

## **Welche Hilfe beim Sterben wollen wir? Eine Einführung in den Stand der Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung**

### **Einführung**

Nur die wenigsten Menschen sterben so wie kurz vor Weihnachten Udo Jürgens, indem sie plötzlich, unerwartet, vom Tod überrascht, von der Lebensbühne abtreten. Viele wünschen sich einen solchen Tod. Er ist jedoch die Ausnahme.

Der bei uns häufigste Sterbeweg führt ins Krankenhaus. Meine Schwiegermutter Gertrud, 83 Jahre, kam mit akutem Magendurchbruch auf die Intensivstation. Eine OP war in ihrem äußerst labilen körperlichen Zustand zu riskant. Sie wurde mehrere Tage lang künstlich beatmet – und war den Umständen entsprechend stabil. Die Ärzte bereiteten meinen Mann und mich darauf vor, dass sie vermutlich sterben würde. Zwei Tage später kam es zum Herzstillstand, auf Reanimation wurde nach Rücksprache mit uns verzichtet. Ihre Patientenverfügung war eine wichtige Grundlage bei der Entscheidung, nicht in den Sterbeprozess einzugreifen und auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten.

Ein zweiter Weg führt in die Hospiz- und Palliativarbeit. Eine Pastorin, die gleichzeitig Leiterin ambulanter Hospizarbeit ist, begleitete mit ihrem Team eine ältere bettlägerige Dame. Diese rief eines Tages die gesamte Familie zu einem feierlichen Abendmahl zusammen, nachdem sie der Pastorin vorher ausdrücklich nahe gelegt hatte, sie solle ja ihren Talar nicht vergessen. Die Pastorin erinnerte sich: „Schon bei den Eingangsworten lehnte sich die Frau an ihre Tochter an, bei den Worten über Brot und Wein schloss sie die Augen und bevor das ‚Vater unser‘ zu Ende gesprochen war, starb sie ganz leise. Nach dem ersten Schreck haben wir die Verstorbene gut gebettet und dann rund um sie herumstehend unser Abendmahl zu Ende geführt. Das war für alle ein bewegendes Erlebnis“.

Ein dritter Weg: Der 19jährige Tim befindet sich in der finalen Phase einer lebensverkürzenden Erkrankung. Zweimal wäre er fast gestorben. Er hat nur aufgrund intensiver medizinischer Intervention überlebt. Tims Lungenfunktion ist extrem eingeschränkt und das Absaugen mit dem so genannten Hustenassistent erlebt er als qualvoll. Die Mutter schilderte mir im Gespräch: „Im Zusammenspiel zwischen Kinderpalliativärztin, Pulmologen, Pflegedienstleitung und uns Eltern wurden die Therapieziele geklärt mit dem Focus, bei der nächsten lebensbedrohlichen Krise nur noch das zu machen, was zu Tim passt: Rücknahme invasiver Maßnahmen, Therapieverzicht, keine Reanimation und die Zusage: du wirst nicht ersticken. Dies alles habe ich mit meinem Sohn abgesprochen, der den ausdrücklichen Wunsch äußerte: Die Medikamente können sehr stark sein, auch wenn ich dann früher sterbe. Hauptsache ich spüre nichts“. Seitdem steht Zuhause für den Notfall Morphin bereit.

Ein vierter Weg: Im YouTube - Film: „Mein Tod gehört mir“ wendet sich ein an ALS erkrankter 45jähriger Pfälzer an die in der Schweiz ansässige Sterbehilfeorganisation Exit International, um mit deren Hilfe seinem Leben ein Ende zu setzen. Seine Familie begleitet ihn in die Schweiz und beim Sterben. Vor seinem Tod führte er aus: „Damit umgehe ich die deutsche Rechtslage, nach der Ärzte mir keine Medikamente verschreiben dürfen“.

Ein fünfter Weg führt in den US-Bundesstaat Oregon: Die 29jährige Amerikanerin Brittany Maynard litt an einem aggressiven Hirntumor und hatte noch eine prognostizierte Lebenserwartung von einem halben Jahr. Sie legte ihren Todestag für den 1. November 2014 als das Datum fest, an dem sie mit ärztlicher Beihilfe die Selbsttötung vollzog. Auf ihrem YouTube Video führte sie aus: „Ich kann die Erleichterung gar nicht beschreiben, dass ich nicht den Tod erleiden muss, den der Tumor mir bereiten würde“.

In all diesen Beispielen spiegelt sich der Wunsch, der unser aller ureigener ist: der eines guten und würdevollen Sterbens, das zu unserem Lebensentwurf und unseren Werten passt.

Die ersten 4 Beispiele umreißen – im Sinne einer groben Systematisierung - das Spektrum des in Deutschland Erlaubten und Möglichen:

- Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Maßnahmen künstlich in die Länge gezogen werden, so wie im Beispiel meiner Schwiegermutter. Das Sterben darf durch Unterlassen, Begrenzen, Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht – so die Bundesärztekammer im Jahr 2011. Hierfür bürgert sich zunehmend der Begriff „**Sterben lassen**“ ein, der für geeigneter als die Bezeichnung „**passiven Sterbehilfe**“ gehalten wird, weil er auch das aktive Tun, wie zum Beispiel das Abschalten des Beatmungsgerätes, in ethischer und rechtlicher Hinsicht beinhaltet.
- Wenn der Arzt bei der Behandlung am Lebensende schmerstillende Mittel (meist Morphin) in so hoher Dosis einsetzt, dass der Sterbende schmerzfrei ist, möglicherweise jedoch an den Folgen der Hochdosierung früher stirbt, so wie im Fall von Tim verfügt, ist dies (laut Bundesärztekammer 2011) berufsrechtlich zulässig, wenn es dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Wir reden hier über „**Therapie am Lebensende**“, oft noch als „**indirekte Sterbehilfe**“ bezeichnet.
- „**Beihilfe zum Suizid**“ leistet, wer einem Menschen der sich selbst töten will, dabei Hilfe gibt, ihn wie im Beispiel des ALS – Erkrankten ins Ausland begleitet, ihm Medikamente besorgt, im den Becher mit tödlichen Substanzen zubereitet und hinstellt. Da die Haupthandlung, die vorsätzliche Selbsttötung, nicht strafbar ist, ist auch die die Beihilfe dazu ist nicht strafbar, sofern der letzte Schritt von den Betroffenen selbst durchgeführt wird, also die Tatherrschaft beim Sterbewilligen liegt. Der Suizident muss das tödliche Medikament selbst nehmen. Würde es ihm im Form einer aktiven Handlung, zum Beispiel per Spritze oder Sonde verabreicht, wäre

dies **Tötung auf Verlangen** bzw. „**Aktive Sterbehilfe**“ . Als Fremdtötung ist sie in Deutschland ohne Wenn und Aber verboten.

### Worüber reden wir bei uns aktuell?

#### **Erstens: Der politische Diskurs**

Das zuletzt genannte Beispiel aus Oregon wird im Kontext unserer aktuellen bundesrepublikanischen Diskussion immer wieder herangezogen. Deshalb zunächst einige Bemerkungen zu der hier zugrunde liegenden, in den USA inzwischen in 4 Bundesstaaten praktizierten, Form des so genannten ärztlich assistierten Suizids.

In Oregon, einem liberalen, eher mäßig religiösen US-Staat, in dem die Palliativmedizin schon jahrzehntelang als gut ausgebaut gilt, ist seit 1997 ein Gesetz in Kraft, das per Referendum von den Bürgern beschlossen wurde - der so genannte Death with Dignity Act. Erstmals weltweit erlaubte Oregon Ärzten seitdem die Beihilfe zur Selbsttötung – unter den folgenden Bedingungen:

- eine unheilbare, lebensbegrenzende Erkrankung und ein anhaltendes, nicht zu linderndes Leiden müssen vorliegen
- 2 Ärzte bescheinigen das finale Krankheitsstadium, dass in maximal einem halben Jahr zum Tod führen wird und klären über Alternativen auf (schmerzlindernde Mittel, Hospiz, natürlicher Tod)
- Der Wunsch nach anhaltender Suizidbeihilfe muss zweimal im Abstand von 14 Tagen schriftlich und mündlich geäußert und dokumentiert werden
- Nach zwei Wochen Bedenkzeit bekommt der Sterbewillige vom Arzt das Rezept für ein todbringendes Medikament ausgestellt, das er dort abholt.
- Er selbst nimmt das Medikament, in eigener Tatherrschaft – meist im Beisein seiner Angehörigen.

Befürworter einer vergleichbaren Regelung für Deutschland führen an: Die Erfahrungen in Oregon zeigen, dass es offenbar für Menschen sehr beruhigend sein kann, eine Art Sterbeversicherung im Nachttisch zu haben. Schließlich nehmen ein Drittel Medikament gar nicht ein...vielleicht auch deshalb nicht, weil sie offen mit dem Arzt über das Tabuthema Suizid reden konnten und aufgrund dessen von ihrem Wunsch Abstand genommen, sich wieder dem Leben zugewandt haben?

Könnte, sollte das dortige, verglichen mit der Schweizer Praxis sehr strenge Gesetz, zum Modell auch für uns werden? Die Protagonisten des ärztlich assistierten Suizids bejahen dies.

Damit sind wir bei der aktuellen Debatte im Deutschen BT angekommen. Die Ausgangslage ist folgende:

Bei der gegenwärtigen Gesetzgebungsdiskussion geht es nicht darum, die Tötung auf Verlangen, die sogenannte aktive Sterbehilfe zu legalisieren. Sie wird nach jetziger Diskussionslage in Deutschland bis auf weiteres verboten bleiben.

Es geht konkret um 2 Entscheidungen:

1. Soll der ärztlich assistierte Suizid - so wie in Orgeon - unter bestimmten Bedingungen als ein mögliches Angebot etabliert, die Tür zum Suizid durch Ärzte geöffnet werden?
2. Soll die private – also die organisierte/ geschäftsmäßige/ gewerbliche - Hilfe zum Suizid, wie sie in Deutschland von insgesamt 15 Organisationen/ Vereinen angeboten wird – die bekanntesten sind Sterbehilfe Deutschland und Dignitate - verboten werden?

Der Deutsche Bundestag befindet sich gegenwärtig hierzu im Gesetzgebungsverfahren, das mit einer so genannten Orientierungsdebatte im Herbst 2014 begonnen hat. Der Fraktionszwang ist aufgehoben. Fünf Gruppen von Abgeordneten warben im November mit mehr oder weniger ausgefeilten Positionspapieren um Unterstützung.

Sie reichen

- von der klaren Position, die Gesetzeslage - und damit die geltenden Regelungen zur Strafflosigkeit von Suizid und Beihilfe Suizid - grundsätzlich unberührt zu lassen und lediglich die gewerbsmäßige Sterbehilfevereine und andere organisierte Formen der Beihilfe zum Suizid zu verbieten

- über die Verankerung des (ärztlich) assistierten Suizids unter bestimmten Bedingungen (Oregonlösung) von Hinze

-bis zur Erlaubnis des assistierten Suizides auch durch gemeinnützig agierende Sterbehilfevereine.

Über die Vorschläge und Diskussionen im Detail wird Herr Dr. Niggemeier vom Bundesministerium s

### **Zweitens: Der berufsärztliche Diskurs**

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem berufsärztlichen Diskurs zu.

Was das Strafgesetzbuch auch Ärzten nicht verbietet, nämlich die Beihilfe zum Suizid, ist ihnen nach dem Berufsrecht in den meisten Landesärztekammern verboten. In der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer von 2011, die eine orientierende Funktion hat, heißt es, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Da laut Grundgesetz jedoch die Länder für Medizinrecht zuständig sind, erfolgte die Umsetzung der Regelung durch die Landesärztekammern unterschiedlich, so dass in unserer föderalen Republik mit insgesamt 17 Landesärztekammern die Regelungen einem Flickenteppich gleichen: Ein Arzt

in München darf Hilfe zur Selbsttötung leisten, ein Kölner Kollege darf es nicht und ein Villigster Arzt soll es nicht.

Mit Bezug auf das ärztliche Selbstverständnis tauchen Fragen auf:

1. Ist der ärztlich assistierte Suizid genuin unärztlich, weil er der hippokratischen Tradition widerspricht, die sich am Leben orientiert?
2. Würde das Vertrauen des Patienten Schaden nehmen, wenn dieser sich nicht mehr bedingungslos darauf verlassen könnte, das zu jedem Zeitpunkt um sein Wohlergehen gerungen wird, nach dem Motto: „Mal heilen, mal töten, je nachdem wie Lebensqualität im Einzelfall bemessen wird“.
3. Würde eine Lockerung des Tötungstabus dem schleichenden Missbrauch Tür und Tor öffnen? Kämen wir auf eine schiefe Ebene, weil die Prinzipien der Zuwendung und des Nichtschadens anders interpretiert werden könnten und es heißen würde: Warum quälst du dich so? Das können wir nicht mit ansehen. Das ist doch kein Leben mehr. Oder wäre
4. eine Liberalisierung ein Beitrag zum menschenwürdigen Sterben? Brauchen wir größere Handlungsspielräume für Ärzte?

Der Deutsche Ethikrat erarbeitet Stellungnahmen für politisches und gesetzgeberisches Handeln und ist auch mit der Sterbehilfethematik befasst. Er unterstützt die Auffassung der Bundesärztekammer, wonach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist und sich also keine neuen beruflichen Verantwortungen ergeben. Umso wichtiger ist aus seiner Sicht, schwer kranken Patienten einen geschützten Raum zu bieten, in dem sie über ihre Verzweiflung und Suizidwünsche reden können. Sie sollen eine lebensorientierte Beratung erhalten, um so das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit Beistand und Zuwendung – also beide Teile der hippokratischen Tradition – zu stärken. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates empfiehlt in ihrer Ad-hoc-Entscheidung vom November 2014 zur Regelung der Suizidbeihilfe auch: Die Landesärztekammern müssen sich einigen und sie sollen zum Ausdruck bringen, dass Gewissensentscheidungen im Einzelfall, die im Widerspruch zu Grundsatz ‚Keine Hilfe zur Selbsttötung‘ stehen, respektiert werden.

Ob, inwiefern und in welcher Form berufsrechtliche Klärungen notwendig sind, Landesrecht nachgebessert werden muss oder nicht, dazu morgen mehr von dem Arzt und Medizinethiker Dr. Jan Schildmann und dem Vorsitzenden der Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. Theodor Windhorst.

### **Drittens: Der gesellschaftliche Diskurs**

Die gesellschaftliche Diskussion ist umfassender und weitergehend als die parlamentarische. Man befürchtet ein Zuviel an Hightechmedizin und Therapie am Lebensende und ein zu wenig an natürlichem Sterben angesichts einer insgesamt als

segensreich wahrgenommenen Medizin. Der demografische Wandel wird als beängstigend erlebt und viele sorgen sich, in Pflegeheimen nicht die notwendige Pflege und menschliche Zuwendung zu erhalten.

In unterschiedlichen Umfragen des letzten Jahres sprachen sich bis zu 70% der Befragten für die Erlaubnis der Beihilfe zur Selbsttötung aus. Jeweils mehr als ein Drittel (bis hin zu 67 % bei einer Allensbachumfrage) plädierte auch für die Tötung auf Verlangen.

Wie soll man solche Umfragen lesen und wie zuverlässig sind sie vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass Todeswünsche sich relativieren, das Leben auch unter erschwerten Bedingungen in Todesnähe lebenswert, die verkürzte Lebenszeit eine besonders kostbare Zeit wird.

Der Blick geht hier in diesem Zusammenhang immer wieder in die Niederlande, wo - zusammen mit Belgien und Luxemburg als einzigen Ländern weltweit - die Tötung auf Verlangen erlaubt ist. Ein Arzt darf einem schwer leidenden Patienten, sofern dieser ausdrücklich darum bittet, Medikamente in tödlicher Dosis verabreichen.

- Lässt sich die Tötung auf Verlangen im Rahmen des gesetzlich definierten eingrenzen und kontrollieren?
- Oder gibt es Missbrauchstendenzen hin zu einer Praxis des ethisch nicht gewollten Umgangs mit Krankheit, Leid und Behinderung – hin auf eine slippery slope oder gar hin zu einem Dambruch?

Über die Entwicklung und die Erfahrungen in den Niederlanden wird Herr van Loenen morgen ausführlich berichten.

Mit ihrem Beitrag zum Thema: „Sterben, Sterbewunsch und Sterbehilfe im Spielfilm? Schafft das Abbild Wirklichkeit?“ wird Frau Hörschelmann morgen auf eine andere spannende gesellschaftliche Ebene schauen. Anhand von Spielfilmen zum Thema wird sie der Frage nachgehen, ob das Abbild Wirklichkeit schafft, wie sich also gesellschaftliche Vorstellungen und Fiktion gegenseitig beeinflussen.

#### **Viertens: Der Hospiz- und Palliativdiskurs**

Ein weiterer Diskurs ist der über Hospiz- und Palliativversorgung. Welche Wege Menschen am Ende ihres Lebens gehen und welche Angebote sie für ein Sterben in Würde benötigen, darüber verfügt die Hospizbewegung als Bürgerbewegung mit einer inzwischen etablierten Hospiz- und Palliativpraxis ambulant und stationär über eine 30jährige Erfahrung.

Wie die Verwirklichung eines ‚guten‘, weil würdevollen Umgangs mit dem Wunsch zu sterben, aussehen kann, dazu ein Beispiel aus der Kinderhospizarbeit.

Die Mutter der an einem seltenen Immundefekt von Geburt an erkrankten Jule führte kürzlich in einem HR - Interview zum Thema „Aktive Sterbehilfe für Kinder?“ aus, wie ihre

Tochter kurz vor dem eigenen Tod – sie war inzwischen auf den Rollstuhl angewiesen, litt unter ihren Hautgeschwüren und Schmerzen – wie also Jule sagte: „So will ich das nicht mehr. So will ich nicht mehr leben.“ Die Mutter betonte, wie wichtig es war, offen mit der 10jährigen zu reden, ihr gut zuzuhören und ihr zu erlauben, diese Gedanken zu äußern. Einen Tag vor ihrem Tod bekam Jule heftigste Schmerzen und flehte: „Mama, es gibt so viele Medikamente für allen Mist, es muss doch etwas geben, dass mir hilft zu sterben. Gib mir was, damit es schneller geht“. Die Mutter versprach der Tochter daraufhin, dass alles getan würde, damit sie keine Schmerzen bekäme. Jule erhielt von den Kinderärzten, die sie schon lange kannten, Morphin, so dass ihr die Schmerzen genommen wurden. Gleichzeitig war sie noch so wach, dass sie von der Mutter und ihrer Freundin Abschied nehmen konnte. Jule starb nach einem Leben voller Leid und Schmerz, voller Liebe und Geborgenheit.

In einem langen Prozess der vorauseilenden Trauer und des Abschied Nehmens, dem Erleben von Lebensfülle und Lebenslust bewegen sich junge Menschen, die mir in meiner Arbeit begegnen, auf den eigenen Tod hin – mit den dazu gehörigen Gefühlen und Phasen. Jules Mutter war es ein Anliegen, im Rückblick zu betonen: „Jede Phase war ganz wichtig und allen – auch meiner Tochter – hätte dieser Prozess gefehlt“. In Klammern: wenn er durch einen herbeigeführten Tod abgekürzt, uns vorenthalten worden wäre und uns auf eine ganz andere Weise belastet hätte.

In diesem Beispiel, das hier aus Zeitgründen nicht weiter aufgefächert werden kann, findet sich viel von dem, was Hospiz- und Palliativarbeit im Zusammenhang unserer Fragestellung in den Focus nimmt:

- ein mehr an Lebensqualität und Lebensdichte, getreu dem Motto: Den Jahren mehr Leben hinzufügen statt dem Leben mehr Jahre – gerade auch im bewussten Abschied nehmen;
- das umsorgende Tun ebenso wie manchmal auch das liebevolle Unterlassen
- bestmögliche menschlich-palliative und pflegerische Unterstützung mit dem Ziel, Hilfe beim Sterben, nicht zum Sterben zu leisten;
- Offenheit, über Todeswünsche zu sprechen. Die Äußerung des Sterbewunsches als ein Zeichen von Vertrauen zu lesen, als vorsichtig tastendes Ausloten, ob sich das Gegenüber auf eine solche existenzielle Frage einlässt, kann eine große Entlastung für den Betroffenen und eine Bereicherung der Beziehung bedeuten;
- den Todeswunsch nicht wortwörtlich zu nehmen, sondern als Ausdruck von Ambivalenz, Not und Schmerz, die es zu lindern gilt.

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband sieht in den Angeboten der Hospiz- und Palliativarbeit selbst die Antwort auf die aktuelle Sterbehilfediskussion: gefordert wird ein Verbot aller Formen der gewerblichen und organisierten Beihilfe zum Suizid sowie die Werbung dafür.

Wenn der Wunsch „Spritz mich tot“ oder „Fahr mit mir in die Schweiz“ die Erwachsenen hospizarbeit erreicht oder wenn Leid und Schmerz über die Grenze des

Erträglichen gehen – dann ist auch Hospiz- und Palliativarbeit neu herausgefordert, im Bündnis mit den Betroffenen alle Ressourcen zu mobilisieren –im Zusammenklang mit Pflege und Suizidprävention. Dazu morgen in den AGs und am Sonntagmorgen mehr aus der Sicht von Hospiz-und Palliativmedizin, eines Medizinethikers und des Präsidenten von Diakonie Deutschland, Herrn Lilie.

### **Zusammenfassung und gesellschaftlich-ethisch-religiöse Implikationen**

Wenn man die verschiedenen Diskussionsstränge zusammen nimmt, wird deutlich, dass die Fragen um Sterbehilfe und Sterbebegleitung eine grundlegende Herausforderung an Menschenbild und Gesellschaft darstellen. Oder, wie Jürgen Wiebicke, der morgen Abend hier sein wird, es formuliert: „Es scheint, also ob die Sterbehilfe ein Feld ist, auf dem sich entscheidet, welches Bild eine Gesellschaft von sich selbst haben will“.

Dabei stehen nicht nur unterschiedliche Gesetzesvorschläge zur Diskussion, sondern auch grundsätzliche soziale und ethische Weichenstellungen – angesiedelt im Spannungsfeld von Religion und säkularer Gesellschaft.

Herr Lob-Hüdepohl, in unserem Vorgespräch haben sie hierzu die folgenden Fragen aufgeworfen, auf die Sie gleich näher eingehen werden.

1. Welchen Stellenwert können religiöse und quasireligiöse Argumente im Kontext eines säkularen Raumes beanspruchen und welche Gestaltungsansprüche können sie nicht beanspruchen?
2. In welchem Verhältnis stehen Autonomie und Selbstbestimmung und christliches Menschenbild?
3. Und endet die „gottgewollte Autonomie“, also der Auftrag an uns Menschen, unser Leben verantwortlich zu gestalten – bei der Lebensbeendigung durch Menschenhand?

Franz Müntefering hat die politische Grundsatzfrage gestellt: „Kann man dem Gesetzgeber abverlangen ein Gesetz zu machen, in dem die Selbsttötung die gleiche Qualität bekommt wie der normale Tod? Dass er sagt: Wer aussteigen will aus der Versammlung, kann das machen, und da helfen wir. Oder muss er nicht das Leben und die Solidarität in der Gesellschaft stärken?“

Aus seiner Sicht ist hier der Kern der Demokratie berührt: „Eine Gesellschaft, die am Ende Häuser bauen würde, in denen man den Menschen nicht beim Sterben hilft, sondern sie tötet, wäre eine andere Gesellschaft als die, in der wir heute leben.“(Müntefering in Die Zeit 55, 2014, S. 9)

Für die erfahrungsgemäß wenigen Menschen, deren Todesbegehren beständig bleibt, bei denen sich Not, Leid und der Wunsch zu sterben ins Übermaß steigern und für die Selbsttötung - und sei es nur das Wissen um die Möglichkeit - zum letzten Notausgang wird, von der Lebensbühne abzutreten, wird zu fragen bleiben:



Wie kann eine evangelische Haltung aussehen, angesiedelt im Spannungsfeld von Liebe und Prinzipientreue?

„Es muss weiterhin Freiräume geben“, betont Ulrich Lilie. Ärzte, Pflegende und Angehörige müssen ihre persönliche Verantwortung für sich, vor den anderen und vor Gott wahrnehmen, denn dies sei gutes protestantisches Prinzip. Die aktuell bestehende rechtliche Grauzone müsse bestehen bleiben, der Raum für Gewissensentscheidungen offen gehalten werden.

Einen letzten Aspekt in dieser Debatte gibt der Ratsvorsitzende der EKD, Heinrich Bedford Strohm zu bedenken „Wenn der Opa Hilfe zur Selbsttötung bekommen hat und die Tante das auch so gemacht hat, warum soll ausgerechnet ich meinen Lieben zur Last fallen?“. Damit weist er auf die Gefahr hin, dass schwer Kranke oder Menschen mit Behinderung in einen Rechtfertigungsdruck geraten könnten, dass sie noch leben, weil sie in einer ökonomisch überforderten Gesellschaft hohe Kosten verursachen.

Eine solche Entwicklung widerspräche der theologischen Grundhaltung, dass die Würde des Menschen auch darin besteht, dass Gott in den Schwachen mächtig ist und die Leidenschaft ebenso wie die Liebesfähigkeit den Menschen ausmacht. Wir hätten dann – und da ist Müntefering zuzustimmen – eine andere Gesellschaft.

Wie wollen wir sterben - Wie wollen wir leben?

Unsere Gesellschaft ist herausgefordert, angesichts ganz unterschiedlicher Lebensentwürfe und Moralvorstellungen um Leitplanken des Denkens und Handelns zu ringen. Das ist ausgesprochen schwierig.

Wir alle stehen dabei vor oder mitten in existenziellen Fragen und Erfahrungen.

1. Wie können wir in unserem Alltag mit dem Wissen umgehen, dass die Deutung von Sterbewünschen sehr heikel ist? Dass nicht mehr leiden wollen nicht vorschnell mit Sterben wollen gleichgesetzt werden darf?
1. Was bedeutet es für Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen, für Verwandte und Freunde persönlich, wenn ein schwerstkranker Mensch Hilfe bei der Selbsttötung verlangt? Wo bin ich mit meinen Normen und Werten tangiert: wo darf Begleitung auch ein Nein beinhalten, ohne zwangsläufig in den Abbruch der Beziehung zu münden? Und: was brauchen Begleiter, die in den Tod begleiten?
2. Wie können wir an der Grenze des Lebens eine Kultur der Sorge, des Hinhörens, Hinschauens, Hinspürens schaffen, die auf Augenhöhe angesiedelt ist?

Was bleibt ist die persönliche Herausforderung: Das Sterben als Teil der eigenen Biografie anzunehmen. Warum, so wird Herr Roser am Sonntagmorgen fragen, sollte man nicht Freundschaft schließen mit dem Tod? Weil, so wird er ausführen, es sinnstiftend ist und sich eine heilsame Kraft entfalten kann. Auch in der Begegnung mit den uns anvertrauten Menschen!

Wir werden die hier angerissenen Fragen, Themen und Positionen bis Sonntagnachmittag diskutieren, aber ganz sicher nicht beantworten. Wenn es gelingt, dass Sie auf dieser Tagung das eine oder andere Gelände für ihre eigene Orientierung finden, würde es mich, würde es uns freuen.

Abschließend ist Fulbert Steffensky zuzustimmen, wenn er fordert, Mut zu fragmentarischem Handeln zu finden, nicht unter beruflichen Siegeszwängen zu stehen. Mit seinem Plädoyer für das Zerbrochene, Zersplitterte, das halb gelingende in unserem Leben komme ich zum Ende.

„Gegen den Totalitätsterror“ so Steffensky „möchte ich die gelungene Halbheit loben. Die Süße und Schönheit des Lebens liegt nicht (...) im vollkommenen Gelingen und in der Ganzheit...Die Endlichkeit liegt im Leben selber, im begrenzten Gelingen, in der begrenzten Ausgefülltheit“. ( F. Steffensky, Mut zur Endlichkeit, S. 19ff).

Edith Droste,  
Nebenamtliche Studienleiterin der Evangelischen Akademie Villigst

Januar 2015