

Ethik am Lebensende aus theologischer Sicht

*Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe „Ethik am Lebensende“ der Hospiz Stiftung
Niedersachsen am 4. September 2012 im Theologischen Zentrum zu Braunschweig*

Meine sehr verehrten Damen und Herrn,

im Jahr 2004 hat der Braunschweiger Ulrich Koch beim Bundesinstitut für Arzneimittel ein tödliches Medikament für seine querschnittsgelähmte Frau Bettina beantragt. Ihr Geschick war grausam. Weil ihr das Medikament verweigert wurde, fuhr das Paar in die Schweiz. Dort verhalf der Sterbehilfe-Verein Dignitas Bettina Koch 2005 zum Freitod. Der Witwer hatte nach dem Freitod seiner Frau vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) Beschwerde eingelegt, weil das Bundesamt für Arzneimittel den Antrag seiner damals schwer kranken Frau auf einen tödlichen Medikamentenmix abgelehnt hatte. Der EGMR ließ zwar in seinem Urteil vom 19.7.2012 die Frage nach dem Recht auf Sterbehilfe unbeantwortet, wies aber die Gerichte an, den Fall nochmals zu prüfen. Das Urteil rief ganz unterschiedliche Reaktionen hervor. Während die Bundesärztekammer es begrüßte, dass der EGMR "die in Deutschland gültigen Regelungen zum assistierten Suizid unangetastet" ließ, kritisierte die umstrittene Sterbehilfeorganisation "Dignitas", dass der Gerichtshof "zu konkreten Fragen der Beihilfe zum Suizid" schweige. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) sieht keine Notwendigkeit, die Sterbehilfe in Deutschland gesetzlich zu regeln. Es gebe kein Urteil, das ein Recht auf Sterbehilfe beinhalte, sagte sie.¹

Nicht weniger dramatisch war das Schicksal des Briten Tony Nicklinson, der am sogenannten Locked-in-Syndrom litt, nach einem Schlaganfall im Jahre 2005 vom Kopf abwärts gelähmt war und sterben wollte. Die Ärzte hatten ihm das Leben gerettet, aber er hat jahrelang vor Gericht für seinen Tod gekämpft, gekämpft, dass dieses Existieren beendet werden dürfte, denn für ihn war das Existieren doch kein

¹ <http://www.ndr.de/regional/niedersachsen/harz/sterbehilfe133.html> vom 19.7.2012

Leben. Tony Nicklinson hat seinen juristischen Kampf verloren, ist aber im August diesen Jahres gestorben.

Die Frage ist gestellt, öffentlich und nicht hinter vorgehaltener Hand: „Gehört es zu den Menschenrechten, selbst zu bestimmen, wann man aus dem Leben scheiden will? Darf es der Staat erlauben, dass ein selbsttötungswilliger schwerstkranker Mensch sich die nötigen Arzneien besorgt oder dass Angehörige sie ihm verschaffen?“ Das Für und Wider aktiver Sterbehilfe wird heftig diskutiert.²

Was verstehen wir unter Sterbehilfe?

Es wird unterschieden:

1. Aktive Sterbehilfe

Sie ist die Beschleunigung des Todeseintritts auf Verlangen des Patienten durch eine strafrechtliche als „Tun“ zu qualifizierende, tatherrschaftliche Handlung einer anderen Person, aus deren subjektiver Sicht der Tod die beabsichtigte Hauptwirkung darstellt.

Bewertung:

Diese Form der Sterbehilfe ist in Deutschland verboten und strafbar.³

2. Passive Sterbehilfe

Sie ist die Herbeiführung des Todeseintritts in Folge der Nichtaufnahme oder des Abbruchs von lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen entsprechend dem Willen bzw. mutmaßlichen Willen des Patienten durch eine strafrechtlich als „Unterlassen“ zu qualifizierende Handlung einer anderen Person.

Bewertung:

Diese Form der Sterbehilfe ist in Deutschland erlaubt, ist ethisch unbedenklich und wird z. B. in Hospizen regelmäßig praktiziert (beruht auf dem im Grundgesetz verankerten Selbstbestimmungsrecht eines Menschen und der grundsätzlichen Verpflichtung jedes Arztes, keine medizinischen Maßnahmen zu ergreifen, die nicht vom Kranken genehmigt sind.)

3. Indirekte Sterbehilfe

Sie ist die Beschleunigung des Todeseintritts, z.B. durch ein starkes Schmerzmittel, entsprechend der (mutmaßlichen) Einwilligung des Patienten durch eine strafrechtlich als „Tun“ zu qualifizierende, tatherrschaftliche Handlung einer anderen Person, aus

² <http://www.idea.de/detail/thema-des-tages/artikel/menschenrechte-darf-man-ueber-den-eigenen-tod-bestimmen.html> vom 19.7.2012

³ Die nachfolgenden Bewertungen übernehme ich von Professor Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Palliativmedizin - Leiter des Deutschen Instituts für Palliative Care (DifPC), siehe: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/42016.html>

deren subjektiver Sicht der Tod nur die unbeabsichtigte Nebenwirkung der vorrangig intendierten Schmerzlinderung darstellt. Das unbeabsichtigte Töten eines Menschen als Folge einer riskanten Therapie, die der Linderung von Beschwerden dient, aber nicht die Beendigung des Lebens zum Ziel hat.

Der Unterschied zur aktiven Sterbehilfe liegt also allein in der subjektiven Einstellung des Handelnden.

Bewertung:

Diese Form der Sterbehilfe ist in Deutschland erlaubt aber ethisch problematisch. Dies liegt an dem Problem der „Absicht“: Es ist schwer, nachzuweisen, welche Absicht hinter einer Handlung steckt. Damit ist die Kontrolle über den Handelnden im Prinzip nicht möglich. Indirekte Sterbehilfe wird in Hospizen höchstens gelegentlich, nach sorgfältiger Diskussion mit dem Kranken und seiner Familie angewandt, wenn andere Formen der Beschwerdelinderung versagen.

4. Assistierter Suizid

Eine Sonderform der aktiven Sterbehilfe ist der assistierte Suizid. Dieser liegt dann vor, wenn einem sterbewilligen Menschen ein Tötungsmittel (z. B. Gift) von einem anderen zur Verfügung gestellt wird, das der Sterbewillige dann selbständig anwendet.⁴

Bewertung:

Beihilfe zum Suizid (Assistierter Suizid) ist zwar in Deutschland nicht verboten, bringt aber den „Helfer“ möglicherweise in Bedrängnis, wenn er den Lebensmüden nach Einsetzen von Bewusstlosigkeit nicht rettet. Das ärztliche Standesecht verbietet Ärzten („Garantenpflicht“) in Deutschland den assistierten Suizid.

Für die medizinethische Bewertung sind die Pointierung des Unterschieds (Intentionalität) zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe als „Herbeiführen des Todes“ und „Zulassen des Sterbens“ sowie die Wertung des zeitlichen Geschehens als „Handeln zu einem bestimmten Zeitpunkt“ und „Gestaltung des Zeitraums/eines Prozesses“ entscheidend.

Des Weiteren muss in dieser Perspektive Klarheit über die Wirksamkeit der Maßnahme und ihr Ziel angestrebt werden:

- Lebenserhaltung
- Wiederherstellung
- Verbesserung
- Lindern von Schmerz und Leid
- Verhindern einer Verschlimmerung

⁴<http://christoph-student.homepage.t-online.de/41518/42016.html>

Zugleich muss abgewogen werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Ziel erreicht wird und wie sich Ziel und die eingesetzten Mittel zueinander verhalten?

Es bleibt die Grundfrage: Sollen wir auf medizinische Möglichkeiten verzichten, wenn die beabsichtigte Lebensverlängerung zu einer belastenden Sterbeverlängerung führt? Diese steht in Spannung zur leitenden These: Bis zuletzt soll ein Leben als lebenswert und sinnvoll erfahren werden.

Die Haltung der Kirchen

Auf den Punkt bringt die entstandene Problemlage in einem Gespräch eine schwer kranke Frau, in dem sie sagte: „Ich möchte leben, aber ich möchte nicht leben müssen wenn es nichts mehr zum Leben gibt. Wenn mein Geist verwirrt, mein Körper zerstört, das, was mich zum Menschen macht, unwiederbringlich verloren ist.“

Die Bitte um Hilfe ist unüberhörbar und diese Bitte differenziert nicht zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe.

Die Haltung der Kirchen klingt dem gegenüber harsch. Am 14. April 2003 haben die beiden großen christlichen Kirchen gemeinsam erklärt, dass aktive Sterbehilfe ethisch nicht vertretbar ist. Das „gezielte Töten“ eines Menschen in seiner letzten Lebensphase dürfe auch nicht auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin erfolgen. Die Diskussion hat nach der gesetzlichen Freigabe der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und in Belgien auch in Deutschland an Brisanz gewonnen. Aus diesem Grund stellen beide Kirchen fest: „Wir wollen Mut machen, sich für eine menschenwürdige Begleitung Kranker und Sterbender einzusetzen und sich den Tendenzen zu aktiver Sterbehilfe entgegenzustellen.“ Die Tötung eines Menschen sei immer eine „Bankrotterklärung an die Menschlichkeit“ und deswegen bedeute die Alternative zur aktiven Sterbehilfe: „So viel medizinische, schmerztherapeutische, menschliche und seelsorgerliche Zuwendung wie möglich.“⁵

Die öffentliche Diskussion dagegen fordert das Recht eines jeden Menschen auf seinen eigenen Tod ein. Diese entscheidende Veränderung hat sich erst in den letzten Jahren mit der zunehmenden Postulierung der Autonomie der Persönlichkeit ergeben. Galt durchaus als Folge christlicher Glaubensüberzeugung und entsprechender Wertbildung das Leben eines Menschen als Gabe und Geschenk Gottes, letztendlich unverfügbar und dem menschlichen Verfügungsanspruch entzogen, so hat sich auch mit der Diskussion um das Problem der Stammzellforschung eine philosophisch

⁵ http://www.ekd.de/EKD-Texte/sterbebegleitung_sterbehilfe_1.html

grundierte Position ergeben, die von menschlichem Leben nur noch dann sprechen will, wenn dieses selbst bestimmt, sich seiner selbst bewusst und somit autonom ist. Mit dieser Veränderung des Bildes vom Menschen kommt - zeitgleich mit der Entwicklung medizinischer Möglichkeiten und einer deutlichen Entchristlichung unserer Welt - die bis dahin selbstverständliche Annahme von der Unverfügbarkeit des Lebens an die Grenze der Allgemeingültigkeit. Die Autonomie der Persönlichkeit wird aufgewertet und ist inzwischen wie die Menschenwürde verfassungsrechtlich verankert. Damit erfahren aber die Richtlinien moralischen Urteilens eine Veränderung.

Und ein anderes kommt hinzu: Noch ist es vielleicht eher eine Ahnung als begründetes Wissen, aber wir sollten uns als Bürger/Bürgerinnen eines Staates, der sich als Sozialstaat versteht, der Tatsache bewusst sein, dass die Frage nach menschenwürdigem Sterben, nach Sterbebegleitung, Schmerztherapie und darin eben auch der Sterbehilfe zunehmend nicht nur ein ethisches sondern auch ein sozialpolitisches und ökonomisches Problem anspricht.

Werden es unsere Sozialsysteme leisten können, allen Patienten die optimale Hilfe **im** Sterben zuteilwerden zu lassen oder laufen wir Gefahr, dass das menschenwürdige - und soweit es möglich ist - erleichterte Sterben ein Privileg derer ist, die es sich leisten können?

Vielleicht sind diese Gedanken nur eine Markierung, aber ich möchte sie mit Ausrufungszeichen versehen und unbedingt im Auge behalten.

„In Würde sterben“ – ein theologischer Ansatz

Menschen wollen in Würde sterben und zu diesem „in Würde“ gehört auch für viele die Möglichkeit, am Ende über das Ende selbstverantwortlich zu entscheiden. Und ist nicht ohnehin der Wille des Patienten Grundlage jeder Behandlung?

Hans Küng hat vor einigen Jahren mit Walter Jens u.a. genau diese Aspekte unter dem Titel „Menschenwürdig sterben“⁶ ethisch thematisiert. Seine These: „Gerade weil der Mensch Mensch ist und auch als Todkranker oder als Sterbender bis zum Ende Mensch bleibt, hat er ein Recht, nicht nur auf ein menschenwürdiges Leben, sondern auch auf ein menschenwürdiges Abschiednehmen und Sterben.“⁷ Mit Peter Noll stellt

⁶ Walter Jens/Hans Küng, Menschenwürdig sterben, München 1995

⁷ Küng, a.a.O., 54

er die Frage: „Warum dürfen Tiere sich einschläfern lassen, und Menschen nicht?“⁸ Für Küng ist wichtig: „Niemand soll zum Sterben gedrängt, aber auch niemand zum Leben gezwungen werden. Die Entscheidung – nicht willkürlich, sondern Gewissensentscheidung – liegt beim betroffenen leidenden Menschen (oder seinem gesetzlichen Stellvertreter oder evtl. auch Anwalt) und es ist eine Anmaßung, wenn ein anderer Mensch - und sei es der Arzt - über den Leidenden urteilen will, aber dieser seinen Zustand als unerträglich empfindet. Solche beanspruchte 'Autonomie' des Arztes schadet zunehmend dem Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient.“⁹

Es ist deutlich, dass von der Selbstverantwortlichkeit des Patienten, seiner ethischen Autonomie, her gedacht wird. Dem Einwand, dass dieser Selbstverantwortlichkeit die Grenze des Tötungsverbotes entgegenstehe, wehrt Küng ab, indem er feststellt, dass das Gebot ‚Du sollst nicht töten‘ präzise formuliert heiße: ‚Du sollst nicht morden‘. Morden geschehe aus niedriger und Absicht, wohingegen es im z.B. assistierten Suizid oder in der aktiven Sterbehilfe die Achtung vor dem freien Willen der leidenden Person, dem Geschöpf Gottes, sei, die dazu bewege, zu helfen, das Leben des Patienten in die Hände Gottes zurückzugeben. Nach Küng kann das Beenden eines Lebens auch verantwortlich geschehen, wenn es eben - wie beschrieben - an der Zeit ist.

Die Grenze des wichtigen Beitrags des Theologen Hans Küngs liegt dort, wo er ihn auch auf Demenzkranke ausdehnt (er selbst wollte nicht dermal einst als Alzheimerpatient enden, der „ohne Wissen um die eigene Identität ... als Dorftrottel durch Tübingen laufe“.¹⁰ Ein Kommentator der Frankfurter Allgemeinen Zeitung meinte denn auch: „Nicht die Beseitigung unerträglicher Schmerzen offenbart sich da als letzte Motivation, sondern der allzu menschliche Wunsch, das Leben bis zum Ende selbstbestimmt zu leben.“¹¹

Dennoch halte ich Küngs Plädoyer, für einen theologisch und christlich verantworteten Weg der Mitte einzutreten, für mutig und notwendig: „zwischen einem antireligiösen Libertinismus ohne Verantwortung (»unbeschränktes Recht auf Freitod«) und einem reaktionären Rigorismus ohne Mitleid (»Auch Unerträgliches ist als gottgegeben zu ertragen«).“ Denn, so Küng, „der allbarmherzige Gott, der dem Menschen Freiheit geschenkt und Verantwortung für sein Leben zugemutet hat, hat gerade auch dem

⁸ Küng, a.a.O., 113

⁹ Hans Küng, Sterbehilfe? Thesen zur Klärung, Erstveröffentlichung im Schwäbischen Tagblatt vom 28.4.2001

¹⁰ FAZ vom 2. Mai 2001

¹¹ FAZ vom 2. Mai 2001

sterbenden Menschen die Verantwortung und Gewissensentscheidung für die Art und Zeitpunkt seines Todes überlassen.“¹²

Theologisch-ethische Perspektive

Ich beginne mit dem Themenfeld „Selbstbestimmung-Autonomie“ des Menschen, ehe ich Anfragen vor dem Hintergrund schier ausweglosen Leides, eines Menschen formuliere.

Nach meiner Einschätzung ist das moderne Verständnis von Selbstbestimmung nicht hinreichend durchdacht. Selbstbestimmung kann nicht gedacht werden, ohne die Anhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gottes Willen zu erkennen und zu bejahen. Selbstbestimmung heißt nicht völlige Unabhängigkeit. Sie gewinnt nur im sozialen Kontext Gestalt. Die

Gesellschaft hat eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitgliedern.

Selbstbestimmung ist auf Fürsorge angewiesen. Das Leitmotiv der Hospizbewegung lautet übrigens: „Fürsorge im Respekt vor der Freiheit des Anderen“.

Aber abgesehen von der kritischen Bewertung der modernen Forderung nach Wahrung der Autonomie des Menschen – dem Recht auf seinen eigenen Tod in Würde -, bleiben Anfragen, die ich gerade wegen meiner Kenntnis schier auswegloser Leidenswege nicht mit dem üblichen Ja-Nein-Schema beantworten will, ich will sie als Grenzfälle ihrer Brisanz wegen benennen:

1. Kann man einen Menschen verurteilen, der sich in der Erfahrung, mit der eigenen Kraft am Ende zu sein, nach Erlösung sehnt?
2. Darf man Menschen, die ihm barmherzig zur Seite stehen, verurteilen?
3. Darf die Rechtsordnung einem Menschen, seinen Angehörigen, seinem Arzt verbieten, dessen Leben an Gott zurückzugeben?

¹² Küng, Menschenwürdig, 71f

Ich spreche von Grenzfällen des Lebens wie der sittlichen Beurteilung. Solche Grenzfälle entziehen sich der objektiven Normsetzung. Hier ist es ethisch zulässig, dass Menschen aus ihrer eigenen sittlichen Verantwortung entscheiden, wie sie nach bestem Gewissen meinen entscheiden zu sollen. Die ethische Urteilsbildung, die Umwelt und die Rechtsordnung sollten diese Grenzsituation respektieren und nicht mehr durch Vorschrift, Gebot, Verbot oder Strafe normieren wollen. Sicher: *das Leben steht nicht zur Disposition*. Die Verantwortung vor Gott verbietet es, selbstmächtig über das Leben zu verfügen. Aber es gibt eine Grenze jenseits derer, dass was an sich ethisch richtig ist, nur noch eine Unbarmherzigkeit darstellt. Der Grenzfall ist eine Ausnahmesituation, die die ethische Regel nicht aufhebt, sondern bestätigt. Doch der eigene Charakter der Grenzsituation verlangt ethischen Respekt.

So entschieden ich ein Gegner der aktiven Sterbehilfe bin, Fragen bleiben: Kann man in der medizinischen Praxis so genau zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterscheiden?

Betrachtet man die Medizingeschichte, so spielten bis zum ausgehenden neunzehnten Jahrhundert Fragen, ob ein Arzt ein Leben beenden oder verkürzen darf, keine wesentliche Rolle, denn es mangelte an medizinischen Entwicklungen, die geeignet waren, den Tod auf eine sichere und schmerzlose Weise herbeizuführen. Die Fortschritte der Schmerztherapie machten ein „humanes“ Sterben in diesem Sinne überhaupt erst denkbar – gleichzeitig vergrößerte sich aber auch die Grauzonen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, denn je wirksamer medizinische Maßnahmen sind, desto schwerer wiegt nicht nur ihre Anwendung, sondern auch ihre Unterlassung. Es ist ja offensichtlich, dass Mediziner über Methoden verfügen, deren Anwendung Leben und deren Nichtanwendung sofortigen Tod bedeutet.

Mir ist allerdings klar, dass diese Anfragen die Besorgnis verstärken, dass eine Aufweichung des Tötungsverbotes eintreten könnte, wenn die unbedingte Ablehnung der aktiven Hilfe zum Sterben - und sei es nur für den Grenzfall - ein wenig geöffnet wird. Es könnte damit eine Entwicklung in Gang kommen, die über die Grenzsituation hinausgreift und zu der Auffassung führt, dass der unbedingte Lebensschutz für Menschen, die von Geburt an behindert sind oder durch einen Unfall schwer behindert werden oder durch geistigen oder körperlichen Abbau im Alter angeblich „lebensunwert“ sind, infrage gestellt wird. Aus scheinbarer Barmherzigkeit werden sie noch als „Last“ für sich selbst und andere eingestuft. Dem kann die christliche Ethik nur rundweg widersprechen.

Dennoch: die Grenzsituation bleibt und das ethische Wagnis ist nicht aus der Welt zu schaffen. Es ist eine Gratwanderung. Doch unser Leben und unser Sterben sind solcher Art, dass es die eindeutigen Lösungen mitunter nicht gibt. **Die Frage ist also, ob es ethisch geboten sein kann, dass Barmherzige zu tun.**

Zuletzt:

Im Sterben soll leitend sein, was im Leben als oberste Norm gilt: Die Ausrichtung an der Würde des Menschen. Mit der Berufung auf die Personwürde – so wie Hans Küng und Walter Jens das getan haben – ist in der Medizinethik noch nicht viel Klarheit gewonnen. Die Freigabe aktiver Sterbehilfe etwa soll unheilbar Kranken ein Sterben in Würde gestatten, wie es einer menschlichen Person entspricht. Danach hieße Personsein Selbstbestimmung in Würde haben. Es wäre an aufweisbare Qualitäten wie Bewusstsein oder die Artikulation von Interessen gebunden. Komatöse wären dann zwar Menschen, aber keine Personen. Das aus dem Recht der Person auf Selbstbestimmung ableitbare Recht auf Gesundheit verlangte gegebenenfalls eben auch Hilfe zu einem Sterben in Würde. Man spräche dann von einer „Ethik des Heilens“, die solchen Anspruchsrechten Rechnung tragen will.

Die Personwürde kann jedoch auch so ausgelegt werden, dass sie nicht Selbstbestimmung, sondern Selbstverpflichtung bedeutet. Für Kant lag die Würde darin, dass der Mensch sich unbedingt verpflichten kann – auch gegen die eigenen Interessen. Ich darf keinen Menschen für meine Interessen instrumentalisieren – nicht einmal mich selbst. Ein solche „Ethik der Würde“ hat ihre Spitze darin, dass ich auch mir selbst entzogen bin und meine Würde nicht in den Griff bekomme, ich kann sie auch nicht instrumentalisieren für meine Vorstellung von humanem Sterben oder für das, was ich für meine individuelle ‘Würde’ halte.¹³ Das christliche Verständnis der Person liegt näher bei der zweiten Auffassung. „Theologisch konstituiert die Anerkennung des Menschen durch Gott den Menschen als Person“, haben die evangelischen und die römisch-katholischen Kirchen 1989 gemeinsam formuliert.¹⁴ Die Evangelische Kirche in Deutschland hat es in einer Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen noch einmal bekräftigt: „Nach christlichem Verständnis gründet [...] das Personsein nicht in Eigenschaften und Fähigkeiten, sondern in einem Anerkennungsverhältnis. Der Mensch verdankt sein Sein als Person

¹³ Dietmar Mieth, Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik, Freiburg-Basel-Wien 2002, 483f; vgl. 31. 108

¹⁴ Gott ist ein Freund des Lebens, Hannover 1989, 42, in: <http://www.ekd.de/EKD-Texte/44678.html>

der vorbehaltlosen Anerkennung durch Gott, die zur wechselseitigen Anerkennung der Menschen untereinander verpflichtet“.¹⁵

Mein vorsichtiger Versuch einer ethischen Bewertung

1. Nach christlicher Überzeugung ist das Leben eine Gabe Gottes, das sich der Mensch nicht selber geben und nehmen kann und darf.
2. Der Mensch wird durch eine unheilbare Krankheit, durch Demenz oder definitive Bewusstlosigkeit nicht zu einer "Nicht-Person". Er bleibt Geschöpf Gottes, Ebenbild Gottes.
3. Bleiben Menschen bis zum Ende Mensch, haben sie ein Recht auf ein menschenwürdiges Abschiednehmen und Sterben.
4. Menschenwürdiges Sterben bedeutet, dass Menschen Menschen begleiten. Sterbehilfe ist als ultimative Lebenshilfe zu verstehen.
5. Der christliche Glaube nimmt Leid und Krankheit ernst, indem er schon hier und jetzt im Sinne Jesu das Übel und Leid in dieser Welt bekämpft und alles dafür tut, es zu mindern.
6. Ein Wesensmerkmal und Erkennungszeichen der christlichen Gemeinde ist, dass sie die Alten, die Witwen, die Waisen, die Kranken in ihrer Mitte aufnimmt und ihnen Hilfe und Unterstützung zukommen lässt (Apostelgeschichte 6,1 Folgende). Hier liegt der Kern der Hospiz- und der Diakonieidee.
7. Es ist die Frage nach dem Sinn des Leidens weiterhin zu thematisieren.
8. Darum heißt für mich die Antwort auf die Frage „Sterbehilfe – Ja oder nein?“: Es geht vorrangig darum, die palliative Medizin auszubauen, die Hospizbewegung zu unterstützen, freiwillige Hospizhelferinnen und –helfer in unseren Gemeinden auszubilden, die vor Ort in den Krankenzimmern präsent sind und schon jetzt

¹⁵ Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD (1. Aug. 2002), EKD-Texte 71, 17f

die Kunst des Sterbens, die „Ars moriendi“ zu lernen. Diese ist getragen von dem Jesajawort: „Fürchte dich nicht, denn ich habe dich erlöst, ich habe dich bei deinem Namen gerufen, du bist mein.“ (43, 1)