaltungen, die nach Ansicht des Philosophen Charles Taylor für heutige (westliche) Gesellschaften charakteristisch sind, könnte man sagen, dass der Umgang mit und Ent-

scheidungen über das Lebensende zunehmend von Ausdrucksfähigkeit und Authentizität bestimmt werden. Sein wahres, inneres Selbst auszudrücken, authentisch in Entsprechung zu den eigenen Vorlieben und Bekenntnissen zu handeln, hat Vorrang davor, gemäß einer äußeren, objektiv gegebenen, moralischen Ordnung zu handeln. Dies mag für manche erfordern, Situationen mit einem Verlust der Selbstkontrolle oder völliger Hilflosigkeit zu vermeiden, in denen man ganz abhängig von anderen ist und keine Aussicht besteht, jene Dinge zu genießen, die das Leben wert- und würdevoll machten. Für andere mag es zur Folge haben, selbst noch in Situationen der Abhängigkeit und des Schmerzes am Lebensende einen Sinn im Leben zu suchen. So oder so zeigt dies, wie die Frage der Tötung auf Verlangen auch in Wertmuster eingeschlossen ist, die beeinflussen, wie Tötung auf Verlangen, Beihilfe zur Selbsttötung und andere Fragen zum Lebensende interpretiert und beschrieben werden. Die Beurteilung dieser moralischen Dilemmata ist nicht einfach eine Frage moralischer Urteile und Wertungen, sondern es geht auch darum, Verständnishilfen anzubieten, die die Interpretation von Kontrollverlust und Produktivität zulassen und durch vollständige Abhängigkeit als menschenwürdiges Leben gekennzeichnet sind.

2.2 Klinischer Kontext

Offenbar haben nicht nur sozio-ökonomische Faktoren zur Verlagerung von Sterben und Tod aus dem intimen Rahmen von Heim und Familie in den institutionellen und professionellen Rahmen von Krankenhäusern und Pflegeheimen geführt, sondern auch die großen Fortschritte in der Medizin. Als ein Ergebnis von Entwicklungen in Medizin und Gesundheitswesen ist es möglich geworden, Patienten mit Krankheiten oder Verletzungen, die vorher ihr Leben zu einem viel früheren Zeitpunkt beendet hätten, viel länger am Leben zu halten. Medizin

und medizinisches Fachwissen spielen eine viel größere Rolle in der Unterstützung von Patienten am Lebensende. Diese Entwicklung zwingt uns nicht nur, unser Verständnis von und die Einstellung zum Tod als gegebene, menschliche Beschaffenheit zu reflektieren und zu überdenken, ebenso wie welches Verhältnis wir zu Menschen haben, die sich dem Lebensende nähern. Sie impliziert auch, dass der Tod größtenteils als das Ergebnis einer expliziten medizinischen und klinischen Entscheidung eintritt, die Behandlung und angemessene Pflege betrifft, zum Beispiel, ob Behandlung entzogen oder einbehalten wird, oder analgetische Behandlung verstärkt werden soll. Anders als das traditionelle Sprichwort, das besagt, wir können lediglich wissen, *dass* wir sterben müssen, jedoch weder wann noch wie, unterliegt das *wann* nun – innerhalb von Grenzen – zunehmend der Entscheidung und Einflussnahme.

Dies konfrontiert Pflegepersonal, Patienten, ihre Familien und Berater in der konkreten klinischen Praxis mit einer Reihe von schwierigen Dilemmata, wenn es darum geht, wie verantwortungsbewusste Entscheidungen getroffen werden sollen, z.B. wann und unter welchen Bedingungen von weiterer medizinischer Behandlung Abstand genommen werden soll. Diese Fragen haben ihren Platz zunehmend innerhalb eines weiteren Rahmens gefunden, in dem es darum geht, wie man angemessen für Patienten sorgen soll, die dem Tod entgegengehen, und nicht nur, wie man deren Leben verlängert. Es ist zunehmend vorauszusetzen, dass die angemessene Sorge für eine sterbende Person nicht nur Versuche einschließt, das Leben so weit wie möglich zu verlängern, sondern auch Entscheidungen darüber, wann es gerechtfertigt ist, auf Behandlung zu verzichten. Zunehmende Forschung und die gestiegene Kompetenz bezüglich der Praxis und Priorität der Sorge für Sterbende unterstreichen auch ihren interdisziplinären Charakter. Sachgemäße Versorgung ist nicht nur auf medizinische Behandlung und Heilversu-

che gerichtet, sondern muss eine breitere Spanne der physischen und leiblichen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen, wie etwa gute Schmerzbehandlung, und auch psychologische Bedürfnisse, soziale und zwischenmenschliche Belange sowie spirituelle Fragen und Bedürfnisse. Kurzum, es gibt ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass Situationen am Lebensende, die zunehmend in medizinischen und klinischen Kontexten stattfinden, nicht nur Heilungsbemühungen erfordern, sondern auch Pflegeaktivitäten. Also sollten unter bestimmten Umständen Heilungsversuche zugunsten der Pflege nicht fortgeführt werden. Diese Pflege muss sich auf eine ganze Reihe von Dimensionen des menschlichen Lebens richten, nicht nur auf seine physische Natur.

2.3 Rechtliche und politische Aspekte

Da Sterben und Tod zunehmend im Kontext von Pflegeinstitutionen stattfinden, werden sie auch zunehmend Thema der Gesetzgebung und des politischen Handelns. Wie klinische Vorgänge/Praktiken reguliert werden und auf welcher Ebene, unterscheidet sich jedoch in den europäischen Staaten erheblich.

2002 verabschiedeten die Niederlande das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung. Laut diesem Gesetz kann auf die Strafverfolgung eines Arztes, der eine Tötung auf Verlangen vollzogen oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, verzichtet werden, vorausgesetzt, ein Prüfungsausschuss stellt fest, dass die Tat bestimmte Bedingungen erfüllt, darunter auch, dass der Patient unerträglich und unwiderruflich leidet und dass ein andauernder und freiwilliger Wunsch nach Tötung auf Verlangen besteht. Sofern diese Bedingungen nicht erfüllt sind, gelten Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung als strafbare Handlung. Die Strafen sind sogar erhöht worden.

Das belgische Euthanasiegesetz, verabschiedet im Mai 2002, besagt, dass ein Mediziner, der eine Tötung auf Verlangen ausführt, keine Straftat begeht, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt werden, die weniger streng als in den Niederlanden sind². Ein mehr oder weniger ähnliches Gesetz wurde im März 2009 in Luxemburg verabschiedet, dass ebenfalls festlegt, dass Ärzte, die eine Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung ausführen, nicht strafrechtlich verfolgt werden sollen, vorausgesetzt bestimmte Bedingungen (ähnlich jenen, die im belgischen Gesetz genannt werden) werden erfüllt.

In der Schweiz ist Tötung auf Verlangen verboten, doch Beihilfe zur Selbsttötung ist nur dann eine strafbare Handlung, wenn sie aus eigennützigen Gründen begangen wird. Damit ist offensichtlich impliziert, dass sie keine Straftat darstellt und nicht strafrechtlich verfolgt wird, wenn begründet werden kann, dass die Beihilfe von guten Absichten geleitet war, einen erwünschten Tod zum Zwecke der Erlösung von Leid herbeizuführen, und nicht aus eigennützigen Interessen. Auf Grundlage dieser Bestimmung bieten Organisationen wie EXIT und DIGNITAS in der Schweiz legal Hilfe zur Selbsttötung an. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften lehnt im Prinzip weiterhin die Mitwirkung von Ärzten bei der Selbsttötung von schwerkranken Personen ab, räumt aber ein, dass es individuelle Fälle gibt, in denen ein Konflikt besteht, bei dem Ärzte zu einer anderen Entscheidung gelangen können.

² Der Patient muss juristisch beschluss- und zurechnungsfähig im Augenblick des Wunsches sein, nicht minderjährig, und muss einen freiwilligen, gut überlegten und wiederholten Wunsch geäußert haben, der nicht Ergebnis äußeren Drucks ist, in einem Zustand ständigen und unerträglichen physischen oder mentalen Leidens, das nicht gelindert werden kann und auf eine schwere und unheilbare Störung durch Krankheit oder Unfall zurückzuführen ist. Der Mediziner sollte einen zweiten Kollegen zu Rate ziehen, und es wird eine nationale/föderale Kontroll- und Evaluationskommission eingerichtet, um zu evaluieren, ob von Ärzten berichtete Fälle diese Bedingungen der Straffreiheit erfüllen.

In Deutschland ist die Beihilfe zur Selbsttötung ebenfalls keine Straftat, aber es gelten bestimmte Bedingungen, die den Ausschluss von Beeinflussung durch Dritte und die nicht zu unterlassene Pflicht zur Hilfeleistung für Personen in Notfällen betreffen.

In anderen europäischen Ländern (wie Großbritannien, Norwegen) sind Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung verboten, oder die Rechtsprechung schweigt bzw. verbietet beides indirekt durch andere gesetzliche Bestimmungen. In vielen Ländern findet eine beachtliche öffentliche und politische Debatte statt, die in gewissem Ausmaß durch Fälle mit großer öffentlicher Anteilnahme in den Medien ausgelöst worden ist. In Großbritannien verursachte der Fall von Diane Pretty eine erhebliche Debatte, die sogar bis hin zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte reichte, und aktuell ist der Fall von Debbie Purdy zum Anlass genommen worden, eine Änderung der britischen Rechtslage vorzuschlagen, die zu einer Öffnung für die Beihilfe zur Selbsttötung führen soll. Allerdings wird der jüngste Fall von Debbie Purdy von einigen als Wendepunkt angesehen. Im Sommer 2009 entschied das Oberhaus (der höchste Gerichtshof im Vereinigten Königreich), dass es sich tatsächlich um eine Verletzung der Menschenrechte handelte, dass der Staatsanwalt des Landes Debbie Purdy (einer Patientin mit fortgeschrittener Multipler Sklerose) und ihrem Ehemann nicht genau die Kriterien erläutern konnte, unter denen der Ehemann strafrechtlich für die Beihilfe zu ihrer Selbsttötung belangt würde, und daher nicht sagen konnte, ob er nun tatsächlich Strafverfolgung zu erwarten hätte oder nicht. Das Oberhaus ordnete an, dass die Kriterien nach denen jemand für Beihilfe zur Selbsttötung strafrechtlich belangt wird, offengelegt werden müssen. In Frankreich gelangte vor einigen Jahren der Fall Vincent Humbert zu größerer Aufmerksamkeit und führte schließlich zur rechtlichen Regelung bezüglich Enthaltung oder

Entzug von lebensunterstützenden Behandlungsmaßnahmen. In Italien wurde Eluana Englaro, eine Patientin, die seit Jahren im Wachkoma gelegen hatte, in eine andere medizinische Einrichtung überstellt, die, im Gegensatz zu jener, in die sie ursprünglich eingeliefert worden war, auf Wunsch ihres Vaters ihre künstliche Ernährung einstellte, was innerhalb weniger Tage zu ihrem Tod führte. Dieser Sachverhalt löste eine hitzige Debatte darüber aus, ob diese Art des Abbruchs lebensverlängernder Pflege jemals zulässig sein könne.

Andere Länder sehen weniger politischen Druck in Richtung auf eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen (z.B. Deutschland, Dänemark, Norwegen), befinden sich jedoch noch in einer erheblichen Debatte und Arbeit hinsichtlich anderer Arten von Entscheidungen am Lebensende, wie zum Beispiel die Rechtsprechung zur Regelung des Status von Patientenverfügungen oder der Entwicklung von Richtlinien für lebensverlängernde Behandlung bei schwerkranken und sterbenden Patienten (Deutschland, Österreich, Norwegen).

In anderen europäischen Ländern ist die Situation völlig anders, sowohl rechtlich als auch mental. Zum Beispiel gibt es in Rumänien keine Gesetzgebung bezüglich Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, und es finden, hauptsächlich aus religiösen und kulturellen Gründen, kaum Debatten zu dieser Thematik statt. Im Augenblick existieren weder rechtliche Initiativen, noch hat die Ärztekammer eine Debatte angeregt. Das bedeutet offensichtlich nicht, dass Sterbebegleitung und die Fragen, die sich auf diesem Gebiet ergeben, kein Thema sind. Im Kontext von Hospizen begegnet man dem Problem auf provisorische Art auf einer konkreten und regionalen Ebene. Die hieraus entspringenden Impulse stoßen jedoch auf wenig Interesse, wahrscheinlich, da die Ansicht vorherrscht, dass das Sterben zu Hause im Kreis der Familie stattfindet. Kultur und

Religion scheinen eine große Rolle zu spielen, da der Tod in erster Linie aus gesellschaftlichem Blickwinkel und eher als ein gesellschaftliches, statt als individuelles oder institutionelles Phänomen betrachtet wird. Sterben ist eine Familienangelegenheit und erst sekundär eine Angelegenheit für Gesellschaft und Kirche. In diesem Sinne unterscheidet sich die rumänische Situation recht stark vom westeuropäischen Diskurs.

In der Tschechischen Republik wird Tötung auf Verlangen im Gesetz nicht erwähnt. Freilich enthielt der Gesetzesentwurf von 2004 einen kurzen Absatz darüber, mit der Intention auszudrücken, dass Tötung auf Verlangen ein Verbrechen sei, doch die Endversion des Gesetzes (Nr. 40/2009) enthält diesen Punkt nicht, was bedeutet, dass die Tötung auf Verlangen rechtlich als Mord aufgefasst wird. Ein Antrag zur Legalisierung von Tötung auf Verlangen wurde 2008 kurz im tschechischen Parlament diskutiert. Es handelte sich um eine Initiative einer kleinen Anzahl von Parlamentsabgeordneten, wurde jedoch nicht einmal zur Plenardiskussion im Parlament angenommen. Öffentliche Meinungsumfragen zeigen, dass der Großteil der Bevölkerung (55-60%) zur Zulassung von Tötung auf Verlangen neigt, während eine Minderheit (25-30%) vehement dagegen ist. Ärzte sind beinahe einstimmig dagegen. In der Öffentlichkeit ist Tötung auf Verlangen kein großes Thema, außer wenn gelegentlich Initiativen von Interessensgruppen – dafür oder dagegen – stattfinden.

Zusammengefasst stehen wir vor einer äußerst divergierenden Situation in Europa. In mehreren Teilen Europas, sowie auf Ebene der europäischen Institutionen, lösen Dilemmata, die Entscheidungen am Lebensende in der medizinischen und klinischen Praxis betreffen, erhebliche politische und rechtliche Debatten aus. In anderen Teilen, insbesondere Mittel- und Osteuropa, gibt es eine spärliche Gesetzgebung, wenig öffentliche

Debatten und wenig Druck, in diesen Belangen Gesetze zu erlassen, die zum größeren Teil als Angelegenheiten von Familie und Gemeinschaft betrachtet werden, anstatt solche des Individuums und öffentlicher Einrichtungen.

Das Thema ist auch auf gesamteuropäischer Ebene auf der Agenda. 1999 verabschiedete die Parlamentarische Versammlung des Europarates eine Empfehlung zum Schutz der Menschenrechte und Würde Todkranker und Sterbender.³ Im Zentrum dieses Dokuments steht die Frage, wie weit das Recht auf Selbstbestimmung reicht, das auch in der letzten Lebensphase gilt, und wie weit es durch das Recht auf Leben begrenzt ist, welches das Verbot jeglicher vorsätzlicher Tötung einschließt (Artikel 2 der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte). Eine Initiative innerhalb des Europarates hat versucht, diese Empfehlung von 1999 aufzuheben und durch ein Dokument zu ersetzen, das, während es den Bedarf an verbesserter Palliativmedizin betont, auch für das Recht auf Tötung auf Verlangen und medizinische Beihilfe zur Selbsttötung eintritt.⁴ 2003 wies der Ausschuss für Recht und Menschenrechte des Europarates diesen Vorschlag des Sozial-, Gesundheits- und Familienausschuss und seines Präsidenten Dick Marty jedoch scharf zurück und bestätigte nochmals die Empfehlung des Europarates von 1999.⁵

³ Schutz der Menschenrechte und Würde von Todkranken und Sterbenden (Empfehlung 1418 [1999]).

⁴ Euthanasie (Dokument 9898 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates), 10.9.2003.

⁵ Dokument 9923 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, 23.9.2003.

2.4 „Euthanasie“ im historischen Kontext des NS-Regimes in Deutschland

Das nationalsozialistische Regime in Deutschland führte sogenannte „Euthanasieprogramme“ ein, in deren Rahmen psychisch kranke und körperlich behinderte Menschen systematisch getötet wurden. In der derzeitigen Debatte über Tötung auf Verlangen werden diese Programme manchmal genannt, um vor der Tötung auf Verlangen als Bedrohung für die einzigartige und gleiche Würde allen menschlichen Lebens zu warnen. Es ist unerlässlich, vergangenes Unrecht medizinischer und rechtlicher Institutionen nicht zu vergessen; sich ihrer zu erinnern kann die wesentlichen und unverzichtbaren Werte und Anliegen, die Institutionen und Praktiken heutiger Gesellschaften aufrechterhalten müssen, noch klarer werden lassen. Die deutschen nationalsozialistischen Euthanasieprogramme sollten jedoch nicht mit dem verwechselt werden, was heute unter dem Titel Tötung auf Verlangen diskutiert wird. Es handelte sich um staatlich organisierte, systematische Tötungen von Menschen ohne oder gegen deren Willen, basierend auf der Bewertung der politischen Führung, die manche Menschenleben für lebensunwert oder als schädlich für den Genpool der Gesellschaft erklärte. Die heutige Diskussion betrifft normalerweise die rechtmäßige Beendigung des Lebens einer Person auf ihren freiwilligen und expliziten Wunsch, basierend darauf, dass eine Person ihr eigenes Leben aufgrund von Krankheit und Schmerz als unerträglich bewertet.

3 Einordnung des Themas II: ökumenisch

Eine evangelische Diskussion über Sterbehilfe muss auch berücksichtigen, wie sich Mitglieder der Konferenz Europäischer Kirchen (KEK) und der Rat der Europäischen Bischofskonferenzen (CCEE) ebenfalls dazu verpflichtet haben, gemeinsam an ethischen Fragen zu arbeiten, inklusive Entscheidungen über das Lebensende. Christliche Kirchen stehen vor der Aufgabe, den engen Pfad zu finden zwischen gemeinsamen christlichen Antworten, die die Gesellschaft formen, und der konfessionellen Prägung ihrer ethischen Position in der Diskussion über das Ende des Lebens. Kirchen (z.B. die Evangelische Kirche in Deutschland, die Deutsche [Römisch-Katholische] Bischofskonferenz und der Ökumenische Rat der Kirchen in Österreich) demonstrieren ökumenische Einheit ohne ihren unverkennbaren Charakter zu verbergen.

Positionen, die die römisch-katholische Kirche im Umgang mit dem Lebensende einnimmt, stechen kraft der Homogenität ihrer Argumentation hervor. Im Mittelpunkt steht immer eine Auffassung von Sterbehilfe als Tötung, die absolut als Verstoß gegen die Natur und gegen Gottes Gesetz verboten ist. Formen passiver und indirekter Sterbehilfe werden hiervon unterschieden, indem sie zu Ausnahmen erklärt werden. Also unterscheidet sich die offizielle katholische Position, trotz ihrer grundsätzlichen Übereinstimmung mit den Forderungen der evangelischen Kirchen, klar im Tenor: es wird eine optimistische Sicht des Menschen vorausgesetzt. Danach können Gläubige sich selbst mittels ihres Verstandes nach dem göttlichen Willen richten und können sich folgerichtig nicht die Tötung auf Verlangen wünschen. Zudem kann aus römisch-katholischer Perspektive dem Ertragen von Leid ein potentieller Sinn anhaften, da es auf spezielle Weise mit dem Leiden Christi verbunden ist. Aus ökumenischer Sicht kommt die katholische Position mit

dieser Einstellung und ihrem unmissverständlichen und endgültigen Urteil deutlich nahe an die orthodoxe Position und an freikirchliche Positionen heran. Erst in letzter Zeit haben sich sowohl die orthodoxen als auch unabhängige Kirchen verstärkt an der Diskussion über Sterbehilfe beteiligt. In der Vergangenheit hatte eine stärkere Trennung des Glaubenslebens von gesellschaftlichen Fragen diese Kirchen dazu geführt, mit öffentlichen Stellungnahmen sehr zurückhaltend zu sein.

Im Gegensatz dazu können und sollten evangelische Kirchen eine besondere Stimme in die ökumenische Diskussion einbringen. Obwohl eine Pluralität ethischer Ansichten für den evangelischen Glauben weder fremd noch gefährlich ist, scheint es kaum falsch, auf grundlegende Merkmale hinzuweisen, die sich in der großen Anzahl evangelischer Stellungnahmen, Erklärungen und individueller Positionen, die sich mit den Konflikten am Lebensende beschäftigen, herauskristallisiert haben.

4 Theologischer und ethischer Rahmen

Dieses Dokument bekräftigt als seinen grundlegenden theologischen und ethischen Rahmen, was schon früher unter den GEKE-Mitgliedskirchen übereinstimmend festgestellt und in Dokumenten wie „Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung“ (Leuenberger Kirchengemeinschaft 1997), und „Gesetz und Evangelium“ (Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa 2007) ausgedrückt wurde.

4.1 Menschliches Leben: als Gottes Ebenbild erschaffen

Grundlegend für eine christlich-evangelische Sicht menschlichen Lebens ist die Auffassung, dass Menschen im Wesentlichen durch ihre Beziehung zu Gott definiert sind. Erschaffen zu sein, gerechtfertigt und erneuert durch Gottes liebevolles Handeln, beschreibt letztendlich, was es bedeutet, Mensch zu sein. Infolgedessen ist die endgültige Stellung des Menschen, gekennzeichnet durch eine intrinsische und absolute Würde, auch in etwas jenseits menschlichen Lebens selbst begründet, nämlich in seiner Beziehung zu einer äußeren Realität. Dies ist auch in der grundlegenden Beschreibung des Menschseins als erschaffen zu Gottes Ebenbild festgehalten, mit einem neuen Leben, vereint mit dem auferstandenen Christus, als seinem endgültigen Ziel, was insgesamt in Gottes liebevollem Handeln an der Menschheit und der Schöpfung begründet ist.

Dies impliziert zunächst, dass das Leben von Gott gegeben ist, anstatt dass es durch einen Akt menschlicher Kraft und Kontrolle erworben wird. Manchmal wird der Ausdruck vom Leben als Geschenk genutzt, um diese Dimension darzustellen. Diese Metapher erfasst, wie das Leben ohne Berücksichtigung von Leistung oder Verdienst verliehen wird, um mit Dankbarkeit

empfangen zu werden. Doch entgegen anderer Assoziationen, die dieses Konzept hervorruft, wird das Leben nicht zum frei verfügbaren Besitz eines menschlichen Besitzers. Stattdessen ist der Mensch verantwortlich, es mit Respekt, Liebe und Bedacht zu schützen. Es wäre jedoch ein großes Missverständnis, wenn man den Status menschlichen Lebens als Ebenbild Gottes als moralische Aufgabe interpretieren würde. Ganz im Gegenteil ist es wesentlich für evangelische Tradition, dass die Gottebenbildlichkeit in Gottes Schöpfungshandeln begründet und daher ausschließlich Geschenk Gottes ist. Die Lehre von der Rechtfertigung durch den Glauben unterstreicht weiter, dass die Stellung menschlichen Lebens als gerechtfertigt im Bezug zu Gott ein Status ist, den Gott aus seiner Liebe heraus verleiht und der in Tod und Auferstehung Christi begründet ist. Er ist nicht etwas, das sich aus der menschlichen Verantwortung oder menschlicher, moralischer Leistung ergibt. Dies gilt auch für die moralischen Fragen, die hier angesprochen werden. Nicht durch erfolgreichen oder misslungenen moralischen Diskurs und Praxis begründen oder behalten Christen ihren Status als Gottes Ebenbild, sondern allein dadurch, dass sie die Geschenke des Lebens und der Vergebung durch Gottes Liebe empfangen.

Als Gottes Ebenbild erschaffen zu sein, bezeugt die einzigartige Stellung und Würde menschlichen Lebens, wie sie in biblischen Texten wie Psalm 8 wiedergespiegelt ist. Diese Würde entstammt nicht dem Wert, den wir darin finden oder daraus ableiten können. Sie übertrifft den bedingten Wert, der aus menschlicher Kraft und menschlichen Vorzügen herrührt.

Die reformatorische Lehre formuliert in herausragender Weise, wie Gottes Schöpfung menschlichen Lebens in und durch die vielen konkreten Weisen erscheint, in denen Leben aufrechterhalten und genährt wird. Die Natur ist der Ursprung des Lebens und stetige Quelle der Erneuerung; enge Beziehungen zu ande-

ren Menschen sind wesentlicher Bestandteil des fortwährenden Gedeihens und Überlebens des Lebens; sich in einer Kultur und Gesellschaft zu befinden, die mit Sprache, Strukturen und Institutionen der Kooperation ausgestattet ist, liefert die notwendigen Mittel für das Leben in einer Gemeinschaft mit anderen, aber auch für Selbstreflexion und Selbstartikulation. Dies bezeugt die Grundabhängigkeit des menschlichen Lebens. Abhängigkeit von Faktoren, die sich menschlicher Kontrolle und Verfügungsmacht entziehen, ist eine unausweichliche und wesentliche Dimension menschlichen Lebens. Es gibt keinen Konflikt oder Widerspruch zwischen der Würde des menschlichen Lebens und seiner grundsätzlichen Abhängigkeit. Tatsächlich besteht eine intrinsische und innige Verbindung zwischen den beiden, in dem Sinne, dass die grundlegende Würde des Lebens unausweichlich mit seiner Abhängigkeit verbunden ist, damit, nicht das selbstgeschaffene Produkt der eigenen menschlichen Wirkungen zu sein.

Dies unterstreicht auch den grundlegend relationalen Charakter des menschlichen Lebens. Dass menschliches Leben durch Beziehungen gelebt wird und gedeiht, ist nicht nur eine kontingente Tatsache unseres Lebens. Sie wohnt eben jener Beschaffenheit des menschlichen Lebens inne, begründet in der Beziehung zu Gott. Diese grundlegende Beziehung spiegelt sich im Beziehungsnetz des konkreten menschlichen Individuums wider, vielleicht am grundlegendsten mit den biologischen Eltern, doch dann auch mit einer Vielzahl verschiedener Beziehungen zu Familie, Verwandten, Freunden und Kollegen, mit Menschen in der nächsten Umgebung etc. Diese vielen Beziehungen, deren konkrete Form von Individuum zu Individuum verschieden ist, sind wesentlich für das Leben, wie wir es empfangen, Quellen der Freude und Dankbarkeit, aber auch des Verlusts und der Frustration. Es ist unbedingt notwendig, diese grundlegende Rolle der Relationalität auch ins Bewusstsein zu

rufen und zu analysieren, wenn es um Fragen des Lebensendes geht.

4.2 Moralische Verantwortung: Antwort auf Gottes liebevolles Handeln in Schöpfung und Erlösung

Die moralische Verantwortung des Menschen gründet in Gottes liebevollem Handeln für die Welt und für das menschliche Leben durch Schöpfung und Erlösung. Die grundlegendste Beziehung des Menschen zu Gott ist eine des Empfangens von Gottes Gaben in Schöpfung und Rechtfertigung, nicht eine solche der moralischen Verantwortung. Verantwortung folgt jedoch aus dem Empfang dieser Gaben, als Verantwortung gegenüber Gott. Grundlegend sind Menschen bestimmt durch ihre Beziehung zu Gott und nicht durch ihr Verhältnis zu weltlichen Obrigkeiten oder Institutionen, und letztendlich ist es Gott, dem die Menschen Rechenschaft schulden. Diese Verantwortung gegenüber Gott wird allerdings richtig erfüllt durch die Übernahme von Verantwortung für weltliche Belange, zum Beispiel innerhalb von Institutionen, Berufen und Instanzen der Gesellschaft. Gottes schöpferisches und erlösendes Handeln in der Welt als Ausgangspunkt moralischer Verantwortung bedeutet, dass Wert und Güte ihren Ursprung letztendlich in Gottes Liebe haben, nicht in menschlicher Macht oder menschlichem Willen. Wert entspringt nicht aus der menschlichen Tätigkeit des Wertens. Die Lehre von der Rechtfertigung durch den Glauben erinnert Gläubige daran, dass das Erreichen des letzten Ziels und des Guten für das menschliche Leben und die Schaffung einer liebevollen Beziehung zu Gott, dem transzendenten Grund unseres Lebens, nicht von unseren ethischen und moralischen Erfolgen und Misserfolgen abhängt. Gottes Geschenk der Vergebung entlastet das menschliche Leben von der Forderung, sich durch moralische Werke und Taten zu erlösen, und macht

es frei: frei von der Last, seinen eigenen Endzwecken zu dienen, und frei, dem weltlichen Wohlergehen seines Nächsten in liebevoller Verantwortung zu dienen. Dass der Mensch grundsätzlich frei ist, ist daher nicht gleichbedeutend mit Selbstbestimmung, sondern ist unauflöslich mit der Verantwortung für das eigene Leben als solches und in seiner Beziehung zu anderen verbunden. Daher unterstreicht das evangelische Verständnis das untrennbare Band, das die Triade von Verantwortung, Freiheit und Liebe formt.

In ihrem Nachdenken darüber, wie diese Verantwortung erfüllt wird, stützt sich die evangelische Tradition auf verschiedene Quellen moralischer Erkenntnis und verschiedene moralische Inhalte. Obwohl diese manchmal als Alternativen formuliert werden, werden sie in "Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung" als einander ergänzend beschrieben. Einerseits anerkennt die evangelische Tradition die menschliche praktische Vernunft und ihre Ausdrucksweisen in geteilten moralischen Werten und Überzeugungen, ebenso wie in gemeinsamen Praktiken moralischer Kommunikation und Reflexion, als eine wichtige Quelle echter moralischer Erkenntnis und als Basis für Zusammenarbeit quer durch Glaubens-, Kultur- und Traditionskontexte. Theologisch wird dies oft verknüpft mit der Idee von Gottes zweifacher Herrschaft, dass Gott die Welt auch durch das Gesetz regiert, mittels vieler Arten von menschlichen sozialen, politischen und kulturellen Handlungsweisen, die eine lebensfähige menschliche Gemeinschaft stützen und fördern. Andererseits fordert uns die evangelische Tradition auf, die Realität und menschliche Existenz in dem Lichte zu sehen, das vom erlösenden Werk Christi und der vom Evangelium verkündigten Verheißung ausgeht, wodurch das Ansinnen zurückgewiesen wird, die Autonomie oder Tugend jeglicher durch menschliche Tätigkeit oder moralische Anstrengung geschaffener weltlichen Ordnung für endgültig zu erklären. Theologisch

ist dies in der Königsherrschaft Christi begründet und ihrer Zerschlagung der Macht des Bösen, wie sie vom Evangelium verkündet wird (vgl. Leuenberger Kirchengemeinschaft 1997: 11-24).

Die Tatsache, dass Menschen daher verantwortlich in Beziehung zu Gott sind und daher als frei erachtet werden müssen, legt nahe, ihre Fähigkeit und ihr Bestreben zu bestärken, diese Verantwortung bestmöglich für ihr eigenes Leben und in Beziehung zu den Leben anderer zu erfüllen. Was ethische und moralische Entscheidungen betrifft, so muss die menschliche Person grundsätzlich vor Gott Rechenschaft ablegen und ihre Entscheidungen in persönlicher Verantwortung vor Gott treffen (vgl. GEKE, Gesetz und Evangelium: 150f).

Innerhalb dieses Grundgerüsts sind bestimmte Elemente der christlichen Tradition und Geschichte besonders relevant und gehören zum Verständnis und zur Interpretation der Realität des Lebensendes und der Betrachtung von konkreten Fragen und Dilemmata, die uns in diesem Bereich begegnen.

4.3 Menschliches Leben: schutzberechtigt

Aus dem Respekt für die Würde jedes menschlichen Wesens und aus der Tatsache, dass die Menschen zum Ebenbild Gottes geschaffen sind, folgt die grundlegende Pflicht, menschliches Leben zu schützen. Menschliches Leben muss vor Zerstörung, Verletzungen und Übergriffen in allen Phasen von der Empfängnis bis zum Tod geschützt werden. Einen Menschen zu verletzen und ihm Leid zuzufügen steht in ernsthaftem Widerspruch zur einzigartigen Würde, die das menschliche Leben auszeichnet. Diese Pflicht, vor Zerstörung und Schaden zu schützen, betrifft nicht nur das physische menschliche Leben, sondern auch den Menschen als Person, die eine Lebensgeschichte hat. Die Pflicht menschliches Leben zu schützen, bein-

hältet daher den Schutz von und Respekt vor jenen Aspekten des menschlichen Lebens und der Persönlichkeit, die es uns ermöglichen, eine Lebensgeschichte auszubilden und unsere Verantwortung gegenüber anderen und Gott wahrzunehmen, wie etwa Autonomie und Selbstbestimmung.

Als eine Verpflichtung, für Menschen in ihrer Not und Verletzbarkeit zu sorgen, gilt dies besonders an den Grenzen des Lebens. Dies ist klar in der traditionellen Redensart *in dubio pro vita* ausgedrückt – im Zweifel für das Leben. Dieses Prinzip stimmt mit christlichem Glauben und Praxis überein und ist Gottes Gebot „Du sollst nicht töten“ verpflichtet. Allerdings bedingt diese grundsätzliche Pflicht, das Leben einer Person zu schützen, in und von sich selbst aus weder die Pflicht jener Person, um jeden Preis zu leben, noch legitimiert es den Zwang von Patienten, eine Behandlung zu erhalten oder ihnen ihre Rechte zu nehmen, weitere Behandlung abzulehnen. Das Leben letztendlich als ein Geschenk zu begreifen, bedeutet auch, die Endlichkeit des Lebens zu erkennen und zu akzeptieren, statt zu versuchen, seine Begrenztheiten und seinen endlichen Charakter zu überwinden und zu besiegen.

4.4 Fürsorge und Mitgefühl für Kranke und Sterbende

Die Pflicht der Fürsorge und die Tugend des Mitgefühls gegenüber anderen Menschen, besonders gegenüber jenen, die Not leiden, sind für christliches Leben wesentlich und schon von Beginn an Hauptbestandteile christlicher Moral. Die Paulusbriefe enthalten mehrere Beschreibungen, wie ein christliches Leben sein soll und wie es Idealen wie Fürsorge und Mitgefühl besonderen Stellenwert geben soll. Auch im Leben Christi finden Gläubige ein Vorbild für ein Leben, das sich konkret aus Fürsorge und Mitgefühl Menschen in Not, der Armen, Kranken,

Verwitweten und jener am Rande der Gesellschaft annimmt. Seine Fürsorge zielt direkt auf die verschiedenen Dimensionen menschlichen Lebens in Not ab: auf seine physische Dimension durch Speisung der Hungernden und Heilung der Kranken, auf seine Beziehungsdimension durch Einladen der Ausgeschlossenen und Marginalisierten in Gemeinschaft und Gesellschaft sowie auf seine spirituelle Dimension durch das Angebot von Trost für jene, die verzweifelt sind.

Dieses Bild christlichen Lebens, das auf Jesus Christus beruht und von Paulus geschildert wird, unterstreicht die Verantwortung der Fürsorge für schwerkranke und sterbende Menschen. Dies ist ein bedeutender Teil christlicher Moral gewesen und, im Gegensatz zu den es umgebenden hellenistischen Traditionen, hat sich das Christentum der Fürsorge für Kranke verschrieben, auch wenn Heilung oder Linderung nicht länger möglich sind. Dies ist angeregt durch den hohen Rang jedes Menschen als von Gott geliebt und durch das Vorbild und Ideal, das Jesus seinen Anhängern hinterlassen hat – sich um die Kranken und Hilfsbedürftigen zu kümmern und sich ihrer anzunehmen.

Im Einklang mit dieser Sichtweise haben umfangreiche Forschungs-, Bildungs- und Ausbildungsprogramme zur Pflege am Lebensende in den letzten Jahren ihren interdisziplinären Charakter und ihren Bedarf unterstrichen, auf alle betroffenen Dimensionen menschlichen Lebens einzugehen.

Pflege von Sterbenden schließt die Sorge um die physischen und körperlichen Bedürfnisse des Patienten ein, auch wenn Heilung nicht länger möglich ist und es keine Aussicht auf weitere medizinische Behandlung gibt, um die medizinische Situation zu verbessern. Dies beinhaltet effektives Schmerzmanagement, um den Patienten so frei wie möglich von physi-

schem Schmerz und Beschwerden zu halten, die Linderung anderer physischer Symptome, die Beschwerden auslösen, wie starke Übelkeit, Atemnot, Juckreiz, Dekubitus etc. Doch es umfasst ebenso, auf andere Dimensionen aus dem Leben des Patienten zu achten, die Leid während einer schweren Krankheit und am Lebensende verursachen könnten: psychisches Leiden wie Seelenqual, Angst und Depression, Verlust von Sinn und Bedeutung, Schwierigkeiten, Beziehungen und Bindungen mit Familie, Verwandten und Freunden aufrecht zu erhalten sowie den eigenen Platz in der Gesellschaft zu finden; spirituelle Bedürfnisse, die den Umgang mit letztem Vertrauen und Hoffnungen des Lebens betreffen. Die Kirchen sind in all diese Dimensionen von Fürsorge und Mitgefühl eingebunden. Sie betreiben oft diakonische Pflegeeinrichtungen und Palliativinstitutionen, richten Programme zum Besuch von Schwerkranken und älteren Menschen ein, die zu Hause leben, und bieten seelsorgerische Dienste für jene, die in Krankenhäusern und Pflegeheimen untergebracht sind. Indem sie dies tun, kümmern sie sich nicht nur um die physischen und medizinischen Bedürfnisse der Schwerkranken und Sterbenden, sondern bieten auch seelsorgerische und spirituelle Orientierung und Trost an. Durch ihre reichhaltige liturgische und rituelle Sprache und Praxis sind Kirchen und Seelsorger in der Lage, den Kranken Begleitung anzubieten, die andere Bedürfnisse ansprechen als physische und medizinische. Durch die Gebete der christlichen Gemeinschaft, Bibellesungen und Kirchenlieder können Kranke und Sterbende ihre Erfahrungen und Emotionen des Schmerzes, der Verzweiflung und Sinnlosigkeit ausdrücken, aber auch Zuversicht und Glauben und dadurch Trost und spirituelle Kraft finden. Manche könnten auch Kraft finden, indem sie in die Hoffnung über den Tod hinaus miteinbezogen sind, die in der Verheißung begründet ist, welche die Kirche und alle Gläubigen trägt.

Ein multidisziplinärer und ganzheitlicher Ansatz der Palliativpflege, der nicht nur unheilbar kranke Patienten betrifft, wird in der Definition der WHO explizit bekräftigt: „Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die den Problemen gegenüberstehen, welche mit lebensbedrohlicher Krankheit zusammenhängen, durch die Prävention und Linderung von Leiden mittels einer frühen Erkennung und einwandfreien Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen – physischen, psychosozialen und spirituellen.“ (World Health Organisation 2007: 3). Die Definition fährt mit der Konkretisierung der verschiedenen Aspekte von Palliative Care fort, die u.a. folgendes einschließt:

- Linderung von Schmerz und anderen quälenden Symptomen,
- Bekräftigung des Lebens und Betrachtung von Sterben als einen normalen Prozess,
- Weder Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- Integration von psychologischen und spirituellen Aspekten der Patientenpflege
- Unterstützung der Patienten darin, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben,
- Unterstützungsangebote, um Familien bei der Bewältigung während der Krankheit des Patienten und des Verlustes zu helfen,
- Anwendung eines Teamansatzes, um auf die Bedürfnisse von Patienten und deren Familien einzugehen,

- Steigerung der Lebensqualität.

Palliative Care im Allgemeinen und die richtige Pflege von Sterbenden im Besonderen umfassen also eine Zahl von Fähigkeiten, Kompetenzen und Fachrichtungen.

Diese grundlegenden Beschreibungen moralischer Verantwortung, des einzigartigen Status und der Würde menschlichen Lebens sowie der Pflichten und Ideale von Fürsorge und Mitgefühl gegenüber Hilfsbedürftigen liefern einen Interpretationsrahmen, durch den spezifischere Fragen des Lebensendes untersucht und diskutiert werden können. Dennoch erwachsen aus diesem Interpretationsrahmen nicht definitive und absolute Lösungen. Antworten auf spezifische Fragen werden besser in einem Dialogprozess entwickelt, in dem die konkrete Realität in ein gemeinsames Gespräch mit diesem Interpretationsrahmen gebracht wird.

4.5 Achtung vor dem Patienten

Es folgt hieraus, dass Hauptanliegen und Schwerpunkt die Achtung der Person sein muss, die eine schwere Krankheit durchlebt, und nicht nur dem Stress starken physischen Schmerzes gegenübersteht, sondern auch mit den psychologischen Belastungen sowie dem existentiellen und spirituellen Schmerz und Beschwerden zurechtkommen muss. Die evangelische Tradition lehrt uns, nicht mit unserer moralischen Perfektion, Erfolgen oder Misserfolgen, beschäftigt zu sein, sondern uns mit unseren Bemühungen und Ressourcen zu befassen und sie im Dienste unseres Nächsten zu lenken, in der vom Herrn gebotenen Liebe. So können abstrakte Reflexionen und Überlegungen über moralische Regeln, Ideale und Normen in Bezug zu Fragen des Lebensendes niemals Selbstzweck sein, sondern sie sind insofern wichtig, dass sie ein besseres Verständnis und kritische Erforschung dazu liefern, was es bedeutet, dem Nächsten in verant-

wortungsvoller Liebe in einer konkreten Situation zu dienen. Der unausweichliche Rahmen und Bezugspunkt unserer Abwägungen muss immer die Achtung vor und der Dienst für unseren Nächsten sein. Dieser Ruf nach liebevoller Achtung des Nächsten setzt Aufmerksamkeit für den Nächsten, Anerkennung der Einzigartigkeit seiner oder ihrer Lebensgeschichte, Beziehungen und Selbstverständnis voraus. Achtung vor dem Nächsten erfordert, dass man ihn oder sie nicht auf die Krankheit reduziert, auf die voraussichtlich verbleibende Lebenserwartung, auf den physischen oder funktionalen Zustand, oder auf den familiären oder sozialen Status. Es ist eine Kernidee innerhalb des evangelischen Erbes, dass das menschliche Individuum nicht auf seinen bedingten Zustand reduziert werden kann, sei es schwere Krankheit, Angst, konfliktbeladene Beziehungen oder ein Gefühl der Einsamkeit und des Verlassenseins.

Achtung vor dem anderen erfordert daher immer, aufmerksam für die Einzigartigkeit des jeweiligen Lebens zu sein. Menschen finden sich mit ihrem physischen Leiden und bevorstehenden Tod auf recht unterschiedliche Weisen ab – oder auch nicht. Sie beteiligen die enge Familie oder Bekannte oder nehmen Abstand davon oder müssen ohne die Begleitung von engen Bekannten durch Phasen schwerer Krankheit gehen. Sie setzen sich mit der Verletzlichkeit, die typischerweise zu schwerer Krankheit gehört, und dem Erreichen der letzten Lebensphasen auf unterschiedliche Arten auseinander. Die Achtung vor dem anderen, die die Nächstenliebe gebietet, muss generalisierende und standardisierende Vorstellungen von persönlicher Lebensgeschichte und dem Vermeiden, was es heißt, Zeiten schwerer und tödlich endender Krankheit zu durchstehen und dabei mit physischer, mentaler und spiritueller Pein zu kämpfen. Sie muss auf das konkrete menschliche Individuum achten. Dies bedeutet zu beachten, wie das Leben dieser Person in Beziehungen oder den Verlust von Beziehungen eingebettet ist und dadurch beein-

flusst wird und wie diese Dimension des Lebens die Möglichkeit betrifft, die eigene Krankheit und den Tod zu bewältigen. Es bedeutet, die vielen und widerstreitenden an dieser Situation beteiligten Emotionen ernst zu nehmen und ihnen Ausdruck zu verleihen, wie Verzweiflung, Angst, Verlust, Hoffnung, Betrübnis, Wut und Trauer. Darüber hinaus bedeutet es, bei dem Menschen zu bleiben und ihn zu begleiten, anstatt ihn zu verlassen, auch wenn er einen Entschluss fasst oder eine Lebensrichtung einschlägt, die nicht unbedingt von der Kirche befürwortet oder geduldet wird. Der Aufruf an Kirchen und Christen, mitfühlend und fürsorglich gegenüber einer Person zu sein, hängt nicht von der moralischen Annehmbarkeit ihrer persönlichen Entscheidungen oder ihres Charakters ab. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn Kirchen in Kontexten agieren, in denen mehrheitlich Handlungsweisen und eine Gesetzgebung unterstützt werden, die nicht mit dem übereinstimmen, was Kirchen normalerweise als ideale und lobenswerte Praxis ansehen. In solchen Situationen sehen sich Kirchen, Gemeinden und einzelne Christen herausgefordert, abzuwägen zwischen ihrer Berufung, ihrem Verständnis eines guten menschlichen Lebens treu zu bleiben, und ihrer Berufung, fürsorglich und mitfühlend für den konkreten Einzelmenschen zu sein, der von einer anderen Vision geleitet wird, was ein gutes menschliches Leben sein kann. Unter derartigen Umständen sollten die Kirchen ihre Visionen von einem verantwortungsbewussten moralischen Leben nicht um den Preis verfechten und verkündigen, eine Person in Leid und Verzweiflung allein zu lassen.

5 Vorenthaltung/Abbruch lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen

5.1 Klinischer Kontext

In welchen Situationen ist es richtig, lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen vorzuenthalten oder abzubrechen? Mit dieser Frage sind schwer kranke oder verletzte Patienten, ihre Familienangehörigen und medizinisches Personal regelmäßig konfrontiert. In Krankenhäusern und Pflegeheimen taucht sie bei unheilbar kranken Patienten auf, zum Beispiel jenen, die an Krebs oder schweren neurologischen Krankheiten leiden, sowie bei betagten Patienten, deren Gesundheitszustand generell stark eingeschränkt ist. Sie tritt auch bei Patienten auf, die zum Beispiel im Zuge einer schweren Hirnschädigung aufgrund einer Krankheit oder eines Traumas permanent und unheilbar in einem Zustand stark eingeschränkter Funktionalität sind (wie beispielsweise dauerhafte Komapatienten oder Patienten im Wachkoma), die mit Behandlung dennoch Monate oder sogar Jahre weiterleben könnten.

Lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen können definiert werden als "jegliche Behandlung und Maßnahme, die den Tod eines Patienten verzögert. Beispiele sind die Herzlungenmaschine, andere Formen der Atemunterstützung, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (intravenös oder durch eine PEG-Sonde), Dialyse, Antibiotika, Chemotherapie".⁶ Beschrie-

⁶ Diese Definition ist einem Entwurf für nationale Richtlinien zu Entscheidungen über lebensverlängernde Behandlung bei todkranken und sterbenden Patienten entnommen, der kürzlich vom Norwegischen Gesundheitsdirektorat veröffentlicht wurde (Helsedirektoratet 2008). Wie man lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen definiert, ist offenbar eine Diskussionsfrage. Wie unten gezeigt werden wird, klammern manche

ben ist eine Behandlung, die das Leben verlängert, aber nicht länger irgendeine heilende Funktion hat. Der so verstandene Abbruch von oder Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung ist ein im Prinzip akzeptiertes und notwendiges Element in der klinisch-medizinischen Praxis, ist aber ebenso durchsetzt von schwierigen Entscheidungen und Urteilen in Bezug auf spezifische Patienten. Unter den christlichen Kirchen und innerhalb der christlichen Ethik ist es ebenso weitgehend akzeptiert, dass die Pflicht, menschliches Leben zu schützen und zu respektieren, nicht die Pflicht mit sich bringt, immer alles zu tun, was getan werden kann, um das Leben so lang wie medizinisch möglich zu verlängern. Diese generelle Öffnung für den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen klärt jedoch noch nicht die Fragen nach den Umständen und Bedingungen, unter denen lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen fortgeführt oder eingestellt werden sollten.

Diese Fragen ergeben sich üblicherweise in Situationen, wo Zweifel besteht, ob fortlaufende, lebensverlängernde medizinische Behandlung dem Patienten in irgendeiner Weise nützt oder ob sie aussichtslos und belastend ist. Ein Versuch, zwischen verschiedenen Indikationen für voranschreitende weitere Behandlung aufgrund potentieller Aussichtslosigkeit und Belastung für den Patienten zu unterscheiden, könnte folgendermaßen aussehen:

- Patienten, deren Behandlung einen beschwerlichen und schmerzhaften Sterbeprozess verlängert, zum Beispiel indem der Tod um Stunden, Tage oder ein paar Wochen verzögert wird, wobei der Patient sich aber in einem Zustand von Schmerz und Beschwerden befindet, die nicht gelindert werden

Positionen (insbesondere katholische) Ernährung und Flüssigkeitszufuhr aus der medizinischen Behandlung aus, und definieren sie stattdessen als Pflege, die unter keinen Umständen vorenthalten werden kann.

können, und es keine Aussicht auf eine Lebensführung gibt, von der der Patient profitieren würde.

- Patienten, deren Behandlung ein Leben in großem Elend und Schmerz verlängert, z.B. wo Behandlung zum Überleben führen könnte, aber mit Aussicht auf ein Leben, in dem physische und/oder mentale Folgen äußerst schädlich für den Patienten sein werden.
- Patienten im Wachkoma (persistent vegetative state, PVS), z.B. mit erheblichen und irreparablen Hirnschädigungen. Obwohl lebensnotwendige Funktionen (Atmung, Blutkreislauf, die Fähigkeit, Nahrung aufzunehmen) vorhanden sind, sind die Patienten völlig abhängig von Krankenpflege und es fehlt ihnen an jeglichem Bewusstsein des „Selbst“ und der Fähigkeit, mit anderen zu interagieren. Sie können Phasen haben, in denen die Augen geöffnet sind, und Reflexreaktionen und Reaktionen auf Schmerz zeigen. (Daher unterscheidet sich dies vom Hirntod, wo alle Hirnfunktionen und die Zirkulation im Gehirn aufgehört haben.)
- Komapatienten, z.B. jene, die auf keine Art von Stimulation reagieren, mit geschlossenen Augen, ohne Bewusstsein des Selbst oder der Umgebung. Überlebende Komapatienten bleiben selten länger als 2 bis 4 Wochen in diesem Zustand. Die Prognose lautet andernfalls sehr wahrscheinlich, dass der Zustand irreversibel und ohne Aussicht auf Verbesserung ist.⁷

⁷ Diese Unterscheidungen entstammen den vorgeschlagenen Richtlinien für lebensverlängernde Behandlung des Norwegischen Gesundheitsdirektorats (Helsedirektoratet 2008)

5.2 Ethische Diskussion: Indikationen für Therapieverzicht oder -fortsetzung

Es gibt zwei Hauptanliegen bezüglich des Verzichts auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen: eines bezogen auf die Bewertung von Situationen oder dem Indikationstyp, die eine Ab- oder Fortsetzung der Behandlung ermöglichen, das andere bezogen auf die Entscheidungsfindung – besonders wie der Wille des Patienten einbezogen werden soll. Das erste Anliegen wirft Fragen auf, die mit der Lebensqualität und der potentiellen Unterscheidung von Pflege und Behandlung zusammenhängen.

Lebensqualität und Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen

Ein grundlegendes Anliegen der Medizinethik, das breite Unterstützung genießt, ist die Idee, dass sehr belastende, schmerzhafte und quälende medizinische Behandlung nur gerechtfertigt ist, wenn die Belastung durch den Nutzen oder Vorteil, den sie für den Patienten bringt, ausgeglichen wird. Eine Behandlung, die äußerst belastend und schmerzhaft ist, ohne dass sie einen proportional größeren Nutzen für den Patienten bewirkt, kann nicht verteidigt werden. Dieses Prinzip gilt auch für lebensverlängernde Behandlung am Lebensende, in dem Sinne, dass eine Behandlung, die lediglich fortwährenden Schmerz und Qual des Patienten fördert, aber nichts Gutes für den Patienten bringt, weder kurativ noch palliativ, schwer zu rechtfertigen ist.⁸ Dies

⁸ Z.B. besagt eine Empfehlung der Europäischen Gesundheitskommission zu Palliative Care, die vom Ministerkomitee des Europarates übernommen worden ist, dass Palliative Care den Tod weder beschleunigen noch verzögern solle, und fordert, dass „in der modernen medizinischen Praxis verfügbare Technologien nicht angewandt werden, um das Leben unnatürlich zu verlängern“, und dass „Ärzte nicht verpflichtet sind, Behandlungen fortzusetzen, die offensichtlich für den Patienten nutzlos und äußerst belastend sind“ (CoE Committee of ministers 2003: no. 50). Die Empfehlung geht jedoch nicht weiter darauf ein, was eine „unnatürliche Verlängerung des Lebens“ darstellen könnte, oder wann

setzt eine Evaluation voraus, wie die Behandlung auf die Lebensqualität eines Patienten zum Vor- oder Nachteil wirkt, wo eine Behandlung problematisch ist, die zu geringerer Lebensqualität führt, als es ein Verzicht bewirken würde. Innerhalb christlicher Ethik und kirchlicher Stellungnahmen herrscht eine gewisse Abneigung gegenüber der Bezugnahme auf die Lebensqualität, die auf dem Misstrauen gründet, eine derartige Bezugnahme impliziere die Behauptung, menschliches Leben, das unter eine bestimmte Qualitätsgrenze sinkt, sei nicht lebenswert. Insoweit eine derartige Behauptung eingeschlossen wird, ist eine Argumentation mit der Lebensqualität in der Tat problematisch. Doch an diesem Punkt wird Lebensqualität nicht benutzt, um abzuschätzen, ob ein Menschenleben wertvoll ist oder nicht, sondern ob sich eine bestimmte Behandlung lohnt (Keown 2002:44). Es geht nicht um das Urteil, ein bestimmtes Menschenleben sei nicht lebenswert, sondern um die Schlussfolgerung, dass der Zustand eines Menschen in einer bestimmten Situation nicht verbessert, sondern sogar durch eine bestimmte medizinische Behandlung – verglichen mit deren Verzicht – verschlechtert wird, und dass diese Behandlung daher unvertretbar ist.⁹

Diese Überlegung legt nahe, dass lebensverlängernde medizinische Behandlung, die einfach den Tod um ein paar Tage oder Wochen hinauszögert, aber die verbleibende Lebensspanne schmerzhafter und mühevoller macht als sie sonst gewesen wäre, eingestellt oder enthalten werden sollte. Sie könnte nicht

Behandlungen „offensichtlich nutzlos und äußerst belastend“ werden. Diese Entscheidungen werden detaillierteren Richtlinien oder dem klinischen und medizinethischen Urteil zur Erklärung überlassen.

⁹ Diese Unterscheidung zwischen dem Gebrauch von Lebensqualität in Bezug zur Beurteilung, ob Behandlung lohnend ist oder nicht, und der Beurteilung, ob menschliches Leben wertvoll ist oder nicht, ist auch der Grund, warum dieses Argument bezüglich der Lebensqualität im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen als nicht gültig erachtet wird, wo es tatsächlich eine Frage der Beurteilung dessen wird, ob menschliches Leben wertvoll ist oder nicht.

nur dem Patienten schaden, indem sie Schmerz, Not und Beschwerden, die mit intensiver medizinischer Behandlung zusammenhängen, verstärkt. Indem sie die Aufmerksamkeit und übrige Energie des Patienten darauf ablenkt, medizinische Behandlung zu erhalten, könnte sie auch die Möglichkeiten für Patienten einschränken, sich auf den Tod vorzubereiten, ihre Lebensgeschichten abzuschließen, sich mit ihrem Umfeld auszusöhnen, und mit ihrer Angst, dem Vertrauen und Hoffnungen im Angesicht des Todes zurecht zu kommen. Die Behandlung bewirkt offenkundig nichts Gutes, sondern verlängert einen unausweichlichen, beschwerlichen und letztendlich unaufhaltbaren Sterbeprozess und trägt zu Schmerz, Belastung und Elend bei. Unter Berücksichtigung der obigen Beschreibung der Inhalte von Palliative Care am Lebensende widerspricht intensive medizinische Behandlung, die lediglich einen von Schmerz und Leid erfüllten Sterbeprozess ausweitet, ohne jegliche Erleichterung, Wohlbefinden oder Linderung zu bieten, der angemessenen Pflege für Sterbende.

Bezüglich der oben genannten anderen Indikationen gestaltet sich diese Einschätzung darüber, wie sich (nicht-) fortgeführte lebensverlängernde Behandlung auf die Lebensqualität auswirkt, komplizierter. Manche bezweifeln, dass irgendein Nutzen aus einer Behandlung gezogen werden kann, die das Leben unter den hier beschriebenen Bedingungen verlängert. Kann eine Behandlung lohnend sein, die nichts tut, außer ein Leben zu verlängern, das seiner wesentlichen Funktionen beraubt ist?

Einerseits ist, wie oben festgestellt, die Aufrechterhaltung biologischen Lebens und seine Maximierung kein Gut an sich, welches in allen Situationen alle anderen Bedenken außer Kraft setzt. Andererseits ist es gleichfalls klar, dass Lebensqualität nicht einfach die Nettosumme von Lust über Schmerz ist oder von befriedigten Vorlieben gegenüber unbefriedigten, wenn

Menschsein verstanden wird als das Leben aus Gottes liebevoller Hand empfangen zu haben und aufgerufen zu sein, auf Gott und die das Leben umgebende Welt einzugehen. Lebensqualität muss in Bezug zur grundlegenden Eigenschaft der Abhängigkeit menschlichen Lebens und seiner Grundvoraussetzung betrachtet werden, irgendwie auf diese Abhängigkeit und das Gute, das dadurch empfangen wird, zu reagieren. Aus dieser Perspektive ist Lebensqualität durchaus mit einem Leben kompatibel, das keine Merkmale wie Kontrolle, Intentionalität, Rationalität oder subjektive Aktivität besitzt oder einen dauernden Selbstsinn, zum Beispiel aufgrund schwerer Hirnschädigung, Behinderung oder Demenz. Diese Formen des Lebens, auch wenn ihnen die Fähigkeit zur Tätigkeit im gebräuchlichen Sinne fehlen mag, können außerdem noch immer in der Lage sein, mit zumindest einem gewissen Ausmaß von Bewusstsein auf Dinge in ihrer Umgebung einzugehen und auf Sinnesimpulse zu reagieren, wie beispielsweise Berührung, Klänge, Licht und ähnliches. Und Leben, das die Fähigkeit für diese Art von Bewusstsein und Reaktion noch nicht entwickelt oder temporär verloren hat, kann sie (wieder-)gewinnen. Eine Behandlung, die diese Art von Leben aufrechterhält, kann daher sehr wohl dem Patienten nutzen, in dem Sinne, dass seine Lebensqualität besser mit als ohne Behandlung ist. An Stelle einer Biographie, die sich selbst durch Selbstbehauptung, Kontrolle, Intentionalität und Rationalität ausdrückt, gibt es andere Formen der Ausübung verantwortungsvollen Lebens als Leben in Antwort auf das, was aus der Hand Gottes und aus der uns umgebenden Welt empfangen wird.

Dies unterscheidet sich jedoch von menschlichem Leben, das lediglich als biologisches Wesen existiert, das die Fähigkeit zum Bewusstsein vollständig und unwiederbringlich verloren worden hat. Der typische Fall hierfür sind die meisten Patienten mit apallischem Syndrom (die sich, wie oben dargestellt wurde,

von Komapatienten unterscheiden). Sogar unter diesen Umständen ist menschliches Leben noch immer Objekt von Gottes Liebe und kann weiterhin Objekt der Liebe von Nahestehenden wie Familie und Freunden, umgeben von menschlicher Gemeinschaft, sein. Was aber zu fehlen scheint, ist eine wesentliche Voraussetzung, um auf diese Liebe durch Aufnahmefähigkeit und sensorische Kapazitäten in Form von nicht nur temporärem, sondern permanentem und unumstößlichem Bewusstsein zu reagieren. In dieser Situation ist es weniger klar, wie lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen dem Patienten nutzen.

Eine Unterscheidung zwischen Pflege und Behandlung?

Manche Ansätze, prominent veranschaulicht durch die Papstrede Johannes Pauls II. von 2004, fordern, dass eine Unterscheidung getroffen werden müsse zwischen Behandlung und Pflege, zwischen medizinischen Methoden und natürlichen Mitteln zur Bewahrung von Leben, zwischen außergewöhnlichen und gewöhnlichen Interventionsmaßnahmen. Medizinische Methoden oder außergewöhnliche Interventionsmaßnahmen könnten entzogen oder vorenthalten werden, wenn sie nutzlos und belastend für den Patienten werden. Natürliche Pflegemaßnahmen gehen jedoch auf die grundlegendsten Bedürfnisse aller Menschen ein, etwas, das alle benötigen und das daher keiner Person unter jedweden Umständen vorenthalten werden darf.

Der Vorzug dieser Unterscheidung hängt teilweise davon ab, wie man Pflege/ gewöhnliche Maßnahmen als verschieden von medizinischer Behandlung/ außergewöhnlichen Maßnahmen definiert. Während weite Übereinstimmung herrscht, dass lebensverlängernde, „außergewöhnliche“ Behandlung Methoden wie Antibiotika, Atemunterstützung und Dialyse einschließt, beinhalten „gewöhnliche Maßnahmen“ typischerweise Grund-

pflge wie Hygiene, Verarztung von Dekubiti, Flüssigkeitszufuhr und Linderung von physischer oder psychologischer Not. In den meisten Fällen verhindern sie, dass sich das Leiden des Patienten steigert und unerträglich wird, und sind daher nicht nur moralisch, sondern auch oft rechtlich garantiert und erforderlich.

Die Frage der Einordnung künstlicher Ernährung ist umstrittener. Während sie Bestimmungen in vielen Ländern und klinischen Settings als lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme anführen, die beendet werden kann, wenn sie nicht länger gerechtfertigt ist, bekräftigt die oben genannte päpstliche Stellungnahme die katholische Lehre, indem sie sagt, dass Ernährung auch eine gewöhnliche Maßnahme der Grundpflege ist, die niemals beendet werden darf, solange der Patient noch in der Lage ist, die Nahrung zu verdauen.

Hier sind mehrere Bemerkungen zu machen. Zunächst ist es wichtig, die ungebrochene Anforderung christlicher Lehre zu bedenken, sich um das Leben zu kümmern, wenn eine Heilung oder ein verbesserter medizinischer Zustand nicht länger möglich ist. Allem menschlichen Leben, auch dem der Unheilbaren und Sterbenskranken, wird grundlegende Pflege geschuldet, nicht weil dies seiner Gesundheit und medizinischer Heilung dienlich sein könnte, sondern weil es die Stellung, Würde und den Anspruch auf Respekt, die jeden Menschen aufgrund seiner Existenz als Gottes geliebter Schöpfung umgeben, widerspiegelt. Grundlegende Pflege nicht zu entziehen hat daher eine starke Vorrangstellung innerhalb christlicher Ethik, und dies wirft die Frage auf, wie man Patienten ohne Hoffnung auf Erholung von schwerer Krankheit oder einem Trauma behandeln soll. Die Annahme zugunsten grundlegender Pflege, inklusive Ernährung, kann nicht von der Verbindung zwischen Pflege und dem grundsätzlichen Wohl des Patienten getrennt werden. Da

diese Formen der Pflege üblicherweise zum relativen Wohlbefinden des Patienten während schwerer und unheilbarer Krankheit beitragen, auch wenn keine Hoffnung auf Gesundung oder Verbesserung existiert, besitzt die Verpflichtung zur Pflege moralisches Gewicht. Obwohl eine starke Annahme zugunsten der Aufrechterhaltung von Pflege, inklusive Ernährung besteht, sollte dies nicht verabsolutiert und von Überlegungen darüber getrennt werden, wie der Patient eigentlich von fortgesetzter Pflege betroffen ist, und ob es nicht einfach die Not und den Schmerz des Patienten verlängert, ohne ihm zu nutzen.

Das Risiko der Übertherapie

Es ist nicht nur die Frage, wann man lebensverlängernde Behandlung lassen sollte, die tiefe moralische Fragen und Risiken der Schädigung des Patienten einschließen, sondern es besteht auch das Risiko der „Übertherapie“. Übertherapie beinhaltet ein beachtliches Risiko moralischer Schädigung der Patienten und ist vielleicht ein größeres Problem in klinischen Kontexten als der ungerechtfertigte Entzug von Behandlung. Sie findet statt, wenn fehlgeleitetes Bestreben, das Möglichste für den Patienten zu tun, Ärzte dazu verleitet, sich ausschließlich darauf zu konzentrieren, ständig neue medizinische Behandlungsmaßnahmen einzuleiten und auszuprobieren, auch wenn der Patient in die Sterbephase eintritt und die Wahrscheinlichkeit irgendeines Heilungs- oder Palliativeffektes praktisch null ist. Unabhängig davon, ob sie aus beruflichem Eifer heraus oder wahrer, aber fehlgeleiteter Fürsorge für die Patienten verschrieben wird, kann diese Art der Behandlung dem Patienten ernsthaften Schaden zufügen.

Solche medizinischen Therapien können nicht nur schweren Schmerz und Leid aufgrund der Durchführung von Operationen zufügen, die eine schmerzhaftere Rehabilitation erforderlich machen und den Patienten eventuell für eine längere Zeit an

medizinische Technologie binden, sondern sie können auch erhebliche und quälende Nebeneffekte haben. Die Ablenkung des Hauptaugenmerks des Patienten und seiner verbleibenden Ressourcen, Aufmerksamkeit und Konzentration darauf, sich medizinischer Behandlung zu unterziehen und therapiert zu werden (vielleicht ganz erfüllt von neuen Hoffnungen und Erwartungen), kann ebenso die Verarbeitung des eigenen Todes des Patienten, seiner Lebensgeschichte, Beziehungen, Platz in der Welt, Hoffnungen und Überzeugungen verhindern. Kurz gefasst kann Übertherapierung den Patienten daran hindern, mit dem Tod ins Reine zu kommen. Diese Art von Übertherapierung kann so auch Familie und Verwandten schaden, die ohne jegliche Möglichkeit sind, „in Frieden und Ruhe“ von einem Geliebten Abschied zu nehmen, der stattdessen in medizinische Behandlung und Technologie verwickelt ist.

Man sollte auch nicht die Wirkung auf das Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit übersehen, dass, sollten sie sich im Zustand einer tödlichen Krankheit wiederfinden, sie richtig umsorgt werden als Menschen, und nicht einfach zu Objekten gemacht werden, als medizinische Fälle, die auf Heilungsversuche ansprechen könnten.

Es muss daher unterstrichen werden, dass es nicht nur erlaubt ist, nicht alle medizinisch möglichen Dinge für einen Patienten zu tun, dessen Leben seinem Ende zugeht. Es könnte ebenso erforderlich sein, eine medizinische Behandlung nicht fortzusetzen, die auf eine physiologische Krankheit abzielt, und stattdessen Ressourcen, Wissen und Energie darauf lenkt, sich um den Patienten als Person mit emotionalen, psychischen und spirituellen Dimensionen, zusätzlich zu den physiologischen, zu kümmern.

5.3 Ethische Diskussion: Der Wille des Patienten

Die Medizinethik vertritt eine starke Position zugunsten der Nichtbehandlung gegen den Willen einer Person, eine Ansicht, die aus einer christlichen, evangelischen Tradition heraus gestützt werden kann. Dementsprechend ist der Patientenwille offensichtlich essentiell bei der Beurteilung, ob lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen beendet werden sollen oder nicht. Dies erhebt die Frage, wie der Wille des Patienten am besten berücksichtigt werden soll, wenn er nicht direkt erkennbar ist.

Geäußelter Wille des Patienten

In manchen Fällen kann der Wille des Patienten direkt erhoben werden. Patienten sind sich ihrer Situation bewusst und gut darüber informiert und können ihren Willen bezüglich einer therapeutischen Intervention, die ihr Leben verlängern könnte, explizit äußern. Die Medizinethik betrachtet allgemein Autonomie und besonders das Prinzip der Einverständniserklärung (informed consent) als wichtig. Vorausgesetzt dass Patienten „im Vollbesitz der geistigen Kräfte“ sind, weder an einer Geisteskrankheit leiden, noch im Unklaren über ihre Situation sind, wird es als ernsthafter Verstoß angesehen, sie einer Behandlung zu unterziehen, der sie nicht zugestimmt haben, und noch schwerwiegender, sie einer Behandlung zu unterwerfen, die sie ausdrücklich abgelehnt und verweigert haben. Im Sinne der Freiheit, ungewollte Eingriffe in das eigene Leben und den Körper abzulehnen, ist Autonomie auch aus evangelischer Perspektive ein zentrales Anliegen, da sie die persönliche Integrität schützt und Verantwortung möglich macht.

Dieser Grundstandard für eine Einverständniserklärung als notwendiger Voraussetzung für den Einsatz medizinischer Behandlung gilt auch für eine unerlässliche, lebensverlängernde Behandlung. Gut informierte und kompetente Patienten haben ein Recht darauf, dass ihre Entscheidungen respektiert werden, wenn sie sich gegen weitere medizinische Behandlung wehren, auch wenn dies bedeutet, dass das Leben des Patienten verkürzt wird.

Wenn es jedoch um lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen geht, kann der Wille des Patienten oft nicht mehr direkt erfasst werden. Wie kann man mit solchen Situationen umgehen?

Patientenverfügungen

Ein Instrument ist die sogenannte Patientenverfügung. Eine Erklärung wird von einer Person, die noch „im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte“ ist, unterzeichnet, in der ihr Wille bezüglich lebensverlängernder Behandlung festgelegt wird, falls sie, als Folge einer zukünftigen unheilbaren Krankheit oder eines Traumas, keine bewusste Lebenswahrnehmung mehr haben kann oder das fortgesetzte Leben von schwerem Schmerz, permanenter Beeinträchtigung und Hilflosigkeit gezeichnet ist.¹⁰

Hier stellt sich die Frage, ob eine *im Vorhinein* geäußerte Verfügung oder ein Wunsch für die Entscheidung durch das medizinische Personal bindend sein sollte. Die Frage dreht sich darum, ob Personen überhaupt wirklich fundierte und autonome Entscheidungen in Bezug auf potentielle, zukünftige schwere Krankheits- oder Verletzungszustände treffen können. Können Individuen vorher wissen, wie sie das Leben in einem solchen Zustand erleben, und können sie wissen, was dann ihre zentra-

¹⁰ Die Formulierungen sind der norwegischen Fassung entnommen.

len Werte und Wünsche sein werden? Viele sind sich einig, dass Patientenverfügungen beachtliches Gewicht haben sollten, wenn es um lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen geht. Ein Einwand gegen ihre Betrachtung als absolut bindend ist allerdings, dass sie keine Änderungen im Glauben, Werten und der allgemeinen Bewertung des Lebens von Individuen berücksichtigen. Ein Weg, dies mit in Betracht zu ziehen, ist sicherzustellen, dass es keine vernünftigen Gründe gibt, anzunehmen, dass die Verfügung nicht mehr länger den Willen des Patienten ausdrückt.¹¹ Ein anderer Weg wäre es zu fordern, dass Verfügungen durch „Erneuerungen“ bekräftigt werden, zum Beispiel indem sie jährlich neu bestätigt werden.

Es scheint zwei recht unterschiedliche Herangehensweisen an Patientenverfügungen und die Frage ihrer Stellung als bindender Ausdruck des Willens einer nicht länger beschlussfähigen Person zu geben. Eine ist es, sie im vertraglichen oder rechtlichen Sinne zu sehen, als Festlegung einer Reihe von Rechten und Pflichten auf Seiten des Patienten und des Arztes, und als Befreiung der Ärzte von Anschuldigungen des Fehlverhaltens, wenn sie die Verfügung befolgen. Die andere ist es, sie als einen Faktor von mehreren bei der Ermittlung des Patientenwillens zu betrachten. Eine Patientenverfügung wäre dann wesentlich und dies in zunehmendem Maße, je aktueller sie bestätigt worden ist, aber sie wäre nicht der einzige Faktor bei der Festlegung des Patientenwillens.

Patienten die „nicht im Vollbesitz der geistigen Kräfte sind“/ geschäftsunfähige Patienten

In manchen Situationen sind Patienten nicht in der Lage, ihre Wünsche zu formulieren und/oder sie zu äußern, haben aber vorher keine Patientenverfügung errichtet. Wie kann dann eine

¹¹ Empfohlen in der Stellungnahme des Weltärztebundes (2003).

verantwortungsvolle Entscheidung bezüglich lebensverlängernder Behandlung getroffen werden? Die einzige Lösung scheint zu sein, den Wunsch des Patienten so weit wie möglich indirekt in Erfahrung zu bringen, in Kombination mit einer medizinischen Beurteilung des Wohls für den Patienten.

Familienmitglieder

Den Wunsch des Patienten nachzuprüfen, schließt in solchen Fällen üblicherweise irgendeine Art von Bevollmächtigten ein, der auf die Interessen des Patienten achtet. Oft ist das ein nahestehendes Familienmitglied, zum Beispiel ein Ehepartner oder Partner, ein erwachsenes Kind, ein Elternteil oder Geschwister. Da sie den Patienten seit langer Zeit kennen, könnten sie über diese Art von Situation und was der Patient gewollt hätte gesprochen haben. Oder sie könnten die grundsätzlicheren Überzeugungen und Werte des Patienten kennen und daraus ableiten, was der Patient gewollt hätte. Außerdem kann man normalerweise von ihnen erwarten, dass ihnen die Interessen ihres Familienmitgliedes am Herzen liegen.

Somit mag es gute Gründe geben, die Meinungen von Familienangehörigen als wichtig in der Entscheidung über die Behandlung anzusehen. Allerdings sollten mehrere Punkte in diesem Zusammenhang beachtet werden. Erstens darf es keinen Grund geben zu vermuten, dass der Familienangehörige/Bevollmächtigte in Wahrheit wenig Wissen über den Patienten besitzt, und/oder nicht das Wohl des Patienten verfolgt. Zweitens sollte umfangreiche und sorgfältige Kommunikation zwischen Ärzten/Gesundheitspersonal und Familienmitgliedern stattfinden, um sicherzustellen, dass die Familie in den Entscheidungsfindungsprozess eingebunden ist. Zuletzt sollte die letzte Entscheidung beim Arzt liegen. Familienangehörige sollten niemals mit der endgültigen Entscheidung, die Behandlung eines Angehörigen zu beenden, belastet werden. Zusätzlich

sollte das zuständige medizinische Personal in Fällen von Uneinigkeit zwischen Familienmitgliedern in der Frage der Behandlungsfortsetzung besondere Vorsicht üben.

Vormund

In manchen Fällen kann der Bevollmächtigte ein ernannter Vormund sein (z.B. ein Anwalt), der gesetzlich berechtigt und verpflichtet ist, sich um die Interessen des Patienten zu kümmern. Diese Person kann vom Patienten selbst ernannt werden, bevor der Zustand der Geschäftsunfähigkeit eintritt (parallel zur Patientenverfügung), oder nachdem Geschäftsunfähigkeit aufgetreten ist. Dies kann aus mehreren Gründen getan werden: zum Beispiel, wenn es keine nahestehenden Familienmitglieder gibt; wenn der Patient nicht möchte, dass Familienmitglieder in Situationen der Geschäftsunfähigkeit in seinem Namen sprechen; wenn die Umstände in der Familie die Angehörigen ungeeignet erscheinen lassen oder diese nicht in der Lage sind, das Wohl des Patienten zu vertreten; oder wenn der Patient oder die Familie zwischen der formalen Rolle rechtlicher Vormundschaft und liebevoller, fürsorglicher Familie trennen wollen. Sofern keine Gründe bestehen anzunehmen, dass Familienmitglieder die Wünsche und besten Interessen des Patienten nicht kennen oder sich nicht darum kümmern, kann es für einen rechtlichen Vormund ebenso angebracht sein, sich mit den Familienangehörigen zu beraten.

Gerade weil die Letztentscheidung beim Arzt liegt, ist es wichtig, dass der verantwortliche Mediziner, bevor er diese Letztentscheidung trifft, so weitgehend und sachdienlich kommuniziert und beraten hat, um – so gut er kann – festzulegen, welche

Entscheidung den Wünschen des Patienten entspricht und seinem Wohl dient.¹²

Gute Kommunikationsprozesse und Beratung, die der verantwortungsvollen und guten Fürsorge für Patienten „die nicht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind“ bezüglich potentieller Entscheidungen über das Lebensende dienen, sollten: a) transparent sein: für Familienangehörige und Verwandte, das Pflegepersonal und den verantwortlichen Arzt und für die Allgemeinheit/potentielle Patienten, in dem Sinne, dass bekannt ist, wer konsultiert wird und werden sollte und welche Stellung sein Rat hat; b) inklusiv sein: in dem Sinn, dass alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufe/Gruppen/Stationen und das Personal einbezogen sind (unterschiedliche Gruppen wie Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Rechtsberater können unterschiedliches Wissen und Informationen betreffend der Werte, Überzeugungen und Intentionen des Patienten besitzen) und dass Familienmitglieder auf maßgebliche Weise involviert werden, indem sie ausreichend Informationen erhalten und in den Überlegungsprozess einbezogen sind; c) genügend Zeit bekommen: soweit wie möglich soll vermieden werden, dass der Entscheidungsfindungsprozess aus Gründen der Ressourcen oder der Zweckmäßigkeit übermäßig beschleunigt wird. Man sollte besonders auf Familienmitglieder achten, die versuchen, den nahenden Tod eines schwerkranken oder verletzten Angehörigen und die Auswirkung und die Aussichten dieser Situation für ihre eigenen Leben und das des Patienten zu bewältigen. Familienmitgliedern sollte ausreichend Zeit für Überlegungen, Beratung und Unterstützung gegeben werden – auch im Gemeindegkontext – indem man ihren Sorgen und Anliegen zuhört und ihnen hilft, die Situation und den voraussichtlichen Verlust

¹² Man kann sich ebenso fragen, ob die Letztentscheidung bei einem unabhängigen Gremium oder Ausschuss deponiert werden sollte, anstatt beim zuständigen Arzt.

eines Angehörigen zu bewältigen, bevor eine Entscheidung über lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen fällt. Besondere Herausforderungen entstehen, wenn der betreffende Patient ein Kind ist. In solchen Situationen wird es besonders wichtig, Familienmitgliedern, insbesondere den Eltern, genügend Zeit und Gesprächsraum zuzugestehen, um die traumatische Situation zu verarbeiten, nicht nur ein Kind zu verlieren; sie müssen auch erkennen können, wie dieser Verlust mit einer Entscheidung ineinandergreift, medizinische Behandlung zu beenden, und sie müssen selbst in diese Entscheidung involviert sein dürfen.

Einstellung oder Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen: Fazit

Die Einstellung oder der Vorenthalt lebensverlängernder Behandlung ist unter bestimmten Umständen nicht nur erlaubt, sondern kann vielmehr als ein Element von angemessener Fürsorge und von Mitgefühl für einen schwer, unheilbar oder sterbenskranken Patienten erforderlich sein. Dies trifft in jedem Fall immer dann zu, wenn die Fortsetzung der Behandlung dem Patienten nichts Gutes tut, sei es kurativ, palliativ oder im Sinne der Aufrechterhaltung eines Lebens, das Qualität besitzt in dem christlichen Sinne, in der Lage zu sein, gegebene Liebe zu empfangen, zu spüren und irgendwie darauf zu reagieren. Eine einheitliche christliche Tradition betont die Pflicht, sich um die Schwerkranken und Sterbenden zu kümmern, auch wenn nicht länger Hoffnung auf Heilung oder Verbesserung besteht, und führt dadurch zu einer starken Einstellung zugunsten der Fortsetzung von Pflegemaßnahmen, die Schmerz, Beschwerden und Leid in den letzten Stunden des Lebens lindern können. Einerseits sind medizinische, klinische und pflegerische Maßnahmen, ob lebensverlängernd oder nicht, zentrale moralische Pflichten, die uns in Anspruch nehmen und nicht einfach zugunsten ande-

rer Belange zur Seite geschoben werden können. Andererseits sind sie nicht absolute Forderungen, die über jeglicher Abwägung der Konsequenz stehen, die sie für den Patienten und seine oder ihre Situation haben werden. Dies bedeutet konkret, dass die evangelischen Kirchen, obwohl sie das komplexe moralische Dilemma und seine Bewertung und die damit verbundenen schweren moralischen Bedenken verstehen, zum Beispiel nicht bereit sind, die Einstellung der Ernährung von Wachkomapatienten als immer und absolut falsch abzulehnen.

Moralische Bedenken und Bewertungen gelten nicht nur für die Entscheidungen, sondern auch für den Prozess, durch den eine Entscheidung erlangt wird. Der begründete und explizite Wunsch des Patienten gegen weitere Behandlung sollte respektiert werden, und wenn ein aktuell nicht mehr „im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte“ befindlicher Patient zuvor eine Patientenverfügung bezüglich der Behandlung errichtet hat, besitzt diese beträchtliches Gewicht, besonders wenn es keine Gründe zu der Annahme gibt, dass sie nicht länger den Willen des Patienten repräsentiert. In Fällen, in denen es keine Patientenverfügung gibt, und der Patient unwiderruflich nicht länger „im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte“ ist, werden Kommunikations- und Rückspracheprozesse zur Entscheidungsfindung besonders entscheidend. Sie sollten inklusiv sein, ein ausreichend breites Spektrum an Berufen, Pflegepersonal und Beratern involvieren. Nahestehende Familienmitglieder, Verwandte und Freunde, die den Patienten gut kennen und von denen vernünftigerweise erwartet werden kann, dass ihnen das Wohl des Patienten am Herzen liegt, sollten sorgfältig konsultiert und ihnen genügend Zeit und Raum gegeben werden, um mit der Entscheidung sowie dem zukünftigen Verlust eines Angehörigen fertigzuwerden. Sie sollten jedoch nicht mit der finalen Entscheidung belastet werden.

6 Palliative Care, Behandlung und Sedierung

Ein häufig von Vertretern der Legalisierung von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung verwendetes Argument ist, dass es Fälle gibt, in denen der Patient keinen anderen gangbaren Weg sieht, mit seiner Situation umzugehen, als Unterstützung bei der Beendigung des Lebens zu erhalten. Jene, die damit nicht einverstanden sind, beziehen sich oft auf vermeintliche Vorteile von Palliative Care als Alternative. Doch Palliative Care kann für sich ebenfalls Fragen aufwerfen, und daher ist es notwendig, sie genauer ins Auge zu fassen.

Palliativmedizin ist, wie oben erwähnt, durch die WHO definiert als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihrer Familien, die den mit einer lebensbedrohlichen Krankheit verbundenen Problemen gegenüberstehen, durch die Unterbindung und Linderung von Leid, inklusive der Behandlung von Schmerz sowie physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen (vgl. oben, Kapitel 4.4). Sie geht auf ein viel breiteres Spektrum ein, als lediglich Symptome zu lindern, die üblicherweise in den letzten Lebensphasen auftreten. Sie trachtet danach, den Patienten in der letzten Phase der Lebensspanne zu begleiten.

Palliativmedizin und -pflege haben in den letzten Jahren eine beachtliche Entwicklung durchlaufen. Ein verstärkter Brennpunkt liegt auf Interdisziplinarität und der Einbindung und dem Beitrag verschiedener Berufsgruppen, und es sind psychosoziale und spirituelle Dimensionen in das Verständnis schwerer Krankheit aufgenommen worden, zusätzlich zu ihren physischen Dimensionen. Wissen, Verständnis und Praxis haben sich verbessert als Folge umfangreicher Forschungsprogramme, und das Thema wird schrittweise in das Medizinstudium eingeglie-

dert. Die Kirchen sollten dafür eintreten, dass diesem Bereich in unseren Gesundheitsdiensten sowie in der medizinischen Ausbildung und Forschung Vorrang gegeben wird.

Obwohl diese begrüßenswerten Entwicklungen den Kontext von Fragen zum Lebensende im Allgemeinen und von Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung im Besonderen verändert haben, wie wir unten genauer diskutieren werden, ist es keine einfache Lösung, die alle Schwierigkeiten und ethischen Dilemmata beseitigt.

Eine Frage allerdings, die infolge der Verbesserungen und Entwicklungen in der Palliativmedizin zum größten Teil obsolet geworden ist, ist die aus vielen Lehrbüchern der Medizinethik bekannte traditionelle Frage der verstärkten Schmerzbehandlung, die als Nebeneffekt den Tod beschleunigen könnte. Obwohl sie weitläufig akzeptiert war, tauchte die Frage, wie zwischen dieser Art medizinischer Behandlung und der Tötung auf Verlangen zu unterscheiden sei, und warum Erstere so leicht akzeptiert werden könne, Letztere hingegen offenbar nicht, über viele Jahre in den ethischen Debatten auf.

Heute hat diese Frage jedoch viel von ihrer Dringlichkeit verloren. Entwicklungen in der Palliativmedizin und die verbesserte Behandlung von Schmerzsymptomen implizieren, dass effektive schmerzstillende Behandlung wahrscheinlich keine lebensverkürzende Wirkung hat. Tatsächlich hat sie oft die gegenteilige Wirkung der Lebensverlängerung, und dies mit einer verbesserten Lebensqualität.

Befreit von starkem Schmerz und Leid kann der Patient sich zum Beispiel besser entspannen und schlafen, ist geistiger und körperlicher Erschöpfung weniger ausgesetzt und kann eine gesteigerte Lebensqualität erleben, was insgesamt das Leben eher verlängert, statt es zu verkürzen. Dies ist ein starkes Ar-

gument dafür, effektive Schmerztherapie zu steigern, anstatt ihr gegenüber skeptisch zu sein.

Trotz der erheblichen Verbesserungen der Palliativmedizin und -pflege gibt es Extremfälle, in denen sterbende Patienten entsetzlichen Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Zittern und Krämpfe erleiden, die auf keine Art von Behandlung ansprechen. Dies hat die Frage hervorgerufen, ob palliative Sedierung zur Reduzierung des Bewusstseins der Patienten vertretbar wäre. Palliative Sedierung kann versuchsweise definiert werden als Einleitung und Aufrechterhaltung einer Sedierung (durch Medikamente) zur Erleichterung von Schmerz oder anderen Leidensformen bei einem Patienten, der dem Tode nahe ist, mit der ausschließlichen Absicht, unstillbaren Schmerz zu erleichtern. Die Tiefe der Betäubung sowie ihre Dauer variiert, abhängig vom Zustand des Patienten, doch die Absicht wäre immer Schmerzlinderung, nicht die Beendigung des Lebens.

Die Bedingung für diese Maßnahme wäre normalerweise die Annahme, dass der Patient nur noch wenige Tage zu leben hat, obwohl prognostische Einschätzungen schwer sind und auf dem bestmöglichen klinischen Urteil des Arztes, seiner Erfahrung und Rücksprache mit Kollegen basieren müssen. Sämtliche relevante Diagnostik sollte bereits abgeschlossen sein, um zwischen Nebenwirkungen der Behandlung und Krankheitssymptomen zu unterscheiden, und alle anderen relevanten Behandlungsmaßnahmen sollten versucht worden sein. Weiter sollte jegliche medizinische Kompetenz, wie Fachspezialisten für Palliativbehandlung, konsultiert worden sein. Auch eine sorgfältige psychiatrische Beurteilung sollte durchgeführt werden, um angemessen mit bekanntermaßen in der Abschlussphase des Lebens auftretenden psychiatrischen Symptomen, die auf andere Behandlungsformen ansprechen, umzugehen.

Nachdem die Einverständniserklärung des Patienten eingeholt wurde, entweder direkt oder durch eine bevollmächtigte Vertretung, was offensichtlich eine eigene Herausforderung in diesen Situationen darstellt, ist die absichtliche Sedierung eines Patienten, um ihm das bewusste Gefühl und Erleben von unbearbeitbaren und qualvollen Schmerzsymptomen zu ersparen, kaum inakzeptabel.

Beachtlicherweise zeigen Berichte erstens, dass es wenig Belege dafür gibt, dass diese Praxis lebensverkürzend wirkt. Wie allgemein effektive Palliativbehandlung, so scheint sie lebensverlängernd zu sein, anstatt lebensverkürzend. Zweitens scheint das Verfahren selten zu sein und wird nur in Extremfällen angewandt, besonders da die Kompetenz auf dem Gebiet von Palliative Care wächst und sich Schmerzmanagement und Erleichterung von Symptomen verbessern.

7 Tötung auf Verlangen

7.1 Definition der Fragestellung

Die obige Diskussion empfiehlt eine Fürsorge für Sterbende, die in manchen Fällen die Einstellung oder die Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlung mit einbezieht. Die drängende und ungelöste Frage ist allerdings natürlich, ob Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung ebenfalls Bestandteil dieses Repertoires der Fürsorge für einen schwerkranken und sterbenden Patienten sein können. Wenden wir uns zunächst der Frage von Tötung auf Verlangen zu, während das verwandte, aber unterschiedliche Thema der Beihilfe zur Selbsttötung im folgenden Kapitel behandelt wird.

Obwohl Definitionen zur Tötung auf Verlangen nicht von einer theoretischen und normativen Diskussion des Gegenstandes getrennt werden können, deckt die folgende Beschreibung die typischsten und paradigmatischsten Fälle ab und ist daher für die anschließende Diskussion nützlich: „Die vorsätzliche Tötung einer Person auf ihren freiwilligen und zurechnungsfähigen Wunsch hin durch Verabreichung von Medikamenten durch einen Arzt.“¹³ (EAPC 2004).

In der Diskussion um Tötung auf Verlangen sollten zwei Dimensionen des Themas voneinander unterschieden werden. Eine Dimension betrifft die Tötung auf Verlangen als ethische Frage und beschäftigt sich mit Fragen wie der Interpretation des Phänomens innerhalb eines umfangreicheren Rahmens (zum Beispiel wie jenem, der oben skizziert wurde) und der normativen Rechtfertigung für die Praxis, indem sie untersucht, ob normativ gültige Gründe für oder gegen die Tötung auf Verlangen angeführt werden können. Eine andere Dimension befasst

¹³ Entwickelt von der European Association of Palliative Care 2004.

sich mit ihr als rechtlicher Frage, indem sie fragt, wie mit Tötung auf Verlangen in der Gesetzgebung und öffentlicher Ordnung umgegangen werden soll. Es ist wichtig zu beachten, dass diese zwei Dimensionen nicht identisch sind, obwohl sie offensichtlich nicht voneinander getrennt sind. Die Gesetzgebung legt weder fest, welche ethischen Ansprüche normativ gültig und legitim sind, noch können ethische Normen direkt in Recht und politische Regulierungen übertragen werden.

7.2 Ethische Diskussion

Auf den ersten Blick scheint es gute Gründe zu geben, die Tötung auf Verlangen aus christlicher, evangelischer Sicht nicht zu akzeptieren: sie bewirkt das direkte Ende des Lebens einer anderen Person, und eines, das nicht unter die von christlicher Ethik normalerweise akzeptierte Ausnahme vom Verbot gegen Tötung fällt (Selbstverteidigung oder Schutz eines Dritten). Und sie scheint den grundsätzlichen Status menschlichen Lebens als unantastbar zu verletzen, indem es die Verpflichtung verwirft, menschliches Leben nicht zu schädigen oder zu zerstören. Dass Tötung auf Verlangen offenbar im Widerspruch zu diesen fundamentalen moralischen Normen steht, scheint ein starkes Argument gegen ihre Billigung zu liefern. Könnte es, trotz dieser ersichtlichen Grundannahme, gültige ethische Gründe geben, die die Tötung auf Verlangen rechtfertigen?

Jene, die für Tötung auf Verlangen argumentieren, beziehen sich üblicherweise auf eine Kombination zweier Arten von Gründen: erstens Autonomie, und zweitens Wohltätigkeit (oder das Wohl des Patienten). Beide sind tief verwurzelte und weitläufig anerkannte moralische Anliegen und werden vernünftigerweise für stichhaltige ethische Ideale gehalten. Liefern sie denn tatsächlich ein wohlbegründetes und stichhaltiges Argu-

ment, das die oben genannte Annahme gegen Tötung auf Verlangen außer Kraft setzt?

Autonomie und Tötung auf Verlangen

Die Idee der Autonomie spielt eine markante Rolle und tritt regelmäßig in der Medizinethik auf. Sie ist jedoch ein komplexer Begriff mit mehreren verschiedenen Bedeutungen, die sich nicht immer leicht unterscheiden lassen. In der säkularen philosophischen Medizinethik herrschen zwei einigermaßen unterschiedliche Bedeutungen von Autonomie vor. Sie sind beide bedeutsam für die Diskussion über Tötung auf Verlangen, führen aber oft zu unterschiedlichen Schlüssen. Eine kantische Vorstellung versteht Autonomie als Selbstgesetzgebung und als die Fähigkeit, nach einem rationalen Gesetz universeller Prinzipien zu handeln, anstatt aufgrund von zufälligen Impulsen oder äußerem Druck. Ferner ist es die Fähigkeit zu dieser Art von autonomer Handlung, die einen Selbstzweck bestimmt und daher befiehlt, dass ein Mensch immer auch als Zweck an sich behandelt wird und niemals nur als Mittel zum Zweck. Eine andere Autonomieauffassung sieht sie als die Fähigkeit, aus den eigenen, inneren Prioritäten, Interessen und Plänen heraus zu handeln. Derartig verstandene Autonomie erlaubt es dem Menschen, inneres Potential auszudrücken und zu verwirklichen und individuellen Bestrebungen und Werten entsprechend zu handeln. Autonomie, wie sie sich in der säkularen Medizinethik darstellt, ist gewiss nicht unwichtig für evangelische Ethik, doch ein anderer Begriff ist wesentlicher, nämlich der Begriff der Freiheit. Dieser Begriff bezieht sich auf den Menschen als im Grunde durch die Beziehung zu Gott definiert, statt durch weltliche, äußere Obrigkeiten. Da die Rechtfertigung durch den Glauben den Menschen von dem Vorhaben befreit, die letzte Bedeutung des Lebens durch moralische Bemühungen und Tätigkeiten zu verwirklichen, ist er ebenso frei, dem Nächsten

in verantwortungsvoller Liebe und Fürsorge zu dienen. Ein evangelischer Freiheitsbegriff basiert daher zuerst auf einer vorausgehenden und elementarerer Dimension von Gabe, Empfangen und Vertrauen. Zweitens kann Freiheit, obwohl sie von Gott gegeben wird und niemals in moralischer Leistung verwirklicht oder manifestiert werden soll, auch nicht von Verantwortung getrennt werden.

Man sollte sich zunächst bewusst sein, dass die Akzeptanz von Tötung auf Verlangen nicht einmal aus säkularen oder philosophischen Autonomiekonzepten die eindeutige Folgerung darstellt. Viele Kommentatoren würden bestreiten, dass die kantische Version von Autonomie als Selbstgesetzgebung und Fähigkeit, nach einem rationalen, universellen Gesetz zu handeln, die Tötung auf Verlangen rechtfertigt. Die Praxis der Tötung auf Verlangen würde, aus ihrer Sicht, im Widerspruch mit einer grundlegenden moralischen Pflicht stehen, die Menschlichkeit niemals nur als Mittel zu behandeln, egal ob in einem selbst oder in jemand anderem, sondern auch immer als Selbstzweck. Sie würde eben jene Bedingung für Autonomie untergraben, nämlich die Existenz einer menschlichen Person. Andere mögen jedoch mehr dazu neigen, mit einer Reihe von Grundrechten zu beginnen, die unumschränkt von anderen respektiert werden sollen und in diese Reihe auch das Recht darauf einzuschließen, Unterstützung beim Sterben von einem zustimmenden Anderen zu erhalten. Das belässt jedoch noch immer die paradoxe Frage, wie es widerspruchsfrei ein Recht geben kann, sich selbst als Inhaber von Rechten zu beseitigen.

Die Idee der Autonomie als Selbstbestimmung und Möglichkeit, seine eigenen Bestrebungen, Interessen und Prioritäten zu verfolgen, wird einheitlicher verwendet, um Rechtfertigung von Tötung auf Verlangen als moralisch vertretbare Praxis zu stützen. Wenn wir diese Auffassung von Autonomie übernehmen,

ist sie ein überzeugendes Argument für sich? Zumindest wirft sie einige Fragen auf. Erstens ist da wieder die Frage nach der Reichweite von Autonomie. Reicht sie so weit, dass sie ihre eigene Zerstörung bestimmen kann?

Einige Interpretationen von Autonomie erheben den Anspruch, dass sie nicht für Entscheidungen verwendet werden kann, die Autonomie, im Sinne der Fähigkeit einer Person zur Selbstverfügung, in der Zukunft reduzieren oder zerstören. Des Weiteren werden einige die Möglichkeit bezweifeln, mit irgendeiner Gewissheit den beständigen und festen Willen eines schwer und vielleicht todkranken Patienten einzuholen. Studien haben gezeigt, dass der Lebenswille schwerkranker und sterbender Patienten erheblich schwankt (Chochinov et al.); zudem können zahlreiche Bedingungen, die wahrscheinlich bei Patienten in dieser Phase auftreten (Fatigue, Angst, Depression), die Autonomie im Sinne der Fähigkeit, eine fundierte, willentliche Entscheidung ungehindert von äußeren Einflüssen zu treffen, reduzieren (Johansen et al.). Dagegen mögen manche einwenden, es sei widersprüchlich, dass der Autonomie des Patienten so viel Gewicht bei Entscheidungen über den Verzicht auf Behandlung (vgl. oben, Kapitel 5) beigemessen wird, jedoch mit solchem Argwohn betrachtet wird, wenn es um die Frage der Tötung auf Verlangen geht. Eine Antwort lautet, dass die autonome Entscheidung, eine Behandlung und einen Eingriff abzulehnen, zum Beispiel in Form einer ungewollten medizinischen Behandlung, schwerer wiegt als der autonome Anspruch, bestimmte Formen von Diensten, Unterstützung, Hilfe etc. zu erhalten, wie Unterstützung beim Sterben. Studien haben auch gezeigt, wie Wünsche nach Tötung auf Verlangen im Hinblick auf direkte und vorsätzliche Verkürzung des Lebens zum großen Teil auf Palliativpflege und -behandlung in dem Sinne ansprechen, dass direkte Bitten nach Tötung auf Verlangen erheblich abnehmen, während Wünsche, keine lebenserhaltende

Behandlung zu erhalten, fortbestehen (Neudert et al, 2001). Es sollte allerdings auch beachtet werden, dass einige Wünsche nach Tötung auf Verlangen bestehen bleiben, auch nach adäquater Palliativpflege. Dies deutet darauf hin, dass, obwohl verbesserte, effektive und adäquate Palliativmedizin und -pflege Wünsche nach Tötung auf Verlangen zu einem großen Teil beeinflussen, aber nicht vollständig verdrängen können.

Zusätzlich zu dieser internen Kritik kann ein evangelischer Ansatz diesen philosophischen Begriff von Autonomie von vornherein in Frage stellen, basierend auf einem recht verschiedenen Konzept von Freiheit, das einem ethischen Konzept der Autonomie vorausgeht. Wie oben ausgeführt, versteht die evangelische Tradition Freiheit als begründet in der Beziehung des Menschen zu Gott in Schöpfung und Rechtfertigung, wodurch ein Mensch das Leben aus der Hand Gottes empfängt. Daher ist Freiheit als solche mit Verantwortung und der Aufforderung verbunden, Gott für das aus seiner Hand empfangene Leben zu folgen, wenn auch nicht durch beides begründet. Dieser Begriff von Freiheit ist eindeutig nicht gleichzusetzen mit Selbstbestimmung oder Selbstverfügung eines Lebens, das dem Menschen selbst gehört, sondern es ist damit verbunden, Gott für das Empfangene Rechenschaft zu geben. Er stellt den Gebrauch von Autonomie zur Rechtfertigung von Tötung auf Verlangen in Frage, indem er behauptet, dass Freiheit nicht absolute Selbstverfügung oder Eigenbesitz mit sich bringt, sondern untrennbar mit der Verantwortung für das eigene Leben vor sich selbst, anderen, vor der erschaffenen Welt und letztendlich gegenüber Gott verbunden ist.

Wohltätigkeit/Benefizienz und Tötung auf Verlangen

Jene die akzeptieren, dass es Situationen gibt, in denen Tötung auf Verlangen erlaubt sein mag, argumentieren oft, dass es im besten Interesse des Patienten sein könne, sein Leben zu been-

den, wenn er große Schmerzen und schweres Leiden hat und keine Hoffnung auf Erholung oder Linderung. Vorausgesetzt, dies ist, was der Patient explizit möchte, solle ihm der Zugriff auf Tötung auf Verlangen nicht verwehrt werden.

Ob einem Patienten eine Tötung auf Verlangen zugutekommen kann oder nicht, kann nicht ohne Berücksichtigung verfügbarer Alternativen entschieden werden. Studien über die Gründe von Patienten für den Wunsch nach Tötung auf Verlangen zeigen, dass physischer Schmerz allein selten der Grund ist; er verbindet sich häufig mit Gründen, die sich auf seelischen Schmerz beziehen, wie dem Verlust von Sinn und Bedeutung, dem Gefühl, eine Last geworden zu sein, oder dem Erleben eines würdelosen Lebenszustandes.

Dies stimmt mit Studien überein, die zeigen, dass Patienten sogenannte individuelle Lebensqualität-Skalen bevorzugen – das heißt, Skalen der Lebensqualität gespeist aus ihren individuellen Vorlieben, Bestrebungen und Werten (Neudert et al, 2001). Das Erleben einer äußerst reduzierten Lebensqualität der Patienten, das potentiell zum Wunsch nach Tötung auf Verlangen führt, ergibt sich wahrscheinlich aus einer Kombination von Faktoren, die nicht nur die physischen Dimensionen von Krankheit und begleitenden Schmerzsymptomen umschließen, sondern auch andere Dimensionen, wie eine soziale und existentielle Dimension. Palliativmedizin und -pflege, die besser dazu in der Lage sind, sich mit der Weite von Dimensionen für die individuell wahrgenommene Lebensqualität der Patienten zu befassen, wären daher auch besser dafür ausgestattet, auf Bitten nach Tötung auf Verlangen zu reagieren und diese zu verringern.

Passende Antworten auf die Frage der Tötung auf Verlangen müssen auch in Richtungen gesucht werden, die mit dem kon-

textabhängigen und selbst-interpretativen Charakter der Gründe für den Wunsch nach Tötung auf Verlangen übereinstimmen. Die Selbstinterpretation, wie man das eigene Leben als sinnvoll (oder ohne Sinn) und als um bestimmte Geschichten herum formiert versteht und wahrnimmt, wird auch durch Ressourcen, die in der umgebenden Kultur und Gesellschaft verfügbar sind, vermittelt: z.B. Bilder, Symbole, Metaphern und Wertsysteme, durch die wir unsere Vorstellungen von menschlichem Leben bilden und soziale Interaktion verstehen. Die Sicht des eigenen Lebens als würde- und wertlos in einem Zustand schwerer und tödlicher Krankheit, völlig abhängig von der Unterstützung und Pflege anderer, außerstande menschliche Eigenschaften und Funktionen zu zeigen und zu kontrollieren, ist eine Interpretation, die auch durch die aus dem Umfeld des Patienten vermittelten Ressourcen zur Verfügung gestellt wird. Eine Antwort auf das Ansuchen nach Tötung auf Verlangen, die die Selbstinterpretation des Patienten in dieser Situation des Erlebens eines würdelosen Lebensendes als gegebenes Faktum nimmt, reicht nicht weit genug. Es ist notwendig, Möglichkeiten zu erforschen, um Ressourcen zu finden und zu etablieren, die eine andere Selbstsicht in der letzten Lebensphase ermöglichen. Die bereits erwähnten stark verbesserten Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege führen uns weit in diese Richtung, und daher ist es entscheidend, dass sich die Kirchen für weitere Bemühungen auf diesem Gebiet einsetzen. Gleichzeitig sollte auch gesagt werden, dass Palliative Care nicht alle Dilemmata und Probleme in diesem Bereich lösen wird. Es kann Patienten geben, die an unlösbarem Schmerz leiden, und es gibt sehr wahrscheinlich Patienten, die ihr Leben und ihren Zustand unheilbarer Krankheit weiter als unerträglich wahrnehmen, unfähig, irgendeine Erleichterung oder einen Wert darin zu entdecken. Unterschiedliche Patienten können Situationen, die, soweit es die medizinische und physische Dimension anbelangt,

recht ähnlich sind, höchst unterschiedlich bewerten, was die individuelle Lebensqualität betrifft.

In diesem Zusammenhang sollte ein besonderes Anliegen genannt werden. Stellungnahmen von evangelischen Kirchen zu Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, führen gelegentlich aus, wie Krankheit, Schmerz und Leiden ein unvermeidlicher und unausweichlicher Bestandteil menschlichen Lebens, wie wir es kennen, sind. So richtig dies sein mag, wird diese Behauptung manchmal argumentativ auf eine Weise verwendet, die Anlass zur Besorgnis gibt. Selten wird die potentielle Bedeutung der Unterscheidung ergründet zwischen Leiden, das tatsächlich vermieden oder zumindest reduziert werden kann, und Leiden, das resistent gegen menschliches Handeln und Linderung ist. Dass das bloße Phänomen des Leidens, inklusive Krankheit und physischem Schmerz, immer in dieser Welt, wie wir sie kennen, existent sein wird, schmälert nicht die Verpflichtung, zu tun was immer möglich ist, um jenen physischen Schmerz zu lindern und zu heilen, dem in der Tat Abhilfe verschafft werden kann. Obwohl manche schwerkranken Personen, die schweren Schmerz und Leid durchstehen, in der Lage sein können, auch unter diesen Bedingungen Sinn zu entdecken, gibt es keinen Grund, Krankheit und Schmerz als zum menschlichen Leben gehörig zu glorifizieren oder gar zu bekräftigen. Vielen – Patienten und Angehörigen – erscheinen schwere Krankheit und nahender Tod als äußerst schmerzvoll und sinnlos. Die Kirchen sollten diese Erfahrungen nicht von der Hand weisen oder vor den moralischen Herausforderungen, die sie darstellen, flüchten, indem sie zu leicht Zuflucht in der Behauptung suchen, dass Krankheit, Leiden und Schmerz unausweichliche Bestandteile des Lebens seien und Situationen von Sinn darstellen können.

Eine christlich-evangelische Sicht des menschlichen Lebens unterstreicht, dass Angewiesensein auf die Pflege anderer – Pflegepersonal, Familie oder Freunde – keine unauthentische, würdelose Form menschlicher Existenz ist. Angewiesenheit lässt sich besser beschreiben als ein unausweichliches Merkmal menschlichen Lebens, das eng mit dem Umstand verbunden ist, dass das Leben nicht von den Menschen selbst erworben wird, sondern aus Quellen empfangen wird, die außerhalb unserer selbst sind. Somit ist das Erleben von Abhängigkeit nicht nur vereinbar mit der Manifestation von Würde in menschlichem Leben; es kann uns auch an eine der elementaren Bedingungen des menschlichen Lebens erinnern, unter denen wir alle leben, nämlich seine grundlegende und unausweichliche Relationalität. Es ist eine wichtige Aufgabe für die Kirchen, diese Interpretationsquellen für schwerkranke und sterbende Personen zugänglich zu machen und so ein Selbstverständnis des Lebens als Manifestation menschlicher Würde zuzulassen und zu stärken. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Entwicklung und Prioritätensetzung zugunsten von Palliative Care in all ihren Formen, sei es in Hospizen, Palliativpflegestationen, Pflegeheimteams oder in der Tagespflege.

Durch das Bestreben, nicht nur physischen Schmerz, sondern auch psychisches Leid, soziale und beziehungsbezogene Probleme sowie auf den Mangel an Sinn und Hoffnung bezogene spirituelle Probleme zu lindern, trägt gute Palliative Care erheblich zu den Möglichkeiten der Patienten bei, das Ende des Lebens als Manifestation von Würde, statt als Mangel an Wert zu erfahren. An dieser Stelle möchten die evangelischen Kirchen Europas an die Empfehlung zur Organisation von Palliative Care des Europarates an seine Mitgliedstaaten erinnern (Europarat 2003). Die im Zusammenhang mit diesem Bericht durchgeführten Studien dokumentieren ein weitverbreitetes Interesse und eine Energie in ganz Europa bei der Einrichtung von Pallia-

tivpflegediensten, aber auch die Beobachtung, dass es „erhebliche Unterschiede im Ausmaß, in dem Palliativpflege für jene verfügbar ist, die sie benötigen“ gibt (Europarat 2003:22). Unter den Empfehlungen, die wiederholt werden sollten, ist auch der Aufruf an die Regierungen der Mitgliedsstaaten, „Richtlinien, Gesetzgebungen und andere für ein stimmiges und umfassendes System einer nationalen Politik für Palliative Care einzuführen“ (Europarat 2003:8).

Tötung auf Verlangen und Behandlungsverzicht: ein relevanter Unterschied

Ein regelmäßig angeführtes Argument von jenen, die glauben, dass Tötung auf Verlangen moralisch zulässig sein kann, ist dass es keinen moralisch relevanten Unterschied zwischen dem Entzug von Behandlung und der Tötung auf Verlangen gibt, und dass es daher widersprüchlich sei, Ersteres zu akzeptieren, aber Letztere abzulehnen. Dieses Argument scheint auf der Annahme zu beruhen, dass, da das Ergebnis in beiden Situationen dasselbe ist – der Tod des Patienten –, die Situationen ähnlich sind, was ihre moralisch relevanten Qualitäten betrifft.

Die Handlungsfolgen sind jedoch nicht die einzig moralisch relevanten Eigenschaften für die Beurteilung derartiger Situationen. Ein weiterer Aspekt, auf den oft Bezug genommen wird, um einen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und dem Entzug oder der Vorenthaltung von Behandlungsmaßnahmen zu rechtfertigen, ist die unterschiedliche Absicht. Während der Vorsatz bei Entzug von Behandlung die Vermeidung eines verlängerten Sterbeprozesses ist, der für den Patienten großen Schmerz verursacht, ohne irgendwelche positiven Wirkungen oder Verbesserung seiner Situation, ist die Intention der Tötung auf Verlangen, das Leben des Patienten zu beenden. Die jeweilige Absicht als Rechtfertigung zur Unterscheidung zwischen

moralischen Qualitäten zu benutzen, ist aber mit einigen Problemen behaftet. Zunächst ist sie recht problematisch in der Praxis durchzuführen. Unsere Absichten sind schwammig und flexibel, statt feststehend und beständig, sie sind größtenteils offen für Konstruktion nach unseren Wünschen und Bedürfnissen, und sie sind bis zu einem gewissen Grad auch uns selbst unklar. Ob es wirklich meine Intention zu einem bestimmten Zeitpunkt ist, eine Behandlung vorzuenthalten, die als sinnlose Verlängerung des Todes des Patienten erachtet wird, oder ob es meine Absicht ist, dem Leiden des Patienten ein Ende zu machen, lässt sich nicht mit letzter Sicherheit feststellen. Und selbst soweit dies möglich ist, wird die Intention selten als entscheidendes Kriterium für das Urteil über die Annehmbarkeit einer Handlung angesehen. Eine ansonsten verwerfliche Handlung wird selten einfach infolge des Arguments, die Intention sei gut gewesen, als gerechtfertigt und akzeptabel angesehen.

Ein weiteres und überzeugenderes Argument und ein konsequenter Weg, diesen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Behandlungsverzicht zu begründen, ist die Unterscheidung zwischen „Handlung“ und „Unterlassung“. Es macht einen moralischen Unterschied, ob eine spezifische Situation – sagen wir, der Tod einer Person – durch die Unterlassung einer Person oder durch die Tat einer Person eintritt. Es gibt, so die Argumentation, einen relevanten Unterschied, ob man etwas tut oder einfach zulässt, dass etwas geschieht. Hierbei ist der Unterschied nicht mit einem Unterschied in der subjektiven Gemütsverfassung des Handelnden verbunden, sondern beruht auf einem Unterschied in der objektiven Mitwirkung des Handelnden durch seine oder ihre Handlungen und Interventionen. „Tun“ und „zulassen“ sind nicht dasselbe, wenn es um moralische Bewertung geht, auch wenn das Ergebnis in den beiden Situationen gleich ist. Die Sache ist die, dass wir nicht nur für Resultate, die sich ergeben, verantwortlich sind, sondern auch

für die Beteiligung daran, wie sie durch unser Handeln und Verhalten zustande kommen. Es ist nicht gleichgültig für die moralische Beurteilung, ob etwas als Folge davon geschieht, dass ich nicht eingreife, oder ob es geschieht, weil ich etwas tue. Gewiss kann es Situationen geben, die so ausgelegt werden können, dass die Unterlassung eines Eingreifens die Person nicht weniger schuldig macht, als wenn sie direkt gehandelt hätte. Ein passiver Zuschauer wird moralischer Schuld für das Zulassen des Todes eines Kindes nicht entkommen, wenn das Kind in der Badewanne unter Wasser glitt. Doch solche Beispiele gleichen nicht der Unterscheidung zwischen Vorenthaltung lebensverlängernder Behandlung und Tötung auf Verlangen. Außerdem heben sie nicht die Tatsache auf, dass unsere Handlungen, Praktiken und Verhaltensweisen moralisch von Bedeutung sind, nicht nur die Ergebnisse, die ihnen entspringen. Einige evangelische Kirchen haben diese Unterscheidung zwischen „dem Tode entgegensehen“ und „Beschleunigung“ des Todes als ein Instrument verwendet, um den Unterschied, den sie zwischen dem Verzicht von weiterer, sinnloser Behandlung und Tötung auf Verlangen sehen, zu erklären. Diese Unterscheidung erfasst eine wichtige Dimension einer entsprechenden Idee von moralischer Subjektivität und Tätigkeit.

Tötung auf Verlangen und gesellschaftliche Auswirkungen

Zusätzlich zu diesen Einwänden gegen die Argumente von Autonomie und Wohltätigkeit/Benefizienz zugunsten der Tötung auf Verlangen, ist es nicht unüblich, auf die Sorge um die potentiell zerstörerischen gesellschaftlichen Wirkungen der Legalisierung von Tötung auf Verlangen hinzuweisen. Manche befürchten eine Dammbuchwirkung, bei dem die Tötung auf Verlangen eine weitverbreitete Lösung in Fällen wird, in denen das Lebensende durch eine schwere Krankheit eintritt. Unge-

achtet dessen, ob man den „Dambruch“ als gültige Form ethischer Argumentation akzeptiert, zeigt die Dokumentation der nationalen Gesetzgebung mit der längsten Erfahrung mit der Zulassung von Tötung auf Verlangen – die Niederlande – einen stetigen Anstieg seit 2006 an. Berichtete Fälle im Jahr 2006 beliefen sich auf 1900, 2010 waren es ungefähr 3100. Vor 2006 schien es jedoch für ein paar Jahre einen Rückgang von Fällen zu geben, also zeigt sich nicht eindeutig das Bild eines stetigen und fortlaufenden Anstiegs. Man sollte außerdem nicht vergessen, dass Tötung auf Verlangen noch immer eine seltene Todesursache ist, die beinahe ausschließlich im Bereich tödlich verlaufender Krebserkrankungen vorkommt, und zwar bei Patienten mit einer Lebenserwartung von nur wenigen Wochen. Ärzte scheinen Tötung auf Verlangen als einen ungewöhnlichen und belastenden Aspekt ihrer Tätigkeit zu erleben, und nicht als etwas, das sie auf die leichte Schulter nehmen oder an das sie sich leicht gewöhnen. Gesellschaftliche Auswirkungen könnten anhand verschiedener Indikatoren gemessen werden. Einer wäre offensichtlich die jährliche Zahl der Fälle von Tötung auf Verlangen. In dieser Hinsicht scheinen die Niederlande Anlass zur Besorgnis zu geben, dass es schwierig ist, die Zahl der Fälle einzudämmen. Andererseits könnte man gesellschaftliche Wirkungen hinsichtlich der Fähigkeit messen, die Einhaltung von gesetzlichen Regelungen und insgesamt gut fundierten Praktiken sicherzustellen, in welchem Fall die niederländische Situation wahrscheinlich nicht so schlecht ist. Es scheint, dass die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um Fälle von Tötung auf Verlangen nicht strafrechtlich zu verfolgen, normalerweise erfüllt werden, und dass die eingerichteten Prüfungsausschüsse zur Untersuchung der Einhaltung in konkreten Fällen in der Tat in der Lage sind, Missbrauch und Eskalation von Tötung auf Verlangen aus anderen Gründen und auf andere Weise als gesetzlich festgelegt zu verhindern.

Tötung auf Verlangen und Legalisierung

Der vorhergehende Abschnitt stellt klar, dass die evangelischen Kirchen aus mehrerlei Gründen Tötung auf Verlangen ethisch höchst problematisch finden. Sie widerspricht einigen der am tiefsten verwurzelten moralischen Überzeugungen, nicht nur einer spezifisch christlichen Tradition, sondern eines breiteren, gemeinsamen moralischen Erbes, nämlich dem Ideal, nicht unschuldiges Leben zu nehmen, und der Pflicht, Leben zu schützen, besonders das verletzbare und gebrechliche. Die üblicherweise vorgebrachten Argumente zur Entkräftung dieser grundlegenden moralischen Überzeugung, nämlich Autonomie und Wohltätigkeit/Benefizienz, haben als eine ethische Rechtfertigung für die Tötung auf Verlangen kein Gewicht. An und für sich klärt dies jedoch nicht die Frage der Legalisierung und ob Tötung auf Verlangen dennoch legalisiert werden könnte, trotz der Tatsache, dass sie auf Grundlage christlicher Ethik nicht verteidigt werden kann. Es gibt offenkundig von Seiten christlicher Ethik verurteilte Praktiken und Ideale, die dennoch gesetzlich zugelassen sind.

Die Frage der Legalisierung von Tötung auf Verlangen ist mit dem komplexen Thema der Beziehung zwischen Ethik und Recht verbunden. Im Unterschied zur Frage ihrer ethischen Vertretbarkeit geht es darum, ob Tötung auf Verlangen als eine Angelegenheit betrachtet werden kann, in welcher Gesellschaft, politische Ordnung und Gesetzgebung legitime Machtbefugnisse besitzen oder ob die Entscheidungsmacht beim individuellen Gewissen liegt. Hinsichtlich der Frage der Tötung auf Verlangen und ihrer möglichen Legalisierung sollten die folgenden Bedenken berücksichtigt werden. Vor allem bedeutet die Legalisierung von Tötung auf Verlangen die Normalisierung einer Maßnahme zur Beendigung des Lebens einer schwer und unheilbar kranken Person mit Billigung des Staates und der Ge-

sellschaft. Ungeachtet der Behauptungen jener, die die Legalisierung befürworten, dass es strenge rechtliche Anforderungen und Bedingungen geben und sie nur außergewöhnlichen und seltenen Fällen vorbehalten sein wird, bedeutet dies noch immer, Tötung auf Verlangen als ein Element der gewöhnlichen Gesetzgebung und juristischen Praxis einzuführen. Diese Lösung ist weitreichender und unterscheidet sich deutlich von jener, die in bestimmten Situationen von manchen Nationen angewendet wird. In seltenen Fällen, in denen Ärzte (oder andere) offen zugaben oder von denen bekannt war, dass sie eine Tötung auf Verlangen durchgeführt hatten, ist von Strafverfolgung mit der Begründung abgesehen worden, zwar sei dem Gesetz nach eine strafbare Handlung verübt worden war, doch sei klar, dass dies auf Wunsch des todkranken Patienten zu dem Zweck geschah, ihn von unerträglichem Schmerz und Leid in den letzten Lebensstunden zu erlösen. Diese Möglichkeit des Gesetzes, manche extreme und sehr seltene Fälle nicht strafrechtlich zu verfolgen, könnte als Ergebnis der doppelten Erwägung gesehen werden, dass 1) es Situationen geben kann, in denen die Strafverfolgung als unangemessene Reaktion erscheint, und 2) dass das Grundsatzprinzip, wonach die staatlich sanktionierte Beendigung des Lebens von schwer kranken Patienten nicht zum Regelfall und zum Bestandteil der allgemeinen Gesetzgebung gemacht werden sollte, weiterhin eingehalten wird. Dieser Ausweg könnte ein Weg sein, die Existenz moralischer Tragödien anzuerkennen, Situationen, in denen eine Verletzung von entweder einer von zwei oder mehreren sehr tiefverwurzelten und zentralen moralischen Bedenken nicht vermieden werden kann und wo, unabhängig davon was getan wird, ein fundamentales moralisches Gut pervertiert worden ist. Die Möglichkeit einer moralischen Tragik anzuerkennen ist auch etwas völlig anderes als zu sagen, dass die eine Lösung dadurch ethisch gutgeheißen ist. Die Tragik liegt genau in dem

Umstand, dass es keinen Weg gibt, moralische Schuld zu vermeiden.

Tötung auf Verlangen: Fazit

Den evangelischen Kirchen liegen Patienten und Angehörige, die einen qualvollen Prozess schwerer und tödlich verlaufender Krankheit durchstehen und den Tod erwarten, sehr am Herzen. Dabei ist ihnen bewusst, dass nicht nur unsere Gesellschaften noch immer unzureichend ausgestattet sind, um in diesen Situationen beizustehen, sondern dass auch sie als Glaubensgemeinschaften noch immer nicht die Begleitung, Unterstützung, den Trost und die Hoffnung anzubieten scheinen, wozu der christliche Glaube berufen ist. Vor diese Realität gestellt, gibt es gute Gründe, diese Versäumnisse gegenüber Patienten und Familien aufmerksam wahrzunehmen, bevor man zu schnell moralische Urteile fällt. Die Gesellschaften, Gemeinschaften und Kirchen haben die grundsätzliche Verantwortung, sicherzustellen, dass angemessene Pflege, Trost und Linderung von Schmerzen und Leiden verfügbar sind und bereitgestellt werden, sowie Gemeinschaften und Werte zu fördern, die es Personen ermöglichen, die schwer krank und völlig abhängig sind, das Leben als mit einer unantastbaren und unbegrenzten Würde ausgestattet wahrzunehmen.

Die evangelischen Kirchen halten Tötung auf Verlangen als Reaktion auf diese Situation für ethisch problematisch, und dies aus einer Vielzahl von Gründen. Sie widerspricht tiefverwurzelten moralischen Überzeugungen, nicht nur einer spezifisch christlichen Tradition, sondern eines breiteren, gemeinsamen Erbes, nämlich dem Ideal, nicht unschuldiges Leben zu nehmen und der Pflicht, Leben zu schützen, besonders jenes, das verletzlich und gebrechlich ist. Und die üblicherweise vorgebrachten Argumente zur Entkräftung dieser grundlegenden moralischen Überzeugung, nämlich Autonomie und Wohltätig-

keit/Benefizienz, besitzen als ethische Rechtfertigung von Tötung auf Verlangen kein Gewicht. Tötung auf Verlangen ist schwer vereinbar mit einer der wesentlichsten und beständigsten Überzeugungen und Glaubensaussagen der christlichen Tradition, nämlich dass die fundamentale und unabdingbare Würde menschlichen Lebens nicht auf seiner Fähigkeit zu unabhängiger Selbstbestimmung und seinem Tätigsein beruht, sondern in der schöpferischen und rechtfertigenden Liebe, die der Mensch von Gott in Christus empfängt.

Dies kann nicht rein als Angelegenheit des individuellen Gewissens angesehen werden, die der Staat legalisieren sollte. Eine Legalisierung würde eine Art von Normalisierung und Bewilligung von Tötung auf Verlangen implizieren, was sie zu einem gewöhnlichen und etablierten Element medizinischer und klinischer Praxis machen würde. Dem Umstand, dass moralische Tragödien vorkommen können, z.B. Situationen in denen es keinen Weg zur Vermeidung einer schweren Beeinträchtigung eines wesentlichen und zentralen moralischen Gutes gibt, könnte eher durch den rechtlichen Ausweg entsprochen werden – wie es tatsächlich in einigen Ländern der Fall ist -, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen und daher die fälligen Rechtswege nicht zu befolgen.

8 Beihilfe zur Selbsttötung

8.1 Definition der Fragestellung

Zusammen mit Therapiebegrenzung, palliativer Sedierung und Tötung auf Verlangen, gehört auch die Beihilfe zur Selbsttötung zur Kategorie der „Entscheidungen, das Lebensende betreffend“. Anders als bei der Tötung auf Verlangen, wird in diesem Fall der Tod nicht direkt durch einen Dritten verursacht, sondern durch die Person, die zu sterben wünscht. Die notwendigen Mittel dafür werden allerdings von einem Dritten bereitgestellt. Der typische Fall ist, wenn ein Arzt einem Patienten ein tödliches Mittel zur Verfügung stellt, das der Patient selbst einnimmt.

Wie oben dargestellt, variieren die gesetzlichen Bestimmungen zur Beihilfe zur Selbsttötung in den europäischen Ländern außerordentlich.

Manche Länder verbieten Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, während andere, darunter Deutschland und die Schweiz als prominente Fälle, die Tötung auf Verlangen zu einer Straftat erklären, jedoch nicht assistierte Selbsttötung, unter der Voraussetzung, dass bestimmte Bedingungen erfüllt werden (vgl. 2.3).

Zuvor wurde ausgiebig erörtert, dass wir keine zwingenden Gründe oder Erwägungen finden können, aufgrund derer die starke moralische Annahme dagegen, das Leben von jemandem durch Tötung auf Verlangen zu beenden, beiseitegeschoben werden könnte. Die Frage ist daher, ob die Beihilfe zur Selbsttötung der Tötung auf Verlangen ähnelt und aus denselben Gründen abgelehnt werden muss. Wenn die Beihilfe zur Selbsttötung nicht der Tötung auf Verlangen entspricht, bedeutet dies

vielmehr, dass die Beihilfe zur Selbsttötung in manchen Situationen akzeptiert werden kann? Was bedeutet es außerdem für die Bewertung der Beihilfe zur Selbsttötung, wenn sie nicht dasselbe ist wie Tötung auf Verlangen? An diesem Punkt stellt sich die Frage eines moralischen und/oder gesetzlichen Rechts auf Selbsttötung und möglicherweise einem Recht, Personen bei der Selbsttötung zu helfen, die nicht in der Lage sind, diese Handlung selbst durchzuführen.

8.2 Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen

Jene die meinen, Beihilfe zur Selbsttötung könne gerechtfertigt werden, stellen gewöhnlich Bedingungen auf, die ähnlich jenen sind, die regelmäßig im Zusammenhang mit Tötung auf Verlangen angeführt werden, und fordern, dass sie bestimmten Situationen und bestimmten Umständen vorbehalten sein sollte. Die Hauptpunkte sind: dass die betreffende Person schwerkrank ist, ohne Hoffnung auf Gesundung oder effektive heilende Behandlung. Die Handlung der Beihilfe zur Selbsttötung, wie Tötung auf Verlangen, kommt in Betracht, wenn es ein wesentliches Anliegen ist, einen schwerkranken Patienten vor weiterem Schmerz, Qual und Not zu schützen. Sie ist ein Versuch, mitfühlend auf Leiden, Angst und physische oder mentale Not eines Patienten zu reagieren. (Daher lassen wir Beihilfe zur Selbsttötung auch in anderen Situationen als schwerer und tödlich verlaufender Krankheit außer Acht, wie beispielsweise existentieller Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, oder einer psychischen Krankheit wie einer schweren Depression.) Und genau wie bei Tötung auf Verlangen sollte bedacht werden, unabhängig davon ob man glaubt, dass sie eine fehlgeleitete Reaktion darstellt, wie diese Handlungen mit Sorge um sowie Mitgefühl und Empathie für eine schwerkranke und leidende Person verknüpft sind. Folglich sind Tötung auf Verlangen und

Beihilfe zur Selbsttötung gleichermaßen durch äußerst tragische Umstände veranlasste und damit unauflösbar verbundene Todesarten. Dieser unausweichliche Kontext der Tragik menschlichen Leidens und Qual zwingt uns deutlich, von rascher moralischer Verurteilung Abstand zu nehmen und besonders Zurückhaltung bei der Verurteilung jener zu fordern, die durch ihre Qual und Not keinen anderen Weg sehen als den Tod auf diesem Wege zu suchen. Die Ablehnung der Beihilfe zur Selbsttötung kann ebenso eine moralische Last beinhalten und mit sich bringen, der man nicht leicht entgehen kann.

Eine weitere Voraussetzung, die Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung teilen, ist, dass der Wunsch nach Hilfe freiwillig und dauerhaft sein muss. Es sollte kein Druck von Ehepartner, Familie, Freunden, Pflegepersonal herrschen, und andere Heilungs- und Pflegemöglichkeiten sollten ausgeschöpft worden und vergeblich und ohne signifikante Wirkung gewesen sein. Wie bei der Tötung auf Verlangen, wirft dies die Frage auf, wie festgestellt werden kann, dass diese Bedingungen tatsächlich gelten. Wie kann man zum Beispiel mit ausreichender Sicherheit festlegen, dass Familienmitglieder – obwohl sie die besten Absichten hegen – sich nicht auf eine Art und Weise verhalten, die beim Patienten ein Gefühl des Drucks und der Beeinflussung erzeugt, oder in eine bestimmte Richtung bezüglich seines Lebensendes gelenkt zu werden?

Allerdings scheint sich die Beihilfe zur Selbsttötung in anderer Hinsicht von Tötung auf Verlangen zu unterscheiden. In Fällen der Suizidbeihilfe wird die Handlung, die zum Tod führt, vom Patienten selbst ausgeführt, während sie bei Tötung auf Verlangen von einer anderen Person ausgeführt wird. Es ist wahrscheinlich dieser Unterschied, der einige Rechtssysteme (wie in der Schweiz, oder in den US-Staaten Oregon und Washington) dazu geführt hat, Beihilfe zur Selbsttötung zu gestatten, Tötung

auf Verlangen jedoch gesetzlich zu verbieten. Der Unterschied, dass der „Zuschauer“ lediglich die notwendigen Mittel zur Beendigung des Lebens bereitstellt und die betroffene Person diese Mittel selbst benutzen muss, um ihr Leben zu beenden, hat einige zu der Behauptung geführt, dass Beihilfe zur Selbsttötung eine wahrhaft autonome Handlung sei, während nicht immer festgestellt werden kann, ob dies bei Tötung auf Verlangen wirklich so ist. Ein solcher Ansatz, wird behauptet, spricht für die Billigung von Beihilfe zur Selbsttötung, ohne notwendigerweise die Tötung auf Verlangen zu billigen. Obwohl der Unterschied zwischen der Bereitstellung notwendiger Mittel für eine Person, um ihr Leben zu beenden, und der tatsächlichen Beendigung des Lebens dieser Person durch einen direkten und willentlichen Akt in der Theorie sehr klar scheint, können die Grenzen im echten Leben verschwommener sein. Ein tödliches Medikament zu verschreiben, das Medikament wirklich in der Apotheke abzuholen, es vielleicht in geeigneter Weise auf den Nachttisch zu stellen, den Deckel abzunehmen und die Pillen dem Patienten auszuhändigen, oder dem Patienten die Pillen tatsächlich in den Mund zu legen, damit er sie aktiv schlucken kann, anstatt sie auszuspucken, das alles sind Formen der Bereitstellung notwendiger Mittel, auf die eine Handlung des Patienten folgen muss, um das Leben zu beenden. Und doch scheinen dies sehr unterschiedliche Formen der Einbeziehung im Sinne von aktivem Eingreifen und Teilnahme beim Ende des Patienten zu sein, von denen sich einige offenkundig sehr stark der Tötung auf Verlangen annähern.

8.3 Ein moralisches Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung?

Daher gelten einige der Einwände gegen die Rechtfertigung von Tötung auf Verlangen auf Grundlage von Autonomie und Wohltätigkeit/Benefizienz auch für die Beihilfe zur Selbsttötung.

tung. Erstens können autonome Entscheidungen zum Erhalt einer bestimmten Form von Unterstützung oder Dienstleistung (und auch einfach die Verweigerung einer Intervention) auch im Fall der Beihilfe zur Selbsttötung durch die Situation von Qual, Schmerz und Angst des Patienten überschattet und verschleiert sein. Obwohl nicht unmöglich, ist eine gutüberlegte, autonome Entscheidung, die nicht durch die Umstände der Situation, die den Wunsch auslöst, irreführt oder verzerrt ist, in der Praxis schwer festzustellen. Die Verteidiger der Beihilfe zur Selbsttötung erklären natürlich, dass sie auf jene Fälle beschränkt werden muss und tatsächlich werden kann, in denen der Wunsch nach Unterstützung aus einer wohlüberlegten Entscheidung erfolgt, ungehindert durch psychische Erkrankung oder Diagnosen. Im Schweizer Kontext wird davon ausgegangen, dass es durch eine Praxis gewährleistet wird, bei der die assistierende Person normalerweise ausführlich die Konsequenzen der Einnahme des Barbiturats für den Patienten erklärt. Doch es gibt auch Kritik an der derzeitigen Praxis, inklusive der Fürsorge und psychologischen Qualität der Beratung und Unterstützung, die von Organisationen wie EXIT und DIGNITAS jenen geboten wird, die sich das Leben nehmen wollen.

Zweitens werden Autonomie und autonome Entscheidungen, die die Beihilfe zur Selbsttötung ebenso wie die Tötung auf Verlangen betreffen, leicht geformt und beeinflusst von Wertkontexten, Ansichten über würdevolles und würdiges Leben, soziale und kulturelle Muster bezüglich der Frage, wie ein schwerkrankes und sterbendes Leben Würde und Wert behalten kann oder nicht. Wünsche nach Unterstützung bei der Beendigung des Lebens entstehen bekanntermaßen aus der Bewertung einer Reihe von Faktoren des Patienten, die er als zentral für das Erleben von Lebensqualität erachtet. Diese Faktoren sind nur in begrenztem Ausmaß physische Determinanten. Andere Dimensionen, wie die relationale, die psychologische, die exis-

tentielle und die spirituelle Dimension, sind wahrscheinlich ebenso bedeutend. Doch solche Faktoren sind empfänglich für andere Formen der Reaktion und Begleitung als nur die Unterstützung bei der Beendigung des Lebens. Drittens, wie ausführlich in Bezug zur Tötung auf Verlangen erörtert wurde (siehe oben), unterscheidet sich eine christliche Sicht der Freiheit von einer Autonomie, die mit Selbstbestimmung und freiem Planen und Lenken des eigenen Lebens gleichgesetzt wird. Ihr Wesen besteht im Empfang des Lebens, das zu Gottes Ebenbild erschaffen und durch den Glauben gerechtfertigt ist, und darin, auf dieser Basis zu verantwortungsvoller Sorge um Gottes gütiges Geschenk aufgerufen zu sein. Obwohl assistierte Selbsttötung unbesehen wie eine authentischere und unbestreitbarere autonome Handlung erscheint, kann eine christliche Auffassung von Freiheit für die Beihilfe zur Selbsttötung kaum mehr als Rechtfertigung dienen als für Tötung auf Verlangen.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der manchmal von jenen angeführt wird, die den Zugang zu Beihilfe zur Selbsttötung verteidigen, ist dass sie Ärzte weniger belastet als eine Tötung auf Verlangen. In Fällen von Beihilfe zur Selbsttötung kann die Person, die die notwendigen Mittel zur Verfügung stellt (wie beispielsweise tödliche Medikamente, die vom Patienten eingenommen werden), danach weggehen (was nicht bedeutet, dass er oder sie dies unbedingt tut), da die Handlung der Lebensbeendigung selbst allein vom Patienten ausgeführt wird. Es befreit den Arzt von der schweren Last, derjenige zu sein, der die Handlung ausführt, die direkt das Leben des Patienten beendet. Dies mag wohl der Fall sein, doch statt ein Argument für Beihilfe zur Selbsttötung darzustellen, illustriert es eher, welche ein Ausmaß an Verlassenheit der kranken Person, die leidet, verzweifelt ist und keinen anderen Ausweg sieht, als ihr Leben zu beenden, damit verbunden ist. Mitgefühl und Fürsorge erfordern gerade, dass eine Person nicht allein gelassen wird mit der schreckli-

chen Entscheidung, ihr Leben zu beenden oder nicht, wobei die wirksamen Mittel hierfür womöglich auf dem Nachttisch bereitstehen. Obwohl Beihilfe zur Selbsttötung gewiss auf verschiedene Arten durchgeführt werden und die Anwesenheit Angehöriger zum Trost und zur Begleitung beinhalten kann, scheint das Argument, dass assistierte Selbsttötung eine wirklich autonome Handlung sei, vorauszusetzen, dass sie einsam und völlig selbständig ausgeführt wird, ungestört, aber auch ohne Begleitung von anderen. Und dies kann niemals sein, was eine christliche Vision von Mitgefühl und Fürsorge für die Kranken und Sterbenden gestattet, geschweige denn von uns verlangt zu tun.

Ob es ein moralisches Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung geben könnte oder nicht, kann nicht von der ethischen Einschätzung von Selbsttötung an sich getrennt werden. Selbsttötung ist in den meisten Fällen bekanntermaßen das tragische Ergebnis psychiatrischer Zustände oder Erkrankungen, wie beispielsweise schwere Depressionen, und ist als solche nicht in erster Linie ein Gegenstand ethischen oder moralischen Urteils. Menschen, die versuchen, ihr eigenes Leben zu beenden oder damit tatsächlich erfolgreich sind, sollte nicht mit moralischer Beurteilung, geschweige denn Verdammung oder Schuldzuweisung begegnet werden, sondern stattdessen mit Fürsorge, Mitgefühl und Trost, oder mit Trauer und Bedauern, dass keine angebrachte Hilfe für sie vor ihrem Tod geleistet wurde. Wir können mit Bonhoeffer sagen, dass es eine Grenzsituation ist, die keine Bewertung oder Verurteilung durch andere zulässt.

Nichtsdestoweniger besteht breiter Konsens, dass die Bibel und wesentliche Elemente der christlichen Moraltradition, wie die Idee der unabdingbaren Würde jedes Menschen als Ebenbild Gottes, kein Recht auf Selbsttötung begründen oder erzeugen. Insbesondere sind Selbsttötung und die Bedingungen, die dorthin führen, kein moralisch neutraler Bereich, im Sinne, dass es

Dritten freisteht, jemandem bei einem Selbsttötungsversuch zu helfen. Wie bereits anderswo in diesem Text unterstrichen, bedeutet ein christliches Freiheitsverständnis Verantwortung für das empfangene Leben, nicht unumschränkte Verfügungsgewalt, Selbstbestimmung oder Eigentum an diesem Leben. Wenn jemand aus Verzweiflung oder Depression die Selbsttötung in Erwägung zieht, hat das Umfeld die Verantwortung, diese Entscheidung nicht zu bekräftigen oder zu billigen, sondern vielmehr Leben zu schützen und dem Leidenden Trost und Zuwendung anzubieten.

Das gilt auch für Bewertungen von Beihilfe zur Selbsttötung. Auch wenn die Helfer selbst nicht den Tod verursachen, unterstützen sie aktiv die Intention der betreffenden Person, Selbstmord zu begehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen, was im Prinzip im Widerspruch zur christlichen Einstellung steht, nach der Leben geschützt und erhalten werden muss. Unser Ziel ist es im Prinzip, andere zum Leben zu ermutigen, sie zu unterstützen und, wenn möglich, von der Selbsttötung zurückzuhalten. Allerdings hat niemand das Recht, jemanden zu verurteilen, der wegen eines irreversibel schlechter werdenden medizinischen Zustandes und der damit verbundenen Qual und dem Leid, seine oder ihre Situation im Leben nicht länger als sinnvoll sehen kann und nicht länger die Kraft oder den Willen hat, das Leben fortzusetzen.

Gleichzeitig sollten es die Kirchen vermeiden, diese schwierigen und tragischen Situationen als eine Wahl auszulegen zwischen der Komplizenschaft bei der Selbsttötung und dem Verlassen des Patienten, der nach langer Rücksprache und Einschätzung seiner Situation entschlossen ist, bei seiner Entscheidung für die Selbsttötung zu bleiben. Dies ist besonders in Kontexten eine Herausforderung, in denen die Beihilfe zur Selbsttötung legalisiert wurde und überwältigenden Rückhalt in der

Bevölkerung genießt. In solchen Kontexten können die Kirchen nicht einfach ihre Verantwortung durch die Verurteilung einer Praxis ablegen. Sie müssen auch Wege finden, ihrer Berufung unter Gegebenheiten treu zu bleiben, in denen ein großer Anteil der Bevölkerung den Zugang zu Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen unterstützt.

Patienten, die aus einer wohlüberlegten und dauerhaften Gewissensentscheidung heraus ihre Selbsttötung vorbereiten, möglicherweise qualvollen Schmerz, Leiden, Angst, Not und Einsamkeit durchleben, sollten gewiss nicht von ihrer christlichen Gemeinschaft verlassen werden. Es ist ein wahrer Ausdruck der christlichen Berufung Fürsorge und Mitgefühl zu zeigen für jene, die leiden, dass die Diakone, Seelsorger und Freiwilligen unserer Gemeinden einer schwerkranken und verzweifelten Person weiter beistehen und sie mit dem tröstenden Wort Gottes, Seelsorge und Gebeten begleiten und betreuen, auch wenn sie einen Pfad eingeschlagen hat, den Kirchen nicht als ethisch ideal und gut ansehen mögen. Weiter bei dieser Person zu bleiben, sollte nicht ethisch als Beihilfe zur Selbsttötung verworfen werden, sondern stattdessen als Zeichen christlichen Mitgefühls für einen Bruder oder eine Schwester gesehen werden, der oder die in einem Zustand tiefer Agonie und Leidens ist und keinen anderen Ausweg sehen kann.

8.4 Ein gesetzliches Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung?

Ein positives Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung kann weder ethisch noch rechtlich aus der Entkriminalisierung von Selbsttötung oder versuchter Selbsttötung bzw. der möglichen Entkriminalisierung von Beihilfe zur Selbsttötung abgeleitet werden. Rechtliche Bestimmungen, die die Beihilfe zur Selbsttötung zu einer strafbaren Handlung machen, versto-

ßen folglich nicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention.

Der Urteilsspruch des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte im Fall von Diane Pretty im Frühling 2002 ist hier relevant. Frau Pretty wollte, dass der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte gewährleistet, dass ihr Ehemann nicht strafverfolgt würde, wenn er ihre Selbsttötung unterstützte, was prinzipiell in Großbritannien eine Straftat ist. Die Klägerin war wegen ihrer Erkrankung (amyotrophe Lateralsklerose) nicht länger physisch in der Lage, sich selbst zu töten, und argumentierte, sie sei im Vergleich zu jenen benachteiligt, die sich noch selbst umbringen könnten. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte verfügte jedoch, dass das Recht auf Leben (Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention) und das Recht auf Schutz der Privatsphäre (Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonventionen) nicht das Recht auf Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen einschließt. Andernfalls hätte argumentiert werden müssen, dass Patienten, die nicht länger in der Lage sind, sich selbst zu töten, ein Vorteil vorenthalten werde.

Wie dem auch sei, so hat dies gezeigt, dass kein positives Recht auf Selbsttötung und daher kein Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung aus der möglichen Entkriminalisierung der Selbsttötung abgeleitet werden kann (vgl. oben 2.3 für eine genauere Analyse der rechtlichen Situation bezüglich Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung).

8.5 Beihilfe zur Selbsttötung: Fazit

Wie bei Tötung auf Verlangen, stellt sich die Frage von Beihilfe zur Selbsttötung üblicherweise in tragischen Situationen, in denen Patienten schreckliches Leiden und Elend nicht nur physisch, sondern auch psychisch, existentiell und spirituell durch-

leben müssen. Dieser tragische Kontext, der implizieren mag, dass moralische Anliegen auf dem Spiel stehen, die niemals vollständig beachtet werden können, sollte niemals ignoriert werden.

Beihilfe zur Selbsttötung entspricht nicht der Tötung auf Verlangen. Die Person, die bei der Selbsttötung mithilft, ist am Tod des Patienten auf andere Weise beteiligt, nicht durch die vorsätzliche und direkte Beendigung des Lebens von jemandem, sondern durch die Beschaffung der notwendigen Mittel, damit der Patient sein Leben beenden kann. In der Praxis kann die Linie zwischen beidem allerdings nicht so fest umrissen sein. Wir glauben daher auch, dass mehrere der zuvor besprochenen Einwände gegen die Tötung auf Verlangen ebenso die Beihilfe zur Selbsttötung betreffen. Die Probleme, die mit der Anwendung von Autonomie und autonomer Entscheidungsfindung als vermeintliche Gründe zur Befürwortung von Tötung auf Verlangen verbunden sind, sind bei der Beihilfe zur Selbsttötung dieselben. Obwohl sie formal im reinen Sinne eine autonome Handlung ist, die vom Patienten selbst ausgeführt wird, bleibt es zudem ein schweres Problem und eine Herausforderung, dass die Beihilfe zur Selbsttötung, wie die Tötung auf Verlangen, dazu neigt, mit dem Verlassen des Patienten verbunden zu sein, wo stattdessen Trost, Gemeinschaft und Fürsorge verlangt sind. An diesem Punkt kommt es wesentlich darauf an, dass Kirchen und Gemeinden – unabhängig von jeglicher ethischer Bewertung dieser Frage – niemanden in Kontexten verlassen, wo Beihilfe zur Selbsttötung legalisiert worden ist und regelmäßig durchgeführt wird, sondern dass sie fortfahren den Patienten zu begleiten, zu ermutigen und zu unterstützen, auch wenn es die feste Entscheidung des Patienten ist, die unterstützte Selbsttötung zu Ende zu führen. Die dienende Anwesenheit von Gemeindemitarbeitern und Ehrenamtlichen mit Seelsorge, dem Wort Gottes und Gebeten sollte nicht als Mittäterschaft bei der

Selbsttötung abgelehnt werden, sondern viel mehr unterstützt werden, als eine Weise, der Berufung von Kirche und Christen gerecht zu werden.

Zu erkennen, dass Beihilfe zur Selbsttötung nicht nur eine Komponente der Mithilfe beim Tod einer anderen Person, sondern auch eine Komponente der Selbsttötung einschließt, erfordert, dass das Problem von Selbsttötung an sich berücksichtigt wird. Unter Beachtung, dass Selbsttötung normalerweise aus schwerem seelischen Leid und schwerer Depression erfolgt, ist gewiss nicht zuvörderst eine moralische Bewertung verlangt. Wenn wir mit dem Problem der Beihilfe zur Selbsttötung konfrontiert werden, ist es wichtig zu beachten, wie der Gedanke von Freiheit und Verantwortung innerhalb christlicher Ethik und einer evangelischen Tradition nicht die Alleinherrschaft über das eigene Leben auf eine Weise einschließt, die die Wahl toleriert, das eigene Leben zu beenden. Es gibt auch kein gesetzliches Recht auf Selbsttötung oder einen Anspruch, dass andere die Verhinderung einer versuchten Selbsttötung unterlassen sollten, geschweige denn irgendetwas, dass es jemandem erlaubt, die notwendigen Mittel hierfür bereitzustellen.

Deshalb sind diese Unterschiede, die es offensichtlich zwischen Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen gibt, nicht derart, dass sie die Einwände gegen die Tötung auf Verlangen in Bezug auf Beihilfe zur Selbsttötung zerstreuen. Wir finden im Gegenteil, dass die oben dargestellten Hauptargumente gegen die Tötung auf Verlangen gleichfalls für Beihilfe zur Selbsttötung gelten. Ein leidender und sich quälender Patient, der sich dem Lebensende mit all dem physischen, seelischen, existentiellen und spirituellen Schmerz, den dies mit sich bringen mag, gegenüber sieht, sollte nicht allein gelassen werden, sondern viel mehr die Möglichkeit zu Begleitung und Trost der christlichen Gemeinschaft, zu der er gehört, erhalten.

9 Fazit

Die Fragen von Leben und Tod, die dieses Dokument behandelt hat, berühren die tiefsten Belange der menschlichen Existenz. Patienten, die mit der Akzeptanz ihrer schwierigen Situation ringen, sind sich völlig bewusst, dass es keine einfache Antwort gibt. Verwandte, die ihre Angehörigen leiden sehen, sind hin und her gerissen zwischen dem Wunsch nach einem Ende ihres Leidens durch den Tod und der Hoffnung auf ein fortgesetztes Leben mit ihnen. Ärzte die finale Entscheidungen über Leben und Tod treffen müssen, spüren die Last dieser Verantwortung.

Die in diesen Situationen erforderliche Sensibilität konfrontiert uns mit schwierigen Entscheidungen. Sie können nicht getroffen werden, indem man sich auf einen gegebenen Katalog moralischer Werte mit einer vordefinierten Hierarchie der Anwendung solcher Werte bezieht. Ihnen muss mit einem empathischen Zugang begegnet werden, wie er im Leben Jesu gezeigt wird. Die evangelischen Kirchen in Europa sind sich der vielen Dimensionen moralischer Belange und Urteile in Fragen von Leben und Tod bewusst. Solch ein Bewusstsein sollte nicht mit einer relativistischen oder rein situationsbezogenen Betrachtungsweise verwechselt werden. Wie dieses Dokument gezeigt hat, spiegelt sich in menschlichen Entscheidungen über Leben und Tod, die gründlich auf der Grundlage biblischer Tradition und menschlichen Verstandes überlegt werden, der klare Auftrag, das vom Schöpfer stammende Geschenk des Lebens zu feiern und zu verteidigen. Dies schließt ein, eine Existenz in Würde und Erfüllung für jeden anzustreben und jenen beizustehen, die gravierende Erfahrungen des Leidens durchleben. Moralische Entscheidungen, welche die Achtung vor dem Leben untergraben, sind mit dem christlichen Glauben unvereinbar.

Während die Entscheidung über die spezifische Art, auf die so eine Würdigung des Lebens gepflegt werden kann, die spezifischen Umstände jedes Falles beachten muss, gibt es einen unbestreitbaren Auftrag für den christlichen Glauben, sich in der Praxis der Fürsorge für jeden Menschen zu engagieren. Über Entscheidungen über Leben und Tod hinaus, tun Christen alles, um menschliches Leiden zu erleichtern und für jene da zu sein, die in der letzten Phase ihres Lebens mit Schmerz und Verzweiflung kämpfen. Ärzte und Pfleger unternehmen jede Anstrengung, um Schmerz durch Palliative Care zu lindern. Verwandte und Freunde nehmen sich die Zeit, um bei den Betroffenen zu sein. Seelsorger verstehen die Notwendigkeit, Sterbenskranke zu begleiten, als zentrale Dimension ihres Amtes.

Sich um Menschen zu kümmern und spirituellen Trost anzubieten, ist wesentlicher Bestandteil des „Kircheseins“. Das schließt eine klare Aufgabe der Kirchen in der Zivilgesellschaft mit ein. Sie sind aufgerufen, Protest zu äußern, wenn rechtliche Barrieren, die das Leben schützen, niedergerissen werden. Sie sind aufgerufen, sich öffentlich für ausreichende ökonomische Ressourcen in Krankenhäusern und Hospizen einzusetzen, um jenen, die mit dem Tod ringen, die bestmögliche Pflege zu ermöglichen. Sie haben die Aufgabe, für die Schaffung einer Lebenswelt in der Gesellschaft einzutreten, die ein erfülltes Leben für jedes Mitglied der Gesellschaft fördert, einschließlich derer, die dem Tode nahe sind.

Übersetzung: Tobias Körtner

Literatur

Chochinov, H. M., Tataryn, D., Dudgeon, D. et al. 1999: Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354:816-819.

Council of Europe 1999: Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying.

Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Strasbourg, 25.6.1999.

Council of Europe 2003: Euthanasia. Document 9898 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 10.9.2003.

Council of Europe 2003a: Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights. Document 9923 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 23.9.2003.

Council of Europe 2003b: Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.

Council of Europe 2009: Palliative care: a model for innovative health and social policies. Resolution 1649 (2009) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 28.1.2009.

European Association for Palliative Care. Definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>100

Glover, Jonathan. 1977: *Causing Death and Saving Lives*. London: Penguin Books.

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa. 2007: Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf Entscheidungsfindung in ethischen Fragen. Leuenberger Texte 10. Hg.v. Michael Bünker, Martin Friedrich. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Helsedirektoratet. 2008. Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Helsedirektoratet [Norwegian Directorate of Health].

Johansen et al. 2005: Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. Palliative Medicine. 19: 454-460.

Johannes Paul II. 2004: Ansprache an die Teilnehmer des Internationalen Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“, URL: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_ge.html [28.6.2011]

Keown, John. 2002: Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation. Cambridge: Cambridge U.P.

Leuenberger Kirchengemeinschaft. 1997: Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung. Leuenberger Texte 3. Hg.v. Wilhelm Hüffmeier. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. 2007. Evaluation – Summary. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Hague101

World Health Organisation 2007:

World Health Organisation. Palliative care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [09.10.2008]

GEKE-Fachkreis für ethische Fragen

Mitglieder

Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Bamberg

Laura Casorio, Rom

Prof. Dr. Sándor Fazakas, Debrecen

Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich H.J. Körtner, Wien

Prof. Dr. Parush R. Parushew, Prag

Prof. Sergio Rostagno, Pinerolo

Prof. Dr. theol. Ulla Schmidt, Oslo

Prof. Dr. Jurjen Wiersma, Brüssel

Koordination

Pfr. Dr. Dieter Heidtmann, Brüssel (bis 2010)

Pfr. Prof. Dr. Martin Friedrich, Wien (2010/11)

Pfr. Frank-Dieter Fischbach, Brüssel

Teilnehmende Experten

Prof. Dr. Theo A. Boer, Utrecht

PD Dr. Frank Mathwig, Bern

Prof. Dr. Stefanie Schardien, Hildesheim

Viele evangelische Kirchen haben sich in den letzten Jahren mit den ethischen Fragen beschäftigt, die sich aus den medizinischen Möglichkeiten für lebensverlängernde Maßnahmen ergeben. Besondere Aufmerksamkeit wird hierbei der Frage der eigenen Entscheidung über das Ende des Lebens gewidmet. Sich gegenseitig ausschließende evangelische Positionen zu dieser Frage wären jedoch kein befriedigender Beitrag zur gesellschaftlichen Debatte.

Die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa GEKE hat deshalb diese Frage aufgegriffen und unter der Leitung des Fachkreises für ethische Fragen die einzelnen Grundsatzpapiere aus dem ökumenischen Kontext gesichtet. Die resultierende Orientierungshilfe wurde im Februar 2011 auf einer Expertenkonsultation diskutiert und überarbeitet.

Die GEKE legt der Öffentlichkeit nun dieses Ergebnis als einen evangelischen Beitrag in der Diskussion um einen angemessenen Umgang mit dem Lebensende vor. Die Ergebnisse können die Grundlage für einen gemeinsamen evangelischen Weg auf europäischer Ebene bieten. Die Orientierungshilfe ist als Ermutigung für die Kirchen gedacht, weiter daran zu arbeiten, die Probleme in ihren jeweiligen Kontexten anzusprechen.