

Das Leben bewahren

Hirtenbrief der nordischen Bischöfe über Pflege in der Endphase des Lebens

Das Leben ist eine kostbare Gabe. Diese Überzeugung hat Christen zu allen Zeiten inspiriert, die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft zu schützen. Insbesondere in der Krankenpflege haben Christen eine sinnvolle Weise gefunden, ihren Nächsten beizustehen und so Gottes Liebe zu allen zu bezeugen.

Die nordischen Länder haben ein fortgeschrittenes Gesundheitswesen, das dem Bedürfnis nach medizinischer Behandlung entspricht. Aber die Erwartungen der Gesellschaft, das Gesundheitswesen noch weiter zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern, sowie die erstaunlichen Fortschritte der Medizin stellen uns vor neue Herausforderungen. Das gilt insbesondere für Pflege in der Endphase des Lebens und Euthanasie, Fragen, die immer aktueller werden und die wir katholischen Bischöfe vom Evangelium und von der Tradition der katholischen Kirche her beleuchten wollen.

Im folgenden Brief werden wir zunächst die Situation in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen kurz beschreiben und analysieren. Dann wird die Antwort der Offenbarung auf die ewigen Fragen nach Leben und Tod vorgestellt. Danach wird die theologische Analyse durch eine Darstellung der kirchlichen Lehre in diesen Fragen weitergeführt. Zum Schluß geben wir einige Vorschläge wieder, die hoffentlich den Respekt für Kranke und Sterbende in unseren nordischen Ländern fördern können.

1. Der soziale Hintergrund

1.1 Die demographische Entwicklung

In den letzten hundert Jahren hat man große Fortschritte gemacht, um die Gesundheit zu verbessern und das menschliche Leben zu verlängern. Mit der wissenschaftlichen und technischen Revolution, den Fortschritten in der Medizin, der Beherrschung vieler gefährlicher Krankheiten und besserer Hygiene und Ernährung ist die mittlere Lebenserwartung gestiegen. Am Ende des 19. Jahrhunderts hatten Menschen im Norden eine durchschnittliche Lebenserwartung von 50 Jahren. Heute haben wir eine durchschnittliche Lebenslänge von gut 78 Jahren. Sie gehört statistisch gesehen zu den höchsten der Welt.

Ein höherer Lebensstandard hat auch geringere Geburtenzahlen mit sich geführt. Da weniger Kinder geboren werden und wir länger leben, wird auch die Bevölkerung in unseren Gesellschaften immer älter. Der Bevölkerungsanteil im Norden, der älter als 65 Jahre ist, beträgt heute über 15% und man erwartet, daß er ständig ansteigt. In fünfzig Jahren können nicht weniger als 45% der nordischen Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Sicherlich wird die Entwicklung der Medizin, insbesondere in vorbeugender Medizin, Genetik, Chirurgie und Krebsforschung, zu noch längerem Leben beitragen. Aber da der Tod eine unausweichliche Tatsache im menschlichen Leben ist, werden Fragen zur Pflege in der Endphase des Lebens dennoch an Bedeutung und Aktualität zunehmen.

1.2 Die veränderte Sicht des Todes in der Gesellschaft

Im Lauf der Geschichte hat sich die Einstellung unserer nordischen Gesellschaften zum Tod verändert. Früher war der Tod ein selbstverständlicher Teil des Lebens und immer nahe bevorstehend, durch z.B. die Gefahr, im Kindbett zu sterben, die hohe Säuglingssterblichkeit, Arbeitsunfälle und viele epidemische Krankheiten. In den meisten Fällen wurden Schwerkranke zu Hause gepflegt und waren Teil eines sozialen Netzwerkes, das im allgemeinen menschliche Fürsorge und Würde gewährleistete. Wenn der Tod eintraf, gab es Riten, Symbole und Handlungen, besonders Begräbnisse, die zur Kultur gehörten. Der Tod war ein Teil des Lebens, und Tote wurden geehrt.

Mit den Fortschritten der modernen Medizin fällt der Tod nicht mehr selbstverständlich mit dem Zeitpunkt zusammen, an dem das Herz zu schlagen aufhört. Moderne Intensivmedizin macht es möglich, das Leben auf eine Weise zu verlängern, die früher als unerreichbar betrachtet wurde. Dadurch ist der Sterbeprozess verlängert worden und kann in größerem Maße kontrolliert werden. Krankheiten, die früher einen kurzen Verlauf hatten und zum Tode führten, können nun oft behandelt werden. Außerdem kann man das Leben heute mit Hilfe von z. B. Herz-Lungen-Maschinen und künstlichen Organen mechanisch aufrechterhalten. Diese Möglichkeiten stellen die Frage auf ihre Spitze: Was ist das Leben, was ist der Sinn des Leidens, was ist der Tod, und wann trifft er ein? Andere schwierige Fragen werden auch aktualisiert: Ist man immer verpflichtet, das Leben so lange wie möglich zu erhalten? Oder ist es manchmal zulässig, eine medizinische Behandlung abzubrechen, um den Patienten sterben zu lassen? Darf man die schweren Schmerzen eines Patienten lindern und hinnehmen, daß sein Leben dadurch vielleicht verkürzt werden kann?

Als sich die Intensivmedizin während der 60iger Jahre entwickelte, war es selbstverständlich, daß es die erste Aufgabe der Medizin war, das Leben zu retten. Kranke wurden mit einer Menge technischer Apparate intensiv behandelt, was sicherlich das Leben aufrechterhielt, aber dazu führte, daß die geistlichen und psychologischen Bedürfnisse der Betroffenen oft zurücktraten. Der Tod wurde institutionalisiert und individualisiert d.h. er wurde vom Zuhause in die anonymere Umgebung des Krankenhauses verlegt, wo Kranke oft ohne die Gegenwart und Hilfe von Angehörigen mit ihm konfrontiert wurden. Damit wurde er oft zu einer unbekannteren Wirklichkeit für viele. Noch heute zeigen Studien, daß nur einer von zehn Fünfundzwanzigjährigen einen Todesfall in seiner nächsten Umgebung erlebt hat.¹ Der Tod ist auf dem Wege dazu, eine Abstraktion zu werden, etwas, was es nicht gibt und mit dem man sich darum nicht befassen muß. Man spricht sogar von der Entstehung der ersten „todesfreien Generation“ der Geschichte. Nur bei Unglücksfällen und Katastrophen bekommt der Tod mehr Aufmerksamkeit.

Die intensive technische Behandlung unheilbar Kranker und Sterbender, die das Gesundheitswesen gegen Ende des 20. Jahrhunderts kennzeichnete, ist in den letzten Jahren in Frage gestellt worden. Man hat eingesehen, daß Fragen zur Lebensqualität genauso wichtig - und in manchen Fällen wichtiger - sind als Zugang zu einer effektiven medizinischen Behandlung. Untersuchungen zeigen, daß immer mehr Menschen zu Hause, im Altersheim oder in anderen besonderen Wohnformen sterben.² Dieselben Untersuchungen zeigen auch, daß relativ wenige alleine sterben. Es gibt auch ein positives und steigendes Bewußtsein, daß der Tod ein wichtiger und schwieriger Prozeß im menschlichen Leben ist, der von dem

¹ Cf. Döden angår oss alla. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede (SOU 2000:6), S. 19. (Vgl. Der Tod geht uns alle an. Zwischenbericht des Kommittés über Pflege in der Endphase des Lebens)

² Ibid., S. 28.

Beistand und der menschlichen Wärme anderer begleitet werden muß. Aber da viele Ältere alleine leben und der Tod für die meisten ein langer Prozeß ist, sind diese Personen immer noch in einer gefährdeten Position und müssen viel durchstehen. In den letzten Jahren hat sich auch gezeigt, daß das öffentliche Gesundheitswesen die zunehmenden Bedürfnisse älterer Patienten nach Pflege nicht immer gewährleisten kann.

1.3 Die veränderte Aufgabe des Gesundheitswesens

Die moderne Medizin beginnt mit dem Griechen Hippokrates von Kos (circa 460 – 377 v.Chr.) und wird traditionell durch drei Eigenschaften gekennzeichnet: 1) sie ist politisch und religiös ungebunden, 2) sie baut auf wissenschaftlich erprobten Methoden auf 3) die Arbeit der Ärzteschaft wird durch eine selbständige Berufsethik geregelt, die bestimmte Verpflichtungen und Verbote umfaßt. Nach dieser hippokratischen Ethik hat der Arzt die persönliche Verantwortung, wenn möglich zu heilen, oft zu lindern und seinen Patienten immer zu trösten, aber auch gefährliche, schädliche oder tödliche Behandlungen, wie etwa Abtreibung und Euthanasie zu unterlassen, sogar wenn Kranke selbst darum ansuchen.³

Das heutige Gesundheitswesen fordert diese Sicht der ärztlichen Rolle und des Zwecks der Medizin heraus. Die Nähe, die es früher zwischen Arzt und Patient gab, wird in vielem von einer hochentwickelten Technokratie und Bürokratie ersetzt. Sicher erhalten die Kranken im allgemeinen eine gute Behandlung und Pflege, aber die existentiellen und ethischen Fragen, die sich vielleicht in Zusammenhang mit einer Behandlung stellen, werden selten genügend beachtet. Forderungen nach größerer Effizienz und ökonomische Prioritäten führen auch dazu, daß die im Gesundheitswesen Tätigen oft mit großer Geschwindigkeit arbeiten und es schwerer haben, den Kranken als Mitmenschen zu begegnen. Während der Abstand zwischen Arzt und Patient immer größer wird, die Anwendungsgebiete der Medizin immer zahlreicher werden und die Öffentlichkeit mehr Einsicht erhält, entsteht auch die Gefahr, daß das Gesundheitswesen ideologisiert wird. Das heißt, es wird zu einem Werkzeug, um bestimmte individuelle, soziale und politische Zwecke zu fördern.

In unserem multikulturellen Kontext kann es schwierig sein, sich zu einigen, wie man gemeinsam ethische Fragen lösen soll. Wir dürfen uns jedoch nicht damit zufrieden geben, den kleinsten gemeinsamen Nenner als Norm zu akzeptieren und es jedem selbst überlassen, über das Leben zu bestimmen. Wenn die Gesellschaft ein moralisches Fundament haben will, muß sie von der Erfahrung und der Weisheit lernen, die von den Traditionen vermittelt werden, die von Anfang an dazu beigetragen haben, die grundlegenden Werte der Gesellschaft zu festigen. Dieser Brief richtet sich deshalb nicht nur an katholische Christen im Norden. Wir wollen damit auch anderen Christen und Menschen guten Willens erklären, wie unsere eigene Tradition mit den Fragen nach Leben und Tod ringt, und wie sie in Theorie und Praxis dazu beitragen kann, die Unverletzbarkeit des menschlichen Lebens zu bestätigen und zu schützen.

2. Das Zeugnis der Bibel

Die biblische Sicht des Lebens geht davon aus, daß Gott das Leben erschaffen hat und seine Freude daran hat. Davon bekommt das Leben seinen Wert.

2.1 Das Alte Testament

³ Die Tradition der katholischen Kirche hat von den Kirchenvätern an bis zu unserem heutigen Papst die hippokratische Tradition immer als Grundlage der Ethik für Medizin und Pflege betrachtet. Vgl. Gottfried Roth, "Hippokrates in Päpstlichen Dokumenten," in *Acta Medica Catholica (Belgica)*, 2 (1995), S. 101-102. Siehe auch Abschnitt 2 und 3.

Der Mensch ist als Abbild Gottes geschaffen (Gen 1,27). Aber das Bewußtsein der Menschen, mit Gott verwandt zu sein, bildete sich langsam aus in der Geschichte Israels. Zu Beginn ihrer langen Glaubenswanderung sind Menschen sich am ehesten dessen bewußt, daß sie leben und daß dieses physische Dasein in sich ungeheuer wertvoll ist. Die Bibel bezeugt in vielfacher Weise den unendlichen Wert des Lebens und die Dankbarkeit der Menschen gegenüber Gott, weil sie diese große Gabe erhalten haben. Sie freuen sich darüber, daß sie nicht tot sind und daß sie Gott preisen können. Ihre fortwährende physische Existenz sehen sie als einen Beweis für den Segen Gottes an. Der Tod führt dazu, daß der Gottesdienst, der das Leben selbst ist, aufhört. Die Menschen gelangen in ein sinnloses Schattendasein, die Scheol, wo sie Gott nicht länger preisen können. Darum ruft der Psalmist:

„Was nützt dir mein Blut,
wenn ich begraben bin?
Kann der Staub dich preisen,
deine Treue verkünden?“
(Ps 30,10)

Die Einsicht, daß Menschen zu einem Leben mit Gott berufen sind, wurde nach und nach gewonnen. Wenn Israel Gott fürchtet und seine Gesetze und Gebote hält, wird zukünftigen Generationen ein langes Leben versprochen (Dtn 6,2). Die Menschen werden aufgefordert, einen grundlegenden moralischen Beschluß zu fassen: „Hiermit lege ich dir heute das Leben und das Glück, den Tod und das Unglück vor.“ (Dtn 30,15)

Glück und Leben gehören zusammen. Ohne Leben gibt es keine Voraussetzungen für Glück und für alle anderen positiven Werte im Leben, seien sie auch noch so anspruchslos. Aber das Leben ist, wie bekannt, nicht immer Glück und Freude. Wegen der Vergänglichkeit des menschlichen Lebens werden wir mit seiner Unvollkommenheit konfrontiert, die unter anderem in Krankheit, Leiden und Tod ihren Ausdruck findet. Die Bibel vermittelt die ständige Erfahrung leidender Menschen. Die Heilige Schrift betreibt keine Schönfärberei des menschlichen Daseins. Im Gegenteil erinnert sie uns daran, daß das Unglück unterschiedslos Gläubige und Ungläubige, Gute, sowohl wie Böse trifft. Ijob, der gute und unerschütterlich treue Diener Gottes, mußte sein gerütteltes Maß an Unglück und Trauer erleben. Im Buch Ijob, einer prägnanten Schilderung des Leidens, sagt er unter anderem:

„Warum schenkt er (Gott) dem Elenden Licht
und Leben denen, die verbittert sind?
Sie warten auf den Tod, der nicht kommt,
sie suchen ihn mehr als verborgene Schätze.
Sie würden sich freuen über einen Hügel;
fänden sie ein Grab, sie würden frohlocken.
Wozu Licht für den Mann auf verborgenem Weg,
den Gott von allen Seiten einschließt?
Bevor ich noch esse, kommt mir das Seufzen,
wie Wasser strömen meine Klagen hin.
Was mich erschreckte, das kam über mich,
wovor mir bangte, das traf mich auch.
Noch hatte ich nicht Frieden, nicht Rast, nicht Ruhe,
fiel neues Ungemach mich an!“
(Ijob 3,20-26)

Sogar in diesem Abgrund des Leidens können Menschen Gott finden⁴. In ihrer gefährdeten Lage werden sie sich dessen bewußt, daß sie sich selbst nicht retten können. Sie brauchen Hilfe von außen. Langsam vertieft sich in Israel die Einsicht, daß der Bund, den man mit dem Herrn geschlossen hatte, nicht vor allem dem Zweck diene, den politischen Erfolg des Volkes zu sichern. Statt dessen sollte Israel vor anderen Ländern und Völkern Zeugnis über eine Rettung auf einem anderen, tieferen Niveau ablegen. Durch die Propheten lernt das Volk Gottes zu verstehen, daß vorübergehender Mißerfolg, Leiden und sogar der Tod nicht bedeuten, daß Gott sie verlassen hat. Gott, der allmächtig und barmherzig ist, wird schließlich über den Tod siegen. Es gibt also Hoffnung. Nichts geht in Gottes Heilsplan verloren. Nicht einmal der Tod ist ein Hindernis für das Leben in Gott:

„Deine Toten werden leben,
die Leichen stehen wieder auf:
wer in der Erde liegt, wird erwachen und jubeln.
Denn der Tau, den du sendest, ist ein Tau des Lichts;
die Erde gibt die Toten heraus.“
(Jes 26,19)

2.2 Das Neue Testament

Jesus Christus, der Erlöser der Welt, erfüllt das göttliche Versprechen einer neuen Schöpfung. Er erscheint wirklich als „das Leben“ das „das Licht der Menschen“ war (Joh 1,4). Indem er Mensch wurde, wollte Gott uns zeigen, wie unser Leben eigentlich aussehen sollte. Als Jesus Christus stirbt und aufersteht, wird der Tod vernichtet, und durch die Taufe werden wir Teilhaber an diesem Geheimnis und erhalten Anteil am gleichen Leben. In Christus sind wir nicht länger der Herrschaft des Todes unterworfen.

Während seines irdischen Daseins hilft Jesus Christus dem Leben auf vielfältige Weise. Er heilt Kranke, verzeiht Sündern, tröstet Trauernde und erweckt sogar Tote zum Leben. Außerdem bringt er seinen Jüngern bei, sich von Gewalt zu distanzieren und alle, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem Glauben und ihrer Lebensführung, als gleichwertig zu behandeln. Er steht die ganze Zeit im Dienst des Lebens und zeigt in der Tat, was er im Wort versprochen hat: daß er gekommen ist damit wir „das Leben“ haben „und es in Fülle haben.“ (Joh 10,10)

Obwohl Jesus Gott war, tritt er nicht wie ein Herrscher, sondern wie ein Mitmensch auf. Er konnte mit Not, Krankheit und Tod fertig werden. Dennoch unterwirft er sich diesen Bedingungen, um unsere Menschlichkeit zu teilen. Wie es im Hebräerbrief über Christus geschrieben steht: „Denn da er selbst in Versuchung geführt wurde und gelitten hat, kann er denen helfen, die in Versuchung geführt werden“ (Hebr. 2,18). Durch sein Leiden und seinen Tod nahm er freiwillig alle individuelle und kollektive Mißlingen und alle Schwächen der Menschheit auf sich. Am Kreuz erlebte er die menschliche Erfahrung der Hoffnungslosigkeit, als er rief: „Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen?“ (Vgl Ps 22,2; Mt 27,46; Mk 15,34) Er ist mit allen, die leiden. Im Kreuz wird Gottes Liebe und seine Fürsorge geoffenbart. Hoffnungslosigkeit und Tod bekommen nicht das letzte Wort. Durch seine Auferstehung am dritten Tag zeigt Jesus den Sieg des Lebens und den Sinn und das Ziel des Menschenlebens auf. Menschen sind nicht dafür bestimmt, Staub zu werden, sondern berufen, die Herrlichkeit Gottes für ewig zu teilen.

⁴ Johannes Paul II., *Salvifici doloris*, 1984, Kap. III-V.

Christus wollte seine Tätigkeit auf Erden fortsetzen. Darum rief er Jünger zu sich, denen er den Dienst der Leitung unter den Gläubigen anvertraute. Jesus forderte sie auf: "Heilt Kranke, weckt Tote auf, macht Aussätzige rein, treibt Dämonen aus. Umsonst habt ihr empfangen, umsonst sollt ihr geben" (Mt 10,8). Die Apostelgeschichte berichtet auch, wie die Jünger nach Christi Tod und Auferstehung Kranke als Zeichen der Erlösung durch Christus heilen. Die Menschen sind nicht einem blinden Schicksal ausgeliefert, sondern berufen, eine neue Beziehung mit Gott einzugehen, wo körperliche und geistliche Gesundheit ein Zeichen der Ankunft des Reiches Gottes sind. In Christus ist die Schöpfung in einer Verwandlung begriffen, wo Tod und Vergänglichkeit ständig vertrieben werden, um einer neuen Schöpfung Platz zu machen. Darum kann Paulus schreiben: „Denn dieses Vergängliche muß sich mit Unvergänglichkeit bekleiden, und dies Sterbliche mit Unsterblichkeit. Wenn sich aber dieses Vergängliche mit Unvergänglichkeit bekleidet und dies Sterbliche mit Unsterblichkeit, dann erfüllt sich das Wort der Schrift: ‘Verschlungen ist der Tod vom Sieg. Tod, wo ist dein Sieg? Tod, wo ist dein Stachel?’“ (1 Kor 15,53-55)

Zusammenfassend lehrt uns die Bibel, daß das Leben etwas Gutes und Wünschenswertes ist, das Gott uns als Geschenk gegeben hat, und über das er allein herrscht. Das menschliche Leben ist also unantastbar. Gleichzeitig lernen wir, auch auf etwas Besseres, das kommen soll, zu hoffen. Wir sind zu einem ewigen Leben berufen. Unsere biologische Existenz hier auf der Erde hat darum keinen absoluten Wert.⁵ Sie braucht nicht um jeden Preis verlängert zu werden und kann als Gabe zum Besten anderer hingegeben werden. Christus hat viele geheilt, er selbst aber starb am Kreuz, um das Himmelreich für uns zu gewinnen, um uns einen Platz beim Vater zu bereiten. Die Jünger helfen nach wie vor im Namen Christi anderen Kranken und Schwachen, aber selbst sind sie bereit zu sterben, um Zeugnis für ein Leben nach dem Tod abzulegen.

3. Die christliche Sicht des Gesundheitswesens und der Krankenpflege

Die Kirche hat immer die Werke der Barmherzigkeit verkündet⁶ als eine Weise für die Gläubigen, sich Christus anzugleichen und die christliche Liebe in konkreten Handlungen zu zeigen. Indem wir Hungernden zu essen, Durstigen zu trinken, Nackten Kleider, Fremden Unterkunft und Kranken Pflege geben, bezeugen wir wie die ersten Jünger, daß Gott alle liebt und daß sein Reich mitten unter uns ist. Aber da wir Christus in leidenden und hilfsbedürftigen Mitmenschen begegnen, sind die, die helfen, nicht besser als die, die Hilfe erhalten. Wer andere pflegt, ist Jünger Christi, der sagt: „Ich war krank, und ihr habt mich besucht.“ (Mt 25:36).

Krankenpflege muß deshalb als eine Begegnung zwischen gleichgestellten Personen gesehen werden, in einer Situation, wo beide Beteiligte einander bereichern. Bei dieser Begegnung entstehen spontane Reaktionen, die alle Menschen kennen und die sowohl unsere natürliche Neigung, Menschen in Not zu helfen, zum Ausdruck bringen, als auch unsere natürliche Reaktion, uns auf das Verantwortungsgefühl und die berufliche Kompetenz anderer zu

⁵ "Earthly life is a fundamental but not an absolute good. Hence the limits of the obligation to keep a person alive must be specified." Siehe das Dokument "Some ethical questions relating to the gravely ill and the dying" erlassen vom Päpstlichen Rat *Cor Unum* am 27. Juli 1981, in *Enchiridium Vaticanum, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede* 1980-1981. EDB, Bologna 1985, S. 1165.

⁶ Die Werke der Barmherzigkeit – sieben leibliche und sieben geistliche - sind: 1) Hungernde zu speisen 2) Durstigen zu trinken zu geben 3) Nackte bekleiden 4) Fremden Unterkunft zu gewähren 5) Kranke und Gefangene zu besuchen 6) für die Freilassung Gefangener zu arbeiten 7) die Toten zu begraben, 8) Unwissende zu unterweisen 9) Verwirrten zu raten 10) Betrübte zu trösten 11) Sünder zurechtzuweisen 12) Kränkungen zu vergeben 13) Unrecht zu ertragen 14) für Lebende und Tote und für die, die einen verfolgen, zu beten.

verlassen. Wenn diese positiven und spontanen Reaktionen oder „Lebensäußerungen“ zu Stande kommen, entsteht das gegenseitige Vertrauen zwischen den Betroffenen, das die Grundlage des Gesundheitswesens ist.

3.1 Die Würde des Patienten

Patienten können deshalb niemals nur als „Fall“ betrachtet oder zum Körper, der behandelt werden muß, reduziert werden. Aufgrund der Würde, die dem Menschen innewohnt, ist der Patient oder die Patientin vor allem Mitmensch. Darum muß man den Patienten oder die Angehörigen, falls es für ihn unmöglich ist, informieren und befragen, bevor eine Behandlung, die ihn betrifft, begonnen oder beendet wird oder wenn medizinische Proben entnommen werden. Man muß dem Patienten also als dem verwundbaren Menschen begegnen, der er ist, und ihm in der schweren Situation, die eine ernste Krankheit für ihn bedeutet, helfen. Die medizinische Behandlung soll deshalb in einer Gesamtperspektive gesehen werden, welche die persönlichen Bedürfnisse der Kranken mit einbezieht.

3.2 Die Berufung und Würde der im Gesundheitswesen Tätigen

Ärzte, Krankenpfleger und Krankenschwestern dürfen nicht nur als Mittel für einen anderen betrachtet werden. Sie sind nicht nur gut ausgebildete Berufstätige, die einzig der Gesellschaft oder den Kranken zur Verfügung stehen. Nach christlicher Sicht sind sie Personen, die eine besondere Berufung haben und denen die große Verantwortung anvertraut ist, Kranke zu behandeln und zu pflegen. Zu dieser Verantwortung gehört eine durch Erfahrung bewährte Ethik - die hippokratische Tradition -, die sie in ihrem Engagement im Dienst des menschlichen Lebens stärkt. Diese Berufsethik ist zu respektieren. Ärzte, Krankenpfleger und Krankenschwestern haben „die schwere und klare Verpflichtung, sich ihnen (solchen Handlungen, die gegen diese Berufsethik verstoßen, insbesondere Abtreibung und Euthanasie) mit Hilfe des Einspruchs aus Gewissensgründen zu widersetzen.“⁷ Wir schätzen die Initiativen, die man in mehreren unserer Diözesen ergriffen hat, um Vereinigungen und Netzwerke katholischer Ärzte und Ärztinnen zu bilden. Diese Vereinigungen und Netzwerke können ihnen eine ausgezeichnete Gelegenheit bieten, Erfahrungen auszutauschen, sich ethisch fortzubilden und ihre christliche Identität im Dienst des Lebens zu vertiefen.

3.3 Andere Beteiligte

Schließlich gehört zur christlichen Sicht des Gesundheitswesens auch, daß man auch Rücksicht auf sonstige Beteiligte nimmt. Das Gesundheitswesen ist keine isolierte Wirklichkeit, die nur die Kranken und das ärztliche und pflegende Personal betrifft, sondern es gehört in einen größeren Zusammenhang. Nach den Kranken selbst sind deren Angehörige hauptverantwortlich für deren Wohl. Es ist wichtig, daß die Gesellschaft ihnen Möglichkeiten anbietet, alle notwendige Hilfe zu erhalten, um ihre Familienmitglieder zu Hause pflegen zu können, wenn das wünschenswert ist. Wenn dies nicht möglich ist, sollten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen eine Routine haben, die es Angehörigen erlauben, oft zu Besuch zu kommen und es ihnen ermöglichen, falls sie können und wollen, aktiv an der Pflege teilzunehmen.

Was sich in unseren Krankenhäusern und anderen Pflegeeinrichtungen tut, berührt direkt oder indirekt auch viele andere Personen. Das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Gesundheitswesen kann zum Beispiel aufs Spiel gesetzt werden, falls unmoralische Behandlungen zugelassen werden und falls man nicht sicher sein kann, daß das ärztliche und pflegende Personal immer das Wohl des Patienten vor Augen hat. Es ist auch wichtig, daran

⁷ Johannes Paul II., *Evangelium vitae*, # 73.

zu erinnern, daß die Mittel des Gesundheitswesens begrenzt sind und daß es andere Gebiete gibt die auch wichtig für das Gemeinwohl sind, wie zum Beispiel Schule, Sozialhilfe, Entwicklungshilfe, Forschung, Kultur, Fürsorge für Behinderte und Fürsorge für ältere Menschen. Die Gesundheit ist daher als einer unter vielen wichtigen Werten zu sehen, welche die Gesellschaft fördern muß. Sie ist nicht der einzige. Man muß sich fragen, ob es aus christlicher Sicht immer angemessen ist, daß wir immer mehr Geld ausgeben, um unsere höheren Forderungen nach besserer Gesundheit und Lebensqualität zufriedenzustellen, wenn anderen Menschen in unserer Welt das Notwendigste zum Leben fehlt.

Die Kirche geht von einer ganzheitlichen Sicht des Gesundheitswesens aus. Man soll sich nicht nur um das physische Wohlbefinden der Kranken bemühen, sondern auch um ihre psychologischen und geistlichen Bedürfnisse. Der Mensch ist nicht nur Leib und lebt „nicht nur von Brot“ (Mt 4,4). Freiheit und Selbstverwirklichung sind Werte, die zu schützen sind. Das heißt, daß weder die Patienten noch die Ärzteschaft und das Pflegepersonal politischem Druck oder ungebührlichen wissenschaftlichen Ambitionen ausgesetzt werden dürfen. Sie dürfen auch nicht dazu verleitet werden, unmoralisch zu handeln, indem sie ihrerseits Kranke oder Gesunde solcher Unterdrückung aussetzen. Man muß also die Gesundheit immer in einer Perspektive sehen, die von Respekt für und Liebe zu jedem Menschen ausgeht.

4. Fragen im Zusammenhang mit Pflege in der Endphase des Lebens

Nach christlichem Glauben ist der Tod nicht das Ende des Daseins, sondern der Übergang in eine neue Lebensform. „Denn Gott hat die Welt so sehr geliebt, daß er seinen eingeborenen Sohn hingab, damit jeder, der an ihn glaubt, nicht zugrunde geht, sondern das ewige Leben hat.“ (Joh 3,16) Darum können alle, die in Christus sterben, sich darauf freuen, Gott von Angesicht zu Angesicht zu begegnen.

Nichtsdestoweniger kann der Todesprozeß, genau wie die Geburt, sehr schmerzhaft sein. Sterbende können Furcht und Angst erleben, weil sie vor einer völlig unbekanntem Wirklichkeit stehen und das gewohnte Leben hinter sich lassen müssen: die Fähigkeit, zu atmen, wahrzunehmen und in Zeit und Raum zu existieren. Darum ist es wichtig, daß die sterbende Person von menschlicher Wärme und Fürsorge umgeben wird, alle notwendige geistliche Begleitung und allen notwendigen geistlichen Trost erhält und Zugang zu qualifizierter medizinischer Behandlung, nicht zuletzt effektiver Schmerzlinderung, hat.

In der Krankensalbung bietet uns die Kirche Gnade und Trost an, die schwer zu übertreffen sind. Dieses Sakrament ist nicht nur für diejenigen da, die in wirklicher Lebensgefahr schweben, sondern kann auch von denen empfangen werden, die schwer krank sind oder sich aufgrund ihres hohen Alters schwach fühlen. Dessen wichtigste Gnadengabe ist „eine Stärkung, Beruhigung und Ermutigung, um die mit einer schweren Krankheit oder mit Altersschwäche gegebenen Schwierigkeiten zu überwinden.“ (Katechismus der Katholischen Kirche #1520). Es ist wichtig, kranken Gemeindemitgliedern das Sakrament der Versöhnung, die Heilige Kommunion und die Krankensalbung anzubieten. Die Verantwortung, Sterbende geistlich zu begleiten und zu trösten, fällt jedoch nicht nur dem Priester zu. Angehörige, Freunde, Krankenpflegepersonal und andere Mitmenschen können durch ihre bloße Gegenwart an der Seite des Kranken und durch beispielsweise Schriftlesung und gemeinsames Gebet ein Trost sein.

4.1 Schmerzlinderung

Das menschliche Leben ist vergänglich, und darum enthält es unausweichlicherweise ein gewisses Maß an Schmerz und Leiden. Gott will nicht, daß wir leiden, und darum sollen wir auch nicht bewußt physische und psychische Prüfungen suchen. Nichtsdestoweniger kann so etwas, wenn es nun einmal eintrifft, im christlichen Leben mit Sinn erfüllt werden. Durch unsere Prüfungen können wir uns mit Christus vereinen, der für uns gelitten hat und der in geheimnisvoller Weise immer noch mit seiner Kirche leidet. Darum konnte der Apostel Paulus schreiben: „Jetzt freue ich mich in den Leiden, die ich für euch ertrage. Für den Leib Christi, die Kirche, ergänze ich in meinem irdischen Leben das, was an den Leiden Christi noch fehlt.“ (Kol 1,24) Wer leidet, kann deshalb sein Unbehagen oder seine Qualen um anderer willen aufopfern und sich durch seine Gebete mit anderen vereinen, die leiden, und für sie beten. Darum kann ein Patient auch von sich aus eine schmerzstillende Behandlung ablehnen. Doch darf man nicht davon ausgehen, daß andere Kranke diese Alternative wählen würden.

Schwere Schmerzen können den Lebensmut eines Menschen schwächen, das Gebetsleben erschweren und in anderer Weise gute Pflege in der Endphase des Lebens behindern. Darum lehrt die Kirche, daß der Arzt oder die Ärztin effektive Schmerzlinderung anbieten und bei Kranken, die nicht zustimmen können, annehmen soll, daß sie diese wünschen.⁸ Sicher kann die Behandlung von Sterbenden mit Schmerzmitteln in seltenen Fällen ihr Leben verkürzen.⁹ Dieses Risiko darf man eingehen, unter Voraussetzung daß die verordneten Dosen sich in den Grenzen dessen halten, was als gute medizinische Praxis angesehen wird und daß die Absicht der Behandlung keine andere als Schmerzlinderung ist.¹⁰

Wir wollen hier die Wichtigkeit guter Palliativmedizin und -pflege in der Endphase des Lebens unterstreichen. Sie zielt darauf ab, die Krankheitsbeschwerden zu lindern und die physischen, psychosozialen und geistlichen Bedürfnisse der Kranken zu integrieren. Daher soll sie ein selbständiger Bestandteil der medizinischen Behandlung sein, allen angeboten werden, die sie nötig haben, rechtzeitig eingeleitet werden und bis zum Tod weitergehen. Kein Patient, der an einer unheilbaren Krankheit leidet, darf jemals als „medizinisch fertigbehandelt“ betrachtet werden.

4.2 Der Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung

Es gibt andere Situationen, wo ein Patient oder eine Patientin intensivmedizinisch behandelt wird und wo man das Leben mit mechanischen Mitteln, zum Beispiel mit Hilfe eines Respirators, aufrechterhält. Da stellt sich die Frage, ob es als moralisch haltbar betrachtet werden kann, die Intensivbehandlung abzubrechen und den Patienten sterben zu lassen, wenn die Gesundheit des Patienten nicht wiederhergestellt werden kann.

Nach Tradition und Lehre der Kirche muß man immer zwischen dem erwarteten Nutzen der medizinischen Behandlung und deren negativen Folgen, inklusive medizinischen Risiken, Schmerz oder Angst, abwägen. Nach dieser Lehre hat der Patient im Prinzip die Verpflichtung, sich behandeln zu lassen - und der Arzt die Verpflichtung, die Behandlung

⁸ Siehe "Erklärung zur Euthanasie", erlassen von der Glaubenskongregation am 5. Mai 1980, *Acta Apostolicae Sedis*, 72 (1980), S. 547-548.

⁹ Bei schweren Schmerzen kann der Patient mit u.a. Morphium behandelt werden, das das Atemvermögen dämpft und seinerseits das Leben des Patienten verkürzen kann. Palliativmedizinische Forschung hat jedoch gezeigt, daß die schmerzstillende Behandlung in vielen anderen Fällen das Leben *verlängert*, weil der Patient sich entspannt und schmerzfrei wird. Zu dieser Frage siehe auch *Katechismus der Katholischen Kirche* #2279.

¹⁰ Siehe Ansprache Pius' XII. an einen Internationalen Kongreß von Ärzten und Chirurgen am 24. Februar 1957 in *Acta Apostolicae Sedis*, 49 (1957), S. 146; sowie Johannes Paul II., *Evangelium vitae*, 1995, #65.

anzubieten -, wenn diese Behandlung gute Chancen bietet, die Gesundheit wiederherzustellen und nicht allzu viele negative Folgen mit sich führt. Demgegenüber ist der Arzt nicht ohne weiteres moralisch verpflichtet, eine Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen, wenn der medizinische Nutzen im Verhältnis zu anderen Beschwerden unerheblich ist oder wenn die Therapie nur den Sterbeprozess verlängert.¹¹ Der Beschluß, eine lebenserhaltende Behandlung eventuell abzubrechen, muß selbstverständlich im Einverständnis mit den Kranken, im Einverständnis mit den Angehörigen, falls Kontakt mit ihm unmöglich ist, und u.U. mit anderen Fachärzten getroffen werden. Unabhängig davon wie dieser Beschluß ausfällt, muß jedoch die gewöhnliche Pflege weitergehen.¹² Eine medizinische Behandlung in solchen oder ähnlichen Situationen abzubrechen, ist keine Form „passiver“ Euthanasie oder versteckter Sterbehilfe.

4.3 Euthanasie

Selbst wenn der Patient unwiderruflich dem Tod entgegen geht und das Leben nicht gerettet werden kann, beschützt der Arzt das Leben und dient ihm. Das gilt auch für alle anderen, die dem oder der Kranken nahestehen. Es gibt jedoch viele Stimmen in der Gesellschaft, die meinen, daß man dem Arzt erlauben sollte, den Patienten absichtlich zu töten, wenn dieser darum bittet oder seine Erlaubnis gibt.

Mit Euthanasie im eigentlichen Sinn des Wortes ist „eine Handlung oder eine Unterlassung“ gemeint, „die ihrer Natur nach und aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden. »Bei Euthanasie dreht es sich also wesentlich um den Vorsatz des Willens und um die Vorgehensweisen, die angewandt werden.«¹³ Ein Wunsch nach Sterbehilfe bei Schwerkranken hat meistens seinen Grund in dem Bedürfnis nach Gespräch, einer Depression, der Furcht vor dem Todesprozeß oder der Angst, für Pflegepersonal und Angehörige eine zu schwere Belastung zu sein. Solche Befürchtungen müssen natürlich ernst genommen werden. Das ärztliche und pflegende Personal muß den leidenden Kranken nahe sein und durch liebevolle Fürsorge sie und ihre Familie stützen. Die Stellung der Palliativmedizin und -pflege muß deshalb gestärkt werden, so daß die Kompetenz des ärztlichen und pflegenden Personals auf diesem Gebiet erhöht wird und den Kranken zugute kommen kann. Leider bekommen jedoch nicht alle Kranke die schmerzlindernde Behandlung und das Verständnis, das sie brauchen. Verglichen mit anderen medizinischen Gebieten, die Prestige verleihen, wie z.B. Genetik oder Chirurgie wird der Palliativmedizin immer noch wenig Priorität eingeräumt, und sie wird vernachlässigt. Verantwortliche in Politik und Medizin, aber auch Angehörige haben deshalb eine wichtige Aufgabe, dafür zu sorgen, daß die Endphase des Lebens eine sinnvolle Periode im Leben einer jeden Person wird. Neuere Studien haben auch bestätigt, was ärztliches und pflegendes Personal, Seelsorger und Angehörige oft festgestellt haben: Die Endphase des Lebens kann auch eine Zeit überraschend vieler Möglichkeiten und sogar Freuden für Sterbende und ihre Umgebung sein.¹⁴

¹¹ In der katholischen Tradition pflegt man zwischen proportionellen und unproportionellen, gewöhnlichen und außergewöhnlichen Behandlungen zu unterscheiden. Siehe "Erklärung zur Euthanasie", erlassen von der Glaubenskongregation am 5. Mai 1980, *Acta Apostolicae Sedis*, 72 (1980), S. 551.

¹² Siehe Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, *Charter for Health Care Workers*, Vatican Press, Vatican City, 1995, # 120, S. 98.

¹³ Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, 1995, #65. Für eine gründliche Analyse des Begriffs Euthanasie, sowie dessen Terminologie siehe Helene Pande, "Eutanasi. Førsøk på klargjøring og avgrensing av begreper", *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 24, 1997: 117: 3548-50.

¹⁴ Siehe Ira Byock, *Dying well : peace and possibilities at the end of life*, New York : Riverhead Book, 1997 und auch Eva Sahlberg Blom, *Autonomi, beroende, livskvalitet : livets sista månad för 56 cancerpatienter*, Uppsala : Acta Universitatis Upsaliensis, 2001.

In der ethischen Debatte macht man manchmal geltend, daß Euthanasie zuzulassen sei, weil jeder über seinen eigenen Körper und sein eigenes Leben bestimmen können sollte. Hilfe beim Selbstmord zu erhalten oder jemand anders zu töten, ist jedoch keine Privatsache. Menschen sind soziale Wesen, die zu einer Gemeinschaft gehören. Was wir mit unserem Körper und unserem Leben tun, betrifft auch andere. Diese anderen sind auch zu schützen. Euthanasie ist eine unmoralische Handlung, weil sie die körperliche Integrität des Opfers verletzt, ebenso die Person, welche die Tat ausführen muß, und außerdem viele andere, nicht zuletzt Behinderte, die trotz großer Prüfungen ein würdiges Leben führen wollen. Diese Menschen, die sich von der Euthanasiedebatte oft sehr betroffen fühlen, brauchen die volle Unterstützung der Gesellschaft, indem sie unter anderem deutlich zeigt, daß das Leben immer unverletzbar und lebenswert ist, unabhängig vom Gesundheitszustand und vom angeblichen sozialen Nutzen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, daß das menschliche Leben bis zum Tod geschützt wird und daß Euthanasie nach dem Gesetz nicht zugelassen wird.

Außer daß Euthanasie gegen die Berufsethik der Ärzteschaft und des Pflegepersonals verstößt, die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege außer acht läßt und die menschliche Integrität verletzt, ist sie auch eine ernste Sünde gegen Gott, der uns befohlen hat, nicht zu töten (Ex 20,13; Dtn 5,17). Darum bestätigte Papst Johannes Paul II. in seiner Enzyklika *Evangelium vitae*, „in Übereinstimmung mit dem Lehramt [seiner] Vorgänger und in Gemeinschaft mit den Bischöfen der katholischen Kirche, daß *die Euthanasie eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes ist*, insofern es sich um eine vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist.“¹⁵

4.4 Terminale Sedierung

In unseren nordischen Ländern hat man in letzter Zeit auch eine neue Form von Euthanasie diskutiert. Der Begriff "terminale Sedierung" wird als Bezeichnung für eine Handlung verwendet, die darin besteht, daß der Arzt Sterbende in Schlaf versetzt und alle medizinische Behandlung abbricht, bis der Tod eintritt.¹⁶ In solchen Fällen pflegt der Tod innerhalb einiger Tage – höchstens eine Woche nach der Versetzung in Schlaf – einzutreten. Die Befürworter dieser Handlung meinen, daß es sich dabei um eine annehmbare und gesetzliche Form der Euthanasie handelt, da sie zwei Momente enthält, die heute erlaubt sind: in Schlaf zu versetzen und eine Behandlung abubrechen.

Da die Absicht mit dieser Handlung ist, den Patienten zu töten, sollte terminale Sedierung als regelrechte Euthanasie betrachtet und verboten werden. Was diese von anderen Weisen unterscheidet, das Leben eines oder einer Schwerkranken absichtlich auszulöschen, sind die verwendeten Mittel. Terminale Sedierung ist auch in sich problematisch. Medizinische Praxis hat gezeigt, daß Kranke Schmerz und Unbehagen erleben können, während sie in künstlichem Schlaf liegen. In einer solchen Situation würde terminale Sedierung solche Kranke unwiderruflich der Möglichkeit berauben, aufzuwachen und um Hilfe zu bitten. Auf diese definitive Weise Kranken die Möglichkeit vorzuenthalten, mit ihrer Umgebung zu kommunizieren und eventuell ihre Auffassung, wie sie behandelt werden wollen, ändern zu können, ist zutiefst unethisch.

4.5 Organ-, Gewebe- und Zellspende

¹⁵ Johannes Paul II., *Evangelium vitae*, 1995, #65.

¹⁶ Siehe Nina Husom i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 3/2001, sowie Torbjörn Tännsjö in *Dagens Nyheter*, 25. März 2001, A4.

Biologisch gesehen ist der Tod kein augenblickliches Geschehen, sondern ein mehr oder weniger langwieriger Prozeß, in dem die Funktionen, die den Körper zusammenhalten, nach und nach abnehmen. Früher verband man den Tod gewöhnlich mit dem Augenblick, in dem das Herz aufhört, zu schlagen. Die Möglichkeit, den Kreislauf eines Menschen künstlich aufrechtzuerhalten, hat diese Annahme problematisch gemacht und die Einsicht aktualisiert, daß die Identität des Menschen vor allem mit seiner potentiellen oder tatsächlichen Möglichkeit verbunden ist, sich seiner selbst bewußt zu sein, zu denken und mit anderen zu kommunizieren. Wenn diese Fähigkeit unwiderruflich verlorengelht (der sog. Hirntod), kann die Person auch als tot angesehen werden. Die Kirche verwendet keine medizinischen Kriterien, um den Tod zu definieren, aber kommt durch philosophische und theologische Argumentation zu dem gleichen Schlußsatz wie die medizinische Wissenschaft, was bedeutet, daß sie implizit das sogenannte Hirntodkriterium anerkennt. Die Kompetenz der Kirche ist theologisch und philosophisch. Darum hat der Papst kürzlich gesagt: „In dieser Hinsicht ist es nützlich, sich daran zu erinnern, daß der Tod der Person ein einziges Geschehen ist, das in dem völligen Zerfall jenes ungeteilten und integrierten Ganzen besteht, welches das persönliche Selbst ist. Der Tod resultiert aus der Trennung des Lebensprinzips (oder der Seele) von der körperlichen Wirklichkeit der Person.“¹⁷

Diese theoretischen Fragen sind heute von großer Relevanz, aufgrund neuer Möglichkeiten, die dazu führen, daß man unter anderem die Organe, Gewebe und Zellen toter Personen zur Transplantation an Schwerkranke verwenden kann. Wenn man an den großen Mangel an Transplantaten denkt, der heute in den nordischen Ländern herrscht, sollte diese Möglichkeit, das Leben anderer Menschen durch unseren toten Körper zu retten, willkommen geheißen werden. Eine Organspende kann die letzte freie Liebestat einer Person auf Erden sein. Darum ermuntern wir alle Katholiken in unseren Diözesen, die Kultur des Lebens zu fördern, indem sie in dieser wichtigen Frage Stellung beziehen.

Auch das Gesundheitswesen sollte die Organspende als eine freie Liebestat betrachten, die den ganzen Menschen in sich schließt. Darum soll die Zustimmung zur Spende gewissenhaft festgestellt werden, so wie es guter medizinischer Praxis entspricht, bevor ein Eingriff in den toten Körper stattfindet. Es ist auch wichtig, daß der tote Körper des Spenders mit Respekt behandelt wird.

5. Der Beitrag der Kirche zum Gesundheitswesen im Norden

Seit der Christianisierung der nordischen Länder ist die Kirche ein wichtiger sozialer Akteur in der Gesellschaft gewesen und hat jederzeit Armen, Kranken, Gefangenen und anderen marginalisierten Personen beigestanden. Besonders die Ordensschwester haben die Fürsorge der Kirche für die Kranken und Schwachen hier im Norden vermittelt.

5.1 Katholische Krankenpflege im Norden

Nach der Reformation ist die katholische Kirche im 19. und 20. Jahrhundert in die nordischen Länder zurückgekehrt. Allmählich zeigte sie ihre Präsenz auf verschiedenen Gebieten des gesellschaftlichen Lebens. Am deutlichsten trat sie durch ihre besondere Arbeit für Kranke und Alte hervor. Bis vor kurzem waren es Ordensschwester und –brüder, die sich den Schwerkranken und Sterbenden gewidmet haben, indem sie ihnen Geborgenheit und Trost

¹⁷ „In this regard, it is helpful to recall that *the death of the person* is a single event, consisting in the total disintegration of that unitary and integrated whole that is the personal self. It results from the separation of the life-principle (or soul) from the corporal reality of the person.“ – Siehe Johannes Paul II., „*Address to the 18th International Congress of the Transplantation Society*“, 2000-08-29, #4.

gaben. Auf jede Weise versuchten sie, ihre Schmerzen zu lindern und ihnen zu helfen, ihre Furcht und ihre Angst zu ertragen. Außerdem halfen sie den Kranken, sich mit Gott zu versöhnen, indem sie die Sakramente empfangen: Beichte, Eucharistie und die Krankensalbung.

Heute sind es im allgemeinen nicht mehr Ordensschwester und –brüder, die dieses Apostolat ausüben, sondern einzelne katholische Ärzte, Krankenpfleger und Krankenschwestern in den öffentlichen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zusammen mit anderen Menschen guten Willens engagieren sie sich, um Kranken und Sterbenden Liebe und Hilfe zu geben, damit sie in menschenwürdiger Weise den Übergang in das ewige Leben vollziehen können.

5.2 Neue Initiativen

Damit Schwerkranke auf eine Weise gepflegt werden können, die Gott immer als den Herrn des Lebens respektiert, wurden in den letzten Jahren mehrere Hospize in katholischer und ökumenischer Regie errichtet.

6. Zusammenfassung

In diesem Hirtenschreiben haben wir Bischöfe gewissen Fragen Aufmerksamkeit schenken wollen, die im Zusammenhang mit Pflege in der Endphase des Lebens gestellt werden. Diese Fragen sind beleuchtet worden durch eine Analyse der heutigen Situation, eine Darstellung des Offenbarungszeugnisses und der Lehre der Kirche, eine Erklärung der Prinzipien, die der katholischen Auffassung von Pflege und Gesundheitswesen zugrunde liegen, und schließlich eine Anwendung dieser Prinzipien auf konkrete Fragen. Diese Prinzipien gehen von der Erfahrung unserer Gottesbeziehung in der Geschichte und von der frohen Botschaft der Erlösung des Menschen in Jesus Christus aus. Aber unsere Auffassung von Pflege und Gesundheitswesen geht auch von Überzeugungen aus, die wir mit vielen Menschen guten Willens teilen. Von diesen gemeinsamen Überzeugungen kann erwähnt werden der Respekt für die Unverletzlichkeit und Gleichwertigkeit der Menschen, unsere besondere Verantwortung für die Schwächsten in der Gesellschaft und die Rücksicht auf die Berufsintegrität der Ärzteschaft.

Viele dieser Werte werden heute in Frage gestellt durch kurzsichtige wissenschaftliche und politische Interessen, sowie durch Ideen, welche die Person von der Gemeinschaft isolieren. Wie wir aufgezeigt haben, ist die Gefahr mit dieser individualistischen Einstellung, die unter anderem das Recht auf Sterbehilfe behauptet, daß andere Beteiligte vergessen werden. Die flehentliche Bitte um Sterbehilfe muß ernst genommen werden; jedoch nicht auf die Weise, daß der Patient getötet wird, sondern indem man ihm im Sterbeprozess beisteht, bis er sein Leben auf natürliche Weise abschließt und es in Gottes Hand gibt.

Der Tod ist ein natürliches Phänomen, das von allen akzeptiert werden muß, wenn die Zeit gekommen ist, und das zuletzt die Tür zu einem neuen Leben mit Gott ist. Aber so lange wir leben, ist es das Leben, diese wunderbare Gabe Gottes, zu dessen Dienst wir berufen sind, nicht zuletzt bei unseren schwerkranken Brüdern und Schwestern. Wir weisen zusammen mit Papst Johannes Paul II. eine „Kultur des Todes“ zurück. Wir hören seinen Ruf zu einer „*allgemeinen Mobilisierung der Gewissen und einer gemeinsamen sittlichen Anstrengung, um eine große Strategie zu Gunsten des Lebens in die Tat umzusetzen*“.¹⁸ Wir hoffen, daß dieses Schreiben auf seine Weise dazu beiträgt, die „Kultur des Lebens“ in den nordischen Ländern

¹⁸ Johannes Paul II., *Evangelium vitae*, 1995, # 95.

zu fördern. Aber vor allem hoffen wir, daß es den Respekt für den Menschen fördert, der als Abbild Gottes geschaffen, in Christus erlöst und zu einem ewigen Leben berufen ist.

Empfehlungen und Vorschläge

1. Wir fordern unsere gewählten Volksvertreter und –vertreterinnen, sowie unsere Regierungen dazu auf, die Palliativmedizin und –pflege in unseren nordischen Ländern weiter zu entwickeln. Schwerkranke und Sterbende brauchen mehr Hilfe und Unterstützung in der Endphase des Lebens. Unserer Ansicht nach ist Euthanasie eine unannehmbare Alternative, welche die Bedeutung der Palliativmedizin und -pflege untergräbt und den Wert des Menschen in Gefahr bringt. Kein Mensch sollte die Möglichkeit erhalten, unschuldigen Mitmenschen das Leben zu nehmen. Deshalb sollte Euthanasie nach wie vor verboten sein.

2. Wir bitten alle katholischen Christen im Norden, besonders aufmerksam auf die Situation der Kranken in unseren Kirchen zu sein. Darum schlagen wir vor, daß jede Gemeinde, je nach Notwendigkeit und Möglichkeit, einen pastoralen Plan ausarbeitet, so daß Alte und Kranke regelmäßig Besuch bekommen und die Möglichkeit haben, die Kommunion zu empfangen, wenn sie nicht zur Kirche kommen können. Dieses Besuchsapostolat kann, wenn notwendig, von besonders ausgebildeten Kommunionausteilern mit bischöflichem Mandat ausgeführt werden.

3. Wir fordern die katholischen Pfarrer auf, das Sakrament der Krankensalbung regelmäßig in ihren jeweiligen Gemeinden anzubieten. Dieses Sakrament kann vorschlagsweise gemeinsam, gerne auch im Rahmen einer Eucharistie, gefeiert werden, um die Gemeinschaft unter und mit den Kranken zu betonen.

4. Wir ermuntern katholische Ärzte und Ärztinnen, sowie Krankenpflegepersonal und Seelsorger, sich in Palliativmedizin bzw. -pflege fortzubilden und für die besonderen medizinischen und geistlichen Bedürfnisse Sterbender aufmerksam zu sein. Wir begrüßen auch Privatinitiativen, um neue Hospize in christlicher Regie zu gründen.

5. Wir fordern alle unsere christlichen Brüder und Schwestern dazu auf, den Respekt für das Leben aktiv zu fördern und aktiv an der allgemeinen Debatte und dem demokratischen Prozeß teilzunehmen, so daß die Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens in unserer Gesellschaft immer mehr respektiert wird.

Am Welttag für die Kranken, 11. Februar 2002

+ Gerhard Schwenzer,
Bischof von Oslo
Vorsitzender der Nordischen Bischofskonferenz

+ Anders Arborelius
Bischof von Stockholm
Stellvertretender Vorsitzender der Nordischen Bischofskonferenz

+ Czeslaw Kozon
Bischof von Kopenhagen

+ Johannes B.M. Gijzen
Bischof von Reykjavik

+ Józef Wróbel
Bischof von Helsinki

+ Gerhard Goebel
Bischof-Prälat von Tromsø

+ Georg Müller
Bischof-Prälat von Trondheim

+ William Kenney
Weihbischof von Stockholm

+ Hans Martensen
Altbischof von Kopenhagen

+Hubertus Brandenburg
Altbischof von Stockholm