

Lorenzer Kommentargottesdienste  
zu Ereignissen der Zeit

---

**Sonntag, 18. Juli 2010, 11.30 Uhr**  
St. Lorenzkirche – Nürnberg

***Grundsatzurteil zur  
Sterbehilfe -  
hilft uns das weiter?***

Kommentare:

**Prof. Dr. Frank Erbguth**

*Klinikum Nürnberg - Neurologie*

**Diakon Bertram Linsenmeyer**

*Ethikberater - Klinikseelsorger Klinikum Nürnberg-Süd*

Theologischer Kommentar und Leitung:

**Dekan Wolfgang Butz**

*Nürnberg - St. Peter*

Der Bundesgerichtshof hat im Urteil vom 25. Juni 2010 (Az.: 2 StR 454/09) festgestellt, dass die Unterscheidung zwischen der **straflosen** Sterbehilfe und dem **strafbaren** Töten eines Patienten sich nicht nur an den Äußerlichkeiten von Tun oder Unterlassen orientieren kann.

Das werde dem sachlichen Unterschied nicht gerecht, der besteht zwischen einer Tötung **einerseits** und Verhaltensweisen **andererseits**, die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf lassen.

Das Durchtrennen des Nahrungsschlauches einer seit Jahren im Wachkoma liegenden Frau war nicht strafbar. Die Frau hatte früher ihren Willen geäußert, nicht mehr künstlich ernährt zu werden, wenn keine Heilungsmöglichkeit mehr bestehe.

Dieser Patientenwille – wenn auch nur mündlich und vor längerer Zeit geäußert – durfte und musste nach dem Urteil respektiert werden:

Die einschlägigen Vorschriften finden sich seit 2009 im BGB:

**§ 1901a Patientenverfügung** (1) 1Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

2Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

3Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) 1Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. 2Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. 3Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) 1Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) 1Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. 2Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) 1Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

**§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens** (1) 1Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. 2Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung. (2) 1Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist. (3) 1Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

**§ 1901c Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht** 1Wer ein Schriftstück besitzt, in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat, hat es unverzüglich an das Betreuungsgericht abzuliefern, nachdem er von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers

Kenntnis erlangt hat. 2Ebenso hat der Besitzer das Betreuungsgericht über Schriftstücke, in denen der Betroffene eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, zu unterrichten. 3Das Betreuungsgericht kann die Vorlage einer Abschrift verlangen.

## **Kommentar von Prof. Dr. Frank Erbguth:**

Liebe Gemeinde, ich begründe Ihnen meine Zustimmung zu dem vorgestellten BGH-Urteil als Arzt mit ethischem Engagement, als Neurologe, der die Wachkoma-Problematik kennt - und letztlich auch als evangelischer Christ, der seine ärztliche Haltung an christlichen Wertvorstellungen orientieren möchte.

### **Hilft uns das besagte Urteil also weiter? Ich sage dreimal „Ja“**

1. Ja- weil es das Selbstbestimmungsrecht des Patienten unterstreicht
2. Ja – weil es Rechtssicherheit schafft.
3. Ja – weil es Rahmenbedingungen ermöglicht für medizinisch angemessenes Handeln und dadurch eher lebensfördernd wirkt als – wie oft behauptet – lebensfeindlich!

Ich könnte dann auch ein „kleines Nein“ sehen, wenn man von dem Urteil erwarten würde, dass es alle Feinheiten und Eventualitäten im intimen und komplexen Kontext des Sterbens regeln sollte. Das kann weder ein Urteil noch ein Gesetz und sie sollen es auch nicht. Auch kann man Irrtümer und Missbräuche in der Umsetzung nie völlig ausschließen. Das ändert aber nichts am grundsätzlich positiven Wert dieser klärenden Entscheidung des BGH.

### **Zur Begründung meines ersten „Ja“: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird gestärkt.**

Jeder ärztliche Eingriff stellt rechtlich und ethisch betrachtet eine „Körperverletzung“ dar – es sei denn

- (1) der Eingriff ist medizinisch indiziert - und falls dies zutrifft
- (2) ihm wird vom Patienten zugestimmt.

Damit darf ein einwilligungsfähiger Patient selbst einen eindeutig lebensrettenden Eingriff ablehnen, auch wenn dies dem Arzt, der das Wohl des Patienten im Auge hat, unsinnig erscheint. Das kann im Einzelfall schwer zu verstehen und zu akzeptieren sein, denken Sie z.B. an die Ablehnung der lebensrettenden Blutkonserven durch Zeugen Jehovas. Wie sieht es aber aus, wenn bei schwerer Krankheit nicht mehr selbst einwilligen kann: hier möchten viele Menschen vorausbestimmen, was mit ihnen geschehen soll, weil sie Angst haben, ihre Selbstbestimmung zu verlieren und einer von ihnen nicht mehr kontrollierbaren Medizin ausgeliefert zu sein. Auch wenn ich diese Sorge für oft ziemlich übertrieben und klischeehaft halte, wenn etwa gesagt wird, dass Menschen zwischen Schläuchen und Maschinen auf unseren Intensivstationen gequält würden, so muss ich doch zur Kenntnis nehmen, dass die Menschen unserer Medizin misstrauen, dass sie ihr das notwendige Augenmaß nicht

zutrauen. Deshalb wollen Menschen eine *begrenzende* Patientenverfügung schreiben – obwohl man angesichts der aktuellen Diskussionen um Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen eher an eine *einfordernde* Verfügung denken müsste, weil man Angst haben müsste, zu wenig Medizin zu bekommen. Es dominiert die Angst vor zuviel Medizin. Hatten die Menschen im 18. Jahrhundert Angst vorm Scheintod – so haben sie heute Angst vor einem Scheinleben.

Eines ist auch klar: Da keiner von uns so genau weiß, wie es einem in einer solchen Krankheitssituation wirklich geht, läßt man sich bei einer therapiebegrenzenden Verfügung immer das Risiko eines Irrtums auf. Aber das ist der Preis der Wahrnehmung der Autonomie im Voraus. Wenn man nichts geschrieben hat, wie im BGH-Fall, müssen Arzt und Betreuer den mutmaßlichen Willen rekonstruieren, wie es im BGH-Fall auch geschehen ist. Das ist dann zwar schwieriger als wenn etwas Schriftliches vorliegt, aber es ist nicht in Ordnung, wenn die Kritiker des Urteils allen betreuenden Angehörigen per Generalverdacht erbschleicherische oder sonstige eigennützige Motive unterstellen.

Das BGH-Urteil macht klar, dass der Wille eines Patienten für die Phase der Nicht-Einwilligungsfähigkeit verbindlich zu beachten ist. Damit wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gestärkt – eine Pflicht zur vorauseilenden Festlegung besteht indes nicht.

**Zu meinem zweiten „Ja“: Das Urteil schafft mehr Rechtssicherheit,** weil es die bereits seit Jahren in Ethik und Zivilrecht geltende Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nun auch aus der strafrechtlichen Position heraus klar und eindeutig bestätigt hat. Das Urteil hat letztlich also gar nichts grundsätzlich Neues festgestellt. Und es ist eben gerade nicht so, wie einige Kommentatoren schreiben, dass das Urteil die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe durchlöchert hätte. Töten bleibt als sogenannte aktive Sterbehilfe verboten – Sterbenlassen ist erlaubt, auch wenn dies durch Abbruch einer Therapie – notfalls durch aktives Handeln geschieht.

Dass die künstliche Ernährung eines Wachkoma-Patienten abgebrochen werden kann, wenn dies seinem zuvor geäußerten Willen entspricht, hat der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshof bereits vor 16 Jahren im sogenannten Kemptner-Urteil festgestellt. Auch wurde bereits damals gesagt, dass eine solche Form passiver Sterbehilfe in allen Krankheitsstadien möglich sei und nicht erst in unmittelbarer Todesnähe. Ich denke auch, dass man eigentlich

in unmittelbarer Todesnähe keine Patientenverfügung mehr brauchen sollte, um Ärzte an einer Verlängerung des Sterbens zu hindern. Auch ein BGH-Zivilsenat hat 2005 ähnlich geurteilt. Danach darf ein Patient die Unterlassung der künstlichen Ernährung verlangen, auch wenn dies zum Tode führt. Die Fortführung der Ernährung ist rechtswidrig.

Trotz dieser weitgehend übereinstimmenden Rechtsprechung der letzten Jahre bestand keine Rechtssicherheit im Alltag – unter anderem aus Mangel an Wissen bei den beteiligten Ärzten und Richtern. Umfragen ergaben, dass etwa 50% der Ärzte und Richter nicht genau Bescheid wussten, was nun erlaubt oder verboten sei an der Grenze zwischen Leben und Tod. Da hieß es dann unter Ärzten, im Zweifelsfall immer maximale Medizin anzuwenden, weil man sonst mit einem Bein im Gefängnis stünde. Es kam denn auch im Alltag zu teils bizarren Verfahren und die Justiz selbst musste intern eigene Vormundschaftsrichter mit dem Vorwurf der Körperverletzung im Amt konfrontieren, weil sie zuvor Zwangsbehandlungen gegen den Willen von Patienten und Ärzte angeordnet hatten. Angesichts dieses Durcheinanders in der Rechtspraxis klingt es naiv, wenn der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Hoppe im letzten Jahr meinte, man brauche kein Patientenverfügungsgesetz, weil sich im Alltag die wichtigen Fragen um Sterbebegleitung gut genug selbst regeln.

Ein solches Patientenverfügungsgesetz wurde letztes Jahr im Bundestag beschlossen und es gilt seit 1. September 2009. Es ist die logische Klarstellung der erwähnten Unsicherheiten im Bereich des Zivilrechts. Erstmals kommt in einem Gesetz der Begriff „Patientenverfügung“ überhaupt vor und es wurden die gerade erwähnten Eckpunkte der Rechtsprechung festgeschrieben.

Obwohl damit zivilrechtlich alles klar zu sein schien, blieb eine Restunsicherheit über die strafrechtliche Bedeutung des Therapieabbruchs bestehen. Schon der vorhin zitierte 12. Zivilsenat des BGH hatte am Ende seines Urteils 2005 geschrieben, dass er die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch für noch nicht hinreichend geklärt halte. Da es aber nicht sein kann, dass strafrechtlich etwas verboten ist, was mittlerweile im Zivilrecht als sinnvoll und schlüssig erkannt ist und sogar Gesetzeskraft hat, schafft das BGH Urteil hier endlich Rechtsklarheit und harmonisiert die zivil- und strafrechtliche Bewertung. Ein Behandlungsbegrenzung ist demnach erlaubt und zwar unabhängig ob sie durch das Nicht-Beginnen einer medizinischen Maßnahme erfolgt oder durch deren Abbruch, wenn sie vorher unter anderen Bedingungen begonnen wurde.

### **Zu meinem dritten „Ja“: Das Urteil schafft Rahmenbedingungen für eine angemessene Medizin und wirkt lebensfördernd**

Das lange geltende gute medizinethische Prinzip der *Lebenserhaltung um jeden Preis* ist in der modernen Medizin problematisch geworden, weil es eine unangemessene Verlängerung des Sterbens zur Folge haben kann. Eine menschliche Medizin muss auch ihre Grenzen kennen und dort wo sie bei Schwerkranken nicht mehr heilen kann, das Therapieziel vom Heilen zur Begleitung und Leidenslinderung umändern. So sagt es auch die Bundesärztekammer. Gefragt sind unter anderem palliativmedizinische Versorgung und Hospize. Dabei ist auch Stillen von Hunger und Durst sehr wohl angebracht – aber eben nicht automatisch künstliche Ernährung, dort wo kein Hunger und Durst mehr empfunden wird. Und so widerspricht lebensverlängernde künstliche Sondenernährung unter bestimmten Umständen den Grundsätzen der therapeutischen Angemessenheit. Das BGH-Urteil beendet die Angst der Ärzte, bei einem Abbruch einer nicht mehr indizierten oder gewollten Therapie, dem Vorwurf der Tötung ausgesetzt zu werden.

Überdies bestätigt das Urteil, dass es bei einer künstlichen Ernährung oder Beatmung keinen Unterschied macht, ob ich diese in einer bestimmten Krankheitssituation nicht beginne - oder ob ich sie in der gleichen Situation durch aktives Tun – Abschneiden oder Ausschalten – beende, wenn ich sie denn zuvor begonnen hatte, weil ich z.B. noch einen Rettungsversuch unternehmen wollte. Das eine gilt als Unterlassung – das andere als Handeln, bei dem viele fürchten mussten, dass es als aktive Sterbehilfe fehlbewertet würde. Es macht aber doch moralisch keinen Unterschied ob ich per Kugelschreiber die kreislaufunterstützenden Medikamenten in der Patientenakte durchstreiche oder ein Atemgerät ausschalte. Anders gesagt: *passiv werden* ist genauso legitim und legal wie *passiv bleiben*. Die aktive Handlung nimmt ja nur etwas Begonnenes zurück und lässt damit dem natürlich Krankheits- oder Sterbeprozess seinen Lauf. Und das unterscheidet diese Handlung sehr wohl von aktiver Sterbehilfe, wo man dem natürlichen Verlauf eine totbringende Handlung hinzufügt.

Wenn Ärzte fürchten müssten, dass das Abbrechen einer Behandlung als Totschlag gewertet werden kann, werden sie Therapien in einer noch unentschiedenen Lage gar nicht erst anfangen, weil sie glauben, bei einer Wendung zum Schlechten dürften sie das einmal Begonnene dann nicht mehr beenden. Dies führt zum unangemessenen Verzicht auf Therapien. Auch für die Entscheidung von Betreuern ist das wichtig: wir waren mit der Verfügung

einer 83-jährigen bewusstlosen Patientin mit einer lebensbedrohlichen Hirnhautentzündung konfrontiert. Sie wollte nicht auf einer Intensivstation behandelt werden, weil sie geglaubt hatte, dass dies im Überlebensfall in lebenslange Schwerstbehinderung münde. Die betreuende Tochter konnte für die Einwilligung in die inzwischen begonnene künstliche Beatmung gewonnen werden, weil sie die 50%ige Chance auf völlige Wiederherstellung im Sinne ihrer Mutter wahrnehmen wollte. Sie willigte in die Behandlung aber nur ein, weil wir ihr versicherten, dass wir für den zu etwa 25% möglichen Fall eines desolaten Ausgangs bereit wären, dann die bereits eingeleiteten lebensverlängernden Maßnahmen abubrechen um der Patientenverfügung Rechnung zu tragen. Manche Menschen werden sich nur dann auf riskante Kämpfe um ihr Leben einlassen, wenn wir ihnen vermitteln, dass eine einmal begonnene Therapie im Fall des Scheiterns auch wieder abgebrochen werden kann. Dass das BGH-Urteil dieses Vorgehen über jeden rechtlichen Zweifel erhebt, macht lebensrettende Therapieversuche akzeptabler und ist somit lebensfördernd.

### **Zum Schluss,**

wir alle haben ein Recht auf Leben, aber wir haben auch ein Recht, nicht am Sterben gehindert zu werden, wenn unsere Zeit gekommen ist. Das BGH-Urteil sollte Anlass sein zu einer Diskussion über unsere Sterbekultur ganz allgemein - eine „ars moriendi“ inmitten der modernen Medizin. Gerade aus christlicher Sicht erscheint mir ein Stück Gelassenheit in den „Dingen des Sterbens“ zum gelungenen Leben beizutragen.

### **Kommentar von Diakon Bertram Linsenmeyer:**

Liebe Gemeinde,

zunächst einmal: Ich verstehe meinen Kommentar als Anregung für Sie

- zum Weiterdenken, für die, die vielleicht noch keine eigene Entscheidung getroffen haben,
- für die, die sich unschlüssig sind, als Anregung zu einer selbst bestimmten Entscheidung.

Zwei Fragen zunächst:

**Was bedeutet dieses Grundsatzurteil und das Gesetz zur Patientenverfügung im engen Zusammenhang für mich als Patient in meiner Rolle als Patient?**

Es stärkt mein Selbstbestimmungsrecht. Es hilft mir, selbst bestimmt zu entscheiden. Es hilft mir, meine Bedürfnisse, meine Wertvorstellungen und meine Wünsche am Lebensende deutlich zu machen. Mein Wille muss nicht nur **beachtet** werden, sondern **geachtet** werden. Es nimmt mich aber auch in Verantwortung, mir genau darüber Gedanken zu machen, nicht Andere sollen für mich entscheiden am Lebensende, sondern ich selbst. Dieses Urteil und das Gesetz zur Patientenverfügung spornt mich an, mir über meine Wertvorstellungen und meine Wünsche am Lebensende klarer zu werden. Es ist vielleicht nicht immer leicht, wer möchte sich schon ständig Gedanken über Leben und Tod machen. Doch ich glaube, es ist notwendig, egal in welchem Alter und in welcher Situation Sie sich befinden.

Eine zweite Frage: **Wobei hilft mir dieses Urteil in der Rolle als Mitarbeiter einer Klinik als Arzt, als Pflegender, als Therapeut?**

Ich glaube, es entlastet Menschen in dieser Situation. Zusammen mit meinen Kollegen erlebe ich immer wieder, welche große Verantwortung es bedeutet, Entscheidungen am Lebensende zu treffen. Das ist eigentlich nicht möglich, für einen Anderen eine Entscheidung zu treffen, die gut für ihn ist. In 15 Jahre Pflege, so lange habe ich da gearbeitet, haben wir gelehrt: das geht eigentlich nicht. Ich kann nur für mich selbst bestimmen aber nicht über einen Anderen. Ich weiß nicht, was er in dieser Situation sich wünscht, was er gerne hätte, was er braucht.

Dieses Urteil hilft Menschen in dieser Situation die Verantwortung und Entscheidung treffen müssen, diese Entscheidungen abzugeben. Es entlastet ungemein zu spüren, dass ich nicht als Pflegender oder Arzt entscheiden muss, wann ich aufhören muss oder darf. Ich als Patient entscheide wann ich das möchte.

Doch dazu bedarf es für mich einer ganz wichtigen Fähigkeit: Kommunikation. Kommunikation und Kontakt.

Ich muss zunächst mit mir selbst in Kontakt sein, um eine eigene Entscheidung zu finden und ich muss in Kommunikation treten, mit meinen Angehörigen, mit meinen behandelnden Ärzten, mit Freunden, mit Pflegenden. Ich muss meine Entscheidung kundtun. Ich darf sie nicht für mich behalten. Ich muss sagen, was ich mir wünsche, ich muss sagen, was mir wichtig ist in der letzten Phase meines Lebens. Besonders wichtig finde ich das, wenn ich einen Bevollmächtigten hat, den ich dazu beauftrage, für mich einzutreten für den Fall, dass ich mich nicht mehr äußern kann.

Immer wieder erlebe ich, dass Menschen, Angehörige, der Ehemann, die Ehefrau, die Schwester, der Bruder, die Tochter, der Sohn, überlastet sind in

dieser Rolle. Es ist unendlich schwer, auf der einen Seite die Angst, die Hoffnung, der Schmerz über den vielleicht drohenden Verlust eines Angehörigen und auf der anderen Seite einzutreten für eine Entscheidung, die ich vielleicht gar nicht nachvollziehen kann. In dieses Spannungsfeld begeben mich, wenn ich für einen Anderen bevollmächtigt bin. Wenn ich bereit bin, immer wieder zwischen beiden Seiten hin- und herzugehen, wenn ich bereit bin zu entscheiden: jetzt kann ich Angst haben, trauern, Schmerz zulassen und jetzt muss ich eine Entscheidung treffen, die nicht die meine ist.

Dann möchte ich Ihnen Mut machen:

Übernehmen Sie so eine Rolle. Wenn Sie aber spüren, dass Sie das nicht können, dann möchte ich Ihnen Mut machen diese Entscheidung zu treffen, diese Rolle nicht anzunehmen und sollte diese Rolle jemand übernehmen, der dies vielleicht aus mehr Distanz einhalten kann. Zum Schluss: Ich möchte Ihnen Mut machen, Mut machen, treffen Sie eine selbst bestimmte Entscheidung am Ende Ihres Lebens. Sagen Sie Anderen, was Sie möchten, was Sie sich wünschen, wo Ihre Bedürfnisse sind. Nur Sie können über sich selbst entscheiden. Andere können das nicht wirklich. Sie sind immer darauf angewiesen auf Unterstützung, auf Hilfestellung.

### **Theologischer Kommentar von Dekan Wolfgang Butz:**

Grundsatzurteil zur Sterbehilfe –hilft uns das weiter?

Ja! Es zielt darauf ab, den Willen des Sterbenden ernst zu nehmen und auch die, die mit den Betroffenen im Gespräch sind. Ein Abbruch der Behandlung ist nicht strafbar, wenn das dem erklärten Willen des Patienten entspricht.

Es geht darum, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu ergreifen, die das sterbende Leben verlängern, das Sterben verhindern, dem Menschen die Chance nehmen, in Würde zu sterben.

Viele Menschen befürchten, dass durch die Apparatedizin der Sterbeprozess künstlich verlängert wird und sie überhaupt keinen Einfluss mehr haben auf ihre Behandlung. Am Ende des Lebens wird über sie verfügt.

„Alles hat seine Zeit, auch Sterben hat seine Zeit“, lesen wir im Prediger Salomo. Mein Leben ist endlich. Mir scheint, dass wir dies immer weniger wahrhaben wollen. Es ist der Weg des Lebens zwischen Geburt und Tod. Alle Möglichkeiten der modernen Medizin werden daran nichts ändern. Im schlimmsten Fall wird das Sterben verlängert, das Sterben verhindert. Wo bleibt dann die Würde des Menschen?

Ich habe gar nicht so selten erlebt, dass viele Sterbende zu essen und zu trinken aufhören. Ein deutliches Signal: Ich will gehen! Es reicht! Alle intensivmedizinischen Bemühungen verlängern das Sterben. Auch bei bewusstlosen Menschen sollte man das beachten.

In Würde sterben heißt für mich eine gute Pflege, eine gute Schmerztherapie, eine gute Begleitung am Ende meines Lebens, ohne von vielen Apparaten abhängig zu sein, die mein Leben unnötig verlängern, ohne dass irgend eine Möglichkeit auf Besserung besteht. In Würde sterben verbindet sich für mich mit der Botschaft der Auferstehung. Gottes Liebe endet nicht bei meinem Tod. Seine Liebe eröffnet einen neuen Raum. Er schenkt neues Leben bei ihm – anders als wir uns das je vorstellen können.

„Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden!“ lesen wir im 90. Psalm. Diese Einsicht in die Endlichkeit des Lebens wünsche ich all den Menschen, die mit Sterbenden zu tun haben. Klug werden, sagt der Beter dieses Psalms dazu - die Endlichkeit des Lebens akzeptieren und die Unausweichlichkeit des Todes. Sich darauf vorzubereiten, meint klug werden. Gott hat uns das Leben geschenkt. Das Sterben ist ein Teil des Lebens, der letzte Teil. Und immer bin ich dabei in Gottes Hand geborgen. Lebensverlängerung um jeden Preis ist dabei ebenso wenig Gottes Wille wie ein aktives Herbeiführen des Todes.

Letztlich haben wir unser Leben nicht in der Hand. Es ist ein Geschenk Gottes. Christen vertrauen, dass Gott sie am Ende dieses Lebens begleitet: „Und ob ich schon wanderte im finsternen Tal, fürchte ich kein Unglück, denn du bist bei mir“. (Ps 23)

Menschliches Leben geschieht von Geburt an bis zum Tod immer in sozialen Bezügen. So ist das Sterben immer eingebettet in das Umfeld: Angehörige, Freunde, Ärzte und Pfleger. Je deutlicher die Willensbekundung eines Menschen für die letzte Phase seines Lebens erkennbar ist, desto eher können Ärzte über das Notwendige und Notwendende entscheiden. Es ist eine große Entlastung für das medizinische Personal, wenn sie aus dieser Willensbekundung den mutmaßlichen Willen ableiten können, der mit der Wertvorstellung des Patienten übereinstimmt.

Jeder Mensch muss sterben. Es ist möglich, den Zeitpunkt des Todes durch technische und medizinische Maßnahmen hinauszuzögern. Und da liegt natürlich ein großes Problem, das nur dadurch gelöst werden kann, wenn in einer Patientenverfügung der Wunsch des Patienten erkennbar wird. Was wir nicht dürfen ist über den Wert oder Unwert eines Lebens zu urteilen. Unser Leben und unsere Würde verdanken wir Gott – und die gilt bis zum letzten Atemzug. Er allein ist Herr über Leben und Tod. Deshalb sind Leben und Menschenwürde geschützt. Die Respektierung dieser Grenze ermöglicht dann auch ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Charlotte Frank schließt ihren Kommentar in der Süddeutschen Zeitung zum Thema mit einem Hinweis auf Dietrich Bonhoeffer. „Das Wissen, sich durch Tun, aber auch durch Unterlassen schuldig machen zu können, würde ohne die Gnade Gottes zur Verzweiflung führen. Womöglich, so schreibt sie, trifft das nirgends so sehr zu wie in der modernen Medizin, wo die Grenzen zwischen Leben und Tod zerfließen.

Der 23. Psalm endet so: „Du bereitest vor mir einen Tisch im Angesicht meiner Feinde, du salbest mein Haupt mit Öl und schenkest mir voll ein. Gutes und Barmherzigkeit werden mir folgen mein Leben lang und ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar.“ So wünsche ich mir, dass alle Entscheidungen an dieser zerfließenden Grenze zwischen Leben und Tod auf dieser Hoffnung des Lebens in Gottes Hand getroffen werden können.

**Die Kollekte wurde erbeten für das Projekt  
Seelsorge in der Nachsorge des Kinderzentrums**

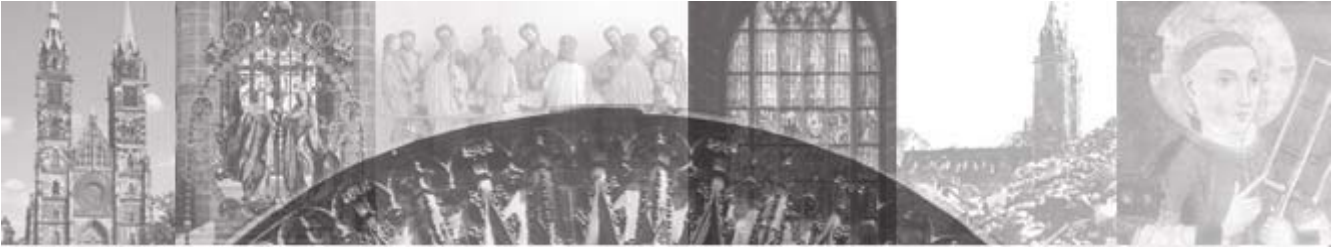
Ein Projekt der Klinikseelsorge Notaufnahme e.V.

Spenden an Klinikseelsorge Notaufnahme,

EKK Nürnberg, BLZ 520 604 10, Kto. 350 35 50

Der Kommentargottesdienst stand im Rahmen des Schwerpunktthemas des Evangelisch-Lutherischen Dekanats Nürnberg 2010:





**Lorenzer Kommentargottesdienste  
zu Ereignissen der Zeit  
seit über 40 Jahren in St. Lorenz**

**Die Termine der Kommentargottesdienste 2010:**

**Sonntag, 21.02., 21.03., 16.05., 20.06., 18.07.,  
19.09., 17.10. und 19.12.2010**

**jeweils um 11.30 Uhr in der St. Lorenzkirche.**

**Der besondere Kommentargottesdienst  
am Buß- und Bettag, 17.11.2010, 18:00 Uhr.**

**<http://www.lorenzkirche.de>**

**→ Gottesdienste → Kommentargottesdienst**