Dokumentation der Vortragsreihe **Sterben: Zwischen Tabu und Aufgabe**

ZfG
Zentrum für Gesundheitsethik
an der Evangelischen Akademie Loccum

EVANGELISCH-LUTHERISCHE
LANDESKIRCHE HANNOVERS
Haus kirchlicher Dienste

Dokumentation der Vortragsreihe
Sterben: Zwischen Tabu und Aufgabe

Herausgeber: Haus kirchlicher Dienste der
Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers
Verantwortlich: Frauenwerk, Susanne Paul (V.i.S.d.P.)
Hausanschrift: Archivstraße 3, 30169 Hannover
Postanschrift: Postfach 265, 30002 Hannover
Fon: 0511 1241-425 Fax: 0511 1241-186
E-Mail: frauenwerk@kirchliche-dienste.de
Internet: www.frauenwerk-hannover.de
Fotos: Pixabay
Satz und Layout: HkD (13244)
Druck: Haus kirchlicher Dienste,
gedruckt auf Recyclingpapier aus 100% Altpapier
Auflage: 300 **Artikelnummer:** 545023

Vorwort

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum §217 des StGB hat das Selbstbestimmungsrecht jeder einzelnen Person im Blick auf das eigene Sterben und den eigenen Tod in den Mittelpunkt gestellt und das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe aufgehoben. Damit hat es den gesetzgebenden Organen den Auftrag gegeben, die Frage des assistierten Suizids neu zu regeln. Ein gesellschaftlicher Diskussionsprozess ist in Gang gekommen, der auch die Kirchen in die Pflicht nimmt, über diese Fragen neu nachzudenken und Stellung zu beziehen.

Wie beurteilen wir die Selbstbestimmung, die sich für einen Zeitpunkt des eigenen Todes entscheidet, der nicht alle Möglichkeiten der Hochtechnologiemedizin, ja, noch nicht einmal der palliativen Möglichkeiten bis zum Ende ausschöpfen will? Die Versuchung liegt nahe, unter dem Diktum eines absoluten Lebensschutzes jeden Versuch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, zu diskreditieren oder ihn als mutlos oder unchristlich zu bezeichnen. Eine christliche Haltung sollte doch Lebensmut und -freude wecken und die Würde des Lebens auch in scheinbar unwürdigen Lebenslagen zeigen. Das führte in der Vergangenheit auch zu einer Schuldgeschichte der Kirche mit Menschen, die ihrem Leben selbst ein Ende setzten und noch über den Tod hinaus geächtet wurden. Wer andere Menschen im Sterben begleitet, weiß, dass der Gedanke an ein Leben als Geschenk Gottes manchmal an der Realität todkranker Menschen auch zerbricht.

Im Angesicht des Urteils des Bundesverfassungsgerichts über den §217 muss nun ausgelotet werden, ob und in welchen Situationen und mit welchen Einschränkungen eine Assistenz im Suizid möglich sein kann. Die Form des selbstbestimmten Sterbens mit Assistenz wirft Fragen nach den rechtlichen Einschränkungen und den verantwortlichen,

Foto: Jens Schulze

begleitenden Personen auf, die einer eigenen Betrachtung wert sind. Die Frage, wie damit in den diakonischen Einrichtungen unserer Kirche umgegangen werden sollte, brachte kontroverse Diskussionen und Antworten hervor. Viele der unterschiedlichen Positionen finden Sie in den Anhängen dieser Arbeitshilfe. Die Realität von todkranken Menschen und ihr Wunsch nach begleitetem Sterben auf der einen Seite und die Kultur des Lebensschutzes, die durch soziale Aufmerksamkeit und Nähe, begleitende Fürsorge in kritischen Lebensphasen und durch eine allen zur Verfügung stehende, palliative Begleitung und Hospizarbeit aufwartet, gilt es sorgfältig abzuwägen. Es geht um ein gemeinsames Ringen in einer Frage, die sich einfachen Antworten verschließt.

Das Haus kirchlicher Dienste mit dem Fachbereich Erwachsene in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gesundheitsethik hat diese Diskussion für die Arbeit in den Gemeinden fruchtbar gemacht. Mit dieser Arbeitshilfe bekommen Interessierte einen Überblick über die aktuelle Diskussion. Daneben gibt es eine reichhaltige Materialsammlung und Anregungen für Diskussionen und Themenabende. Die Gespräche und Antworten, die daraus erwachsen, können ein wichtiger kirchlicher Beitrag zur Neureglung des assistierten Suizides sein.

Ralf Meister

Landesbischof

Inhaltsverzeichnis

1 **Vorwort**
2 **Inhaltsverzeichnis**
3 **Einleitung**

4 **1. Abend am 20. Mai 2021**
Assistierter Suizid – Ringen um eine neue rechtliche Regelung
4 Hintergrund
5 Vortrag Prof. Dr. Susanne Beck
8 Vortrag Dr. med. Edzard Schröter
9 Positionen und Kommentare
15 Hinweise für die Gemeindearbeit

18 **2. Abend am 1. Juni 2021**
Selbstbestimmt sterben – bedeutet das für alle das gleiche?
18 Hintergrund
20 Vortrag Prof. Helen Kohlen
21 Vortrag Regionalbischof Hans Christian Brandy
23 Positionen und Kommentare
27 Hinweise für die Gemeindearbeit

28 **3. Abend am 23. Juni 2021**
Sterben zwischen Aufgabe und Tabu – Pflegen und sterben zu Hause
28 Hintergrund
30 Vortrag Prof. Dr. Barbara Hellige
31 Vortrag OKR Dr. Friedrich Ley
32 Positionen und Kommentare
37 Hinweise für die Gemeindearbeit

38 **4. Abend am 7. Juli 2021**
Was galt früher, was gilt heute als gutes Sterben?
38 Hintergrund
39 Vortrag Prof. Dr. Stefan Heuser
42 Vortrag Dr. Irmhild Saake
43 Positionen und Kommentare
50 Hinweise für die Gemeindearbeit

Einleitung

Dokumentation einer vierteiligen Themenreihe zur aktuellen Diskussion um Sterbehilfe und assistierten Suizid

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 die bisherige Regelung zum assistierten Suizid, wie er in §217 des Strafgesetzbuches geregelt war, für verfassungswidrig erklärt. Eine neue Rechtsformulierung steht noch aus, hat aber bereits im Vorfeld eine breite öffentliche Diskussion entfacht.

Die Arbeitsfelder Frauen- und Männerarbeit, Besuchsdienst und Alternde Gesellschaft im Haus kirchlicher Dienste der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers haben in Kooperation mit dem landeskirchlichen Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) im Frühjahr 2021 die aktuelle Diskussion zum Anlass einer vierteiligen Themenreihe genommen. Die Themenabende wurden in digitaler Form durchgeführt und stießen auf breite Resonanz.

1. Abend am 20. Mai 2021

Der erste Abend stand unter dem Titel „Assistierter Suizid – Ringen um eine neue rechtliche Regelung“.

Als Expert*innen waren Prof. Dr. Susanne Beck von der juristischen Fakultät der Leibniz Universität Hannover und Dr. med. Edzard Schröter in seiner Eigenschaft als Fachmann für Palliativmedizin eingeladen. Der Abend hatte zum Ziel, die verfassungsrechtliche Perspektive mit dem Blick aus der ärztlichen Versorgung von Sterbenden ins Gespräch zu bringen.

Hintergrund

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 festgestellt, dass §217 des Strafgesetzbuches, in dem die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt wird, nicht verfassungskonform ist. Das Urteil stärkt die Selbstbestimmung des Einzelnen. Eine Neuregelung des Rechtsrahmens muss so ausgestaltet sein, dass die Hilfeleistung beim assistierten Suizid nicht verunmöglicht wird. Es darf auch keine Beschränkung der Inanspruchnahme auf bestimmte Gruppen wie zum Beispiel schwer Erkrankte mit begrenzter Lebenserwartung geben.

Andererseits muss mit beachtet werden, dass nicht eine gesellschaftliche Verschiebung im Sinn eines assistierten Suizids als „Normalfall“ und ein gesellschaftlicher Druck zur Inanspruchnahme einer entsprechenden Hilfe entsteht. Die derzeit diskutierten Gesetzesentwürfe müssen also verfassungskonform im Sinn des Richterspruchs sein, indem sie die Autonomie des Einzelnen gewährleisten, sollten aber auch nicht einem „Dammbruch“ Vorschub leisten.

Aber welche Aspekte lassen sich rechtlich überhaupt regeln? Diskutiert wird zum Beispiel, ob es eine Prüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidbegehrenden geben soll. Aber durch wen und in welchem Verfahren soll der freie Wille geprüft und was soll am Ende bescheinigt werden? Soll es für unterschiedliche Gruppen verschiedene Zugänge zu den entsprechenden Mitteln geben, für Schwerkranke möglicherweise durch ärztliche Verschreibung, aber für andere Menschen etwa auch durch eine Behörde? Macht die oft angeführte Analogie zum Schwangerschaftsabbruch Sinn, also eine zwingend vorgeschriebene Beratung, die aber ergebnisoffen geführt werden muss? Welche berufsrechtlichen Regelungen können oder sollen neben den strafrechtlichen Regelungen gelten? Einrichtungen zum Beispiel der Diakonie ringen damit, ob und wie sie sich positionieren sollen. Kann man eine „findet bei uns nicht statt“-Regelung durchhalten?

Es sind neben den rechtlichen Dimensionen viele weitere Spannungsfelder berührt, etwa nach der menschlichen Würde auch am Lebensende und im Leiden. Ist von Würde nur aus der Selbstbestimmung heraus zu sprechen oder ist sie auch in der Angewiesenheit gegeben? Was sind angemessene Formen der Begleitung und wieviel Anregung zum Umdenken und Rechtfertigung des Wunsches zum Sterben ist zumutbar, ohne dass sie zur „Gewissensprüfung“ wird? Wodurch bestimmt sich „gesellschaftlicher Druck“ und wie lässt er sich verhindern?

Als Konsens bei der Suche nach einer neuen rechtlichen Regelung kann gelten, dass die Angebote der Palliativmedizin umfassend bekannt sein müssen. Der assistierte Suizid soll nicht auf Grund von Unwissenheit über die Möglichkeiten ef-

fektiver Schmerztherapie und palliativer Begleitung entstehen. Ein Wunsch nach Hilfe zum Suizid muss jederzeit freiverantwortlich sein und darf nicht durch „Druck“ von außen veranlasst werden. Der assistierte Suizid soll eine möglichst seltene Ausnahme bleiben. Unabhängig von der Berufsgruppe muss jede/r im Gesundheitswesen Tätige in jedem Fall selbst entscheiden können, ob er/sie dem Wunsch nach Begleitung nachkommt. Begleitende Personen brauchen selbst Begleitung.

Aber auch bei optimaler Versorgung und Begleitung wird es Menschen geben, die auch dann auf Grund ihrer persönlichen Situation den assistierten Suizid wünschen. Der Wunsch hängt vielfach mit einer schweren leidvollen Grunderkrankung zusammen, kann aber auch unabhängig davon auftreten, etwa wenn die vorfindlichen Lebensumstände bilanziert und in der Summe als negativ bewertet werden.

Uneinigkeit besteht in der Einordnung etwa von palliativer Sedierung und dem bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Sind darin Alternativen zum assistierten Suizid oder bei Begleitung selbst alternative Formen desselben zu sehen? Ist nicht die palliative Sedierung eigentlich auch eine ärztliche Handlung, die den Tod intendiert oder zur Folge hat?

Vortrag Prof. Dr. Susanne Beck, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Strafrechtsvergleichung und Rechtsphilosophie an der Leibniz Universität Hannover

Frau Prof. Dr. Beck stellte ihren Ausführungen die Prämisse voran: „Nicht alles, was man selbst als moralisch verwerflich ansieht, muss verboten werden. Nicht einmal alles, was die Gesellschaft mehrheitlich oder konsensual als moralisch verwerflich ansieht, muss verboten werden.“

Im Folgenden erläuterte sie die bisherige Rechtsprechung, die Gründe, die zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit geführt haben und die Rechtsdimensionen, die bei einer Neuformulierung zu berücksichtigen sind.

Der bisherige Rechtsrahmen gemäß § 217 StGB

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Begründung der Verfassungswidrigkeit

Im Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 wurde § 217 als verfassungswidrig erklärt. Folgende Gesichtspunkte waren für diese Beurteilung maßgeblich:

1. a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.
   b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein,

sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.
c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

2. Auch staatliche Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Wirkung entfalten, können Grundrechte beeinträchtigen und müssen daher von Verfassungs wegen hinreichend gerechtfertigt sein. Das in § 217 Abs. 1 StGB strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung macht es Suizidwilligen faktisch unmöglich, die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen.

3. a) Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist am Maßstab strikter Verhältnismäßigkeit zu messen.
b) Es ist zu berücksichtigen, dass die Regelung der assistierten Selbsttötung sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Schutzaspekte bewegt. Die Achtung vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unterstützung sucht, tritt in Kollision zu der Pflicht des Staates, die Autonomie Suizidwilliger und darüber auch das hohe Rechtsgut Leben zu schützen.

4. Der hohe Rang, den die Verfassung der Autonomie und dem Leben beimisst, ist grundsätzlich geeignet, deren effektiven präventiven Schutz auch mit Mitteln des Strafrechts zu rechtfertigen. Wenn die Rechtsordnung bestimmte, für die Autonomie gefährliche Formen der Suizidhilfe unter Strafe stellt, muss sie sicherstellen, dass trotz des Verbots im Einzelfall ein Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe real eröffnet bleibt.

5. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB verengt die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.

6. Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Rechtliche Aspekte zur Neuregelung

Neue Gesetzgebungsvorschläge müssen verschiedene wichtige Fragen berücksichtigen, die möglicherweise nicht nur auf den Bereich des Strafrechts beschränkt sind.

In Frage steht, wie die Freiwilligkeit einer Entscheidung zum assistierten Suizid festgestellt werden soll. Genügt die Vermutung der Freiwilligkeit oder bedarf es eines positiven Nachweises? Soll es über ein Beratungsangebot hinaus eine Beratungspflicht geben? Welche Anzahl an Beratung bzw. welche Dauer zwischen Beratung und Durch-

führung ist angemessen? Ist hierfür eine Ethikkommission einzusetzen und gibt es einen Rechtsweg? Ist mit der Volljährigkeit eine natürliche Einsichts- bzw. Urteilsfähigkeit vorauszusetzen?

Zu klären ist, wer die Beihilfe zum assistierten Suizid leisten darf und ob es etwa ein Verbot von Sterbehilfevereinen geben soll. Es bedarf einer Regelung der Modalitäten zur Suizidhilfe und des Zugangs zu entsprechenden Betäubungsmitteln. Ist ein Informations- und Werbeverbot angemessen und wie wird eine Evaluation ermöglicht?

Vortrag Dr. med. Edzard Schröter aus Hannover mit den Fachgebieten Anästhesie, Allgemeinmedizin, Schmerz- und Palliativmedizin

Herr Dr. Schröter erläuterte an drei Fallbeispielen die Motive eines Wunsches nach assistiertem Suizid und ihre Funktion bzw. Wirkung. Gerade das gleichzeitige Nebeneinander verschiedener Motive belegt eine Ambivalenz zwischen Todeswunsch und dem Willen zum Leben. Herr Dr. Schröter plädiert für eine Wahrnehmung der umfangreichen palliativen Hilfsangebote.

Fallbeispiele

1. Ein 77-jähriger Mann leidet an ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) und lebt seit neun Monaten im Hospiz. Er ist bettlägerig und kann nur mit Hilfe eines Sprachcomputers kommunizieren. Er ist verheiratet und hat eine enge Bindung zu seiner Ehefrau. Aber er leidet unter wiederkehrenden depressiven Phasen.

2. Eine 38-jährige Frau leidet unter einem Mammakarzinom mit Hirnmetastasen. Sie ist seit zwei Monaten im Hospiz. Sie hat Artikulationsschwierigkeiten, eine rechtsseitige Schwäche, droht leicht zu stürzen und hat oft starke Kopfschmerzen. Sie hat eine enge Bindung zur zwei Jahre älteren Schwester, leidet aber auch an depressiven Phasen. Einen vorzeitigen Tod zieht sie dem zu erwartenden schweren Sterbeprozess vor. Ihre akute Situation erlebt sie als unerträglich.

3. Eine 77-jährige Frau leidet unter einem Bronchialkarzinom. Sie lebt seit zwei Wochen im Hospiz und ist sehr schwach. Sie hat große Angst vor dem, was kommt und insbesondere vor einem Erstickungstod. Keine Kontrollmöglichkeiten zu besitzen und vollständig abhängig zu sein, belastet sie sehr.

Funktion

Der Wunsch nach assistiertem Suizid resultiert bei diesen beispielhaften Verläufen in der Aussicht eines schweren Sterbeprozesses. Dieser Prognose wird ein vorzeitiger Tod vorgezogen. Es ist davon auszugehen, dass eigentlich ein starker Lebenswunsch besteht. Aber die Situation wird als so unerträglich erlebt, dass man sich ihr entziehen möchte. Eine letzte Kontrolle zu haben, erscheint besser als dem Verlauf der Krankheit ausgeliefert zu sein.

In der Äußerung des Sterbewunsches können aber auch andere Motive liegen. Sie kann auch als Sehnsucht nach Aufmerksamkeit verstanden werden. Es kann damit Einfluss auf die Familie ausgeübt werden, um Einsamkeit vorzubeugen. Insofern wäre der Sterbewunsch eher als Schrei der Verzweiflung zu verstehen. Auch rationale Erwägungen wie die finanzielle Belastung der Familie durch die Krankheitsfolgen können eine Rolle spielen. Den Todeswunsch zu äußern, wäre dann ein Akt des Altruismus. In den verschiedenen und auch zum Teil gegenläufigen Motiven kann eine erhebliche Ambivalenz zwischen Todeswunsch und Lebenswillen liegen. Im Laufe einer Erkrankung wird häufig ein Perspektivwechsel durchlaufen. Einschränkungen, von denen man glaubt, sie nicht ertragen zu können, können sich im Laufe der Erkrankung anders und aushaltbar darstellen.

Palliativmedizin

Die ambulante und stationäre Palliativmedizin bietet eine frühzeitige Begleitung, um so lange wie möglich ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit

zu ermöglichen. Sie gewährleistet dabei eine engmaschige Symptomkontrolle des Krankheitsverlaufs und eine wertvolle Unterstützung und Entlastung der Angehörigen. Palliativmedizin kann auch eine Begleitung bei der palliativen Sedierung oder dem freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken und auch den Trauerprozess begleiten.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativversorgung (DGP) versteht den assistierten Suizid nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung. Ärztinnen und Ärzte sollen sich aber respektvoll mit den Todeswünschen auseinandersetzen. Die DGP plädiert für eine offene und breit aufgestellte Auseinandersetzung mit der Thematik des assistierten Suizids. Neben einer Stärkung der Suizidprävention unterstützt sie die begleitende Forschung. Sie setzt sich für eine konsequente Verankerung des Umgangs mit Sterbewünschen und den Möglichleiten der Hospiz- und Palliativversorgung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen und in der Suizidprävention sowie für eine Qualitätssicherung der bestehenden Angebote ein.

Positionen und Kommentare

1.) Sterben soll seine Zeit bekommen

Von Cristina Marina und Julia Pennigsdorf (epd) (in: Wochenspiegel Deutschlandausgabe 42 - 12.10.2020. Auszüge*)*

[…] Die Mehrheit der Deutschen stimmt Umfragen zufolge dem Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben zu. Viele Palliativmediziner und Pflegende, die unheilbar erkrankte Menschen begleiten und behandeln, sehen diese Haltung indes kritisch. Zu den Kritikern gehört auch Anke Reichwald, Geschäftsführerin des Uhlhorn-Hospizes. Sie bemängelt, das Bundesverfassungsgericht habe aus rein theoretischer Sicht geurteilt. Dass jemand sich bewusst für den Tod entscheide, um seinem Leid ein Ende zu setzen, komme selten vor: „Wir erleben in der Praxis eher das Gegenteil." Schwerstkranke, sogar Hochbetagte, bettelten regelrecht um noch eine Chemotherapie oder Antibiotika-Behandlung. Dass sie angesichts ihrer Diagnose so reagierten, überrasche viele selbst. „Das sind Entscheidungen, die wir uns schlicht nicht vorstellen können, solange wir gesund sind", sagt Reichwald. […]

Auch der hannoversche Palliativmediziner Christian Seifert steht der Sterbehilfe ablehnend gegenüber. Seine Aufgabe sieht der 48-Jährige darin, seine Patienten so zu therapieren, dass sie nicht an den Punkt kommen, sich einen assistierten Suizid zu wünschen. Nur in sehr wenigen Einzelfällen sei eine ausreichende schmerz- und symptomlindernde Versorgung nicht möglich. In diesen Ausnahmefällen komme eine palliative Sedierung als letzte Möglichkeit in Betracht. Und auch wenn infolge dieser medizinisch herbeigeführten Bewusstlosigkeit die Patienten früher sterben, so sieht Seifert doch einen erheblichen Unterschied zu bewusster Sterbehilfe. „Unsere Intention als Palliativmediziner ist ausschließlich, Leid zu lindern."

Diese Überzeugung teilt Marion Pelzer. Die Palliativkrankenschwester beschreibt ihre Tätigkeit mit drei Worten: einlassen, aushalten, da sein. Seit mehr als drei Jahrzehnten pflegt sie Schwerstkranke und Sterbende, und seit acht Jahren arbeitet sie beim ambulanten Palliativdienst im evangelischen Friederikenstift in Hannover. Über die Sterbehilfe-Debatte sagt die 59-Jährige: „Ich bin erschrocken." Menschen, die unheilbar krank sind und am Ende ihres Lebens stehen, seien in existenzieller Not. „Sie sind verzweifelt, und es kann dazu kommen, dass sie den Wunsch äußern, sterben zu wollen." Das aber bedeute meist nicht, dass sie wirklich sterben wollten, sondern sei Ausdruck einer extremen Überforderung. […]

Diese Menschen bräuchten jemanden, der für sie da sei und sich nicht mit in den Strudel der Verzweiflung ziehen lasse. Pelzer befürchtet, dass sich Sterbende nicht trauen, ihrem Umfeld ihr Leid zuzumuten, wenn die Möglichkeit im Raum stehe, vorzeitig aus dem Leben scheiden zu können. „Dann müssten sie sich entscheiden, ob sie anstrengend sein dürfen", sagt sie. Den Sterbeprozess abzukürzen, sieht Pelzer auch deshalb kritisch, weil in dieser Phase oft Wichtiges geklärt werde. „Da kommt viel in Bewegung", sagt sie. Betroffene wollten sich verabschieden, aussprechen, versöhnen. „Das braucht Zeit." […]

2.) Den Blick aufs Leben offenhalten

„Die christlichen Kirchen müssen sich der Normalisierung der Selbsttötung am Lebensende ausdrücklich verweigern." Von Andreas Lob-Hüdepohl und Wolfgang Thierse (in: Publik-Forum Nr.4 2021. Auszüge)

Vor einem Jahr, am 26. Februar 2020, hat das Bundesverfassungsgericht ein folgenreiches Urteil gefällt. Ein Urteil, von dem der damalige Gerichtspräsident Andreas Voßkuhle sagte, dass es »die Grundfesten unserer ethischen, moralischen und religiösen Überzeugungen« berühre, sie gar erschüttere. Das Gericht hat en passant ein neues Grundrecht konstituiert: das Grundrecht auf assistierten Suizid, der - als Akt autonomer Selbstbestimmung über das eigene Lebensende - »keiner weiteren Begründung und Rechtfertigung bedarf«. War das Recht auf Suizid bisher ein Abwehrrecht auf Schutz vor unerträglichen Qualen am Lebensende, so ist es mit diesem Urteil ein Anspruchsrecht auf unproblematische Suizidassistenz geworden. Ein Recht, das dem Einzelnen »in jeder Phase menschlicher Existenz« zustehe und das der Staat auszuüben nicht verhindern dürfe. Das ist ein radikaler Bruch mit der bewährten Rechtskultur, mit der christlichen Tradition und auch mit einer nach langer, intensiver und mit deutlicher Mehrheit des Deutschen Bundestages gefassten Entscheidung. […]

An den Grenzen des Lebens können Extremsituationen entstehen, deren Aussichtslosigkeit und Belastungen einen Menschen zu einer suizidalen Handlung drängen. Deshalb verdienen die solcherart Bedrängten keine moralische Verurteilung, sondern in ihrer Dramatik und Verletzlichkeit Achtung und einfühlende Aufmerksamkeit. Suizidale Extremsituationen aber als besondere Gelegenheiten erhöhter Selbstbestimmung auszuzeichnen verharmlost Selbsttötungen. Indem freiverantwortliche Selbsttötungen blindlings als Normaloption erscheinen, werden Mitmenschen von ihrer Verantwortung für die dramatische Lebenssituation entpflichtet. Ver-

drängt wird, dass Selbsttötungen immer auch die »Abwesenheit der Anderen« (Paul Valóry) vor Augen führt.

Selbstbestimmung ist immer beziehungsreich. Selbstverständlich entwickeln sich freiverantwortliche Entscheidungen immer in konkreten Lebenssituationen wie im Beziehungsnetz konkreter Personen (Angehörige, Freunde, medizinisches Fachpersonal), mit denen wir in Kontakt und im Gespräch sind. Autonomie, also Selbstbestimmung, ist eben nicht Autarkie, also Bindungslosigkeit! Im Gegenteil, wir bedürfen immer klärender Gespräche und erhellender Einsichten, damit wir uns ein eigenes Urteil auch über uns selbst bilden können. Der Deutsche Ethikrat macht immer wieder darauf aufmerksam: Ein gehaltvolles Verständnis von ernsthafter und freiverantwortlicher Entscheidung setzt auch das Wählenkönnen zwischen Handlungsalternativen voraus. Das verpflichtet Einzelpersonen und ganze Institutionen, die mit latenten oder akuten Suizidwünschen konfrontiert werden, um der freiverantwortlichen Selbstbestimmung potentieller Suizidanten willen Alternativen zur Exit-Option eines Suizides anzubieten und dadurch wenigstens die Sichtachse auf das Leben offenzuhalten. Zu realen Alternativen gehören neben einem breiten Angebot palliativmedizinischer wie palliativpflegerischer Instrumente auch psychosoziale wie spirituelle und - wo gewünscht - seelsorgerliche Angebote. Sie fehlen noch zu oft. […]

Die größte Gefahr droht der Selbstbestimmung am Lebensende, wenn sich ältere oder gebrechlichere Menschen – durch organisierte und normalisierte Angebote der Suizidbeihilfe - zur Entscheidung gedrängt sehen, in eigener Notsituation die Exit-Option der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen und zum Nutzen der Angehörigen oder der Gesellschaft sich rechtzeitig selbst entsorgen. […]

Für Christen und Kirchen sollte klar bleiben: Die freie Entscheidung eines Menschen bejahen wir selbstverständlich und ausdrücklich, aber wir sagen Nein zur Hypostasierung des Suizids zum Inbegriff der Selbstbestimmung! Der Suizid ist immer ein Grenzfall und darf keine Option unter anderen, keine einfache Option des Sterbens werden, dessen Ermöglichung Aufgabe auch kirchlicher Häuser sein sollte. Jede Regulierung der ärztlichen Suizidbeihilfe ist in der Gefahr, Suizidbeihilfe zu einem regelgeleiteten Handeln zu machen und damit zu einem Normalitätsangebot. Sie lässt sich dann nicht mehr auf Grenz- und Einzelfälle beschränken. […]

Die Entscheidung zum Suizid und seine Begleitung ist eine tragische Situation und bleibt ein ethísches Dilemma. Deshalb gehört sie in den Intimbereich des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Christen sollten sich vor flotter moralischer Bewertung des immer besonderen Einzelfalls hüten und dies dem göttlichen Urteil überlassen. Die Konsequenz aus dieser demütigen Einsicht darf aber nicht heißen, dass die Entscheidung für den Tod und der Einsatz für das Leben gleichrangige Optionen sein könnten. Deswegen sollten die Kirchen ihre Häuser nicht anbieten als Räume für selbstverständliche Suizidbeihilfe, sondern als Orte der Sterbebegleitung mit allen überhaupt möglichen Hospiz- und Palliativangeboten, als Beratungsstellen am Lebensende, als Orte des Personenschutzes für Menschen in verzweifelter, auswegloser Lage. Gerade eine pluralistische Gesellschaft bedarf solcher Orte, die sich der Normalisierung des Suizids ausdrücklich verweigern (und die des-

halb rechtlich geschützt werden müssen)!

Wolfgang Thierse ist Bundestagspräsident a. D., Herausgeber von Publik-Forum und Mitglied des Zentralkomitees der deutschen Katholiken. Andreas Lob-Hüdepohl ist Professor für Theologische Ethik, Mitglied des Deutschen Ethikrats und des Zentralkomitees der deutschen Katholiken.

3.) „Das Recht auf Suizid gehört zu unserer Würde“

Reinhard Merkel, im Interview mit Catherine Newmark (in: Philosophie Magazin 25.9.2020. Auszüge)

[…] *PM: Wird irgendetwas am Tod besser, wenn wir ihn selbst gestalten, wenn wir seine Art und seinen Zeitpunkt selber bestimmen?*

Das hängt ab von der individuellen Haltung dazu. Eine lange philosophische und übrigens auch ästhetische Tradition versteht die Freiheit zum Tode als höchste Form der persönlichen Selbstbestimmung – von den Stoikern über Hume bis zu Nietzsche, der im Zarathustra schreibt „Stirb zur rechten Zeit“. Der Freitod wird hier als Form der besonderen persönlichen Unabhängigkeit verstanden. Aber als lebenspraktische Maxime kommt mir das sehr esoterisch vor. Solange ich gerne lebe, ist das eine gänzlich abstrakte Frage, ob ich eine noch höhere Stufe der Freiheit erreichen kann.

PM: Welche Frage beschäftigt Sie denn mehr in diesem Kontext?

Mir stellt sich die Frage nach der Freiheit zum Suizid vor allem im defensiven Sinn: Wann beginnt etwas, das ich definitiv nicht mehr ertragen kann? Was empfinde ich als nicht mehr kompatibel mit meinem Bild von mir selbst, mit der individuellen Maßgabe meiner eigenen personalen Würde? In diesem Sinne wäre Suizid nicht die Erfüllung einer höchsten Freiheit, sondern die Wahl eines kleineren Übels. Aus dieser Einsicht ergibt sich dann die Maxime: Zu entscheiden, ob ein Sterben erträglich oder unerträglich für jemanden ist, möge man bitte ihm selbst überlassen. Es gehört zu seiner Autonomie und damit zu seiner Würde, dass er selbst das ihm Unerträgliche festlegen kann.

PM: Es geht also zentral um Würde?

Ja. In diesem Sinn ist Würde etwas Höchstpersönliches. Es gibt in der öffentlichen Diskussion oft eine suggestive Vermischung: Wenn jemand seinen eigenen Zustand als unwürdig für sich selbst bezeichnet, beschuldigt man ihn, er beleidige alle anderen, die in einem vergleichbaren Zustand sind. Das ist ein Missverständnis. Hier geht es nicht um den Begriff der Menschenwürde als universelles Recht. Abstrakt und objektiv gibt es kein denkbares menschliches Schicksal, das den Verlust der Menschenwürde in diesem grundrechtlichen Sinne nach sich zöge. Aber keiner von uns weiß, in welche Lage er einmal geraten und wie er diese dann erleben wird. Diese Selbstbestimmung über die Grenzen des einem selbst noch Erträglichen gehört genuin zum Kernbereich der Menschenwürde.

PM: Wenn die Frage nach dem Suizid vorwiegend mit Blick auf die Erlösung vom Leiden relevant wird, kann man dann die Frage nach der Legitimität und Legalität des Suizids und derjenigen der Beihilfe zum Suizid überhaupt trennen? Suizid ist ja legal, aber ist er nicht – gera-

de bei schweren Leiden – letztlich auch auf ärztliche Hilfe angewiesen?

Ja, zumindest auf irgendeine humane Unterstützung. Dieses Problem stellt sich aber nicht nur für Menschen, die aufgrund schwerer Erkrankungen physisch nicht mehr selber in der Lage sind, ihrem Leben ein Ende zu bereiten. Es gibt ja auch Fälle, in denen jemand eine tödliche Diagnose erhält und durchaus noch selber handeln kann. Aber wenn jede ärztliche Hilfe zur Selbsttötung strafrechtlich verboten wird – welche Optionen hat er denn? Nur solche der Gewalt gegen den eigenen Körper. Wir haben über 100.000 Suizidversuche jedes Jahr in diesem Land. Mehr als 90.000 davon scheitern, und von diesen führen Zehntausende zu schweren, bleibenden Defekten. Das alles ist in hohem Maße kollektiv unwürdig. […]

Reinhard Merkel ist Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Hamburg und Mitglied des Deutschen Ethikrats.

4.) Die Würde wahren

Von Elisabeth Gräb-Schmidt (in: Zeitzeichen 3/2021. Auszüge)

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 26. Februar 2020 steht die evangelische Kirche in neuer Form vor der Frage, wie mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid umzugehen ist. […]

Dieses rechtliche Urteil ist anzuerkennen, keine Frage. Aber es kehrt unsere bisherige Sicht auf die sogenannte Sterbehilfe um. Konnte bisher Hilfe zum Sterben angesichts der technologischen Entwicklung der Apparatemedizin auch eine zu befürwortende Angelegenheit sein, so ist nach dem jetzigen Urteil des BVerfG der assistierte Suizid als ein Recht zur Selbstbestimmung adressiert. So ist also im BVerfG-Urteil von „autonomer Selbstbestimmung“ die Rede, die als absolute Norm erscheint, indem das Grundrecht der freien Persönlichkeit (Artikel 2, Absatz 2 Grundgesetz) mit dem Grundrecht der Würde (Artikel 1, Absatz 1 Grundgesetz) verknüpft wird.

Auch eine dem christlichen Glauben verantwortliche Ethik schätzt die Selbstbestimmung als unverzichtbaren Ausdruck der Person. Aber eine Selbstbestimmung, die ihre Erfüllung im Recht auf assistierten Suizid finden soll, kann sie nicht akzeptieren. Dass der Schutz des Lebens dem Recht auf Selbstbestimmung gleich zu achten ist, ist bisher Kernbestand unserer vom Christentum geprägten Kultur. In einem Würdeverständnis, das dem Menschen auch jenseits seiner Selbstbestimmung gilt, ist dies vorausgesetzt. Die Bestimmung der menschlichen Würde geht nicht in der Selbstbestimmung auf. Selbstbestimmung und Würde sind nicht eins zu eins zu identifizieren, denn Würde reicht weiter als die Selbstbestimmung. Wie fatal wäre es, die Würde an eine autonome Selbstbestimmung zu binden? Der Begriff der Würde erinnert an die passive Dimension des Menschseins, die jeden Menschen unabhängig von seiner Leistung nur als Menschen wertschätzt. Sie gilt gerade denen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht nur denen, die in hehrer Selbstverantwortung große Dinge leisten.

Insofern ist der Lebensschutz als Gegengewicht zur Selbstbestimmung zu sehen. Dieses doppelte, gleichberechtigte Achten auf den Lebensschutz und die Selbstbestimmung ist das Koordinatensystem, in dem auch eine evangelische

Ethik verortet werden muss. Das aber bedeutet, wir dürfen schon den Begriff der Selbstbestimmung nicht den Anwälten des assistierten Suizids überlassen, denn Selbstbestimmung erschöpft sich nicht in Machbarkeit, in einer autonomen Herrschaft über das eigene Leben.

Was ist denn das Selbst? Gerade nach christlichem Verständnis – etwa in der Linie Luthers und Kierkegaards – ist das Selbst eben nicht eines, das sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zieht, sondern eines, das sich in Begegnungen und Beziehungen allererst bildet. Es ist in Relationen eingebettet, aus denen sich Anspruch und Verantwortung des Lebens ergeben. Diese Beziehungen und Begegnungen gehören im Kern zur Selbstbestimmung dazu. Das Selbst ist eben gerade nicht ein abstraktes Subjekt, das sich selbst konstituiert. Es ist auch kein statisches Subjekt, sondern eines, das sich dynamisch entwickelt in Responsivität und Resonanz auf die Gegebenheiten des Lebens. Zu einem solchen Selbst gehören Sozialität, Solidarität und Verantwortung füreinander, christlich gesprochen: Nächstenliebe, dazu.

Dass die Differenz von Würde und Selbstbestimmung verwischt wurde, ist ein zentraler Kritikpunkt an der Begründung des Urteils des BVerfG. Indem das Gericht die Freiheit der Persönlichkeit und ihre Würdebestimmung als ineinandergreifend und sich selbst interpretierend ansieht, ist eine Verschiebung des Menschenbildes hervorgerufen worden, die mit aller Macht zurückzuweisen ist. Der Lebensschutz darf also nicht der Selbstbestimmung geopfert werden, weil dies den Begriff der Selbstbestimmung konterkariert. Vielmehr müssen Selbstbestimmung und Lebensschutz in einer Balance gehalten und nicht nach einer Seite hin aufgelöst werden, wie es durch das Urteil nahegelegt wird. Das gebietet die Würde des Menschen.

Insofern ist im Blick auf die konkrete Gesetzgebung auf die Suizidprävention das größte Gewicht zu legen – eine anspruchsvolle Aufgabe mit vielen Facetten. Grundlegend aber muss es darum gehen, eine Entscheidung zum Suizid nicht einfach hinzunehmen, sondern darum, den Menschen nicht vorschnell aufzugeben, sondern um den Menschen zu kämpfen, im Sinne der Werbung für das Leben. Neben praktischen Hilfsangeboten (Palliativmedizin) geht es dabei auch um seelsorgerliche beziehungsweise psychologische Begleitung. […]

Elisabeth Gräb-Schmidt: Die Tübinger Professorin für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik gehört seit 2013 dem Rat der EKD an und ist seit 2018 Mitglied im Deutschen Ethikrat.

Hinweise für die Gemeindearbeit

1.) Impuls zum Einstieg ins Thema

Für vergangene Generationen war das Sterben etwas Unverfügbares und ein Tabu für den menschlichen Zugriff. Wir merken, es ist jetzt anders. Das Lebensende stellt sich auch als Aufgabe, persönlich sowieso, aber auch medizinisch, pflegerisch, juristisch. Wie weit geht der Gestaltungsspielraum? Geht er auch bis hin zur selbst vollzogenen Herbeiführung des Todes und bis dahin, Menschen, die diese Entscheidung getroffen haben, dabei zu unterstützen?

Das Thema ist aktuell, seit im Februar 2020 das Bundesverfassungsgericht den Paragrafen 217 für verfassungswidrig erklärt hat. Es wird festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst und dass dafür auch die freiwillige Hilfe von anderen in Anspruch genommen werden darf. Was soll erlaubt sein und was nicht? Wer hier mitdenkt, stellt sich vielleicht auch die Frage: Was wirst du selbst tun und dir erlauben – gegebenenfalls und wenn du je in diese Not kommen solltest? Und was dürfen und sollen diejenigen tun, die dich begleiten?

Man könnte denken, für die Kirchen sei die Position schon klar. Aber so eindeutig ist es nicht. *„Du sollst nicht töten“* heißt es in den Geboten. Ohne Einschränkung, denn „n*ach dem Bilde Gottes hat er den Menschen gemacht“* (Gen 9,6). Die Gottesebenbildlichkeit steht hier für die Unantastbarkeit des Lebens. Aber ist der Mensch nicht auch berufen, sein Leben aktiv selbst zu gestalten? Macht nicht gerade das seine Freiheit aus, dass er entscheiden kann – auch über die letzte Phase seines Lebens und wie das Leben sein Ende finden soll? Darf man sich das Sterben wünschen? Darf man es herbeiführen und dabei Hilfe erfahren? Das sind auch im christlichen Kontext keine leicht zu beantwortenden Fragen.

Schon die Bibel kennt verschiedene Sichtweisen. *Oh Tod, wie wohl tust du dem Armen, der schwach und alt ist, der in allen Sorgen steckt und nichts Besseres zu hoffen noch zu erwarten hat“* (Sir 41,3f). Oder auch: *„Der Tod ist besser als ein bitteres Leben und ewige Ruhe besser als stete Krankheit“* (Sir 30,17). Und sogar mitten im Leben, nicht erst am Ende, setzt sich Elia unter einen Ginster und wünscht sich zu sterben und spricht: *„Es ist genug, so nimm nun, HERR, meine Seele“* (1.Kö 19,4). Zwar führt ihn ein Engel ins Leben zurück. Aber zur Sehnsucht nach dem Tod kann es kommen. Und für seinen Wunsch wird Elia auch nicht verurteilt.

Die christliche Geschichte hat der Selbsttötung über lange Zeit keinen Platz in ihrem Denken eingeräumt und denjenigen, die einen Suizid vollzogen haben, auch keinen Platz auf dem Gottesacker. Trotzdem gab es Christenmenschen, die voll Glaube und Hoffnung in den Freitod gegangen sind. Und es gibt gewichtige Stimmen, die auch heute davon sprechen, dass sie sich Situationen vorstellen können, in denen der Tod besser erscheint als das Leben.

Es muss nicht der Glaube am Ende sein, wenn ein Todeswunsch geäußert wird. Es muss auch nicht der Handlungsraum, in dem sich Segen ereignen kann, in jedem Fall verlassen sein, wenn der

Schritt in den Tod gegangen wird. Aber es bleibt schwierig. Ist die Autonomie gegenüber dem Lebensschutz so stark zu gewichten, wie es das Verfassungsgericht nahelegt? Eine völlig grenzenlose Autonomie und Freiheit kennt der Glaube nicht. Sie findet immer da eine Grenze, wo Schaden entsteht. Gegenüber dem Leben und Recht der anderen, der Schöpfung und der Würde, die allem zukommt. Dann ist der Freiheit eine Selbstbeschränkung auferlegt.

Und wie ist es dann mit der Freiheit gegenüber sich selbst und dem eigenen Leben? Die religiöse Frage geht hier über die Rechtsdimension hinaus. Wie weit gilt die schöpfungsgemäße Freiheit und die, zu der uns Christus befreit hat? Auch danach sind wir gefragt. Und ob wir dann auch ein unterstützendes Handeln zum selbstbestimmten Tod akzeptieren wollen, weil wir darin nur eine Verlängerung des Arms sehen, der selbst kraftlos geworden ist. Die Fragen, die sich an den Grenzen stellen, führen mitten ins Zentrum. Es geht nicht nur um ein Spezialthema, sondern auch um ein vertieftes Verständnis der eigenen Existenz. (Henning Busse)

2.) Fragen zur Diskussion

Würde und Selbstbestimmung

Kann man eine Ermöglichung des assistierten Suizids damit begründen, dass die Würde des Menschen auch die autonome Entscheidung zu einem solchen Schritt einschließt? Ist es angemessen, die Freiheit zu autonomen Entscheidungen so weit zu fassen, wie es im Urteil des Bundesverfassungsgerichts geschieht?

Ist menschliche Würde zwangsläufig an die Fähigkeit zur Selbstbestimmung gebunden oder ist sie als unverlierbares Merkmal nicht auch in der Angewiesenheit gegeben?

Muss man den Begriff der unverlierbaren grundrechtlichen Menschenwürde von einer rein privaten Selbstbestimmung des eigenen Würde-Zustands unterscheiden und dieses letztere auch jedem zubilligen?

Gesellschaftlicher Druck

Könnte beim Vorhandensein assistierter Suizidmöglichkeiten ein gesellschaftlicher Druck entstehen, der Menschen nötigt, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen?

Wodurch bestimmt sich „gesellschaftlicher Druck“ und wie ließe er sich verhindern?

Muss man in Fragen des Lebensschutzes einen „Dammbruch“ befürchten, wenn es legale Möglichkeiten zum assistierten Suizid gibt?

Kann man Suizidbeihilfe als Grenzfall ermöglichen, ohne dass sie gleichzeitig ein Normalfall wird?

Beratung

Soll es über ein Beratungsangebot hinaus eine Beratungspflicht geben? Wäre es sinnvoll, eine zwingend notwendige Beratung vorzuschreiben?

Wie können die zum Teil gegenläufigen Motive zwischen Todeswunsch und Lebenswillen wahrgenommen und bewusst gemacht werden?

Muss ein Sterbewilliger seinen Wunsch rechtfertigen? Wieviel Anregung zum Umdenken ist zumutbar,

ohne dass die Beratung zur Gewissensprüfung wird?

Soll eine Beratung ergebnisoffen oder entscheidungsbefugt sein? Wer sollte gegebenenfalls über einen Sterbewunsch urteilen? Ist hierfür eine Ethikkommission einzusetzen und sollte es einen Rechtsweg geben?

Freiwilligkeit

Müsste es eine Prüfung der Freiverantwortlichkeit eines Suizidbegehrenden geben?

Wie soll die Freiwilligkeit einer Entscheidung zum assistierten Suizid fest- und sichergestellt werden? Genügt die Vermutung der Freiwilligkeit oder bedarf es eines positiven Nachweises?

Durch wen und in welchem Verfahren sollte der freie Wille geprüft und was müsste am Ende bescheinigt werden?

*Akteur*innen der Sterbebeihilfe*

Wer soll legal eine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen? Sollen Sterbehilfevereine zulässig sein? Ist ein Werbeverbot für den assistierten Suizid angemessen? Welche Informationsmöglichkeiten soll es geben?

Ist eine geregelte Suizidbeihilfe nicht besser als die extreme Gewalt gegen den eigenen Körper in den vielen Suizidversuchen? Wie soll der Zugang zu Betäubungsmitteln zum Suizid geregelt sein?

Kann die Beihilfe zum Suizid als Teil der Hospiz- und Palliativversorgung verstanden werden oder sollen entsprechende Einrichtungen einen Gegenpol dazu bieten?

Sind palliative Sedierung und der bewusste Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten) als Alternativen zum assistierten Suizid anzusehen oder sind sie bei Begleitung schon Formen desselben?

Wie kann eine verlässliche Dokumentation sichergestellt werden, damit Evaluation und Kontrolle möglich sind?

2. Abend am 1. Juni 2021

Selbstbestimmt sterben – bedeutet das für alle das gleiche?

Eingeladen waren dazu Prof. Dr. Helen Kohlen und Regionalbischof Dr. Hans Christian Brandy. Helen Kohlen arbeitet als Sozial-und Gesundheitswissenschaftlerin auf dem Gebiet der Klinischen Ethik und Palliative Care. Hans-Christian Brandy ist seit 2010 Regionalbischof im Sprengel Stade, einem der größten unter den sechs Kirchenbezirken in unserer Landeskirche.

Hintergrund

Selbstbestimmung der Patient*innen hat im Kontext der Medizin in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dem liegen verschiedene Dinge zu Grunde:

A) Fortschritte in der Medizin: „Wer heilt hat Recht“ war lange Zeit, insbesondere vor Entstehen der Intensivmedizin tatsächlich ein gültiger Grundsatz – denn Heilung war in Fällen schwerer Krankheit eher die Ausnahme denn die Regel. Die Frage, was zum „Wohl“ der Patient*innen beiträgt, ließ sich quasi objektiv beantworten. Der fachlichen Expertise von Ärzt*innen („Göttern in Weiß“) wurde vertraut.

Mit den Erfolgen der Intensivmedizin stellt sich die Situation zunehmend anders dar, denn Überleben um jeden Preis scheint kein unter allen Umständen wünschenswertes Ziel mehr. Damit tritt die Frage, welchen Ausgang einer Behandlung der/die Patient*in wünscht oder mitträgt in den Vordergrund.

B) Auch gesamtgesellschaftlich gewinnt zeitgleich Selbstbestimmung an Bedeutung (z.B. in der Abtreibungsdebatte) und befördert damit den Wunsch nach Selbstbestimmung in Bezug auf medizinische Behandlung.

C) Ärztliches Fehlverhalten, in Deutschland insbesondere die Beteiligung von Ärzt*innen an den Verbrechen der NS-Zeit haben das Bewusstsein dafür geschärft, dass jede Behandlung nur mit Wissen und unter Zustimmung der Patient*innen durchgeführt werden darf. Das gilt insbesondere bei Entscheidungen am Lebensende.

In der Medizinethik gilt das Werk „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress (1. Auflage 1979) und die darin beschriebenen vier Prinzipien (Respekt der Patientenautonomie, Wohltunsprinzip, Nicht-Schadens-Prinzip, Gerechtigkeit) als Referenzpunkt für die gesamte medizinethische Debatte. Das Autonomieverständnis fußt dabei wesentlich auf der Idee der informierten Einwilligung, d.h. den Patient*innen wird die Sachinformation in angemessener Weise von ärztlicher Seite zur Verfügung gestellt, der/die Patient*in wägt dann vor dem Hintergrund der eigenen Wertvorstellungen Chancen und Risiken einer Behandlung gegeneinander ab und trifft eine selbstbestimmte Entscheidung.

Diese Vorstellung von Autonomie ist vielfach kritisiert worden, insbesondere von feministischer Seite. Die besondere Betonung von Information und der sehr „einsame“, solitäre Abwägungsprozess entsprechen nicht der Struktur von Entscheidungen im Alltag.

Die Nähe von Selbstbestimmung und völliger Unabhängigkeit lässt ein Bild von Autonomie entstehen, in dem Beziehungen oder wechselseitige Ver-

pflichtungen, so die Kritik, keine Rolle spielen, ggf. sogar nicht spielen sollen. Dem wird ein Konzept von Selbstbestimmung gegenübergestellt, das von wechselseitiger Verantwortung in Beziehungen als Kernelement moralischer Entscheidungen ausgeht. Diese Vorstellung von Selbstbestimmung setzt ein relationales Menschenbild an den Anfang der Überlegungen. Aus diesen Beziehungen erhalten Entscheidungen ihren moralischen Wert und es entsteht die Gewichtung der Bedeutung innerhalb von Abwägungen. Sätze wie „Ich möchte niemandem zu Last fallen" als Begründung für eigene Entscheidungen am Lebensende erhalten vor den beiden theoretischen Hintergründen jeweils einen anderen Bedeutungshorizont. Die beiden (hier sehr holzschnittartig skizzierten) Positionen werden u.a. wegen des historischen Bezugs zur Kohlberg-Gilligan Debatte und weiteren Bezügen häufig einer klassischen (liberal männlich geprägten) und einer feministischen Sichtweise zugeschrieben. . (Vgl. zur Kohlberg – Gilligan Debatte, auch als erster Einstieg, z.B.: https://www.br.de/radio/bayern2/sendungen/zuendfunk/die-andere-stimme-von-carol-gilligan-100.html)

Zentral in der Debatte um Selbstbestimmung ist dabei unter anderem die Frage, welche (empirische wie normative) Bedeutung Beziehungen für Entscheidungen haben (sollen). In welcher Form muss – insbesondere bei Entscheidungen wie dem Wunsch nach assistiertem Suizid – eine Unabhängigkeit gewährleistet sein? Sind manche Entscheidungen (Beispiel Lebendorganspende, die in Deutschland nur zwischen Verwandten und nahestehenden Personen erlaubt ist) ausschließlich in Nähebeziehungen z.B. innerhalb der Familie sinnvoll? Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass – empirisch – in Deutschland Entscheidungen große Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufweisen (wer pflegt wen, wer spendet wem ein Organ etc.). Entsprechend unterschiedlich werden auch Anforderungen an ärztliche Aufklärung akzentuiert.

Einigkeit besteht darin, dass insbesondere im Kontext von Krankheit Selbstbestimmung eine zentrale Rolle spielen soll und dass Selbstbestimmung sowohl eigene Fähigkeiten (z.B. Informationen verstehen, Abwägungen vornehmen) als auch entsprechende ärztliche Kommunikation (u.a. Vermitteln von Information, Unterstützen der Abwägung) voraussetzt. Selbstbestimmung muss bei klinischen Entscheidungen entsprechend unterstützt und hergestellt werden, d.h. die Kommunikation zwischen Ärzt*in und Patient*in spielt eine zentrale Rolle bei der Wahrung der Autonomie.

Darüber hinaus besteht Einigkeit, dass Menschen im Kontext einer schweren Krankheit Entscheidungen unter Umständen völlig anders bewerten als im Zustand der Gesundheit und Beziehungen dabei in unterschiedlicher Form von Menschen in Entscheidungen einbezogen werden.

Unterschiedlich ist u.a. auch die Einschätzung, in welcher Form Beziehungen zu einer „Unfreiheit" führen, die in Konkurrenz zu Selbstbestimmung stehen. (Julia Inthorn)

Vortrag Prof. Helen Kohlen
Sie hat einen Lehrstuhl für Care-Policy und Ethik in der Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Helen Kohlen führt in ihrer ersten These aus, dass dem Karlsruher Urteil vom 26. Februar 2020 ein radikaler Begriff von Selbstbestimmung und ein funktionales Verständnis von Autonomie zugrunde liegen. Im Urteil heißt es: „Ein gegen die Autonomie gerichteter Lebensschutz widerspricht dem Selbstverständnis einer Gemeinschaft, in der die Würde des Menschen im Mittelpunkt der Werteordnung steht, und die sich damit zur Achtung und zum Schutz der freien menschlichen Persönlichkeit als oberstem Wert ihrer Verfassung verpflichtet“ (BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020). Dazu Helen Kohlen: „Die Würde wird mit einer prinzipiell uneingeschränkten individuellen Selbstbestimmung identifiziert. Die Freiheit zur Selbsttötung wird den Perspektiven des Lebensschutzes untergeordnet.“

Würde, Autonomie und Selbstbestimmung sollen ihrer Meinung nach aber differenzierter gesehen werden. Immanuel Kant, der in diesem Zusammenhang immer wieder herangezogen wird, hat die **Würde** der Menschen, die auf ihrer **Autonomie** beruhe, unabhängig von Leistungen und Funktionen gesehen. Auch alte, körperlich eingeschränkte Menschen haben diese Autonomie. Ihre Ausgestaltung kann aufgrund körperlicher Bedingungen funktional eingeschränkt sein. Aber wichtig: für Kant ist die Autonomie keine Eigenschaft, die Menschen verlieren können, sie ist auch nicht ausschließlich erwachsenen, gesunden Menschen zugesprochen, sondern für jede*n unverfügbar.

Gleichzeitig, so Kohlen, stehen Autonomie und die Erkenntnis, dass wir grundsätzlich auf andere angewiesen sind, nicht im Gegensatz.

Menschen handeln immer eingebunden in Beziehungen. Die Philosophin Eva F. Kittay stellt fest, dass wir eine einseitige Wertedebatte zugunsten der Selbstbestimmung führen. Werte wie Rücksichtnahme, Achtsamkeit gegenüber anderen und insgesamt die sozialethische Perspektive werden oft auch in der Diskussion um den assistierten Suizid zugunsten der individualethischen Perspektive an den Rand gedrängt. Dazu Kohlen: „Autonomie und Fürsorge stehen (aber) miteinander in Beziehung, d.h. die fürsorgliche Zuwendung zum alten Menschen tut der Achtung seiner Autonomie keinen Abbruch. Im Gegenteil, sie ist vielmehr die Voraussetzung, damit ich verstehen kann, was der Wille und die Wünsche eines (sterbenden) Menschen sind.“

In der Medizin- und Pflegeethik ist der Respekt vor der Autonomie des Betroffenen in der westlichen Welt in den letzten 20 Jahren zum obersten Prinzip erhoben worden. Dabei gehen wichtige Kontexte verloren. „Nur selten sind wir im Leben autonom und eher stets dabei, unsere mögliche Autonomie – gebunden an Sozialstatuts, Geschlecht, Ethnizität, Alter und Persönlichkeit – im Laufe unserer Biografie stets aufs Neue innerhalb unserer Familie, unseres Freundeskreises, unseres beruflichen Teams neu zu entfalten.“, so Helen Kohlen.

Wenn Menschen an Suizid denken, so hängt das meist auch mit existentiell belastenden Situationen (schwere Krankheit, tiefer gehende Lebenskrise) zusammen, die mit unterschiedlichsten

Ängsten (Schmerzen, Kontrollverlust) einhergingen. Darauf muss zu allererst reagiert werden.

Am Ende ihres Vortrags wies Helen Kohlen darauf hin, dass die Gefahr eines zunehmenden Drucks auf Alte, Kranke, Schwache, Sterbende und Lebensmüde entstehe. Gleichzeitig leben wir aber in so einem reichen Land, das es genügend Möglichkeiten gibt, hier gegenzusteuern: zum Beispiel durch bessere Pflege, durch Hilfe für Angehörige, durch neue Wohnformen. Studien weisen darauf hin, dass als Wunsch bei Patient*innen an oberster Stelle steht, dass sie mit Respekt und Würde behandelt werden. Autonomie bedeutet für sie vor allen Dingen, Fragen stellen zu können, ernst genommen zu werden. Hier spielt der Faktor Zeit auch eine wichtige Rolle, Zeit für Gespräche, für Zuhören und mit Aushalten.

Vortrag Regionalbischof Dr. Hans Christian Brandy
Dr. Brandy ist evangelischer Theologe und leitet als Regionalbischof 11 Kirchenkreise im Sprengel Stade

Für Hans Christian Brandy ist klar: Sterben bedeutet nicht für jeden und jede das gleiche, Sterben ist etwas sehr Persönliches. Deshalb ist dieses Thema auch eines, in dem es um sorgfältiges Hinhören geht und nicht ums Rechthaben.

Die Diskussion um Autonomie und Fürsorge, die Helen Kohlen aufgezeigt hatte, findet, so Hans Christian Brandy, auch in der Kirche statt. Der FAZ-Artikel von Prof. Isolde Karle, Prof. Reiner Anselm und Diakoniepräsident Ulrich Lilie unter dem Titel „Den assistierten Suizid ermöglichen“ (siehe S. 27) hat diese Auseinandersetzung beflügelt. Ihrer Meinung nach muss das Selbstbestimmungsrecht jedes und jeder Einzelnen auch im Hinblick auf das Sterben geachtet werden. Aus dem christlichen Glauben folgt für die Autor*innen der Respekt vor der selbstbestimmten Freiheit jeder Person.

Als Replik darauf betonen der ehemalige Ratsvorsitzende der EKD Wolfgang Huber und Prof. Peter Dabrock, dass menschliches Leben Gabe und nur in Beziehung möglich ist. Sie warnen vor einer Absolutsetzung der Selbstbestimmung und weisen darauf hin, dass der Wunsch nach einem Suizid oft aus der

Verzweiflung geboren wird. Solche Grenzsituationen sind Einzelfälle, aus denen man keine Regel ableiten kann.

Karle, Anselm und Lilie differenzieren in einem weiteren Artikel ihre Argumente, beschreiben den assistierten Suizid ebenfalls als „äußersten Grenzfall". Aber sie bleiben dabei: Es gibt zwar ein uneingeschränktes Recht auf Leben, aber keine Pflicht zum Leben. „Eine Person darf nicht gegen ihren Willen zum Leben gezwungen werden."

Hans Christian Brandy begrüßt diesen vielstimmigen Diskurs in der Kirche und sieht in ihm ein Charakteristikum der protestantischen Kirche.

Im Folgenden wirft Hans Christian Brandy einen Blick auf die unterschiedlichen Zahlen der Suizide von Frauen und Männern. In Deutschland suizidieren sich ca. dreimal so viel Männer wie Frauen (2018 waren es bei ca. 9.400 Suiziden über 7.000 Männer). Zu diesen Daten passt die Beobachtung, dass Männer sich seltener als Frauen Hilfe holen. Hotlines, Telefonseelsorge und Chatangebote zeigen durchgehend eine stärkere Nachfrage von Frauen.

Beim assistierten Suizid allerdings sind die Zahlen etwa in der Schweiz nahezu gleich bzw. mit einem leichten Überhang bei den Frauen. Als Grund dafür vermutet Hans Christian Brandy die größere Sorge bei Frauen, ihren Familien zu sehr zur Last zu fallen, weil sie um die Aufgabe und Last von Care-Arbeit wissen.

Wie aber nun, so fragt er, findet man einen Weg zwischen dem unverfügbaren Gottesgeschenk des Lebens und der Selbstbestimmung des Menschen? Wichtig ist ihm, dass die Antworten situationsbedingt sind. Psalm 31,16 „Meine Zeit steht in Gottes Händen" hat in der heutigen Zeit der Hochleistungsmedizin einen anderen Kontext als noch vor 100 Jahren. Für Hans Christian Brandy gilt: Bei der Frage nach dem assistierten Suizid müssen Hilfen zu Lebensperspektiven im Vordergrund stehen. Er sieht auch die Notwendigkeit, eine Debatte über unsere Lebensleitbilder zu führen. Helen Kohlen hatte darauf hingewiesen, dass das Bild der gesunden, aktiven, vitalen Menschen im Vordergrund steht. Doch Leiden, Krankheit und Einschränkungen gehören zum Leben und auch mit ihnen ist die Erfahrung von beglückenden Erlebnissen und sinnerfülltem Dasein möglich.

Die Selbstbestimmung des Menschen respektiert Hans Christian Brandy, gerade weil er menschliches Leben als Gabe Gottes sieht. Die unverlierbare Würde, die Gott jeder und jedem Einzelnen schenkt, findet ihren Ausdruck auch in dem „Nicht von Fremden bestimmt werden". Aber Selbstbestimmung und Individualität sind – da ist er sich mit Helen Kohlen einig – nicht isoliert und absolut. „Es ist nicht gut, dass der Mensch allein sei" – Menschsein als Gemeinschaftswesen gehört zum biblischen Bild vom Menschen und decken sich mit der Lebenspraxis der meisten.

Abschließend stellt Hans Christian Brandy fest: „Assistierter Suizid kann für mich nur eine ultima ratio , eine letzte Möglichkeit im Einzelfall sein. Aber: wenn eine Person wirklich und klar diesen Weg wünscht, dann sollte ein würdiger Weg gefunden werden, möglichst nicht durch geschäftsmäßig agierende Vereine, sondern am ehesten durch den vertrauten Arzt oder die vertraute Ärztin. Dafür werden gute Regelungen zu finden sein."

Positionen und Kommentare

1.) Christine Globig: „Der Mensch ist autonom. Die Frau hilft ihm dabei. Oder: Weibliche Paradigmen braucht die theologische Ethik“

(abgerufen 19.8.2021 unter Unbeschreiblich weiblich?: neue Fragestellungen zur Geschlechterdifferenz in ... - Google Books)

2.) Assistierter Suizid: Frauen sind gefährdeter als Männer

abgerufen 19.8.2021 unter : Assistierter Suizid: Frauen sind gefährdeter als Männer (imabe.org)

Die australische Bioethikerin und Juristin Rachael Wong der Notre Dame University Australia sieht in der Legalisierung des assistierten Suizids insbesondere eine Gefahr für Frauen. Frauen seien laut Wong generell gefährdeter als Männer, professionelle Unterstützung bei Suizid zu wählen (vgl. The Conversation, online, 24.10.2017). In der Debatte sollte deshalb auch ein geschlechtsspezifischer Ansatz mitberücksichtigt werden. Wong verweist auf Studien, wonach Frauen häufiger ihre Partner überleben, länger alleine leben und unter Einsamkeit oder der Sorge leiden, anderen zur Last zur fallen. Außerdem sind Frauen häufiger von Altersarmut und Depression betroffen. Zahlen aus den Niederlanden und dem US-Bundesstaat Oregon zeigen, dass die Rate der Suizide unter Frauen bei ärztlich assistiertem Suizid viermal so hoch ist als bei „normalen“ Suizid (vgl. Womens Forum Australia: Gendered Risks of Euthanasia and Assisted Suicide). Eine US-Studie hatte bereits 2015 gezeigt, dass durch die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid die Selbstmordraten insgesamt ansteigen (vgl. Bioethik aktuell, 12.10.2015).

Der Fall von zwei Pensionistinnen, die sich aus Zukunftsängsten mithilfe das Leben genommen hatten, beschäftigt derzeit die deutsche Öffentlichkeit. Die große Strafkammer des Hamburger Landgerichts hat den 75-jährigen Arzt Johann Spittler, der bei dem vom ehemaligen Hamburger Justizsenator Roger Kusch gegründeten Verein Sterbehilfe Deutschland Beihilfe zum Suizid geleistet hat, freigesprochen. Die Staatsanwaltschaft hat nun Revision eingelegt. Die zwei Hamburgerinnen im Alter von 81 und 85 Jahren hatten im Beisein des Neurologen und Psychiaters am 10. November 2012 ein tödlich wirkendes Medikament eingenommen (vgl. Bioethik aktuell, 6.9.2017).

Das Gericht hatte den Freispruch damit begründet, dass die beiden Frauen „ernsthaft“ und mit „innerer Festigkeit“ über längere Zeit den Wunsch verfolgt hätten, selbstbestimmt aus dem Leben zu gehen samt entsprechender Patientenverfügung (AZ 3490 Js 76/12). Die Staatsanwaltschaft hingegen hält dem Arzt vor, die alten Damen nicht hinreichend über Alternativen aufgeklärt zu haben. Er hätte Rettungsmaßnahmen einleiten müssen, sobald die Frauen bewusstlos waren. Ihm wurde versuchte Tötung auf Verlangen durch Unterlassen von Hilfeleistung vorgeworfen (vgl. Die Welt, online, 4.11.2017).

Der Freispruch ist für den Präsidenten der Deutschen Bundesärztekammer sowie der Ärztekammer Hamburg nicht nachvollziehbar. Das Geschäft mit der Angst vor dem Leid sei ethisch nicht vertretbar und die Beteiligung eines Arztes daran unwürdig, betonte Frank

Ulrich Montgomery. Er hält eine Haftstrafe „für durchaus angemessen“, die beiden Frauen hätten eine ganz andere Form der Hilfe benötigt. (vgl. Hamburger Morgenpost, online, 12.11.2017). Die Staatsanwaltschaft hatte zuvor eine Freiheitsstrafe von sieben Jahren gefordert. Organisierte Formen der Suizidbeihilfe sind in Deutschland seit 2015 verboten.

3.) Antje Schrupp: Einige Gedanken zum selbstbestimmten Sterben (2014)

(abgerufen am 19.8. unter: https://www.bzw-weiterdenken.de/2014/03/einige-gedanken-zum-selbstbestimmten-sterben/)

„In einem (sehr lesenswerten) Science-Fiction-Roman, „Halfway Human“ von Carolyn Ives Gilman, geht es um eine fiktive Gesellschaft auf dem Planeten Gammadis, wo es nicht nur ein drittes „neutrales“ Geschlecht neben weiblich und männlich gibt, sondern auch eine besondere Praxis des Sterbens: Jedes Jahr unterziehen sich alle Menschen zu einer bestimmten Zeit (der „justification time“) einer Art Selbstprüfung. Sie ziehen sich zurück und prüfen, ob sie im vergangenen Jahr „einen Beitrag zu Natur, Kultur oder Menschheit“ geleistet haben. Können sie diese Frage nicht aufrichtig mit „Ja“ beantworten, begehen sie Suizid.

In der Geschichte von Gilman ist das nur ein Nebenaspekt, aber ich kam darüber zum Nachdenken. Mir gefallen Geschichten, die andere Formen von gesellschaftlichen und kulturellen Praxen entwerfen, und natürlich sind sie immer auch ein Kommentar zu aktuellen, ganz irdischen Themen. In dem Fall zu den derzeitigen Debatten über Sterbehilfe.

Unsere Kultur befindet sich derzeit in einem Wandel: Hin von einer – gleichermaßen christlich wie humanistisch geprägten – Kultur, in der das menschliche Leben an sich als ein absoluter, höchster Wert angesehen wurde, der unabhängig von allen inhaltlichen Erwägungen als unbedingt erhaltenswert galt, hin zu einer Kultur, in der die Frage gestellt wird, wann und unter welchen Umständen das (eigene) Leben beendet werden darf.

Ähnlich wie bei anderen biopolitischen Fragen, die den Umgang mit dem eigenen Körper und das Recht, darüber zu verfügen, betreffen (Prostitution, Abtreibung, Leihmutterschaft), leidet auch diese Diskussion daran, dass sie auf den gesetzlichen Aspekt verengt wird: Soll man Sterbehilfe verbieten oder erlauben?

Hinter diesen beiden Positionen formieren sich derzeit die Truppen und polemisieren sich gegenseitig zu. Wie auch schon beim Thema Prostitution bin ich hingegen der Meinung, dass der juristische Blickwinkel hier nicht weiterhilft. Das Konzept des freiwilligen Suizids am Lebensende, so wie Gilman es für den fiktiven Planeten Gammadis entwirft, ist natürlich auf die Spitze getrieben. Aber wie sie das gemacht hat, ist aufschlussreich. Sie betont nämlich explizit den Aspekt der Freiwilligkeit. Niemand kann den Menschen dort die Entscheidung abnehmen. Gerade die Freiwilligkeit ihrer Entscheidung ist das, was dort in höchstem Maß respektiert wird. Es wäre äußerst ungehörig und ein Tabubruch, würden andere Menschen versuchen, jemandes Entscheidung während der „justification time“ zu beeinflussen oder Druck auszuüben.

Aber es ist natürlich klar, dass kulturelle Gepflogenheiten die Entscheidungen

Einzelner prägen. Was allgemein üblich ist, beeinflusst das, was Einzelne für normal halten – man muss sich ja nur mal daran erinnern, wie wir alle es vor zwanzig Jahren noch völlig normal fanden, dass in Restaurants geraucht wird.

Die Idee, wir würden in einer bestimmten Situation einfach „selbstbestimmt" handeln, kann in Post-Foucault'schen Zeiten eigentlich niemand mehr ernsthaft vertreten. Wir handeln immer nur innerhalb einer gewissen Bandbreite des Vorstellbaren, auch wenn unsere Handlungen uns selbst als „freiwillig" vorkommen. Wenn also Gegner*innen der Sterbehilfe auf die Gefahr hinweisen, dass dadurch eine Kultur entstehen könnte, in der menschliches Leben nach Nützlichkeits- und Rentabilitätskriterien als lebenswert oder nicht mehr lebenswert eingeteilt wird, dann sind diese Warnungen berechtigt.

Die Durchökonomisierung des Gesundheitswesens ist doch längst nicht mehr zu übersehen. Wir leben bereits in einer Kultur, in der das Argument „Ist zu teuer, können wir uns nicht mehr leisten" zu einem akzeptierten Mantra in sozialen Fragen geworden ist.

Andererseits müssen die Befürworter*innen eines Verbots der Sterbehilfe sich auch den realen Folgen ihrer Reglementierungen stellen und tun das im Diskurs viel zu selten.

So ist zum Beispiel in der Schweiz Sterbehilfe zwar erlaubt, doch nicht das aktive Töten einer Person. Das heißt, wer einen Suizid plant, muss das durchziehen, solange er oder sie noch körperlich dazu in der Lage ist, selbstständig ein Glas Gift zu trinken oder den Knopf am Infusionsgerät zu drücken. Das führt dann zu der absurden Situation, dass Menschen ihr Leben früher beenden, als es – auch aus ihrer eigenen Sicht – eigentlich notwendig wäre. Weil sie nämlich ansonsten Gefahr laufen, dass sie es später nicht mehr können. Ist das nicht absurd?

Die größten Ängste, die Menschen heute angesichts einer drohenden Pflegebedürftigkeit haben, sind die Angst vor Schmerzen, die Angst, anderen zur Last zu fallen, und die Angst, die eigene Autonomie zu verlieren. Diese Ängste liegen nur zum kleinen Teil „in der Natur der Sache". Zum größeren Teil sind sie bereits eine Folge kultureller Muster. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit, dass Menschen (begleiteten) Suizid wählen und Faktoren wie Einsamkeit und soziale Isolation, wie die Erfahrungen in der Schweiz zeigen. Neben krankheitsbedingten körperlichen Zuständen spielen bei dieser Entscheidung immer auch soziale Faktoren und realistische Lebenschancen eine Rolle.

Was den menschenfreundlichen Umgang mit der letzten Lebensphase betrifft, so herrscht überwiegend Sprachlosigkeit und Einfallslosigkeit. Intensive Palliativmedizin ist teuer, die Bedingungen, unter denen in Krankenhäusern und Pflegeheimen gestorben wird, sind bestenfalls so mittelmäßig.

In unserer Kultur werden Autonomie und Unabhängigkeit als höchste Errungenschaften der Menschlichkeit gefeiert, kein Wunder also, dass Menschen sich davor fürchten, sie zu verlieren. An dieser Kultur ändert sich freilich nichts dadurch, dass man Sterbehilfe verbietet. Die Menschen, die sich heute dafür entscheiden, ihr Leben zu beenden, weil sie nicht schwer pflegebedürftig sein möchten, tun das aufgrund von

rationalen Erwägungen, ebenso wie Sexarbeiterinnen ihrer Tätigkeit aufgrund von rationalen Erwägungen nachgehen.

Wieso sollen ausgerechnet sie den Preis dafür zahlen, dass unsere kulturellen Muster so sind wie sie sind? Wer nicht will, dass sich eine Suizid-Kultur entwickelt, bei der am Ende ein immer größerer sozialer Druck auf todkranke Menschen entsteht, ihr Lebensende zu beschleunigen, um Leid von sich (und der Gesellschaft) abzuwenden, muss eben an einer Veränderung der Kultur arbeiten. Und dies ist der Punkt, an dem aus meiner Sicht beide Seiten ein Interesse daran haben müssten zusammenzuarbeiten: Die einen, um zu verhindern, dass Menschen zum Suizid gedrängt werden, die anderen, um ihr Diktum der Freiwilligkeit zu retten. Denn dass jemand wirklich freiwillig das eigene Leben beendet, ist nur dann möglich, wenn dazu keine äußere Notwendigkeit mehr besteht. Wenn also in keiner Zeitung mehr etwas über explodierende Gesundheitskosten steht, wenn es gute und menschenfreundliche Palliativpflege in Hülle und Fülle gibt, wenn hilfebedürftige Menschen in keiner Weise stigmatisiert werden oder als weniger „vollwertig" gelten, wenn häusliche Pflege von gutbezahlten und zufriedenen Menschen ohne jeglichen Zeitdruck für alle verfügbar ist. Wer unter diesen Bedingungen den Suizid wählte, täte das womöglich tatsächlich „freiwillig". Und erst dann könnten wir die gesellschaftliche und philosophische Debatte führen, die ich in dem Zusammenhang für notwendig halte: Nämlich wie wünschenswert es eigentlich ist, eine solche Selbstbestimmung zu praktizieren.

Als ich kürzlich in Wien mit politischen Freundinnen über das Thema diskutierte, erzählte Ina Praetorius von einer Legende aus einer ländlichen Region in Japan, wonach alle Menschen nach ihrem 70. Geburtstag die Kommune verließen und auf einen bestimmten Berg stiegen um zu sterben. Sie nahm das als Beispiel dafür, dass die kulturelle Gestaltung eines bewussten und aktiven Lebensendes nichts Neues ist. Allerdings unterscheidet sich die Praxis der Menschen in dieser japanischen Region an einem entscheidenden Punkt von dem „Modell Gammadis" und auch von dem, was in Europa zurzeit im Zusammenhang mit Sterbehilfe diskutiert wird. Denn für die Bewohner*innen dieses Dorfes geht es gerade nicht um Freiwilligkeit und Selbstbestimmung. Mit dem Erreichen einer bestimmten kalendarischen Jahreszahl löst ein äußerliches, letztlich willkürliches Signal das gesellschaftliche Ritual des Sterbens aus. Die Menschen sind dort ihrem Schicksal ebenso ausgeliefert wie früher die Menschen in Europa, als man eben lebte bis man starb.

Sie müssen gerade nicht für sich selbst überlegen, wann der rechte Moment zum Sterben gekommen ist. Genau das ist aber die kulturelle und persönliche Aufgabe, die uns allen bevorsteht, wenn Suizid im Fall von schwerer Pflegebedürftigkeit irgendwann kein Tabu mehr sein sollte, sondern eine relativ gängige Praxis. Etwas selbst bestimmen zu dürfen heißt immer auch, es selbst bestimmen zu müssen. Für diesen Mechanismus kennen wir nun wahrlich schon genügend Beispiele. Das spricht nicht unbedingt dagegen, das Lebensende nicht mehr einfach hinzunehmen, sondern aktiv selbst zu bestimmen. Aber ich finde die Größe dieser Aufgabe durchaus beängstigend. Höchstwahrscheinlich liegt das daran, dass ich eben in dieser

hiesigen christlich-humanistischen Erdenkultur aufgewachsen bin und nicht zum Beispiel auf Gammadis. Es ist also kein prinzipieller Einwand. Trotzdem frage ich mich, ob ich das wirklich will: Irgendwann entscheiden zu müssen, wann ich sterben soll. Oder ob ich diese Entscheidung nicht doch lieber von anderswo her entgegennehme."

4.) **Isolde Karle, Reiner Anselm, Volker Lilie: Den professionellen Suizid ermöglichen**, FAZ Nr. 8/2021, Seite 6, vom 11. Januar 2020 in Zeitzeichen Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen | zeitzeichen.net abgerufen am 26.8.2021

5.) **Isolde Karle, Reiner Anselm, Volker Lilie: Suizid: Vorbeugen und helfen.** FAZ 25.5.2021, Seite 11, http://www.ev.rub.de/mam/pt-karle/texte/faz_vorbeugen_und_helfen.pdf abgerufen am 26.8.2021

Hinweise für die Gemeindearbeit

Geistlicher Impuls sowie die Vorträge können als Lektüre genutzt werden.

a) Wenn Gruppen kreatives Arbeiten gewöhnt sind, kann sich der Frage nach der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung malerisch oder gestalterisch genähert werden: wie drücke ich meine Vorstellungen von Selbstbestimmung aus? Wie in meiner jetzigen Situation und wie am Ende meines Lebens? Als Material liegen entweder Stifte (gerne schöne Wachsmaler oder Aquarellstifte, mit den Malen besonders Spaß macht) oder andere Materialien (Seile, Holzfiguren, viele geeignete Materialien finden sich z.B. auch in Moderationskoffern). Nach der kreativen Zeit werden sich die Werke bei einem „Atelierrundgang" gegenseitig vorgestellt und im Anschluss daran markante Punkte noch einmal aufgenommen.

b) Für Gesprächsgruppen könnten diese Fragen interessant sein:

- „Es ist nicht gut, dass der Mensch allein sei!" – wo spüre ich mein Angewiesensein?
  Wie passen Selbstbestimmung und Fürsorge für mich zusammen?
  Was bedeutet für mich heute selbstbestimmtes Leben?
  Wie stelle ich mir mein selbstbestimmtes Sterben vor?
- Wenn es eine Gruppe mit Männern und Frauen ist, wäre es auch interessant, diese Fragen erst getrennt voneinander zu beantworten, um dann gemeinsam Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu entdecken. Dazu könnte auch der unten angehängte Text „Der Mensch ist autonom. Die Frau hilft ihm dabei!" hinzugezogen werden.
  Spannend wäre es auch, Antworten auf die Frage zu finden, warum Männer und Frauen sich im Bezug auf den Suizid so unterschiedlich verhalten.
- Hans Christian Brandy und Helen Kohlen haben beide die Frage nach den Lebensleitbildern gestellt. Was sind unsere Wunschlebensbilder? Welche Rolle spielen dabei Vitalität, Gesundheit und Dynamik?

3. Abend am 23. Juni 2021

Pflegen und sterben zu Hause

Hintergrund

Als Referent*innen des Abends wirken mit: Frau Prof. i.R. Dr. Barbara Hellige und Herr OKR Dr. Friedrich Ley, Referat Seelsorge im Landeskirchenamt der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers. Beide sind digital zugeschaltet und blicken aus ihrer jeweiligen Perspektive auf die Bedeutung von „Pflegen und sterben zu Hause." In diesem Zusammenhang steht vor allem die Frage im Mittelpunkt: Was bedeutet die Diskussion um assistierten Suizid im häuslichen Zusammenhang? Spielt die Frage von assistiertem Suizid im häuslichen Bereich überhaupt schon eine Rolle oder ist das nicht eher eine Frage im Sterbeprozess einer stationären Einrichtung?

In Deutschland verstirbt pro Jahr 1 Prozent der ca. 83 Millionen Bürger*innen. Repräsentative Umfragen zum Thema „Sterben in Deutschland"(vgl. Dasch B, Zahn PK: Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life-analysis of death certificates (2001, 2011, 2017) and pseudonymized data from selected palliative medicine consultation services (2017). in Westphalia, Germany. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 331–8. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0124) ergaben, dass sich die überwiegende Mehrheit (66% (2012); 57% (2017)) ein Versterben in häuslicher Umgebung wünscht. Der am wenigsten gewünschte Ort ist das Pflegeheim (1%). Tatsächlich verstarb jedoch lediglich rund ein Drittel der Menschen zu Hause, Tendenz abnehmend, dagegen 56,9% (1995) bzw. 70,8% (2001) und 75,9% (2011) in Institutionen.

Ende 2019 waren 4,1 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als die Hälfte der Personen (51,3%) wurde allein durch die Angehörigen versorgt; die Pflegegrade der versorgten Personen lagen zwischen 2 und 5, 72.700 mit Pflegegrad 5 wurden ebenfalls von Angehörigen gepflegt. Je schwerer die Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen, desto häufiger übernehmen ambulante Pflegedienste – zumindest teilweise – deren Versorgung. Zum Jahresende 2019 versorgten 14.700 ambulante Dienste 983.000 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in Deutschland. Mit steigendem Pflegegrad nimmt auch der Anteil zu, den Pflegedienste an der Versorgung zu Hause erbringen: Von 27,6 % bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis hin zu 37,9 % bei Menschen mit Pflegegrad 5 (Pflegegrad 3: 31,0 %, Pflegegrad 4: 34,9 %). (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_N083_224.html)

Der Anteil der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sinkt mit deren zunehmendem Alter. Während Pflegebedürftige von 65 bis unter 70 Jahren im Jahr 2019 zu 84,5 % zu Hause versorgt wurden, lag der Anteil der zu Hause betreuten über 90-Jährigen bei 64,6 %. Hierbei spielt auch eine Rolle, dass im hohen Alter die Pflegebedürftigkeit steigt.

Auffällig ist der Gender Gap bei der Pflege von Angehörigen: er liegt bei der Pflege zu Hause bei 52%. Das bedeutet, dass Frauen durchschnittlich 52% mehr Zeit für unbezahlte Sorgearbeit verwenden als Männer.

Dieser Gap hat sich in Corona-Zeiten eher noch verstärkt. Die Soziologin Jutta Allmendinger spricht hier von einer „Retraditionalisierung": Frauen und Mütter hätten in Corona-Zeiten ihre oftmals generell schon reduzierten Arbeitszeiten

weiter reduziert, um sich um die Kinder und die Pflege von Angehörigen zu kümmern. Entsprechendes sei bei Männern nicht zu beobachten gewesen. Im Ergebnis seien Frauen während der Corona-Zeit aus bestimmten Bereichen des Arbeitslebens schlichtweg verschwunden.
(Vgl. https://wzb.eu/de/forschung/corona-und-die-folgen/corona-studie-zeigt-die-realitaet-unter-dem-brennglas)

Wurden pflegende Angehörige einmal als „Deutschlands größter Pflegedienst" bezeichnet, so wäre dies eventuell dahingehend zu präzisieren, dass Frauen, die Angehörige pflegen, die größte Gruppe in „Deutschlands größtem Pflegedienst" stellen.

Für Pflegende, besonders aber für pflegende Angehörige, stellen sich Herausforderungen, die sich vor allem an den Punkten Qualität und Qualifikation, Überlastung und Moral Distress, Gewalt oder auch Umgang mit Biographieerfahrungen (wie bspw. Kriegstraumata) festmachen lassen. (vgl. hierzu Monika Bobbert, Ethische Beiträge zu Pflege und Pflegepolitik – Literaturüberblick und Forschungsdesiderate. JCSW 57 (2016), S. 225 – 266). Dies verweist darauf: Pflege kann nicht nebenher geschehen, auch nicht im häuslichen Kontext.

So wären pflegende Angehörige für die Pflege grundsätzlich zu qualifizieren und zu befähigen. Damit einher geht eine Sensibilisierung für Fragen von Fürsorge und Selbstbestimmung. Auch wohlgemeinte Hilfe kann Respektlosigkeit und Bevormundung mit sich bringen. Diese Aspekte werden in Publikationen in weiten Perspektiven behandelt. Dabei geht es neben konkreten Konfliktkonstellationen und damit der Frage nach dem Sollen auch um die Frage des Könnens, also um das Fördern und Reaktivieren der Voraussetzungen der Autonomie und gelingender Beziehungen. Die dem zwischenmenschlichen Helfen generell eigene Ambivalenz wird aus philosophisch-ethischer, teils auch aus spezifisch theologisch-ethischer Sicht erschlossen (vgl. Breitsameter 2010; Mathwig u. a. 2015; Richter/Stöhr 2010; Zimmermann 2015).

Gewalt gegen und von Pflegebedürftige(n) umfassen psychische Bereiche, wie etwa einen infantilisierenden Umgang, verbale Aggression oder Verletzungen des Schamgefühls. Vereinzelt wird auch Gewalt Pflegebedürftiger gegen Pflegende thematisiert (vgl. Haut u. a. 2011). Gerade die Publikationen zu Gewalt verdeutlichen, dass individuelle Gewalt neben falsch verstandenem Mitleid, Habgier oder angemaßter Kompetenz einen mehr oder weniger hohen Anteil struktureller Ursachen hat: Pflegende oder Angehörige, die psychisch und physisch durch Arbeitsüberlastung oder zu geringe Qualifikation überfordert sind (vgl. Wingenfeld 2015); daneben sind strukturelle Faktoren zu nennen wie Mangel an Kontrolle, Ausblenden institutioneller Probleme, finanzielle Engpässe und gesellschaftliches Desinteresse an der Altenversorgung (vgl. Dowideit 2012; Drescher 2015; Kreuzer 2014; für Berichte vgl. Breitscheidel 2007; 2008; Fussek/Schober 2008, zit. nach Bobbert, 2016).

Hier sind neben der Qualifizierung und gesellschaftlichen Wertschätzung von pflegenden Angehörigen auch Vernetzungs- und Entlastungsangebote (SAPV, Pflegedienste) wichtige Faktoren, die der Entstehung von (ethischen) Konfliktsituationen in der häuslichen Pflege entgegenwirken.

Vortrag Frau Prof. i.R. Dr. Hellige
Sie lehrte an der Hochschule Hannover Pflegewissenschaft, Abt. Pflege und Gesundheit

Prof. Dr. Hellige startet ihren Impulsvortrag mit Daten und Fakten: 77% der Menschen sterben derzeit etwa in Einrichtungen, während sich 70% wünschen zu Hause sterben zu können. Der Familienstand und der geografische Standort sind mitunter ausschlaggebend, wo gestorben wird. Tendenziell sterben im ländlichen Raum mehr Menschen zu Hause. Tendenziell sterben mehr alleinstehende Männer im Krankenhaus, während verheiratete Männer zu 43% zu Hause sterben.

Von den derzeit 55 Millionen pflegenden Angehörigen sind 2/3 Frauen und 1/3 Männer. Sie stellen dafür ihre beruflichen Aufgaben zurück oder reduzieren diese für eine gewisse Zeit auf Teilzeit. Die Grundbedingungen für ein Sterben zu Hause hängen insgesamt von der Art der Erkrankung, vom örtlichen Sorgenetz, von den Ressourcen und technischen bzw. räumlichen Ausstattungen ab. Pflegende Angehörige und Ehrenamtliche erleben in der Pflegezeit erhebliche Belastungen psychischer, physischer, zeitlicher und finanzieller Art. Für sie alle ist es unglaublich hilfreich, sich in dieser Situation nicht alleingelassen zu fühlen, sondern in Unterstützungssysteme eingebunden zu sein: palliative Unterstützung, Pflegedienste und Seelsorge durch Ehrenamtliche und Hauptamtliche. Diese Säulen der Unterstützung stärken emotional, psychisch und physisch und helfen durch Wertschätzung, Entlastung und Anleitung. Frau Prof. Hellige weist in diesem Zusammenhang hin, dass es unbedingt zu einer gesellschaftspolitischen Anerkennung der Care- und Sorgearbeit kommen und zunehmend einen Abschied vom Bild produktiver Leistungsarbeit geben muss. Dieser Abschnitt ihres Vortrags findet viel Beifall. Sie weist an dieser Stelle besonders auf die Genderfrage hin: Care- und Pflegearbeit wird immer noch reproduktiv verstanden und ist vor allem weiblich konnotiert. Damit ist Altersarmut bei Frauen vorprogrammiert.

In diesem politischen Zusammenhang zitiert Frau Prof. Dr. Hellige Oskar Negt, der darauf aufmerksam gemacht hat, dass durch die industrielle Revolution vornehmlich das Ansehen der Reproduktionsleistung – also Sozialisation und Erziehung – gelitten hat, obwohl diese eigentlich die Grundlage für Produktionsleistungen überhaupt ist.

Sie schließt ihren Vortrag mit konkreten Ideen zur Umsetzung einer mehr sorgenden Gemeinschaft in unserer Gesellschaft und Politik, um die Lasten auf mehrere Schultern zu verteilen.

Vortrag OKR Dr. Friedrich Ley (Landeskirchenamt der Landeskirche Hannover, Referat für Seelsorge)

Dr. Friedrich Ley erklärt im Eingangsteil seines Referats wie sich die Frage nach Selbstbestimmung bis hinein in die Wünsche von Pflege, Sterben und Geborgensein in der Infrastruktur am Ende des Lebens auswirkt. Längst wird die Regie nicht mehr allein den Expert*innen überlassen, sondern der sterbende Mensch ist der Entscheider*in. So wird der Wunsch in einer stationären Einrichtung zu sterben, mehr und mehr abgelöst durch den Wunsch im häuslichen Umfeld bis zuletzt leben zu können. Durch die Wahrnehmung von Patientenverfügung und Vorsorge-Überlegungen gewinnt diese Haltung auch mehr und mehr an einer profilierten Vorbereitung. Diese rechtlich gebundenen Willenserklärungen sind dabei das zentrale Instrument. In diesem Zusammenhang zeigt Herr Ley auf, dass sich so etwas wie eine „Entinstitutionalisierung des Sterbens“ entwickelt und eine flexiblere Struktur an Bedeutung gewinnt, die das Sterben gewissermaßen (so wie in früheren Zeiten) wieder in die Häuslichkeit zurückholt. Immer mehr spielten dabei die Umstände und zunehmend auch die Frage nach dem Zeitpunkt eine wichtige Rolle. In der konkreten Frage nach einem möglichen assistierten Suizid erfährt dies seine radikalste Zuspitzung.

Im Zusammenhang von „Pflegen und Sterben zu Hause“ ist zunächst die ärztliche Perspektive im Blick – in Zukunft werden aber viel mehr Perspektiven in den Blick kommen. Vor allem die Perspektiven der pflegenden Angehörigen und gegebenenfalls die von Ehrenamtlichen in Kirche, die Familien in dieser Situation begleiten. Dabei betont Ley, dass es weiterhin um eine Differenzierung in der Diskussion um den assistierten Suizid geben muss, um nicht in eine Weitung von grundsätzlicher Suizidalität zu verfallen.

Hier ein Versuch der Definition:

„Der Suizidversuch ist eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung eines Menschen mit der Absicht, sein eigenes Leben zu beenden. Der Suizidversuch kann überlebt oder als Suizid vollendet werden. Die meisten Suizidversuche müssen als Zeichen einer Hilf- und/oder Perspektivlosigkeit des Suizidenten verstanden werden. Die große Mehrzahl der Suizidversuche bzw. Suizide wird allein ausgeführt und kann als „einsamer Suizid“ bezeichnet werden. Dem kann der Suizid mit helfender Beteiligung eines anderen als „assistierter Suizid“ gegenübergestellt werden.“ (Akademie für Ethik in der Medizin - AEM)

Eine weitere wesentliche Differenzierung wäre:

„Auch eine auf Wunsch des Patienten durchgeführte **Therapiebegrenzung** kann zu einem selbstverfügten und selbstverantworteten Sterben führen. Sie stellt aber keinen Suizidversuch dar. Jeder entscheidungsfähige Mensch hat das Recht, auf medizinische Behandlung zu verzichten oder bereits durchgeführte Maßnahmen beenden zu lassen. Dies gilt auch dann, wenn damit ein sicherer Eintritt des Todes verbunden ist. Daher ist in diesen Fällen eine Akzeptanz der Entscheidung und Begleitung des Sterbenden nicht nur erlaubt, sondern moralisch geboten.“ (AEM)

Herr Ley stellt in diesem Zusammenhang die verschieden motivierten Suizide

im Allgemeinen dar, um dies dem assistierten Suizid gegenüber zu stellen.

Auch im Zusammenhang von „Pflegen und sterben zu Hause“ entscheiden die sterbenden Menschen autonom, unter welchen Umständen sie sterben möchten. Rechtlich und pflegerisch sind dazu diverse Möglichkeiten gegeben, die freilich in der Praxis nicht immer auch alle zur Umsetzung gelangen. Abschiedliches Leben bzw. der Prozess des Sterbens lassen sich durch den erklärten Willen der Sterbenden sehr konkret mitgestalten. Als entscheidender Faktor zeigt sich in diesem Zusammenhang die Kommunikation und die Einbeziehung anderer, die teils mitbetroffen sind oder eine Ressource bei der Begleitung des Prozesses darstellen. Als eine mögliche Unterstützung kann in dieser Phase die Seelsorge sowohl dem Sterbenden selbst als auch den pflegenden Angehörigen dienlich sein.

Eindrücke aus dem Chat

Während der anregenden Vorträge durch Frau Prof. Hellige und Herrn Dr. Ley entstehen im Chat kreative Diskussionen. Die Teilnehmer*innen beschäftigt die Frage, inwieweit die Zeit „Wenn Menschen im Sterben liegen“ für alle Beteiligten eine besonders qualitative Zeit ist. Stunden und Tage vergehen anders, wenn man so konkret die Begrenztheit des Lebens erfährt. Neben den schweren Momenten wird diese Zeit als besonders kostbar wahrgenommen. Auch ehrenamtliche Begleitende aus Besuchsdienst und Seniorenarbeit erfahren darin die Verdichtung des Lebens vor dem Tod und sind dankbar dafür.

Viele Teilnehmer*innen fragen danach, was man tun könne, wenn spürbar wird, dass eine Familie, die sich vorgenommen hat, den sterbenden Angehörigen zu Hause zu pflegen, in eine Überforderung kommt. Herr Dr. Ley und Frau Prof. Hellige verweisen darauf, wie wichtig offene Gespräche zwischen allen Beteiligten sind, um nicht in eine Überforderung zu kommen. Auch Seelsorger*innen können in diesem Kontext hilfreich wirken, indem sie auf Entlastungsstrukturen hinweisen und dem moralischen Druck „Durchhalten zu müssen“ entgegenwirken.

Positionen und Kommentare

Assistierter Suizid: Die ethische Verantwortung des Arztes (Dtsch Ärztebl 2011; 108(24): A-1362 / B-1142 / C-1142) von Oduncu, Fuat S. und Hohendorf, Gerrit

Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod“ in eine „Unfreiheit zum Leben“.

Nach kontroverser Debatte, aber doch mit klarer Mehrheit hat der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel eine Änderung der (Muster-) Berufsordnung beschlossen, in der es nunmehr heißt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Damit setzt der Ärztetag den vorläufigen Schlusspunkt unter eine Debatte, in der es nach Veröffentlichung der neuen Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung vom 21. Januar 2011 (1) zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung so schien, als ob eine vorsichtige

Öffnung des Standesrechts, das heißt eine Tolerierung des ärztlich unterstützten Suizids in begründeten Einzelfällen, intendiert gewesen sei (2). Die neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung enthalten nämlich lediglich den Satz: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe."

Die Forderung nach standesrechtlicher Zulassung des ärztlich assistierten Suizids wird unter anderem damit begründet, dass die Beihilfe zum Suizid in Deutschland kein Straftatbestand ist (3, 4). Das Strafrecht kann aber keineswegs die notwendigen ethischen Orientierungen für das Handeln von Ärztinnen und Ärzten ersetzen (5, 6). Zu den grundlegenden Normen ärztlichen Handelns gehört nicht nur die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten, sondern auch die Fürsorgepflicht des Arztes, die sich in der Verantwortung für die Gesundheit, das Leben und das Wohl des Patienten konkretisiert (7–9).

Es ist eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, ob sich der Arzt an Handlungen beteiligen soll, die auf die Herbeiführung des Todes eines Menschen abzielen. Einer solchen Handlung liegt – ob gewollt oder ungewollt – in normativer Hinsicht ein Urteil über den Wert des Lebens, das beendet wird, zugrunde. Es ist zunächst die subjektive Entscheidung dessen, der sein Leben mit Hilfe eines Arztes beenden will. Dabei zeigt die klinische Erfahrung, wie stark diese Todeswünsche durch seelische Erkrankungen, seelische Krisen, Einsamkeit, Verzweiflung und Sinnverlust bedingt sind; es gibt aber immer ein Sowohl-als-auch, neben der Verneinung des Weiterlebens steht zugleich oft der Appell an die Anderen, dem Leben vielleicht doch einen Sinn zuzusprechen, Leiden zu lindern, Not und Verzweiflung gemeinsam zu tragen (10–15). Auch wenn der Wunsch, das Leben zu beenden, nicht Ausdruck einer seelischen Erkrankung im engeren Sinne ist, beruht Suizidalität fast immer auf einer krisenhaften Entwicklung, die eine verzweifelte Antwort auf innere und äußere Zwänge ist. Ob es überhaupt einen freiverantworteten Suizid im Sinne einer wohlerwogenen und authentischen Entscheidung im Zustand der Seelenruhe gibt (16–18), muss offenbleiben und hängt letztlich von den zugrunde liegenden Definitionen ab. Aber selbst wenn man einen freiverantworteten Suizid unterstellen will, lässt sich die Frage nicht umgehen, ob der Arzt – sieht er sich nicht einfach nur als Instrument des Patienten – die Verneinung des Lebenswertes durch den Patienten notwendigerweise teilen muss, wenn er am Suizid mitwirkt. Insofern ist die Suizidassistenz des Arztes (zum Beispiel durch Bereitstellen eines tödlichen Medikaments) etwas anderes als das Zulassen eines Suizids oder der Abbruch vom Patienten nicht mehr gewünschter lebensverlängernder Maßnahmen. Die Suizidassistenz des Arztes geht über das, was die Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten gebietet, deutlich hinaus (19). Sie rührt in der Tat an das, was im Kern das ärztliche Ethos darstellt, sie betrifft das ärztliche Selbstverständnis.

Von dem Umgang mit Todeswünschen

Konfrontiert mit Todeswünschen und Suizidgedanken, ist es die Aufgabe des Arztes, die dahinter liegende Not und Verzweiflung des Menschen zu verstehen, seelische Krisen und Erkrankungen zu erkennen, zu behandeln und eine solidarische Antwort zu finden, die dem Wert des Lebens und der Würde des Betroffenen entspricht. Das bedeutet

nicht, dass man alle Menschen von ihrem Selbsttötungsvorhaben abbringen kann, aber es ist für den Patienten und die Gesellschaft wichtig zu wissen, ob der Arzt auf der Seite des Lebens oder des Todes steht. Dies gilt nicht nur für psychische Erkrankungen und seelische Krisen, sondern auch für unheilbare körperliche Erkrankungen. Die ganzheitlich orientierte Palliativmedizin zeigt, dass die körperlichen Beschwerden und seelischen Nöte von Menschen mit schweren unheilbaren Erkrankungen gelindert und gemeinsam bewältigt werden können. Darin zeigt sich die notwendige Solidarität, zu der nicht nur der Arzt, sondern auch die Mitmenschen und die Gesellschaft aufgefordert sind. Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, ist insofern ein Scheitern des gemeinsamen Aushaltens von Leid und Verzweiflung und bedeutet immer ein Einverständnis zu einem endgültigen Beziehungsabbruch.

Während sich die Mehrheit der Deutschen in Umfragen für die aktive Sterbehilfe und Suizidbeihilfe im Falle einer unheilbaren Krankheit ausspricht, äußern die betroffenen unheilbar und sterbenskranken Patienten, wenn sie ärztlich, pflegerisch und menschlich gut betreut sind, nur sehr selten ernsthaft den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Zahlreiche Befragungsstudien bei unheilbar Kranken geben als Gründe für den Wunsch nach frühzeitiger Lebensbeendigung an: Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Depression, Angst vor sozialer Isolation und davor, den Angehörigen zur Last zu fallen (20). Im Einklang dazu ist auf Therapeutenseite die Ablehnung dieser beiden Formen der Sterbehilfe bei den behandelnden Ärzten und Pflegenden um so größer, je größer ihre Erfahrung in Palliativmedizin, Symptomkontrolle, Schmerztherapie und im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ist (21, 22). Damit stellt der ganzheitlich aktive Ansatz der Palliativmedizin eine echte „Alternative“ zur Suizidbeihilfe und zur Tötung auf Verlangen dar. Dementsprechend muss die Palliativmedizin in der flächendeckenden Krankenversorgung, aber auch in der Aus-, Weiter- und Fortbildung bei Studierenden, Ärzten und Pflegenden nachhaltig gefördert werden.

Freiheit zum Tod oder Unfreiheit zum Leben?

Befürworter der Suizidbeihilfe argumentieren mit dem fundamentalen Prinzip der Selbstbestimmung und daraus folgend der Freiheit, den Zeitpunkt des eigenen Todes selbst wählen zu können (23–28). Allerdings muss bezweifelt werden, ob die mit dem Grundsatz der Autonomie idealisierte „Freiheit zum Tod“ auch tatsächlich realisiert wird (20, 29–33).

Die von dem Neurologen Johann Friedrich Spittler 2004 publizierte Geschichte einer jungen Patientin mit fortschreitender multipler Sklerose verdeutlicht, wie sehr fehlende soziale Beziehungen, die Erfahrung von als entwürdigend empfundener Behandlung durch die Sozialbehörden und die Angst vor fortschreitender Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit die Entscheidung für den assistierten Suizid in der Schweiz prägen können (23). Wie soll der schwerkranke Mensch sein Leben gegen die Erwartung der Gesellschaft verteidigen, wenn diese ihm das Gefühl vermittelt, dass sein Leben im Zustand des Leidens keinen Wert mehr hat und so indirekt eine vorzeitige Lebensbeendigung erwartet (34)? Viele Beispiele der niederländischen Euthanasiepraxis belegen, wie der gesellschaftliche Druck die idealisierte

vermeintliche „Freiheit zum Tod“ zu einer „Unfreiheit zum Leben“ pervertiert (20, 32).

In den Niederlanden, in Belgien und in Luxemburg sind aktive Tötung durch den Arzt und ärztliche Beihilfe zum Suizid straffrei, wenn bestimmte „Sorgfaltskriterien“ (freiwilliges Verlangen nach Tötung, aussichtsloser Krankheitszustand, Bestätigung durch einen zweiten Arzt) eingehalten werden (35). Erst durch die Hinzunahme von Zusatzkriterien (aussichtsloser Zustand) wird der Todeswunsch des Kandidaten rationalisiert und legitimiert. Deshalb ist im Ergebnis weniger die Selbstbestimmung als vielmehr die Rationalität des Todeswunsches ausschlaggebend. Das ist ein moralisches Paradox (20, 36). Wenn Autonomie (Selbstbestimmung durch Freiheit von äußeren Zwängen) gelten soll, dann darf sie nicht an äußere Wirksamkeitsbedingungen geknüpft werden (33).

Setzt man aber die Patientenautonomie absolut, so gibt es kein gutes Argument mehr, die ärztliche Suizidassistenz auf bestimmte Situationen (unheilbare Erkrankungen, Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten) zu begrenzen. Die Ausweitung einer ursprünglich eng gefassten Zulassung von ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe ist die Konsequenz. Dies zeigt sich auch in den Niederlanden, wo ärztlich assistierter Suizid grundsätzlich auch für psychisch kranke Menschen und Menschen mit einer beginnenden Demenzerkrankung möglich geworden ist (37, 38). Auch in Deutschland bekanntgewordene Fälle von (geplantem) ärztlich assistiertem Suizid zeigen, dass es nicht nur um unheilbar kranke Menschen geht, deren Leiden scheinbar nicht anders als durch den Tod gelindert werden können, sondern um Menschen, die aus Angst vor dem Alter und Einsamkeit ihrem Leben ein Ende setzen wollen (39).

Aber auch in einer zweiten Hinsicht erweist sich die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids unter bestimmten einschränkenden Bedingungen als problematisch. Über die Rationalität des Wunsches, das Leben zu beenden, entscheiden dann nämlich Dritte (Ärzte) in stellvertretender Wahrnehmung des „wohlverstandenen Interesses“ des Patienten. Dabei ist ein ärztliches Urteil über den Wert oder Unwert des Lebens, das beendet werden soll, unvermeidlich. Und genau hier wird die schiefe Ebene betreten, die die historische und die aktuelle Debatte um die Sterbehilfe kennzeichnet (40–42). In den Niederlanden meinen Ärzte, in stellvertretender Wahrnehmung der vermeintlichen Interessen der Betroffenen, auch in den Fällen entscheiden zu können, in denen die Todeskandidaten nicht einwilligen (können) (43). Genau hier liegt der Übergang von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen (44). Dieser Übergang wird mit den Tötungen ohne Verlangen, die jährlich in mehreren Hundert Fällen in den Niederlanden durchgeführt werden, dokumentiert (45–47).

Heute sterben mehr als 80 Prozent der Menschen hochbetagt und nach einem langen Krankheitsprozess in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Dieses geregelte und sterile Sterben empfinden die Betroffenen als Fremdbestimmung, als soziale Isolation und als Verlust ihrer Würde. Dadurch geht die über viele Jahrhunderte tradierte Sterbekultur mehr und mehr verloren (48). Die westliche Gesellschaft zeichnet sich durch eine zunehmende Individualisierung mit sozialer Vereinsamung aus. Der Wunsch nach einem „Sterben in Würde“ wird immer lauter. Ein würdevolles Sterben kann heute nur durch eine neue Sterbekultur

realisiert werden, die es versteht, Sterben und Tod als eine Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen und umzusetzen. Es braucht viele verschiedene Akteure, um unheilbar kranken und sterbenden Mitmenschen eine hinreichend stabile Brücke der Zuversicht und Geborgenheit zu bauen, die ihnen den notwendigen Halt beim Übergang vom Diesseits zum Jenseits ermöglicht (20, 49). Erst eine so verstandene neue Sterbekultur wird jedem einzelnen Patienten ein personenbezogenes „Sterben in Würde" ermöglichen.

Die Neufassung der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte stellt klar, dass Tötung auf Verlangen und ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich unzulässig sind. Darüber hinaus bedürfen die neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung jedoch einer klaren Orientierung an einem ärztlichen Ethos, das die Mitwirkung des Arztes an aktiver Lebensbeendigung im Grundsatz ausschließt. Sie müssen demjenigen Arzt, der aus Gewissensgründen im Ausnahmefall meint, keine andere Lösung als eine Suizidassistenz zu sehen, bewusst machen, dass er sein Handeln an der klar formulierten Grenze des ärztlichen Ethos zu überprüfen hat. Das bedeutet nicht, dass das Standesrecht im Einzelfall den Stab über diesen Arzt brechen muss; vielmehr können die entsprechenden Gremien die jeweils besonderen Gründe für die Überschreitung bestehender Normen reflektieren.

Gerade für Zeiten ökonomischer und politischer Krisen ist eine klare Bestimmung des ärztlichen Auftrags und des ärztlichen Ethos notwendig. Dazu gehört auch, dass das menschliche Leben für den Arzt einen eigenen Wert und eine eigene Würde hat, unabhängig von seiner medizinischen und sozialen Bewertung.

Hat die Medizin in den vergangenen Jahrzehnten oft versäumt, den Tod und das Sterben der Menschen zuzulassen, so droht die Machtlosigkeit angesichts von Leid und Tod umzuschlagen in die Illusion, der ärztlich herbeigeführte oder der ärztlich gemachte Tod garantiere ein besseres Sterben. Die gängige Sterbehilfepraxis im Ausland belegt die Aufweichung der Kriteriologie, die eine selbstbestimmte Lebensbeendigung begründen soll. Das vermeintlich starke Argument der Autonomie führt in der Sterbehilfepraxis vielmehr zu einer Entmündigung und Schwächung der Patientenrechte. Am Ende steht die Perversion der idealisierten „Freiheit zum Tod" in eine „Unfreiheit zum Leben". Dagegen wird ein „Sterben in Würde" heute nur durch einen Bewusstseinswandel und eine neue Sterbekultur erreicht. Diese Sterbekultur muss sich als eine Gemeinschaftsaufgabe verstehen, die den Umgang mit Sterben und Tod wieder mehr in die Mitte der Gesellschaft und in die Familien (zurück) zu holen sucht. Und wir alle tun gut daran, uns dieser Aufgabe zu stellen, wollen wir doch selbst einmal in Würde sterben.

- Zitierweise dieses Beitrags:
  Dtsch. Arztebl. 2011; 108(24): A 1362–4

Literaturhinweise

Titel: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln
Autor/en: Christoph Morgenthaler, David Plüss, Matthias Zeindler
ISBN: 3290179125
EAN: 9783290179120

Fallbeispiele -Kommentare - Reflexionen.

Theologischer Verlag Ag
15. Oktober 2017 - kartoniert - 296 Seiten

Hinweise für die Gemeindearbeit

Impuls zum Einstieg ins Thema

Der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang von nun an bis in Ewigkeit. Psalm 121

Mitten im Sommer – einem der längsten Tage des Jahres – steht in der Reihe der Themenabende der Fokus „Pflegen und sterben zu Hause“ im Mittelpunkt. „Der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang von nun an bis in Ewigkeit.“ Der Vers aus Psalm 121 gilt den zum Tempel in Jerusalem pilgernden Menschen als Segenswort. Sie kommen nach Jerusalem und ziehen mit Segen weiter. Pilgern durch das Leben mit der Kraft, die sie in der Gottesbegegnung empfangen haben und treten am Ende dadurch in ein neues Leben. Der Vers aus Psalm 121 hat insofern zu Recht Einzug gehalten in unsere Liturgie der Trauer- und Aussegnungsfeier – also im Abschied der Verstorbenen aus ihrer damals meist häuslichen Umgebung. Es war zwischenzeitlich ein bisschen aus der Mode gekommen, wird aber derzeit wieder neu entdeckt und als tragendes Ritual in der Trauerbewältigung wertgeschätzt. Der aktive Mensch, der Zeit seines Lebens gerne ein- und ausgegangen ist, zieht aus seinem irdischen Haus, verbunden mit liebenden Menschen, verbunden mit Erinnerungen. Er zieht mit dem Segen aus und zieht das neue Leben an. Ein Haus, wie ein bergender Ort, der mir Geborgenheit gibt und von dem aus ich hinübergehen kann in ein anderes Leben. Dazu braucht es einfühlsame Begleiter*innen an der Türschwelle: Angehörige, Pflegende und Ärzte. Die Begleiter*innen brauchen ihrerseits Kraft, solche Wege am Ende eines Lebens sorgsam und verantwortungsvoll zu begleiten. Der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang von nun an bis in Ewigkeit.

In einem Kreis innerhalb der Kirchengemeinde können nun sowohl Andachtsimpuls als auch die Artikel/Vorträge als Lektüre genutzt werden. Im Anschluss kann eine Diskussion mit folgenden Fragen anregt werden:

- Wie möchte ich selbst sterben?
- Wie kann ich mit meiner Familie über meine Wünsche der Pflege bzw. des Sterbens zu Hause oder in einer Einrichtung reden?
- Wie können die Ressourcen im Blick auf die Wünsche geschaffen werden?
- In Psalm 121 sind wichtige Impulse dazu gegeben, dass das Leben ein Pilgern ist. Was spricht mich an diesem Vers „Der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang von nun an bis in Ewigkeit“ besonders an?
- Die Abendlieder des Evangelischen Gesangbuchs enthalten symbolische Bilder zu dem Themenfeld „Sterben“ – ein Blick in EG 488 „Bleib bei mir, Herr“ lohnt sich beispielsweise und kann als Lied am Abend gesungen werden und sein Text meditiert bzw. diskutiert werden.
- Was können Ehrenamtliche tun, wenn sie wahrnehmen, dass pflegende Angehörige zunehmend überfordert wirken?
- Wie können wir gesamtgesellschaftlich dazu beitragen, dass die Sorgearbeit mehr Wertschätzung und Anerkennung erfährt?

4. Abend am 7. Juli 2021

Was galt früher, was gilt heute als gutes Sterben?

Eingeladen dazu sind Dr. Irmhild Saake, Akademische Rätin am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximillian-Universität München und Prof. Dr. Stefan Heuser, Professor für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik an der TU Braunschweig, Seminar für Ev. Theologie und Religionspädagogik.

Hintergrund

Die Vorstellungen von „gutem Sterben" wie auch die Gestaltung von Sterbeprozessen unterliegen kontinuierlichen Veränderungen. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts liegt die Betonung hier auf der individuellen, selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Sterbens und der Vorsorge, wie z.B. der Patientenverfügung oder Advance Care Planning (bzw. der Gesundheitlichen Versorgungsplanung gem. §132g SGB V). Seit den 1980er Jahren ist in Deutschland die Hospizbewegung aktiv. Sie hebt einerseits die Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen hervor und gestaltet andererseits in verschiedener Form gesellschaftliche Solidarität mit Menschen am Lebensende. Daneben findet die Arbeit der Hospizbewegung ihren Ausdruck auch in der Gestaltung von Rahmenbedingungen und institutionellen Begleitungs- wie Versorgungsangeboten wie der ambulanten und stationären Hospizarbeit. „Gutes Sterben" beschreibt vor diesem Hintergrund ein „Sterben", das der individuellen Lebensgestaltung und dem je eigenen Wertekontext einer Person zu entsprechen hat. Zugleich ist es in einer zeit- und kontextgebundenen Vorstellung von Individualität verortet. Das Thema „Sterben", so wird von Vertreter*innen der Bewegung oftmals hervorgehoben, sei gesellschaftlich zu einem Tabu-Thema gemacht worden. Es wurde in Institutionen verlagert und dem Deutungsbereich der Medizin überlassen (vgl. Klaus Feldmann); derzeit findet jedoch eine kulturelle Wiederentdeckung des „Sterbens" unter Vorzeichen der Autonomie und Selbstverwirklichung statt. Sterben entwickelt sich so zu einer individuellen Aufgabe, die nach persönlichen Wünschen gestaltet werden kann.

Wurde diese Beobachtung und die damit verbundenen Fragestellungen bereits in der Untersuchung Werner Fuchs' „Todesbilder in der modernen Gesellschaft" (1969) implizit behandelt, so tritt sie in jüngster Zeit in der Diskussion über die Authentizität des eigenen Sterbens (Nina Streeck) oder in der Vorstellung einer Ars moriendi nova (Daniel Schäfer, Andreas Frewer et.al.), aber auch in Untersuchungen zu medialen Trauer- und Erinnerungskonstruktionen (Thorsten Benkel) zunehmend in den Mittelpunkt.

Für den Dialog zwischen der Theologie und Disziplinen wie der Soziologie sind zwei Aspekte hervorzuheben:

Erstens sind in ethischer Perspektive „Individualität und Selbstbestimmung" in ihrer Relation zur Gemeinschaft und Fürsorge und in ihrer möglichen normativen Funktion zu befragen. Hier ist zu diskutieren, inwieweit nicht nur „Sterbenarrative", sondern auch in besonderer Weise „Sterbebilder" in einer zunehmend auf Visualität ausgerichteten Gegenwart bedeutsam sind. Zu fragen ist weiter, in welcher Form „Selbstbestim-

mung“, „Autonomie“ und „Individualität“ auch durch visuelle Vorstellungen definiert werden und wie diese ethisch-theologisch reflektiert bzw. kontrastiert werden können.

Zweitens stellt sich die Frage, ob und wie eine Jenseitsperspektive, die traditionell im religiösen Kontext verortet war bzw. ist, abgelöst wird durch eine diesseitsorientierte Deutung der eigenen Endlichkeit, die sich vornehmlich aus der Konformität mit der eigenen Biographie und des sozialen Kontextes herleitet. Zumindest in Europa war mit der christlichen Eschatologie über Jahrhunderte eine klare Normativität zur Lebensführung und – aus der Ars moriendi heraus – eine Vorbereitung auf das Sterben gegeben. Sollte in das gegenwärtige Sterbebild ein „Sterben ohne Jenseitsperspektive“ (Nina Streeck) eingezeichnet sein, dann ist hier der Dialog mit der christlichen Eschatologie und ihrer christlich-theologischen Deutung von Sterben und ewigem Leben zu führen.

Ob sich aus dem Ideal nicht mittlerweile auch eine Norm des „guten Sterbens“ entwickelt hat, wird besonders in soziologischer Perspektive derzeit diskutiert und für verschiedene Konstellationen und Interaktionen untersucht. An der LMU München wurde hierzu von 2017-2020 ein Forschungsprojekt unter der Leitung von Armin Nassehi, Christof Breitsameter und Irmhild Saake durchgeführt. (Vgl. dazu auch: C. Breitsameter: Die Semantik des „guten Sterbens“ aus ethischer Perspektive. Ethik Med (2020) 32:331–350. https://doi.org/10.1007/s00481-020-00588-w)

Vortrag Prof. Dr. Stefan Heuser
Professor für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik an der TU Braunschweig

Am Anfang des Vortrags von Stefan Heuser steht ein Zitat von Woody Allen: „Ich habe keine Angst vor dem Sterben. Ich möchte bloß nicht dabei sein, wenn es passiert.“ Etwa drei Viertel der Bevölkerung sehen es als Problem an, dass Sterben und der Tod häufig verdrängt werden. Auf der anderen Seite denken drei Viertel der Bevölkerung über ihr Sterben selten, gelegentlich oder häufig nach. Über 60% der Menschen wünschen sich, schnell oder plötzlich zu sterben. Dagegen steht die Tatsache, dass es viel häufiger eine Zeit des Sterbens ohne Aussicht auf Heilung gibt. 76% der Menschen möchten zu Hause sterben, tatsächlich sind es maximal 20%. Wenn Menschen sagen, dass sie selbstbestimmt sterben wollen, dann bedeutet das meist, dass sie nicht zum Objekt der Apparatemedizin werden wollen und nicht in einem Schwebezustand zwischen Tod und Leben gehalten werden wollen. Sie wollen im Sterben nicht passiv sein, sondern das Sterben umgehen. Für Heuser hat nicht die Intensivmedizin ein Problem, sondern das Sterben als eigener Lebensvorgang.

Im Folgenden referiert er Martin Luthers Sermon von der Bereitung zum Sterben von 1519.

Weil der Tod ein Abschied aus der Welt ist, ist es nötig, die weltlichen Dinge so in Ordnung zu bringen, dass es nach dem Tod keinen Zank und keinen Streit gibt. Für Luther ist dies ein äußerlicher Abschied von der Welt. Daneben ist aber auch der geistliche Abschied nötig. Vergebung tut not.

Denen soll vergeben werden, die Leid verursacht haben und jede*r selbst soll um Vergebung bitten für das, wo man selbst schuldig geworden ist. Damit orientiert man sich an der Liebe Gottes. Wenn so Abschied genommen worden ist, dann soll man sich allein auf Gott richten, denn zu Gott führt ja der Weg des Sterbens. Luther vergleicht diesen Weg des Sterbens mit der Geburt. Da gebiert die Mutter ihr Kind aus der Enge ihres Körpers in die Weite der Welt. So ist das laut Luther auch mit dem Sterben. Durch die enge Pforte des Todes gelangen wir in den weiten Raum Gottes. Die Mutter hat bei der Geburt Angst, diese Angst ist aber nachher von der Freude über die Geburt des Kindes verflogen. Daran sollen wir uns orientieren: die Angst ist kurz, auf uns wartet der große Raum und Freude.

Stefan Heuser stellt aufgrund dieser Überlegungen die ethische Grundfrage „Wie bleibt Sterben erträglich, so dass Menschen es nicht abkürzen müssen, sondern den Tod abwarten und erwarten können?" Für ihn bedeutet in Würde sterben erträglich sterben.

Stefan Heuser zitiert Reimer Gronemeyer (Projekt Lebensende, 2018): Er konstatiert, dass Sterben und Tod für uns moderne Menschen zum Problem geworden sind. Der Tod kommt nicht mehr, er wird zur letzten Gestaltungsaufgabe der Menschen. Zugleich wird der letzte Lebensabschnitt zum Aufgabenfeld neuer Berufsbilder, die von der „Problematisierung" des Sterbens Zeugnis ablegen: Palliativmediziner*innen, in der Sterbebegleitung ausgebildete Ehrenamtliche und Pflegende, Trauerbegleiter*innen für die Angehörigen. Es entsteht eine lange Liste der Spezialisierungen im Bereich „Sterben und Tod". So droht das Sterben zur letzten Lebensanstrengung zu werden. Die Suche nach dem Tod ist die Suche nach den besten Palliativangeboten. „Haben wir im Leben erst eine gute Bildung hingekriegt, dann eine ordentliche Karriere gemacht und schließlich sogar befriedigende Beziehungen aufgebaut, dann sollen wir schließlich auch noch „gut" sterben."

Stefan Heuser trägt im Folgenden Elemente eines erträglichen Sterbens zusammen:

- Niemand sollte die Entscheidung über Tod und Leben treffen müssen – es ist eine „unmögliche Option", auch im Blick auf das eigene Leben. Zugleich darf niemand im Sterben anderen ausgeliefert sein.
- Menschen sollen sterben dürfen und nicht in einem unabsehbaren Zustand zwischen Leben und Tod gehalten werden.
- Ärzt*innen, Pflegende und Angehörige sind die Nächsten-schaft im Sterben. Sie tragen Lasten mit, die sich aus Entscheidungen ergeben.
- Jede*r hat beim Sterben das Recht auf die Hilfe, die für ihn/sie das Sterben erträglich bleiben lässt (sichtbaren Bedürfnissen entsprechen, Schmerzen lindern, Worte, Gesten, Berührungen, Symbole, Klänge, Düfte)
- Jede*r soll sich, solange es geht, zum eigenen Sterben verhalten können.
- Angst und Wut auszudrücken, gehört zur Würde der Menschen ebenso wie hoffen dürfen.
- Die Logik der Sterbehilfe ist, den Sterbenden das Hoffen

zu erleichtern, die Gründe der eigenen Hoffnung zu bezeugen.

Stefan Heuser beschreibt den Sterbeprozess mit Monika Renz (Hinübergehen. Was beim Sterben geschieht 2015) als Wandlung. Es geht darum, sich selbst komplett loszulassen, sich selbst verlieren zu müssen und sich zu überantworten und anvertrauen zu dürfen, hineinzusterben in ein Du. Bei einer bedürfnisorientierten Sterbebegleitung wird vor allem darauf geschaut:

- Was will der/die Patient*in?
- Der Fokus liegt auf verbal formulierten Patient*innenwünschen.
- Es wird sich an dem orientiert, was wir über den körperlichen Sterbeprozess wissen.

Bei einer indikationsorientieren Sterbebegleitung (nach Monika Renz, s.o.) wird darauf geschaut:

- Was braucht der/die Patient*in, um sterben zu können, um den Übergang zu bewältigen?
- Es wird sich an nonverbalen Signalen orientiert, am inneren Erleben des Sterbenden, an der Wahrnehmungsverschiebung.
- Was schenkt Würde, inneren Wert?

Zu der indikationsorientierten Sterbebegleitung gehören diese Leitfragen:

- Was will im Leben noch erledigt werden?
- Was will durchgestanden werden?
- Was will noch eingebracht werden?
- Was will losgelassen werden?
- Was will gefunden werden?

Stefan Heuser wendet sich dann der christlichen Sterbebegleitung zu. Im Sterben bleiben wir Kinder Gottes und haben als solche Anspruch darauf, im Sterben wie ein Kind Gottes umsorgt zu werden. Menschen sind würdig, dass Gott ihnen treu bleibt und sich ihrer annimmt. Sterbebegleitung ist Zeugnis für diese Treue Gottes, sie gibt Gottes Zuwendung Raum. Sie macht sie spürbar. Die Hoffnung ist: der Tod ist nicht das Ende, Menschen verschwinden nicht im Nichts, sondern werden verwandelt. Sterbebegleitung ist Geburtshilfe bei dieser Verwandlung. Das Licht der Auferstehung, der Glanz der Hoffnung soll durch Worte, Gesten, Symbole und Gesten sichtbar werden.

Am Ende seines Vortrags kommt Stefan Heuser noch einmal auf die unterschiedlichen Positionen der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) und der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) in der Debatte um die Sterbehilfe zu sprechen. Beide sorgen sich um ein erträgliches Sterben, sie forcieren eine Kultur des menschenwürdigen Sterbens, die Sterbebegleitung, Palliativmedizin, Hospizbewegung und Suizidprävention. Die DBK lehnt alle Formen der aktiven Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung ab. Die EKD lehnt die Verankerung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung als rechtliche Regel ab, denn: Ausnahmen lassen sich nicht zur Regel machen.

Vortrag Dr. Irmhild Saake
Akademische Rätin am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilian-Universität München
„Vom ‚guten Sterben" - Akteurskonstellationen, normative Muster, Perspektivdifferenzen (DEFG-Projekt)"

Irmhild Saake sieht mit dem Blick der Soziologin auf die Frage nach dem guten Sterben. Es gibt viele Akteur*innen in Hospizen und Palliativstationen: Pflegekräfte, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Kunst-, Atem- und Musiktherapeut*innen, Angehörige, Ehrenamtliche, Sterbende. Auch wenn der Wunsch von vielen häufig ist, zu Hause zu sterben, findet Sterben heute viel häufiger in Organisationen als in den Familien statt. Stefan Heuser zitierte Gronemeyer, der von dem Sterben als letzter Gestaltungsaufgabe sprach, die am Ende des Lebens zur Last werden kann. Irmhild Saake berichtet aus Untersuchungen, dass Sterbende sich nicht die ganze Zeit mit ihrem Sterben auseinandersetzen (möchten). Die Vielzahl der Akteur*innen in den Organisationen ermöglicht es den Sterbenden, sich sehr dosiert mit ihrem Sterben auseinander zu setzen. Die Wünsche der Sterbenden werden von den unterschiedlichen Akteur*innen in vielen Facetten gespiegelt. Und auf der anderen Seite gilt: die Arbeitsteilung und Differenzierung (nicht die Ganzheitlichkeit) macht es den Organisationen möglich, mit dem Sterben umzugehen, es auch für sie aushaltbar zu machen. In ihren Untersuchungen stellt sie einige normative Muster fest:

- Angehörige, medizinisches Personal und Seelsorger*innen finden oft, dass Sterbende sagen sollen, wie sie ihr Sterben erleben. Aber viele Sterbende wollen nicht (immer) übers Sterben reden. Dies deckt sich mit der Erfahrung vieler Seelsorger*innen, die von der Familie gerufen werden, damit die Sterbende über ihren Zustand, ihr Sterben reden kann. Das Gespräch dreht sich dann doch häufig um den Garten, Dorfgeschichten.
- Es gibt so etwas wie „die Langeweile der Sterbenden", denn die Palliativmedizin kann zumeist sehr effektiv Schmerzen stillen.
- Sterben ist eine extreme Form von unbekannter Erfahrung. Sterbende suchen oft offenbar Halt in Vertrautheiten – auch in vertrauten Familienkonflikten. Das verwirrt und verärgert oft Pflegende und Ehrenamtliche, die davon ausgehen, dass am Sterbebett alles friedlich und wohltemperiert zugeht und sie versuchen, dagegen zu agieren, was in den meisten Fällen nicht im Interesse der Sterbenden ist.
- Das Reden vom „gelingenden Sterben" hat einen extremen Sinnüberschuss, denn Sterben gelingt immer. Aber die Rede vom „gelingenden" Sterben dient auch dazu, alles zu deuten, zu rechtfertigen oder schönzureden.

Aus diesen normativen Mustern ergeben sich Perspektivdifferenzen:

- Ärzt*innen versuchen herauszubekommen, wie bewusst den Sterbenden ihre Situation ist – was nicht ganz einfach ist, wenn Sterbende nicht über ihr Sterben reden möchten.
- Pflegekräfte reden beim Pflegen

über Enkel, Urlaube und den Garten und bringen so Alltag in das Sterbezimmer.
- Kunst-, Musiktherapeut*nnen lenken die Sterbenden etwas ab.
- Sozialarbeiter*innen versuchen, sich Klarheit über die privaten/häuslichen Bedingungen des Sterbens zu verschaffen.
- Sterbenden wundern sich, dass sie so lange „herumliegen“ und auf das Sterben warten.
- Angehörige freuen sich, dass sie Kaffee bekommen und sich als Besuch fühlen können.
- Ehrenamtliche versuchen, den Tod aus der Nähe zu erleben.

Organisationen ermöglichen, dass im Sterben banaler Alltag möglich ist im Sinne von „Sterben ohne viel Aufhebens“, „niemanden zur Last fallen“. Damit wird deutlich, dass ein normatives Ideal des guten Sterbens kontraproduktiv ist und es eher darum geht, situativ zu entscheiden, was für die Sterbenden und die Angehörigen richtig und entlastend ist.

POSITIONEN UND KOMMENTARE

1. Zum „guten Sterben“: https://www.deutschlandfunk.de/idealbild-gutes-sterben-aller-ende-ist-schwer.254w0.de.html?dram:article_id=486004 (abgerufen 22.8.2021)

   Idealbild „Gutes Sterben“ - Aller Ende ist schwer

   In Deutschland entstehen immer mehr Hospize und Palliativstationen, und in ihnen ist oft vom „guten Sterben“ die Rede. Doch was ist damit gemeint? Expertinnen und Experten sagen: Die Vorstellungen vom „guten Sterben“ sind sehr unterschiedlich. Denn Sterben sei „Schwerstarbeit“. Von Christian Röther, 21.10.2020, Dlf

   Sterben macht Angst. Dazu zwei Positionen:

   „Ohne zu fragen, stecken wir in diesem Deal, der heißt: Du lebst jetzt, aber dafür musst Du dann sterben. Das ist doof, das macht auch Angst, weil man nicht schummeln kann. Man kann nicht sagen: Nee, Sterben ist für mich nichts. Alle machen‘s, ich will‘s nicht.“

   „Es gibt viele Menschen, die es verlernt haben, sich mit Glauben auseinanderzusetzen. Die aber im Angesicht des Sterbens tatsächlich noch mal so existentielle Fragen stellen.“

   Wie sieht ein „gutes Sterben“ aus? Dazu fünf Positionen:

   „Also, Sie merken schon an meinem Zögern, dass das eine echt schwierige Frage ist. Wir sind ja auch alle noch nicht gestorben. Deswegen wissen wir nicht, was ‚gutes Sterben‘ ist.“

„Hinter Ihrer Frage steckt vielleicht die Vorstellung, dass es eine einheitliche Sichtweise geben könnte, und das ist nicht der Fall. Das heißt, wir haben kein einheitliches Bild mehr dessen, was ‚gutes Sterben' bedeutet."

„Sterben ist erst mal nicht toll. Oft wird es in Filmen und ähnlichen Sachen ja so idealisiert. Man steht ums Bett rum, da ist eine Person, die sagt: Oh danke, dass Ihr da seid! Atmet nochmal, ist tot."

„Sterben ist schwer, weil Sterben Abschied heißt, weil Sterben Trennung heißt. Leben hat ja viel mit Beziehungen zu tun. Und Beziehungen haben dann erst mal ein Ende."

„Sterben ist eigentlich Schwerstarbeit."

Pro Jahr sterben in Deutschland rund 950.000 Menschen, Tendenz steigend. Das sind fast so viele Menschen, wie im gesamten Saarland leben. Die Deutschen sterben zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Und immer mehr sterben auf Palliativstationen und in Hospizen.

Laut dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband gibt es in Deutschland inzwischen 230 stationäre Hospize für Erwachsene. Jedes Jahr werden dort rund 30.000 Menschen beim Sterben begleitet.

„Wir im Hospiz hier möchten, dass das Leben bis zum Schluss gelingt. Was vielleicht Menschen, die über Hospize nachdenken und dann über Sterbebegleitung nachdenken, gar nicht ahnen, dass es eigentlich um Lebensbegleitung bis zum Schluss geht."

Regina Bauer leitet in Göttingen das stationäre Hospiz an der Lutter. Es ist angeschlossen an ein evangelisches Krankenhaus. Das Hospiz hat zehn Betten für Menschen, die unheilbar erkrankt sind. Sie leben hier für ein paar Tage, ein paar Wochen oder auch wenige Monate. Es gibt einen großen Gemeinschaftsraum mit offener Küche und Sofa-Ecke, einen Garten und einen Andachtsraum. „Gutes Sterben", das bedeutet hier und in vielen anderen Hospizen: „Leben bis zuletzt".

„Und dann wird zum Schluss gestorben."

„Früher hat man von seligem Sterben gesprochen"

Das Hospiz an der Lutter hat neben dem stationären Haus auch einen ambulanten Dienst. Der betreut Sterbende zu Hause, in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.

Das ambulante Hospiz leitet Manuela Brandt-Durlach: „Ich glaube, wenn man Menschen jetzt befragen würde, die gesund sind – oder nicht am Lebensende sind, formuliere ich es mal so – dann würden ganz viele sagen: Mein größter Wunsch ist es, ohne Schmerzen zu Hause zu versterben. Am Ende des Lebens sieht das manchmal dann auch anders aus. Und es gibt – ich würde fast sagen – mindestens ebenso viele Menschen, die sagen: Ich möchte nicht zu Hause versterben, weil ich für meine Angehöri-

gen keine Last sein ein möchte."

Wie Menschen sich ein „gutes Sterben" vorstellen, das kann sich also ändern im Laufe des Lebens. Den Begriff „gutes Sterben" hört und liest man immer wieder: nicht nur in Hospizen, sondern auch in den Medien. Und auch Bücher dazu gibt es.

Die Hospizleiterin Regina Bauer tut sich damit allerdings schwer: „Ich finde es schwierig, zu sagen, es gibt ‚gutes Sterben'. Es gibt Sterben, was nicht mit schwerwiegenden Symptomen einhergeht. Es gibt befriedetes Sterben. Früher hat man vielleicht von seligem Sterben gesprochen.

Aber einfach ist Sterben eben nie. Da sind sich alle Fachleute einig, die sich mit dem letzten Lebensabschnitt befassen. Deshalb versuchen Hospize, sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Sterbenden zu orientieren – um das Lebensende so lebendig wie möglich zu gestalten.

Aber auch diese Wünsche fallen sehr unterschiedlich aus.

Manuela Brandt-Durlach: „Für uns in der Haltung – Hospiz als Haltung – bedeutet ‚gutes Sterben', dass wir das ermöglichen, was der Mensch am Lebensende für sich möchte."

Regina Bauer: „Es ist uns wichtig, dass wir nicht die Ideen entwickeln, was jemand vielleicht brauchen könnte, sondern dass wir so dicht am Patienten dran sind, dass wir erspüren, was er möchte, um ihm dieses Angebot dann auch zu machen."

Manuela Brandt-Durlach: „Dann sind das manchmal Dinge wie: noch einmal eine Tomatensuppe essen. Oder noch einmal Currywurst/Pommes. Oder noch einmal ein Pferd riechen." Da haben sie dann tatsächlich ein Pferd in den Göttinger Hospizgarten geführt. Ein anderer Patient wollte gerne mit einem Hubschrauber abheben – auch das klappte.

Manuela Brandt-Durlach sagt: „Und manchmal wollen Menschen, die wir begleiten, mit einem Pfarrer sprechen. Dann organisieren wir auch einen Pfarrer. Und manchmal wollen sie gerade eben auch mit uns über solche Themen sprechen, weil sie sagen: Bei Ihnen traue ich mich mal, so was zu fragen. Also, es sagen schon manchmal auch Menschen am Lebensende: Sie müssen es doch wissen, Sie haben schon so viele begleitet. Darauf kann ich nur sagen: Ich weiß es trotzdem nicht."

Sterben und Tod bleiben auch für diejenigen geheimnisvoll, die täglich damit in Berührung kommen. Nicht nur in diesen Fragen arbeitet das evangelische Hospiz mit Seelsorgern zusammen. Das können Imame sein, und manchmal kommt auch ein buddhistischer Mönch für eine kleine Familienfeier ins Hospiz.

Meist ist aber der evangelische Pastor gefragt, der fest in dem Hospiz arbeitet. Thorsten Bothe ist außerdem Krankenhausseelsorger in zwei anderen Häusern. Auch er

begegnet oft Vorstellungen vom „guten Sterben“, wie diesen: „Ich möchte möglichst keine Schmerzen haben. Ich möchte Begleitung haben von den Menschen, die mir wichtig sind, die mir Halt gegeben haben im Leben.“

Und welche Bedeutung haben für Sterbende der Glaube und die Religion?

„Es hat sich sicherlich so verändert, dass der Glaube oder die Kirchlichkeit nicht mehr so die hervorgehobene Rolle spielt wie vielleicht noch vor 30 oder 40 Jahren. Da hat sich sicherlich einiges verändert. Das heißt aber nicht, dass die Fragen, die dahinterstehen, nicht mehr da wären.“

„Als Konkurrenz sehe ich das gar nicht“

„Selbst Menschen, die eigentlich sich selbst sonst nicht als gläubig bezeichnen würden, werden da in solchen Situationen trotzdem irgendwie spirituell. Also sie kommen dann auch ins Zweifeln. Und wollen auch zweifeln, dass der Tod dann nicht das Ende ist.“

Das beobachtet auch Jasmin Schreiber. Sie ist Anfang 30, lebt in Frankfurt am Main und engagiert sich als ehrenamtliche Sterbebegleiterin. Außerdem fotografiert sie ehrenamtlich Sternenkinder – also Kinder, die vor, während oder kurz nach der Geburt gestorben sind.

„Also, als Kind habe ich noch an Gott geglaubt. Und ich glaube, auch noch als Teenager. Aber das ist dann irgendwie unbewusst abhandengekommen. Finde ich tatsächlich schade. Und ich habe auch Freunde, die gläubig sind, und bin immer ein bisschen neidisch. Also dass ich gläubig wäre und denken könnte: Wenn ich sterbe, danach geht es irgendwie weiter. Daran glaube ich selbst aber nicht.“ Jasmin Schreiber versteht sich als Atheistin. Sie ist im Internet als Bloggerin bekannt geworden, ihre Seite hieß „Sterben üben“. Inzwischen ist sie Buchautorin. Ihr Debütroman „Marianengraben“ war ein Überraschungserfolg – und handelt ebenfalls vom Sterben.

Als Sterbebegleiterin spricht auch Jasmin Schreiber mit Sterbenden und Angehörigen. Macht sie als Atheistin so den religiösen Seelsorgern Konkurrenz?

„Nee, gar nicht. Wir entlasten die. Also in der Klinik, wenn ich beim Sternenkind-Einsatz bin, gibt es dort meistens ein oder zwei Krankenhaus-Seelsorger*innen. Und wenn gerade zwei schlimme Dinge passiert sind, dann können die nicht kommen. Das war mal bei einem Sternenkind-Fall so. Und dann war ich vier Stunden bei denen und habe Seelsorge gemacht, weil kein anderer da war. Also als Konkurrenz sehe ich das gar nicht.“

Auch Jasmin Schreiber ist immer wieder mit Vorstellungen vom „guten Sterben“ konfrontiert – und macht sich darüber auch selbst Gedanken: „Ich finde, es gibt eine Faustregel beim ‚guten Sterben‘, und zwar Kommunikation. Weil, wenn ich sagen kann und mich äußern kann, wie ich sterben

möchte – wenn ich offen darüber reden kann, dann sind schon mal die Weichen gestellt für ein ‚gutes Sterben'. Hingegen wenn ich nicht darüber rede und niemanden habe und niemand mir zuhört, dann kann es sein, dass es schon mal dann nicht so gut läuft. Also: Darüber sprechen, Wünsche akzeptieren einer sterbenden Person und dabei helfen, sie umzusetzen. So was halt. Empathie."

Mit Sterbenden übers Sterben sprechen – das ist für Jasmin Schreiber eine der wichtigsten Aufgaben von ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen: „Weil oft können die das mit ihren Angehörigen nicht. Manchmal haben sie nur das Gefühl, sie schützen zu müssen. Aber meistens ist es auch irgendwie so, dass die Angehörigen da nicht gut drüber reden können. Oder immer ablenken. Oder dann sagen: Nee, Quatsch, so schlimm ist es ja noch nicht. Oder so. Die wollen aber übers Sterben reden. Also wenn ich mir vorstelle, dass ich sterben muss, ich würde die ganze Zeit mit jemandem darüber reden wollen. Und dann niemanden zu haben, wäre schlimm."

Über das eigene Sterben sprechen – das wollen allerdings nicht alle. Diese Erfahrung haben viele gemacht, die Sterbende begleiten. Dennoch hat sich die Idealvorstellung vom „sprechenden Sterbenden" inzwischen fest etabliert. Darauf verweist ein Forscherteam der Ludwig-Maximilians-Universität München. Ihr Projekt heißt „Vom ‚guten Sterben'". Sie wollen herausfinden, welche Vorstellungen vom „guten Sterben" es gibt – und welche Konflikte daraus entstehen können. Etwa, wenn vom Sterbenden erwartet wird, dass er über sein Sterben spricht, er aber lieber schweigen möchte.

Und das ist nur einer von vielen möglichen Konflikten, erklärt Christof Breitsameter. Er ist Professor für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Uni – und einer der Leiter der Forschung zum „guten Sterben":

„Wenn sie erwarten, dass jemand ruhig diesen Sterbeprozess vollzieht, dann sind sie vielleicht versucht, auch sedierend einzugreifen. Und unter Umständen wünscht jemand nicht, schmerzstillende Medikamente verabreicht zu bekommen, weil dann das Bewusstsein des Patienten ja auch getrübt wird, und der Betreffende vielleicht gar nicht damit einverstanden ist. Und dann entstehen schon zwei Positionen: die vielleicht das Arztes oder des Pflegenden, der den Patienten eher ruhigstellen möchte, und die Position des Patienten selbst, der das nicht möchte." Und auch zwischen den Angehörigen und dem medizinischen Personal könnten Konflikte darüber entstehen, was „gut" ist für den Sterbenden: „Die Angehörigen, die in einer spezifischen Richtung Vorstellungen entwickeln. Vielleicht, dass der Patient essen und trinken sollte. Wo die Ärzte eher sagen: Das hat überhaupt keinen Sinn mehr. Wir geben jetzt nicht noch Flüssigkeit oder vielleicht auch künstliche Nahrungszufuhr. Sondern wir lassen den Patienten eben so sterben."

Ähnliche Konflikte beobachtet auch die ehrenamtliche Sterbebegleiterin Jasmin Schreiber:

„Denken wir zum Beispiel an die Menge an Magensonden, die in Deutschland verlegt werden bei Personen, die schon im Sterbeprozess sind. Wo die Verdauung eigentlich schon abgeschaltet hat. Weil die Angehörigen die Person anschauen und sagen: Oh Gott, sie ist so dünn und klapprig. Und dann das Pflegeheim zwingen, eine Magensonde zu legen. Und das sind natürlich Sachen, dass man – wenn man das Sterben einer Person nicht akzeptiert, und selbst, wenn die Person eigentlich damit auch abgeschlossen hat – sie noch zwingt, weiterzumachen und gegen den Körper arbeitet, der eigentlich ganz genau weiß, was er jetzt tun muss. Das kann ein Sterben auf jeden Fall verschlimmern." Und nicht nur von Angehörigen können medizinische Entscheidungen ausgehen, die schlecht seien für Sterbende, meint Jasmin Schreiber, sondern auch vom medizinischen Personal selbst:

„Vorher war Religion zuständig für Sterben und Tod. Das ist jetzt erst mal weg, und jetzt ist da so ein Vakuum. Und Medizin füllt es aus mit diesen ganzen – mit dieser Übermacht. Das ist ja schon fast Science-Fiction: Leute immer wieder zurückzuholen und so etwas. Meine Uroma ist mit 94 gestorben. So nach dem Motto: Oh, wir konnten sie leider nicht mehr retten. Die Frau hatte zum dritten Mal Brustkrebs, hatte einen Herzschrittmacher, war dement, wollte sterben. Ja so: Was ist denn das für eine Aussage, wir konnten leider nichts mehr tun? Ja, nicht leider. Gott sei Dank! Also irgendwann muss es auch mal vorbei sein."

Um diese möglichen Konflikte um das „gute Sterben" herauszufinden, hat das Forscherteam aus München Interviews geführt. 150 Interviews in Palliativeinrichtungen und Hospizen: mit medizinischem Personal, Pflegekräften, Angehörigen und Sterbenden. Und auch mit Seelsorgern. Diese haben im Sterbeprozess an Bedeutung verloren, beobachtet Christof Breitsameter:

„Der entscheidende Punkt ist der, dass die Rolle des Seelsorgers heute eingebettet ist in diese verschiedenen Rollen, die wichtig sind. Nämlich in die Rolle des Arztes, des Pflegenden, des Therapeuten, des Psychologen, des Sozialarbeiters und so weiter. Das heißt, der Seelsorger hat nicht mehr die zentrale und unbestrittene Rolle, sondern er hat eine Rolle unter vielen. Und das hat sich gewandelt."

Auch religiöse Rituale seien heute weniger gefragt als früher, so der katholische Theologe: „Die Seelsorger würden vermutlich sagen, dass diese klassischen Instrumente kaum noch nachgefragt werden. Das wäre also die Eucharistie oder das Abendmahl, die Beichte vielleicht oder ähnliche Rituale. Und an die Stelle dieser Rituale kommt eben das Sprechen."

Der evangelische Pastor Thorsten Bothe hat als Seelsorger allerdings auch schon oft Gegenteiliges erlebt: religiöse Rituale seien nach

wie vor gefragt. „Wir bringen eben auch Rituale mit, von denen wir die Erfahrung machen, dass das trägt. Ein Gebet oder ein Liedvers oder ein Segen. Die Worte, die wir haben, das sind ja geliehene Worte von Generationen vor uns, von unseren Müttern und Vätern. Da spüre ich das eben, welche Kraft die entfalten können."

Wie sieht es nun also aus, das „gute Sterben"? Mit Gebet und Beichte – oder doch lieber ohne? Übers Sterben sprechen oder doch lieber schweigen? Keine Schmerzen spüren – oder besser auf Medikamente verzichten, um bis zum Schluss bei Bewusstsein zu bleiben?

Diese und andere Vorstellungen vom „guten Sterben", sie lassen sich nicht in Einklang bringen, nicht zu einer Faustformel zusammenfassen, sagt Christof Breitsameter: „Also, es ist unauflösbar. Die Positionsdifferenzen sind eigentlich unauflösbar. Auch wenn wir gerne wünschen würden, dass wir diese Positionen auflösen und zu einer einheitlichen Semantik des Sterbens führen könnten."

Die Konsequenz des Theologen und seines Forscherteams: Man sollte besser aufhören, vom „guten Sterben" zu sprechen, als gäbe es dafür ein Patentrezept. Denn so ein Idealbild erzeugt Erwartungen und kann Druck aufbauen. Und wenn Sterbende oder Angehörige das Gefühl haben, sie müssten sich auf eine bestimmte Weise verhalten – dann klappt es erst recht nicht mit dem „guten Sterben".

„Unsere Hoffnung wäre dann, dass diese Ergebnisse zurück auf die Praxis wirken und vor allem in der Hinsicht, dass die Vorstellung einer einheitlichen Vorstellung vom ‚guten Sterben' aufgegeben wird, und dass diese Positionsdifferenzen eben Beachtung finden."

Das Idealbild des „guten Sterbens" berge auch noch eine andere Gefahr, meint der evangelische Pastor Thorsten Bothe: „Ich denke dabei an so eine Tendenz, die es gibt, der Selbstoptimierung. Also: erfolgreich in der Schule zu sein, erfolgreich im Beruf zu sein, fit bis ins hohe Alter zu sein. Und das ist ein bisschen meine Befürchtung, dass das auch dahinterstehen könnte, jetzt auch noch das ‚gute Sterben' zu schaffen."

Die fortschreitende Optimierung des menschlichen Lebens macht auch vor dem Sterbebett nicht Halt – und endet erst am Sarg. Eine Tendenz, vor der auch die Autorin und Sterbebegleiterin Jasmin Schreiber warnt: „Durch die medizinischen Möglichkeiten – die ja toll sind – aber trotzdem ist es oft so, dass Sterben dann fast schon wie ein Fehler wirkt."

Thorsten Bothe sagt: „Ich denke, wir sind nicht Herren über Leben und Tod, und müssen auch nicht die Macher eines guten Todes sein. Das steht in anderer Hand."

1. Zum Forschungsprojekt von Irmhild Saake in München: Forschungsprojekt - Ideal und Wirklichkeit des Lebensendes (Archiv) (deutschlandfunk.de) (abgerufen

22.8.2021)
2. Sterbehilfe: Warum wollen die Menschen sterben? | ZEIT ONLINE (abgerufen am 22.8.2021)

Hinweise für die Gemeindearbeit

Impuls zum Einstieg

Mit 14 oder 15 habe ich angefangen, über das Sterben nachzudenken. Jedenfalls erinnere ich das da zum ersten Mal. In mir gab es ein großes jugendliches Unverständnis, dass die Welt weiter existieren könnte, wenn ich nicht mehr da bin. Deshalb sollte es schnell gehen. Am besten einschlafen und nicht mehr aufwachen, ohne dass ich davon was mitbekomme. Später hörte ich diesen Wunsch auch von vielen Älteren. Hauptsache, es geht schnell.

Im Laufe der Jahre veränderte sich dieser Wunsch bei mir. Es sollte nicht einfach so ganz schnell gehen. Ich wollte das auch mitgestalten, Abschied nehmen. Letzte Worte sagen, die ich auszusprechen mir im Alltag nicht getraut hatte, die dann aber doch noch gesagt werden mussten. Vielleicht noch letzte Dinge regeln.

Und während ich das dachte, kam ich mir erwachsen vor, verantwortungsvoll und irgendwie klug.

Nach einiger Zeit kam ich wieder ins Grübeln. War mein Wunsch nicht wieder Ausdruck davon, alles im Griff behalten zu wollen? Ging es nicht auch um loslassen und darauf vertrauen, dass ich schon gehalten werde?

Und dann traf mich ein altbekannter Bibelvers. Mit Bibelversen ist es manchmal so wie mit der Liebe in diesem alten Lied von Klaus Lage: Tausendmal berührt, tausendmal ist nichts passiert – und dann hat es Zoom gemacht. Tausendmal gelesen und nichts passiert und dann ist da dieser Moment, wo es „Zoom!“ macht: „Gott, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“

Klug werde ich **im Leben,** wenn ich bedenke, dass ich sterben werde. Diese Klugheit hat nichts mit dem Intelligenzquotienten zu tun (zu hoch ist der manchmal sogar hinderlich). Sie hilft auch nicht bei Mathe oder Physik. Sie hat mit dem Blick auf das Leben zu tun. Sie ist keine, die auf immer und ewig festgeschrieben ist, sie wächst: mit meinen Erfahrungen, mit meinen Fragen, mit den Antworten, die ich oft nur auf Zeit finde, in Gesprächen mit anderen. Und sie wächst auch, wenn ich unruhig bin oder traurig, ohnmächtig oder wütend, wenn ich bedenke, dass ich sterben werde.

Sie wächst: die Klugheit im Leben, die Lebensklugheit, wächst mit dem Blick auf ein Leben, das einen Anfang und ein Ende hat und sich trotzdem aufgehoben weiß in der Kraft des Lebens, die bei uns Christinnen und Christen Gott heißt.

Ich werde sicherlich noch häufiger über das Sterben nachdenken wie mit 15 oder mit 32, alleine oder mit anderen wie heute Abend. Und ich bin sehr gespannt, welche Lebensklugheiten uns heute beim Nachdenken über das gute Sterben erwarten. (Susanne Paul)

Impulsfragen für ein Gruppengespräch:

- Lesen Sie gemeinsam die Aufzählung der Elemente eines guten Sterbens von Stefan Heuser.
  „Die Logik der Sterbehilfe ist, den Sterbenden das Hoffen zu erleichtern, die Gründe der eigenen Hoffnung zu bezeugen." Tauschen Sie sich über Ihre Gründe der eigenen Hoffnung aus. Welche Hoffnung würden Sie bezeugen?
- Die Leitfragen zur indikationsorientierten Sterbebegleitung laden ein, darüber auch mitten im Leben nachzudenken. Möglich wäre das zum Beispiel in einer Gruppe, in der nach einer Einstimmung Zeit zur Eigenarbeit an diesen Fragen ist. Danach kann ein Austausch darüber folgen, wie es den Teilnehmenden mit diesen Fragen ging. Am Ende kann ein geistlicher Impuls stehen, ein gemeinsamer Gang in die Kirche oder Kapelle, in der Zeit ist, Stärkung und Segen für das Bedachte zu bekommen.
- Zum Thema „Gutes Sterben": Nach einem Eingangsimpuls lesen die Teilnehmenden den Auszug von Reimer Gronemeyer aus dem Vortrag von Stefan Heuser: „Reimer Gronemeyer konstatiert, dass Sterben und Tod für uns moderne Menschen zum Problem geworden sind. Der Tod kommt nicht mehr, er wird zur letzte Gestaltungsaufgabe der Menschen. Zugleich wird der letzte Lebensabschnitt zum Aufgabenfeld neuer Berufsbilder, die von der „Problematisierung" des Sterbens Zeugnis ablegen: Palliativmediziner*innen, in der Sterbebegleitung ausgebildete Ehrenamtliche und Pflegende, Trauerbegleiter*innen für die Angehörigen. So entsteht eine lange Liste der Spezialisierungen im Bereich „Sterben und Tod".
  So droht das Sterben zur letzten Lebensanstrengung zu werden. Die Suche nach dem Tod ist die Suche nach den besten Palliativangeboten. ‚Haben wir im Leben erst eine gute Bildung hingekriegt, dann eine ordentliche Karriere gemacht und schließlich sogar befriedigende Beziehungen aufgebaut, dann sollen wir schließlich auch noch „gut" sterben.'

  Gut sterben als letzte Lebensanstrengung – was denken die Teilnehmenden darüber? Möglicherweise ist zunächst eine Zeit der Einzelarbeit vor dem gemeinsamen Austausch sinnvoll.

  In einem zweiten Schritt kann miteinander überlegt werden, wie die Diskussion um das gute Sterben die Diskussion um den assistierten Suizid mitbeeinflusst.

Gefördert von:

Hanns-Lilje-Stiftung