

ÄRZTETAG 2019



**„Ich kann
nicht mehr“**

Der Sterbewunsch
im Alter und bei Krankheit
als medizinethische
Herausforderung

Dokumentation



ERZBISTUM
PADERBORN

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

„Ich kann nicht mehr“ – Der Sterbewunsch im Alter und bei
Krankheit als medizinethische Herausforderung
Eröffnungsworte 4

Dr. theol. Stefan Ohnesorge

"Wo ist denn hier das Zimmer für die Spritze?" – Erfahrungen
eines Klinikseelsorgers mit dem Sterbewunsch von kranken
Menschen 8

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas S. Lübbe

Palliativmedizin als Alternative
zur sogenannten Sterbehilfe 18

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert

Assistierter Suizid als Hilfe? Zur Verantwortung der
Helfenden 24

Biographische Hinweise zu den Referenten 42

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

„Ich kann nicht mehr“ – Der Sterbewunsch im Alter und bei Krankheit als medizinethische Herausforderung

Eröffnungsworte

Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag, den wir erneut hier im Heinz Nixdorf MuseumsForum durchführen können. Ich freue mich sehr, dass Sie meine Einladung zu dieser Tagung angenommen haben. Sie bringen damit Ihre Wertschätzung zu diesem Dialog zwischen Medizin und Kirche zum Ausdruck und unterstützen uns in dem Bemühen, medizinethische Fragestellungen im Horizont des christlichen Menschenbildes zu thematisieren.

Diese Aufgabe ist kein Selbstzweck, sondern eine grundlegende Anforderung, um ethisch tragfähige Positionen ermitteln zu können. Für die Kirche bedeutet es, sich konstruktiv am gesellschaftlichen Dialog zu beteiligen. Wir zeigen damit: Wir lassen uns von den zentralen Fragen und Problemen der Menschen berühren und suchen gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten. Es ist seit 1985 nunmehr unsere 35. Tagung, die wir diesem Gespräch von Medizin und theologischer Ethik widmen.

Nicht immer sind medizinethische Fragestellungen so im Kontext einer gesellschaftlichen Debatte verortet, wie es bei unserem heutigen Thema der Fall ist: Der Sterbewunsch im Alter und bei Krankheit. Mit Beginn der Euthanasie-Debatte durch die geänderte Gesetzgebung in den Niederlanden¹ vor fast 20 Jahren und der Gründung von Sterbehilfe-Vereinen auch in Deutschland gehört das Thema der Selbstbestimmung am Lebensende zu den großen kontrovers geführten Debatten in Deutschland. Auch durch das im Jahre 2015 mit dem Paragraphen 217 formulierte Gesetz zur Verhinderung einer geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist die Diskussion um die grundsätzliche Beurteilung solcher Situationen nicht beendet.

¹ Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung (2001)

Während die einen Autonomie und Selbstbestimmung als höchstes Gut postulieren und gesellschaftliche Instanzen fordern, die dem Patienten eine erfolgreiche Umsetzung seiner Absichten garantieren, sehen wir die große Gefahr, dass unter dem Begriff der Selbstbestimmung ganz andere Interessen verfolgt werden und zum Zuge kommen können. Es genügt wohl ein nüchterner Blick auf unsere gesellschaftlichen Verhältnisse, um zu erkennen, dass sich kranke und alte Menschen doch unter Druck gesetzt fühlen könnten, vermeintlich „freiwillig“ aus dem Leben zu scheiden, um niemanden mehr zur Last zu fallen.

Aber es ist nicht nur die Sorge um eine gravierende Veränderung der Sterbekultur in unserem Land, die unser heutiges Thema so dringlich macht. Wahrscheinlich hat jeder von uns schon mit Menschen gesprochen oder als Patienten erlebt, die das Leben nicht mehr als Geschenk empfinden können. Es gibt Krankheiten, die nicht geheilt werden können, Einsamkeit, die nicht aufhört, und die große Angst, am Ende hilflos ausgeliefert zu sein und vielleicht Unzumutbares aushalten zu müssen. Der Wunsch zu sterben, endlich loslassen und gehen zu können, berührt uns selber existentiell. Sie alle, die Sie Patienten oder Angehörige in einer solchen Lebenssituation erlebt haben, wissen, mit welchem großen Ernst der Sterbewunsch verbunden sein kann.

Dennoch dürfen wir diese Situationen nicht zu einem Einfallstor für selbstbestimmte Todesszenarien deklarieren oder einem ärztlich assistierten Suizid das Wort reden. Gesellschaftliche Tendenzen, einen solchen Weg zu beschreiten, können nicht übersehen werden. Umso dringlicher wird es sein, sich an dieser Diskussion zu beteiligen und aus unserer Sicht ethisch verantwortbare Handlungsalternativen zu benennen. Es geht uns dabei nicht darum, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Frage zu stellen, sondern ihm jene Fürsorge und Aufmerksamkeit zuteilwerden zu lassen, auf die er als Mensch ein Anrecht hat.

So hat erst vor wenigen Monaten die Päpstliche Akademie für das Leben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Palliativstiftung in Berlin das Weißbuch zur weltweiten Förderung der Palliativmedizin vorgestellt. Im Zentrum steht die Forderung, dass der Zugang zur Leidenslinderung als Grundrecht der Patienten und ihrer Familien sichergestellt werden müsse. Der Präsident der Päpstlichen Akademie für das Leben, Erzbischof Vincenzo Paglia, unterstreicht hier das gemeinsame Bemühen um eine Kultur der Sorge, die es möglich macht, eine liebevolle Begleitung bis

an die Schwelle des Todes anzubieten. Er betont daher vollkommen zu Recht: „Die Medizin scheitert nicht, wenn sie nicht heilen kann, denn auch da, wo keine Heilung möglich ist, können Schmerz und Leid gelindert werden.“

Auch mein Mitbruder im bischöflichen Amt, Franz-Josef Bode, sieht als Vorsitzender der Pastoralkommission der Deutschen Bischofskonferenz in dieser Handlungsperspektive das zentrale Argument für ein humanes Sterben:

„Als Christen sind wir den Patienten nahe und geben sie nicht auf, auch wenn keine Aussicht auf medizinischen Erfolg besteht; wir wollen ihnen bestmögliche Pflege zuteilwerden lassen und ihre Schmerzen lindern, ohne den Tod durch eine Behandlung im Übermaß hinauszuzögern und ohne ihn vorzeitig herbeizuführen.“

Mit meinen Hirtenworten „Sterben in Würde“² und „Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung“³ habe ich diese Haltung der katholischen Kirche unterstrichen. Wir versuchen, dieser hohen Wertschätzung des menschlichen Lebens gerecht zu werden, indem wir Not und Leid des einzelnen Menschen durch Nähe und Zuwendung zu lindern suchen.

Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema zeigt aber, dass eine solche Position nicht einfach nur gesetzt werden kann, sondern immer wieder neu argumentativ eingebracht werden muss. Ich freue mich deshalb besonders, dass sich unser heutiger Ärztetag mit Vertretern aus Medizin, Theologie und Seelsorge dieser schwierigen Aufgabe stellt.

Der Planungsgruppe danke ich erneut für die profunde Themenstellung des diesjährigen Ärztetages. In diesem Gremium hat es auch in diesem Jahr eine personelle Veränderung gegeben. Mein Mitbruder im priesterlichen Dienst, Msgr. Ullrich Auffenberg, hat seine Tätigkeit als Akademikerseelsorger für das Erzbistum Paderborn und als Ethik-Referent beim Diözesan-Caritasverband aus Altersgründen beendet. Ich möchte ihm an

² Erzbischof Hans-Josef Becker, Würde im Sterben. Der Schutz des menschlichen Lebens bis in die Sterbestunde, Hirtenbrief zur Fastenzeit 2008, hrsg. von der Presse- und Informationsstelle des Erzbistums Paderborn

³ Erzbischof Hans-Josef Becker, Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, Hirtenbrief zur Fastenzeit 2015, hrsg. von der Presse- und Informationsstelle des Erzbistums Paderborn

dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen für seine jahrzehntelange Mitwirkung in diesem Gremium. Ich möchte auch nicht unerwähnt lassen, dass unsere heutige Thematik durch sein Votum in die Planungsgruppe eingebracht worden war und sofort die entsprechende Zustimmung fand.

Soviel zur aktuellen Personalsituation in der Planungsgruppe. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich nun mit Ihnen auf die inhaltlichen Ausführungen unserer Referenten.

„Wo ist denn hier das Zimmer für die Spritze?“

Der Sterbewunsch kranker Menschen aus der Sicht eines Krankenhausseelsorgers

Diakon Dr. Stefan Ohnesorge

1. Beispiele aus der Praxis

[1] „Wo ist denn hier das Zimmer für die Spritze?“ Mit dieser Frage hat mich vor einiger Zeit ein Patient (65 Jahre) im Universitätsklinikum Marburg, der den Besuch der Seelsorge gewünscht hatte, konfrontiert. Nachdem ich mich ihm in seinem Einzelzimmer vorgestellt und mich erkundigt hatte, wie es ihm gerade ergehe, kam er direkt zur Sache mit der provokanten Frage an mich.

Wie ist diese Frage zu verstehen, was will der Kranke damit einem Seelsorger mitteilen? Ganz spontan kam mir der Gedanke: „Mir geht es sehr schlecht, ich habe starke Schmerzen, ich will nicht mehr, ich will möglichst schnell Ruhe haben und sterben – was sagt wohl ein Seelsorger zu diesem meinem Wunsch, darf ich den haben und ungefiltert ihm gegenüber äußern, auch als Christ? Ein Seelsorger steht ja für viele als jemand da, der für das Leben zu sein hat, der an die Gebote Gottes erinnert und daran, dass man/frau vielleicht Leiden auszuhalten hat, aber nicht an so etwas wie das eigene Leben zu beenden denken darf.“

Welche Bilder und Aussagen hat der Patient im Kopf, wenn er so provokant formuliert? Die Spritze bei den Hinrichtungen zum Tode Verurteilter in den USA, das Einschläfern von Haustieren mit Hilfe einer Spritze, um ihnen Leiden zu ersparen? Ein spezieller Ort für die Durchführung des Tötens und Einschläfern: eine Zelle, ein Sterbezimmer, die „Schweiz“? Im eigenen Kopfkino läuft so manche kleinere oder größere Filmszene ab, der die Frage des Patienten schier unerträglich werden lassen kann.

Was bewegt aber den Patienten, seinen Sterbewunsch so direkt zu äußern? Was plagt ihn, dass er sich den Tod wünscht – hier und jetzt? Das weitere Gespräch mit ihm macht deutlich, dass es ihm seit Wochen immer schlechter geht, so dass die Versorgung zu Hause

nicht mehr möglich war und er in der Klinik weiterbehandelt werden musste. Seine Angst, dass die Schmerzen immer stärker werden und dass es keine Hilfe dagegen gäbe, war spürbar und wurde von ihm auch mehr oder weniger direkt geäußert. Nun sind einem seit einigen Jahren auf einer Palliativstation tätigen und in Palliative Care ausgebildeten Seelsorger die Möglichkeiten moderner Schmerztherapie bekannt und er kann dem Patienten durchaus glaubhaft vermitteln, dass es Möglichkeiten gibt, die Schmerzen, die ihn subjektiv und objektiv plagen bzw. die ihm Angst machen, in den Griff zu bekommen. Ich hatte auch den Eindruck, dass die sachlichen Informationen, die ich ihm geben konnte, bei ihm ankamen und die Angst nachließ. Der Patient kam dann auch auf seine religiöse Herkunft und seinen katholischen Glauben zu sprechen; das Angebot die Kommunion gebracht zu bekommen, konnte er annehmen; über das weitere Angebot, zur Stärkung das Sakrament der Krankensalbung zu empfangen, wollte er nachdenken. Der zuständige Klinikpfarrer hat mir einige Tage später berichtet, dass der Patient nicht nur die Kommunion empfangen hätte, sondern auch das Sakrament der Krankensalbung.

[2] Welche große Bedeutung das Thema Schmerz für das Aufkommen eines konkreten Sterbewunsches hat, wurde einmal mehr bei einer weiteren Begegnung deutlich: Eine katholische Patientin (91 Jahre) auf der Palliativstation, die über Schmerzen am ganzen Körper klagte und schon bei der leisesten Berührung mit Schmerzäußerungen reagierte (total pain), bat sofort nach ihrer Ankunft auf der Palliativstation dringend um ein Gespräch mit der katholischen Seelsorge. Sie erzählte mir von den Schmerzen, die sie seit Wochen plagten, niemand könne ihr helfen. Sie wollte von mir wissen, ob sie sich den Tod wünschen dürfe, was „die katholische Kirche“ dazu sagt, dass sie sich ein Medikament zum Sterben wünscht. Sie schien mir trotz der geäußerten Schmerzen klar und aufnahmefähig. Sie bat mich mit dem Stationsarzt über ihren Sterbewunsch zu sprechen und wünschte sich ein gemeinsames Gespräch zwischen ihr, ihrer sie betreuenden Nichte, dem Arzt und dem Seelsorger darüber, wie es weitergehen solle. Am Ende des Gesprächs bat sie mich darum, mit ihr und für sie darum beten, dass Gott ein Einsehen haben solle und sie endlich sterben dürfe.

[3] Eine andere alte Dame (89 Jahre) hatte als Nebenbefund bei einer Herzuntersuchung erfahren, dass sie an einem bösartigen Darmkrebs erkrankt war. Sie klagte nicht über Schmerzen, aber über Appetitlosigkeit. Im Gespräch mit ihr und ihrer Mitpatientin (85 Jahre) über die Veränderungen, die das Altwerden so mit sich bringt, äußerte sie unvermittelt, dass sie nichts dagegen hätte jetzt zu sterben; sie wäre soweit vorbereitet und sei im Übrigen auch alt genug.

[4] Ein älterer Patient (68 Jahre), seit seiner Jugend schwerkrank, spricht jeden Abend „mit dem da oben“, was ihn Ruhe finden lässt und ihm auch Kraft für den nächsten Tag gibt. Seine Frau ist bemüht, alles Mögliche in ihn hineinzustopfen, damit er wieder genese – er nimmt es wie mir scheint mit einem heimlichen Lächeln hin. Nach mehreren Besuchen vertraut er mir (wie er selbst sagt) „ein Geheimnis“ an: Er sei Diabetiker und habe sich in seinem Nachtschrank einen Vorrat an Insulin beiseite geschafft, damit er gehen könne, wenn es ihm reicht. Das dürfe aber niemand wissen. – Einige Tage später ist er an Nierenversagen verstorben.

Soweit einige Erzählvignetten von Begegnungen mit und Begleitungen von kranken Menschen im Krankenhauskontext. – Wie lassen sich die aus den vorgestellten Vignetten ersichtlichen Sterbewünsche einordnen, was wird vielleicht dahinter ersichtlich und wie können dem die Krankenhauseelsorger und -seelsorgerinnen begegnen?

2. Analyse der Patientenaussagen

I. Sterbewunsch als Ausdruck von Lebensmüdigkeit

Ein Sterbewunsch kann sich in Aussagen von Lebensmüdigkeit oder vielleicht sogar des Lebensüberdrusses äußern – oft nach einem (zumindest auf den ersten Blick) erfüllten Leben wie zum Beispiel in Vignette 3:

Die ältere Dame sagt unvermittelt: „Ich habe nichts dagegen jetzt zu sterben, ich bin soweit und auch schon alt genug.“ Andere Patienten sagen es so: „Wann holt mich denn der liebe Gott? Ich glaube, der liebe Gott hat mich vergessen. Ich bin so müde. Ich mag nicht mehr. Ich will jetzt endlich heim.“

Bei Patientenaussagen unterscheidet man in der Seelsorge 4 Ebenen¹: Sachebene, Gefühlsebene, Identitätsebene, Spiritualitätsebene.

Beim Sterbewunsch steht zunächst die Identitätsebene im Vordergrund, die sich in der Frage der Seelsorge zum Ausdruck kommt: „Wer sind Sie in der Situation, in der Sie sich vorfinden?“ Vorher gilt es aber den Raum zu eröffnen, der es einem Patienten ermöglicht, seine Gedanken bezüglich seines Sterbewunsches sanktionsfrei zu äußern. Es ist „keine Sünde vor Gott“ einen Sterbewunsch zu haben und diesen auch auszusprechen. Die Offenheit für entsprechende Äußerungen ist nur möglich, wenn ein Raum des Vertrauens geschaffen wird; Seelsorger und Patient stehen gemeinsam vor Gott, dem alles gesagt werden darf, nicht nur im expliziten Gebet (Spiritualitätsebene).

Im Übrigen hat das Beten um einen „guten Tod“, um eine gute Sterbestunde eine lange und alte Tradition: Im Stundengebet der Kirche heißt es im täglichen Nachtgebet, der Komplet, ganz zum Schluss, vor dem „Amen“: „Eine ruhige Nacht und ein gutes Ende gewähre uns der allmächtige Herr.“ – Das „Gegrüßet seist du, Maria“ endet vor dem „Amen“ mit der Bitte „... jetzt und in der Stunde unseres Todes.“

II. Sterbewunsch als Ausdruck der Trauer

Im Krankenhaus ist dem Sterbewunsch auch in Form des Wunsches einem Verstorbenen „hinterherzusterben“ zu begegnen. So äußerte vor einiger Zeit bei der Aussegnung einer gerade verstorbenen Patientin ihr Ehemann: „Ich will auch nicht mehr. Nimm mich doch mit.“ Dabei klammerte er sich fest an seine verstorbene Ehefrau.

Der Wunsch „hinterherzusterben“ gehört in der Kontext der Nachsterbetrauer und begegnet in der Regel in der Trauerbegleitung, muss dort adäquat gewürdigt und begleitet werden. Er drückt die Sehnsucht aus, mit dem verstorbenen Partner, Kind oder Angehörigen wieder zusammen sein zu wollen. Dauert dieser Wunsch länger an, so kann er von depressiver Verstimmtheit in Depression bis hin zu Suizid-Gedanken führen. Bei der Begleitung

¹ Vgl. G. Hartmann, 1993, 63ff

dieser Lebenskrise ist aus Sicht der Seelsorge darauf zu achten, wo und wann diese Begleitung therapeutisch ergänzt oder aufgefangen werden sollte.

III. Sterbewunsch aus der Erfahrung von Sinnlosigkeit

Ein Sterbewunsch kann schnell aus dem Verlust eines Lebenssinnes und aus der Erfahrung von Sinnlosigkeit entstehen – ausgedrückt z. B. in folgenden Patientenaussagen: „Soll das jetzt alles gewesen sein?“ „Jetzt ist alles aus. Sie können mir auch nicht helfen.“

Wie kann der Klinikseelsorger dieser Erfahrung begegnen? Kann er ihr etwas entgegensetzen? – Er kann Patienten helfen, andere Erfahrungen in Erinnerung zu rufen oder vielleicht sogar neu zu machen. Wenn die Patienten sich darauf einlassen, können dabei „Fragen über den Horizont hinaus“, in dem die Patienten sich gegenwärtig vorfinden, hilfreich sein. Solche Fragen zielen auf das Leben als Ganzes, auf seine Qualität, seine Bestimmung, sie wollen das Gespräch für „Perspektiven der Lebensdeutung“² öffnen. Diese Fragen von höherer Warte aus können folgendermaßen lauten³:

- Wie möchten Sie einmal auf Ihr Leben schauen, wenn Sie sich vorstellen, Sie würden am Ende Ihres Lebens darauf zurückblicken?
- Was hat sich erfüllt, was nicht erfüllt in Ihrem Leben?
- Was ist Ihre Gabe an die Menschheitsfamilie? Was haben Sie auf den „Altar des Lebens“ zu legen?
- Was können Sie für sich und andere noch tun? Was wäre gut, dass es noch geschehen soll?
- Welche Träume können Sie aufgeben? Welche Träume könnten noch in Erfüllung gehen?
- Womit sind Sie zutiefst verbunden? Was ist Ihnen zutiefst heilig?
- Was denken Sie ist der tiefste Sinn des Lebens – auch wenn er sich bei Ihnen nicht erfüllt hat?
- Was ist das Höchste, an das Sie glauben?
- Gibt es eine spirituelle oder religiöse Einstellung, die Sie (bisher) am Leben erhält?

² M. Klessmann, 2015, 393

³ vgl. E. Weiher, 2014, 266ff.

Vielleicht lässt sich mit Hilfe dieser Fragen ein roter Faden im Leben entdecken, religiös gesprochen so etwas wie Führung durch das gelebte Leben aufspüren, so dass dem Leben und somit auch den Weiterleben ein Sinn zugesprochen werden kann. Das Leben des Patienten kann und sollte eine persönliche Würdigung erfahren, die persönliche Lebensleistung wertgeschätzt werden.

Für palliative Patienten wird im Rahmen von Palliative Care, z.B. auf Palliativstationen, gern die sogenannte Würdetherapie (Dignity Therapy) von Harvey M. Chochinow eingesetzt: Durch gezieltes Nachfragen und Aufschreiben der Erinnerungen, Wünsche und Anliegen des Patienten soll die Wertschätzung für das eigene Leben erhöht, die Sinnfindung unterstützt und die Bedeutung des eigenen Lebenswerks erkannt und verstärkt werden.

Die Sinnfindung oder auch die gemeinsame Suche danach kann seelsorglich rituell vertieft werden, z.B. durch das Angebot einer Segenshandlung und Übergabe eines Symbols, das diesen Segen ausdrückt und verstärkt (Segens-Handschmeichler-Engel aus Bronze, der durch schwere Zeiten begleitet und dem gefundenen Sinn gleichsam Gewicht verleiht). Die Unterstützung kann so weit gehen, dass der Seelsorger als stellvertretend Glaubender für den Patienten eintritt – natürlich immer nur mit dem entsprechenden Einverständnis.

IV. Sterbewunsch als Bitte um Mithilfe beim Suizid

Ein Sterbewunsch als Anfrage zur möglichen Unterstützung bei einem Suizid hervorgerufen durch eine schwere Erkrankung kann zunächst einmal ein Ruf zur Hilfe bei der Angst vor oder der Erfahrung von unerträglichen Schmerzen sein wie die beiden zuerst geschilderten Vignetten zeigen. Sind die Schmerzen schmerztherapeutisch behandelbar tritt der Sterbewunsch in der Regel in den Hintergrund und wird nicht mehr geäußert.

Es gibt aber erkrankte Menschen, deren Wunsch, dass ihr Leben beendet wird, bleibend ist. Sie äußern zum Beispiel: „Ich habe meine Lebenspflicht getan. Ich will Anderen keine Last sein. Bei vollem Bewusstsein zu ersticken ist das Schrecklichste (ALS). Ich will in ein anderes Leben gehen. Gott hat mich als autonomes Geschöpf geschaffen, deshalb darf ich selbst entscheiden. Das Leben ist ein

Geschenk, das die Freiheit impliziert es auch zurückzugeben. Mein Leben hat keine Qualität mehr, die es sinnvoll macht, mein Leiden zu verlängern.“

Manchen Menschen genügt dabei die Möglichkeit eines letzten Aktes der Freiheit wie zum Beispiel bei dem Patienten, der sich Insulin im Nachtschrank bunkert (Vignette 4): Ihm genügt das Bewusstsein der Möglichkeit eigenen Handelns, ohne dass er dann doch selbst Hand an sich legt.

In welcher Haltung kann der Seelsorger auf den Suizidwunsch reagieren? Es ist wichtig, dem Patienten Verständnis entgegenzubringen und ihm so zu signalisieren, dass er sich in einem sanktionsfreien Raum bewegt in einer existenziellen Freigabe. Jeder Mensch kann so zu Gott kommen, wie er ist, denn er fällt letztlich nicht aus der Liebe Gottes heraus. Demgemäß wird der Seelsorger dem Patienten die Begleitung, den Bei-Stand zusagen, gleich wie dieser sich dann entscheidet⁴.

Es geht um die Frage der Identität des Patienten: „Wer sind Sie in der Situation, in der Sie sich mit Ihrem Sterbewunsch vorfinden?“ Ziel dabei ist, dass er mit seinem Gewissen im Reinen ist und Frieden findet. Das Gewissensthema kann mittels offener Fragen besprochen werden: Beziehungen müssen in den Blick genommen werden im Sinn der Verantwortung bezüglich der Menschen im eigenen sozialen Umfeld, z.B.: „Was denken Sie, wie es Ihrer Frau mit Ihrem Entschluss geht?“

Das Thema Verantwortung für eine Beziehung bzw. einen Menschen, mit dem ein Schwerkranker in Beziehung steht, kann für dessen Umgang mit dem Suizidwunsch entscheidend sein: Ein ALS-Patient, der fest vorhatte – solange er es noch konnte – zum Sterben in die Schweiz zu fahren, hat im vollen Bewusstsein, was im Verlauf der Krankheit noch auf ihn zukommen wird, darauf verzichtet, weil eine neue Beziehung zu einer asiatischen Frau entstanden war; damit er dieser Frau sein Eigentum vererben und sie so absichern konnte, musste er noch ein Jahr leben. Als das Jahr vorüber war, war es für ihn nicht mehr möglich, in die Schweiz zu fahren. Er hat aus

⁴ Vgl. zum Beispiel die Diskussion des vormaligen EKD-Ratsvorsitzenden Nikolaus Schneider mit seiner an Krebs erkrankten Ehefrau Anne im Jahr 2014.

Verantwortung für die geliebte Frau auf seine schon feststehende Entscheidung verzichtet (theologisch: Pro-Existenz).

Der Seelsorger unterliegt selbstverständlich dem Beicht- oder Seelsorge-Geheimnis, also der absoluten Verschwiegenheit. Von dieser kann ihn nur der Patient selbst entbinden, zum Beispiel wenn dieser wünscht, dass die Ehefrau in das Gespräch mit einbezogen werden soll. Auf jeden Fall sollte der Seelsorger die Position eines ehrlichen Maklers einnehmen, der Anwalt für alle vertretenen Positionen und involvierten Personen ist. Wichtig ist auf Seiten des Seelsorgers auch sich zu vergewissern, in welcher Weise der Patient über seine medizinische Situation aufgeklärt ist.

Wenn ein Patient fragt, ob er schuldig wird, darf dieser Frage ebenso wenig ausgewichen werden wie sie relativiert oder bagatellisiert werden darf. Hier kommt die theologische Aussage der „glücklichen Schuld“ (felix culpa – Osterlob/Exsultet) in den Blick: Wir werden als Menschen existenziell schuldig. Gott mutet uns das zu; wir können aber unsere Schuld getrost ins seine Hände legen, weil sie in Jesus, dem Christus, einen „Er-löser“ gefunden hat. Die Schuld kann mit einem Segensgebet, dass diese an Gott / Jesus Christus übergibt, tragbar werden.

Der Seelsorger ist aber nicht nur Makler in dem Gesprächs- und Beziehungsgeschehen, sondern mehr noch „Waage“. Er hat die Aufgabe ein Gegengewicht einzubringen, indem er den Patienten mit Suizidwunsch so begleitet, dass immer wieder das Leben in den Blick kommt. Er steht in seiner Symbolrolle und als Christ für den Gott des Lebens, der den Tod besiegt hat und besiegt und die Toten in der Auferstehung und der Hoffnung darauf zum Leben führt. Er versucht in seinem Bei-Stehen und vielleicht sogar Mit-Leiden zu vermitteln, dass ein Suizid um des Lebens willen keine Lösung ist.

Weitere Haltungen und Rollenelemente eines Seelsorgers gegenüber kranken Menschen mit Sterbewunsch:

- Vermittlerposition – er handelt im System, aber nicht mit dem System, kennzeichnend ist die „eigene Machtlosigkeit“, die Freiheit schaffen kann, genau hinzuhören.
- (Ein-)Stehen für das Leben – aber kein Verurteilen des Patienten, jedoch nicht neutral.

- Verständnis aufbringen, mit-aushalten.
- Moderieren – damit das Unerträgliche begehbar wird.
- Tragödie des (oft grausamen) Sterbens ist nicht aufzulösen – gemeinsames Stehen an Grenzen.
- Symbol für Vermächtnis der Sterbenden – Sterben kann gelingen und gelingt.
- Beten an der Seite des Patienten – gemeinsamer Blick zum ganz Anderen / Höheren, anrufen desselben.
- Akzeptanz des Patienten als Mensch bis zuletzt – begründet in der Gottebenbildlichkeit jedes einzelnen Menschen.
- Tiefe des jeweiligen Leidens ist subjektiv und singulär.
- Trauer gehört existenziell zum Leben.
- Trost ist nicht machbar, sondern unverfügbar!

Ich schließe mit Worten des nach langer Krankheit früh verstorbenen Marburger evangelischen Pastoraltheologen Henning Luther (1947–1991):

„Seelsorge setzt sich dem Leid und dem Elend der Anderen aus ... Sich aussetzen heißt: in die Trostlosigkeit (Fremde) des Anderen gehen und sie mit ihm teilen. Seelsorge, die nicht zum leidigen Trost werden will, wird sich zum leidenden Anderen ‚kehren‘ müssen und die ‚Hand auf den Mund legen‘ [Ijob 21,3.5]. In dieser Treue zur Trauer bewahrt sie allein die Treue (Vertrauen) zur Verheißung.“⁵

Literatur

Gert Hartmann, Lebensdeutung. Theologie für die Seelsorge, Göttingen 1993

Michael Klessmann, Seelsorge – Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, Neukirchen-Vluyn 2015 (5., überarbeitete und aktualisierte Auflage)

Hennig Luther, Die Lügen der Tröster. Das beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge [1991], in: Praktische Seelsorge 33 (Heft 3), 1998, 163 – 176

Erhard Weiher, Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2014 (4., durchgesehene und aktualisierte Auflage)

Ich danke meinem geschätzten Kollegen Pastoralreferent Karl-Heinz Feldmann, Katholischer Klinikseelsorger in der Universitätsmedizin Mainz, für wertvolle Anregungen.

⁵ Hennig Luther, Die Lügen der Tröster. Das beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge [1991], in: Praktische Seelsorge 33 (Heft 3), 1998, 163 – 176, hier 176

Palliativmedizin als Alternative zur (sogenannten) Sterbehilfe

Prof. Dr. Dr. Andreas S. Lübke

Auch wenn die Medizin immer mehr Fortschritte aufweisen kann, so lässt sich das Sterben nicht verhindern. Mit dem natürlichen Alter kommen Einschränkungen und Krankheiten und wie jeder von uns diesen Prozess gestaltet und bewältigt, ist verschieden. Er hängt ab von individuellen Ressourcen und Erwartungen, jedoch auch von den Menschen, mit denen wir uns umgeben, den medizinischen Möglichkeiten sowie vom gesellschaftlichen Klima. Menschen sind unterschiedlich und finden für sich mehr oder weniger tragfähige, mehr oder weniger gelingende Entwürfe, mehr oder minder scheiternde Lösungen.

Die palliativmedizinische Versorgung hat in den letzten 20 Jahren ebenfalls große Fortschritte gemacht, steht jedoch noch immer im Schatten der Hochleistungsmedizin. Es mangelt ihr an Personal sowie an Rahmenbedingungen, die sie niederschwellig zum Patienten und seinen Angehörigen bringen. Die folgenden Ausführungen geben eine gewisse Statusanalyse und blicken in die Zukunft. Sie lehnen sich an den Vortrag im Heinz-Nixdorf-Museumsforum anlässlich des 35. Ärztetags des Erzbistums Paderborn an: „Ich kann nicht mehr – Der Sterbewunsch im Alter und bei Krankheit als medizinische Herausforderung“.

1. Bedarf an palliativmedizinischer Versorgung wächst

Gegenwärtig versterben in Deutschland rund 900.000 Menschen, von denen etwa jeder 10. zu irgendeinem Zeitpunkt eine qualifizierte ambulante oder stationäre palliativmedizinische Behandlung erhält. Der überwiegende Teil dieser Patienten ist unheilbar an einem fortgeschrittenen bösartigen Tumorleiden erkrankt. Etwa 500.000 Menschen mit chronischen Lungen-, Herz-, Nieren- oder Nervenleiden werden gegenwärtig einer palliativmedizinischen Versorgung vorenthalten.

2. Bioethisches Quartett

Jeder medizinische Eingriff entspricht einem Schaden, da er die körperliche Unversehrtheit aufhebt. Insofern muss jeder Eingriff gegenüber seinem Schaden zu rechtfertigen sein und einen übergeordneten Nutzen erbringen. Diesen Nutzen bestimmt der Patient, der Experte für sein Leben ist und unter Umständen eine vernünftige medizinische Indikation des Arztes ausschlägt. Denn der Arzt ist Experte für die Erkrankung und entscheidet im Lichte dessen, was die medizinischen Wissenschaften vorgeben und dem Standard entsprechen sowie was nach seiner Erfahrung und seinem Wissen zu erfolgen hat. Gerade am Lebensende gehen die Behandlungsziele von Ärzten (etwa durch eine Betonung der Lebenszeitverlängerung unter allen Umständen) nicht selten andere Wege als die des Patienten (dem unter Umständen eine gute Lebensqualität wichtiger ist). Daher kommt dem Recht auf Selbstbestimmung (Autonomie) als drittes bioethisches Prinzip eine herausragende Rolle zu, indem der Patient jede medizinische Maßnahme im Grundsatz ablehnen kann. Er sollte natürlich möglichst umfassend aufgeklärt worden sein. Jedem Patienten dazu seine Möglichkeiten zu verschaffen berührt das vierte Grundprinzip der Gerechtigkeit, unter dem sich natürlich noch viele andere Aspekte und Handlungsfelder verbergen.

3. Wann Palliativmedizin?

Sie ist möglichst früh in das Behandlungskonzept einzubinden, wenn erkannt wird, dass eine chronisch fortschreitende Krankheit nicht mehr geheilt werden kann und in einer absehbaren Zeit (Wochen bis Monate) zum Tode führt. Mitunter ist eine Therapiezieländerung oder ein Perspektivwechsel erforderlich, um von einem eingeschlagenen Weg, etwa einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Chemotherapie zur Lebensverlängerung abzuweichen. Wenn die Krankheit nicht mehr auf Behandlungen anspricht oder die Ziele nicht mehr erreichbar sind oder wenn durch diagnostische oder therapeutische Eingriffe viel Leid in Kauf genommen werden muss, ist häufig die palliativmedizinische Versorgung der gegebene Weg.

4. Prognose ermitteln

Um die richtigen medizinischen Entscheidungen treffen zu können und dem Patienten unnötige Untersuchungen und Behandlungen zu sparen, ist die Einschätzung der Lebenszeit, die ihm noch bleibt, von herausragender Bedeutung. Hierbei überschätzen sich sogar Fachleute um den Faktor 3-4 nach vorne, vertreten also die Ansicht, der Patient würde 3-4 mal länger leben, als es tatsächlich der Fall ist. Daraus ergeben sich viele Fehlentscheidungen, so dass nicht nur Leid verursacht wird, sondern den Patienten und Angehörigen auch die Möglichkeit genommen wird, sich auf das Lebensende vorzubereiten. Hingegen gibt es eine Reihe von Zeichen, durch die mit 80%-iger Wahrscheinlichkeit bestimmt werden kann, ob ein Patient noch 3 Wochen, 3 Monate oder über ein Jahr zu leben hat. Hierbei spielen die Krankheitsdynamik, der Ernährungszustand, die Mobilität, der Lebenswille, die Laborwerte und andere Parameter wie etwa die Herzratenvariabilität und die Handkraft eine Rolle.

5. Zukunft der Palliativmedizin

Sie bezieht sich neben der Schaffung weiterer Angebote und Strukturen darauf, Wege zu finden, eine Übertherapie am Lebensende zu vermeiden, dem Leiden von Patienten und Angehörigen noch viel besser und sorgenvoller zu begegnen sowie Haltung in der gesellschaftlich-politischen Debatte zur Sterbehilfe zu beziehen. Weil vermutlich nicht mehr Hospize und Palliativstationen sowie SAPV-Netze gegründet werden können, führt kein Weg daran vorbei, die jungen Kollegen und Studenten mit palliativmedizinischen Lehrinhalten zu konfrontieren und ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen Therapiezieländerungen und Perspektivwechsel zu vollziehen. Das kann nur in Praxen und Krankenhausabteilungen geschehen, in denen sodann die Voraussetzungen für eine palliativmedizinische Versorgung geschaffen werden müssen.

6. Ziele und Werkzeuge der Palliativmedizin

Neben der Erfassung der Krankheitsdynamik und -perspektive sowie der Erhebung der Lebenszeitprognose ist als dritter Punkt wichtig zu erfassen, was der Patient und seine Angehörigen zur Krankheit und ihrer Prognose wissen und welche Bedeutung sie diesem Wissen

beimessen, und was sie tatsächlich wissen wollen. In einem Prozess und durch die elementare Bereitschaft zuzuhören soll erarbeitet werden, was gewusst werden soll und wie man mit der Situation verfährt. Darüber hinaus ist Kernkompetenz in der Palliativmedizin die Fähigkeit, Symptome zu verbessern. Weil jedoch Symptome subjektiv wahrgenommene und auf ganz individuelle Art und Weise zum Ausdruck gebrachte Missempfindungen sind, erfordert die Kunst der Symptomkontrolle den Aufbau einer Beziehung, in der zwischen den Zeilen gelesen und hinter die Fassade geblickt werden kann. Erst wenn ich als Arzt den Patienten verstanden habe und er mir gegenüber einen Resonanzboden geboten hat, auf dessen Grundlage er selbstbestimmt sprechen und entscheiden kann, ist dies möglich. Damit dies erfolgen kann und damit auch eine bestmögliche Versorgung des Patienten angestrebt, bedingt die Symptomkontrolle eine Herzenssorge, also den inneren Willen, es dem Patienten bessergehen zu lassen. Die Verbesserung körperlicher und kognitiver Funktionen durch Schluck-, Sprech-, Muskel- oder Konzentrationsübungen flankiert neben dem Erfüllen psychosozialer oder spiritueller Anliegen das Aufgabengebiet der Palliativmedizin.

7. Menschentypen und Persönlichkeitsmerkmale wertschätzen

Der Mensch, der sich durch seine Antriebe und Lebensfunktionen sowie seine Ressourcen eine Identität verleiht und in Beziehungsgeflechte gebunden ist, unterscheidet sich von jedem anderen Lebewesen dieser Welt. Und doch kann man Menschentypen kategorisieren wie etwa den emotional Handelnden vom genügsamen Einsamen unterscheiden, oder den gefangenen Rationalisten vom sozialen Kämpfer. Auch das OCEAN-Modell, das auf sprachlichen Äußerungen basiert und kulturstabil differenziert, kann hier eine Hilfe in der Einschätzung sein. Menschen sind mehr oder weniger offen für Erfahrungen (Openness), mehr oder weniger gewissenhaft, in dem was sie tun (Conscientiousness), mehr oder weniger gesellig, heiter und herzlich (Extraversion), mehr oder weniger verträglich und empathisch (Agreeableness) oder mehr oder weniger zufrieden, stabil und sicher (Neuroticism).

8. Haltung beziehen

Beim Umgang mit Sterbewünschen hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in verschiedenen Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass es auch hier auf die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Gegenüber ankommt, damit die Hintergründe möglichst ausgeleuchtet werden, die dem Sterbewunsch zugrunde liegen. So haben viele Ärzte nach einer Umfrage der Gesellschaft Sterbewünsche entgegengenommen, doch selten als Handlungsaufforderung verstanden. In jedem Fall kommt dem Sterbewunsch die Aufgabe zu, offenbar Unerträgliches abzumildern oder abzuschaffen, wobei der Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Schutzpflicht offenkundig ist.

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten und dort, wo sie praktiziert wird, wie etwa in Belgien, nimmt sie zu, umfasst auch Kinder und betrifft bereits heute jeden 50. Todesfall. Hier wie auch bei der Assistenz zum Suizid führt ein singuläres Ereignis im Erfolgsfall zum unmittelbaren Tod. Das ist beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken anders.

Hier liegt in dem Sinne kein äußerer Eingriff vor, die Identität wird bewahrt, das Leben reißt nicht abrupt ab, der natürliche Verlauf der Krankheit wird respektiert und der mögliche Abbruch der einmal getroffenen Entscheidung ist jederzeit möglich. Insofern sei nach Auffassung der Fachleute der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken eine eigene Handlungskategorie. Weil Essen und Trinken keine medizinischen Maßnahmen seien, sei ihre Einstellung auch kein Abbruch einer medizinischen Behandlung.

Nun ist der Suizid in Deutschland straffrei und damit auch in Deutschland die Hilfe dabei (was in anderen Europäischen Ländern durchaus anders gesehen wird). Würden jedoch Ärzte Partei nehmen und beim Suizid assistieren, drohten die folgenden Gefahren, die im Journal of Palliative Care 2018 aufgezeigt worden sind („Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective“):

Die Indikationen würden ausgeweitet, Sicherheitsanker seien zunehmend ineffektiv, es seien mehr psychologisch-soziale Motive als

körperliche, durch Palliativmedizin könne Leid substantiell gelindert werden. Ärztlich assistierter Suizid unterhöhle das Arzt-Patienten-Verhältnis im Grundsatz. Es könne nicht sein, einen Menschen zu eliminieren, um dessen Leid auszuschalten, damit das Leid sozusagen mit dem Menschen verschwinde.

Die Gabe von Pentobarbital in „aussichtslosen Lagen“ und bei „unerträglichem Leid“, wie vom Bundesverwaltungsgericht verfügt, löst viele Probleme nicht, denn das Gesetz ist schlecht, weil weder bestimmbar ist, wer die Unerträglichkeit erhebt und definiert, noch wer von Seiten der Behörde die todbringende Substanz applizieren soll. Hier soll das Bundesverfassungsgericht im Grundsatz klären, ob es Staates Aufgabe ist, hier Handlungsverfahren zu determinieren.

Die indirekte Sterbehilfe soll aus dem Katalog der Begriffe gestrichen werden, weil sie einen Kunstfehler darstellt und als Feigenblatt dient, etwa wenn Schmerzmittel appliziert werden, um Schmerzen zu lindern, doch deren Dosis so bemessen ist, dass irrtümlich der Tod eintritt. Ähnlich wie bei einem Herzmedikament kann und darf nicht die falsche Dosis eine Legitimation für den Tod darstellen, weil die Intention darin bestanden hat, die Herzschwäche zu lindern. Nicht selten stand oder steht bei der hoch angesetzten Medikation der „Gnadentod“ im Wunschbild des Anwenders. Doch der Gnadentod ist nichts anderes als ein Straftatbestand.

Aufgabengebiet der Palliativmedizin ist und bleibt daher das Sterbenlassen, also die Entscheidung, auf eine lebensverlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene Therapie zu unterbrechen. Ihre ethische Grundlage ist der Respekt vor dem Leben des Patienten. Vor diesem Hintergrund ist der freiwillige Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung, also auf Essen und Trinken zu verstehen. Je nach Ausgangssituation tritt der Tod nach 3 – 7 Tagen ein, wenn auch auf gänzliche Flüssigkeitsgabe verzichtet wird oder zwischen 3 und 7 Wochen bei ausschließlicher Nahrungskarenz. Die ambulante oder stationäre palliativmedizinische Begleitung eines Menschen in einer solchen Situation ist eine Aufgabe, der wir uns in Zukunft häufiger stellen müssen.

Assistierter Suizid als Hilfe? Zur Verantwortung der Helfenden

Prof. Dr. Monika Bobbert

1. Einleitung

Pro Jahr sterben in Deutschland etwa 9.000 Menschen durch Suizid,¹ die Zahl der Suizidversuche übersteigt die Zahl der vollzogenen Suizide um ein Vielfaches. Die Auffassung, dass unter bestimmten Bedingungen ein Suizid hingenommen werden sollte, findet gesellschaftlich zunehmend Akzeptanz. Außerdem wird häufiger ein Recht auf Suizidassistenten gefordert. Kritischen Stimmen - unter anderem aus den christlichen Kirchen - wird vorgehalten, sie respektierten das Selbstbestimmungsrecht zu wenig. Im vorliegenden Beitrag wird herausgearbeitet, dass der Wunsch nach (assistiertem) Suizid von Außenstehenden nur unter Vorbehalt respektiert wird – so etwa angesichts von „Wohlüberlegtheit“, „unerträglichem Leiden“, „Alternativlosigkeit“, „terminaler Erkrankung“, „Multimorbidität“ oder „Lebenssattheit“². Das Geschehenlassen eines Suizids oder die Assistenz bzw. Beihilfe zum Suizid³ muss also im Hinblick auf „Zusatzbedingungen“ diskutiert werden.⁴

Im Folgenden wird nun die Frage der Verantwortung Außenstehender diskutiert: Sollen Außenstehende einen Menschen bei der Entscheidungsfindung und Durchführung eines Suizids unterstützen oder aber Einwände gegen eine geplante Tat vorbringen, den Weg zu Therapie- und Betreuungsangeboten anbahnen und im Notfall retten?

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

² Den Begriff verwandte u.a. die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit in ihrer Statutenänderung 2011.

³ „Beihilfe zum Suizid“ ist ein Begriff des deutschen und Schweizer Rechts. „Assistenten zum Suizid“ ist der in der ethischen Debatte übliche Begriff. In der Schweiz ist teils von einem „begleiteten Suizid“ die Rede.

⁴ Eine umfassendere Version dieses Beitrags ist erschienen in: EthikJournal 4 (2017) 2. Siehe unter: www.ethikjournal.de.

2. Strittige Vorannahme der Unterscheidbarkeit von Willensfreiheit und Krankheit

Weltweit weisen ca. 90 % aller Menschen, die einen Suizid vollzogen, zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötung nach psychologischen Autopsien eine psychische Erkrankung auf, an erster Stelle eine Depression (ca. 60%), an zweiter Stelle eine Suchterkrankung (ca. 20%) oder eine schizophrene Psychose (ca. 10 %).⁵ Bei 5 bis 12% der Suizidenten⁶ liegt keine Diagnose einer psychischen Störung vor. Die Weltgesundheitsorganisation nennt in ihren Empfehlungen zur Suizidprävention allgemeine externe Risikofaktoren wie niedriges und mittleres Einkommen, Krieg, Katastrophen, Belastung durch Akkulturation, Diskriminierung, Isolation, Erfahrung von Missbrauch und Gewalt. Individuelle Risikofaktoren sind neben psychischer Erkrankung auch finanzielle Krisen, chronischer Schmerz, konflikthafte Beziehungen und familiäre Suizidvorbilder.⁷ Offensichtlich tragen zum Phänomen Suizid oft auch Faktoren bei, die sozialer und politischer Natur sind.

2.1 Psychiatrische Zweifel an der Möglichkeit eines eindeutigen Todeswunsches

Angesichts der Frage, ob eine Selbsttötung das Ergebnis einer selbstbestimmten Überlegung und Handlung sein kann, macht der Psychiater Wolfersdorf darauf aufmerksam, dass überlebte oder abgebrochene Suizidversuche in 80 bis 90 % der Fälle nicht wiederholt werden.⁸ Zudem gebe es oft Phasen der Ambivalenz, des Appells und der inneren Zerrissenheit zwischen „So-nicht-leben-Können“ und Lebenswunsch. Häufig liege also eine komplexe Motivstruktur und kein eindeutiger Todeswunsch vor.⁹

2.2 Bedingung für die Willensfreiheit: Ausschluss psychischer Krankheit

In der Debatte über den assistierten Suizid ist mehrheitlich unstrittig, dass eine psychische Erkrankung ausgeschlossen sein muss.¹⁰

⁵ Vgl. für einen Überblick über Studien zum Suizid: Wolfersdorf (2015), 452.

⁶ Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird im Folgenden bei Suizidantinnen und Suizidanten, Außenstehenden, professionelle Helferinnen und Helfer jeweils nur die männliche Grammatikform verwendet.

⁷ Vgl. World Health Organization (2014).

⁸ Vgl. Wolfersdorf (2015), 454.

⁹ Vgl. Wolfersdorf (2015), 454.

¹⁰ Vgl. abweichend lediglich Rippe u.a. (2005).

Zudem wird Fachleuten ein entsprechendes Urteil zugetraut. Pragmatisch beinhaltet der Ausschluss einer definierten psychiatrischen Diagnose im Umkehrschluss die Selbstbestimmtheit des Suizidwilligen. Doch geht es im Zusammenhang mit Suizidalität nicht, wie in anderen Situationen um revidierbare, mehr oder weniger gewichtige Entscheidungen und Handlungen, sondern um die umfassende Beendigung der Freiheit und des Lebens eines Menschen. Insofern lässt sich fragen, ob ein Negativbefund ausreicht.

2.3 Suizidalität als eigene Form psychischer Störung?

Darüber hinaus stellt die psychiatrische Diagnostik selbst unter Fachleuten ein Problem dar: Eine erste Gruppe geht davon aus, dass Suizidalität unabhängig von psychiatrischen Krankheitsbildern generell ein krankhaftes Symptom darstellt. So sieht z.B. Tilo Held eine psychisch gesunde Persönlichkeit durch selbstdestruktive Stile der Konfliktbewältigung gekennzeichnet, eine psychisch kranke Persönlichkeit durch Hoffnungslosigkeit, Bedrohtheitsgefühle und Wahn.¹¹ Eine zweite Gruppe von Psychiatern geht davon aus, dass der Wunsch nach Lebensbeendigung ein Selbstwiderspruch ist, der per se Krankheitswert hat.¹² Eine dritte Gruppe setzt voraus, dass es einen „Freitod“ bzw. „Bilanzsuizid“ gibt, der sich von einer psychiatrischen Erkrankung abgrenzen lässt.¹³ Eine vierte Position wird häufig von Experten vertreten, die mit Suizidgefährdeten arbeiten: Suizidalität könne „als ein eigenständiges Phänomen verstanden werden, das deutlich mit dem Erleben und weniger mit objektivierbaren Symptomen psychiatrischer Erkrankungen zusammenhängt.“¹⁴ Allerdings trete Suizidalität im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich häufiger bei Menschen mit psychischer Erkrankung auf, besonders bei Depressionen, Psychosen, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen. Suizidalität sei jedoch, auch wenn keine andere psychische Erkrankungsdiagnose vorliege, behandlungsbedürftig.

¹¹ Vgl. Held (2003), 166.

¹² Vgl. den Psychologen und Gründungsmitglied von ARCHE zur Beratung in Lebenskrisen und zur Suizidprävention Angermann, Christoph u.a. (1986), 157; den Psychiater Etzersdorfer (1994); weiterführend Wolfersdorf/Etzersdorfer (2011).

¹³ Vgl. u.a. Scobel (1981). Siehe zum Bilanzsuizid auch weiter unten.

¹⁴ Lindner u.a. (2003), A 1006.

Überblickswerke aus der Psychologie zeigen auf, dass sich unterschiedliche theoretische Modelle auf Diagnostik und Risikoabschätzung auswirken, indem sie unterschiedliche psychosoziale Variablen suizidalen Erlebens und Verhaltens hervorheben.¹⁵ Insgesamt zeigt sich, dass der Ausschluss einer psychiatrischen Erkrankung nicht ausreicht, um von einem „Freitod“ auszugehen. Naheliegender ist es, generell von einer faktischen Freiheitsminderung auszugehen.

2.4 Suizidalität als Einengung des Denkens und der Freiheit und als Ausdruck unbewältigter Sinnsuche

Angesichts der Opposition von „Freitod“ und „Krankheit“ machte der theologische Ethiker Adrian Holderegger bereits Ende der 1980er Jahre darauf aufmerksam, dass sich die heftigsten Diskussionen um die Annahme, dass Menschen „scheinbar bei völliger seelischer Gesundheit und aus scheinbar freier Willensentscheidung in den Tod gehen“¹⁶, entzündeten. Man müsse aber auf Grund praktischer Erfahrungen davon ausgehen, dass der Suizidgefährdete in der Regel nicht imstande sei, an seinem Leben festzuhalten. „Verstehen wir Freiheit nicht so sehr als Freiheit der Wahl, sondern als jene Fähigkeit, zu sich selbst Distanz zu gewinnen, die Dinge sachangemessen einzuschätzen und die Lebenskonsequenz auch unter veränderten Situationen durchzuhalten, dann muss man von der Tatsache ausgehen, dass die allerwenigsten Suizidanten diese Fähigkeit noch besitzen.“¹⁷

Mit Blick auf medizinische Erkenntnisse sei eine Suizidhandlung der Abschluss einer kognitiven und emotionalen „Einengung“, welche eine normale psychische Selbststeuerung nicht mehr erlaube.¹⁸ Holderegger verlässt die Debatte über Krankheit und Freitod und reformuliert den Suizidwunsch als Ausdruck einer unbewältigten Sinnfrage. Damit seien weniger philosophische und theologische Fragen nach dem Sinn unserer menschlichen Existenz gemeint als vielmehr zwischenmenschliche Probleme: „Gibt es einen Menschen, der zuverlässig zu mir hält? Gibt es ein menschliches Du, das mich versteht?“¹⁹

¹⁵ Vgl. Formann u.a. (2016), 35f.

¹⁶ Holderegger (2002), 78.

¹⁷ Holderegger (2002), 78f.

¹⁸ Vgl. Holderegger (2002), 81.

¹⁹ Holderegger (2002), 86.

2.5 Strittige Vorannahme eines „Bilanzsuizids“

Als Bilanzsuizid bezeichnet man einen Suizid, der auf einer (mehr oder weniger) rationalen Abwägung von Lebensumständen basiert. Bis heute wird vielfach von der Möglichkeit eines „Bilanzsuizids“ in Abgrenzung zum „Affektsuizid“ ausgegangen: Jean Améry verlieh dieser Vorstellung mit seiner Schrift „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“ von 1976 Ausdruck. Der Psychologe und Psychotherapeut Walter Scobel, sich selbst der Kritischen Psychiatrie zurechnend, charakterisierte 1981 den Bilanzsuizid als einen Suizid von Menschen, „deren Lebensbedingungen so aussichtslos und unwürdig geworden sind, daß sie deshalb mit dem Leben Schluss machen, ohne daß eine psychosoziale Fehlentwicklung oder eine körperliche Erkrankung vorgelegen haben muß.“²⁰ Anders hingegen der in Wien klinisch tätige Psychiater Claudius Stein: Er erachtet als Voraussetzung für eine Bilanz die rationale Abwägung, die jedoch durch eine Beeinträchtigung des Willens erschwert sein könne.²¹

Der Psychiater Raimund Klesse verneint dezidiert die Existenz des so genannten Bilanzsuizids.²² Ebenso verneint eine Dreiergruppe von Psychiatern aus Suizidtherapiekliniken in Deutschland den „Bilanzsuizid“ und beschreibt stattdessen, dass Menschen jenseits psychiatrischer Diagnosen durch innere und äußere Einschränkungen suizidal werden können.²³

Ob es einen „Bilanzsuizid“ gibt, wie manche Philosophen oder Psychiater behaupten und andere bestreiten, ist letztlich keine empirische Frage. Selbstredend kann ein Mensch aus subjektiver Perspektive an einem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens zu einer positiven oder negativen Gesamtdeutung seines Lebens, also zu einer Art „Bilanz“ kommen. Die Entscheidung, sich deshalb töten zu wollen, ist jedoch ein anderer Schritt.

2.6 Lebensbilanz angesichts vielfältiger Deutungsmöglichkeiten

Der aus der Ökonomie entlehnte Begriff der „Bilanz“ verkürzt das Phänomen der Deutung des eigenen Lebens bzw. die Aufgabe der

²⁰ Scobel (1981), 101f.

²¹ Stein (2009), 106.

²² Vgl. u.a. Klesse (2003).

²³ Vgl. Lindner u.a. (2003).

Sinnfindung. Autonomie als Authentizität lässt sich z.B. mit Blick auf die „Integrative Ethik“ von Hans Krämer mithilfe philosophischer Lebensberatung finden. Die Deutung des Lebens sei graduell, sektoriell, temporär und hermeneutisch.²⁴ „Lebensziele müssen postteleologisch vom Handlungssubjekt selbst gesetzt werden, und zwar immer wieder neu und wiederholt.“²⁵ Nach Hans Krämer wäre eine Lebensbilanz als Gesamtbilanz im Singular nicht denkbar, da sich Ziele und Interpretationen wandeln und nur im Plural vorkommen können. Der französische Philosoph Paul Ricoeur erschließt Identität und Authentizität über Erinnern und Erzählen.²⁶ Dies bedeutet nach innen gerichtet, dass sich eine „Lebensbilanz“ nicht ohne Weiteres finden lässt, bzw. immer wieder neu erinnert, gedeutet und erzählt werden kann.

Wenn Außenstehende darüber befinden sollen – sei es durch Zustimmung oder Ablehnung, ist die Vorstellung einer „Bilanz“ oder eines Bilanzsuizids zur Beurteilung der Selbstbestimmung und des „guten Lebens“ nicht geeignet. Denn ob und wann eine „Bilanz“ sorgfältig, angemessen selbstreflexiv, ohne oder mit kognitiven Verzerrungen oder andere psychische Effekte erfolgt, wann eine „Bilanz“ eine schlüssige und unterschiedliche personale Erfahrungen integrierende Lebensdeutung darstellt, lässt sich von außen nicht beurteilen.

3. Bedingungen angesichts eines Suizidwunsches

Bei einem Suizidwunsch lediglich auf die Freiwilligkeit und Vernünftigkeit eines Menschen abzustellen, reicht offensichtlich nicht aus. Außenstehende bilden sich vielmehr selbst ein Urteil über die Lebenssituation des Suizidwilligen: Ein junger Mensch mit Liebeskummer muss gerettet werden, ein alter Mensch mit einer progredienten Krankheit soll seinem Selbsttötungswunsch folgen dürfen: Es lässt sich beobachten, dass in der Öffentlichkeit, in ethischen Debatten und rechtlichen Regelungen häufig Bedingungen bzw. Zusatzkriterien mitgeführt werden, um die Plausibilität eines Suizidwunsches entweder auf prozedurale oder materiale Weise zu beurteilen.

²⁴ Vgl. Krämer (1995), 128f.

²⁵ Vgl. Krämer (1995), 129.

²⁶ Vgl. Ricoeur (1996).

3.1 Bedingung „Wohlüberlegtheit“ und Dauer eines Suizidwunsches

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, das sich durch den Begriff „Suizidwunsch“ oder „Entscheidung für einen Suizid“ nur teilweise erfassen lässt. So erläutern die Psychologen Forkmann, Teismann und Glaesmer: „Suizidalität ist kein Alles-oder-Nichts-Phänomen. Der Begriff umfasst vielmehr die ganze Bandbreite von passiven Suizidgedanken und Suizidwünschen über aktive Suizidgedanken und konkrete Suizidabsichten bis hin zu Suizidversuchen und Suiziden. Zudem zeichne sich das Phänomen Suizidalität durchgängig durch Hoffnungslosigkeit aus, meist auch durch die Überzeugung der „Unerträglichkeit“ und „Auswegslosigkeit“ und durch eine kognitive „Einengung“.

Diese von der Suizidforschung belegten Symptome sind durchaus dazu geeignet, die aktuelle Willensbildung einzuschränken. Sie geben sogar Anlass zu der Vermutung, dass das Kriterium der Dauerhaftigkeit die Gefahr birgt, mit den o.g. Symptomen verwechselt zu werden. Denn ein starrer, auf kognitiven Einengungen beruhender Suizidwunsch wäre gerade kein Wille, der sich auf Grund von umsichtiger Reflexion durch Stetigkeit auszeichnet.

Das Zusatzkriterium der „Wohlüberlegtheit“ ist ein Dachbegriff für vielfältige Formen von Überlegungen. Es ist nicht klar, was der Suizidwillige selbst an Überlegungen anstellen soll. Wollten Außenstehende sich von der „Wohlüberlegtheit“ überzeugen, müssten sie eigentlich einen inneren, subjektiven Reflexionsprozess eines Mitmenschen bewerten. So wundert es nicht, dass die „Wohlüberlegtheit“ meist prozedural, d.h. über Zeitdauer konzeptualisiert wird. Ansonsten wären die Außenstehenden auf die Plausibilität einer biografischen Selbstrekonstruktion verwiesen.

3.2 Bedingung „Alternativlosigkeit“

Wenn bei einem suizidwilligen Menschen von der „Alternativlosigkeit“ eines persönlichen Zustands oder einer Situation die Rede ist, ist meist gemeint, dass der Suizidwillige die angebotenen Alternativen als für sich nicht akzeptabel beurteilt. Doch diese subjektive Bewertung einer individuellen Lebenssituation können Außenstehende weder legitimieren noch verwerfen.

Wenn in anderen Situationen die „Alternativlosigkeit“ einer (Lebens-) Situation bestätigt wird, bedeutet dies entweder mangelnde Freiheit, ja u.U. sogar ein Unter-Zwang-Stehen der Akteure. Im Grunde geht es auch weniger um die Frage realistischer Handlungsalternativen als um eine Deutung der Alternativen durch die Betroffenen. Die Vorannahme, dass sich die Alternativlosigkeit entweder individuell oder gemeinschaftlich konstatieren lässt, blendet den „Möglichkeitssinn“²⁷, die Hilfspflichten anderer und die Handlungsfreiheit im Sinne einer „Freiheit von“ und einer „Freiheit zu“ etwas aus. Zudem ist das Kriterium der „Alternativlosigkeit“ sozialpolitisch blind bzw. affirmiert die bestehenden Zustände. Ein konstruktives Erschließen anderer Möglichkeiten kann selten allein, meist nur in Interaktion mit anderen Menschen erfolgen. Mit dem bloßen Feststellen der Alternativlosigkeit wird zudem die Wechselwirkung zwischen Person und Umgebung ausgeblendet.

3.3 Bedingung „Unerträgliches Leiden“

Das Kriterium des „unerträgliches Leidens“ gilt vielen Befürwortern als wichtigstes rechtfertigendes Zusatzkriterium für das Geschehenlassen eines Suizids oder für die Assistenz beim Suizid. Das „unerträgliches Leiden“ wird oft konkretisiert durch eine unheilbare, todbringende somatische Erkrankung - wie zum Teil bei einer Krebserkrankung, Multipler Sklerose oder Demenz der Fall, durch eine chronische psychische Erkrankung wie zum Teil bei Schizophrenie oder Depression oder durch eine schwere angeborene oder erworbene Behinderung. Der Zusammenhang von unheilbarer Erkrankung und Suizid war jüngst auch zentral für ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts.²⁸ Die schwere Erkrankung oder Behinderung wird als quasi „objektiver“ Grund betrachtet – angesichts einer vermuteten geringen Lebensqualität.

²⁷ Nach Musil (1933/1943), 1. Buch, 5. Kap: „Wenn es aber Wirklichkeitssinn gibt, und niemand wird bezweifeln, daß er seine Daseinsberechtigung hat, dann muß es auch etwas geben, das man Möglichkeitssinn nennen kann. Wer ihn besitzt, sagt beispielsweise nicht: Hier ist dies oder das geschehen, wird geschehen, muß geschehen; sondern er erfindet: Hier könnte, sollte oder müßte geschehen; und wenn man ihm von irgend etwas erklärt, daß es so sei, wie es sei, dann denkt er: Nun, es könnte wahrscheinlich auch anders sein. So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist. Man sieht, daß die Folgen solcher schöpferischen Anlage bemerkenswert sein können [...]“

²⁸ Vgl. nochmals das Urteil vom 02.03.017 zur Erwerbserlaubnis eines tödlichen Medikaments Az.: B VerwG3 C 19.15 Rn. 24 und Rn. 32. Der deutsche Ethikrat (2017) kritisierte in seiner Ad-Hoc-Stellungnahme dieses Zusatzkriterium.

Das Leiden eines Menschen ruft bei den Mitmenschen oft Mitleid hervor. Es ist nicht nur eine christliche Tugend, sich dem Leidenden zuzuwenden und die „Autorität“ des Leidenden anzuerkennen.²⁹ Es gilt, möglichst solche Unterstützung, die der Betroffene selbst für gut hält, zu leisten, um einen Menschen in einer verletzbaren und abhängigen Situation nicht zu bevormunden.

Allerdings ist Mitleid als Emotion nicht immer ein zuverlässiger Indikator für berechtigten Hilfebedarf und die ethische Aufgabe der Hilfeleistung. So identifizieren wir uns mit eher mit Menschen, die uns in einer bestimmten Hinsicht ähnlich sind oder die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. In Nahbeziehungen und angesichts personalisierter Berichte vom Leiden eines anderen Menschen fühlen wir mehr mit als angesichts abstrakter Berichte über entferntere Menschen. Ebenso kann es sein, dass wir kein Mitleid empfinden, dass wir die „Unerträglichkeit“ des Leidens eines Menschen nicht nachvollziehen können. Wir verhalten uns also immer affirmierend oder distanzierend zum subjektiv artikulierten Leiden eines anderen.

Neben spontanen Reaktionen des Mitleids oder der Distanzierung lässt sich angesichts des Kriteriums „unerträgliches Leiden“ fragen, worunter der andere genauerhin leidet, etwa unter Schmerzen, Ausgrenzung, Kontrollverlust oder Hoffnungslosigkeit? Der Begriff des Leidens ist also präzisionsbedürftig, da er sich im Hinblick auf viele Dimensionen des Menschseins verstehen lässt: somatisch, psychisch, sozial, spirituell. Interdisziplinäre Forschungsergebnisse zum Schmerz als einer Konkretisierung des Leidens haben zu einem mehrdimensionalen Schmerzkonzept geführt.³⁰ Entsprechend darf auch der Begriff des Leidens nicht somatisch eingeführt werden.

Indem das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 02.03.2017 die Erwerbserlaubnis tödlicher Substanzen zur Selbsttötung in einer existenziellen Notlagen mit dem Verweis auf „unerträglichem Leidensdruck“³¹ befürwortet, wird – entgegen der verfassungsrechtlichen Norm des Lebensschutzes und der Hilfeleistung in Notsituationen – eine Bewertung von Lebensqualität

²⁹ Vgl. zur Autorität der Leidenden aus christlich-theologischer Sicht Metz (2007;1997), der jedoch das in diesem Beitrag behandelte Thema nicht vor Augen hatte. Ihm ging es um das Wahrnehmen und Anerkennen der sozial Armen und die Aufforderung, das Leiden der Anderen nicht zu ignorieren, sondern gegen soziale Ungerechtigkeit einzuschreiten.

³⁰ Vgl. u.a. Student (2011), 100ff. Vgl. auch die mehrdimensionale Schmerz-Definition der WHO.

³¹ Az.: BVerwG 3 C 19.15, Rn. 31.

eingeführt.³² Die Urteilsbegründung trennt nicht zwischen Innen- und Außenperspektive, so dass subjektive Unerträglichkeit auch objektiv „unerträglich“ erscheint.

Der theologische Ethiker Frank Mathwig macht darauf aufmerksam, dass „unerträgliches Leiden“ weder eine medizinisch-empirische, rechtliche noch eine ethische Kategorie ist.³³ „Wir verfügen über keine Kriterien, die ‚Unerträglichkeit eines Leidens‘ objektiv festzustellen [...] Unerträgliches Leiden ist immer und ausschließlich das Leiden einer konkreten Person, das dieser unerträglich geworden ist.“³⁴ Das Leiden eines Menschen ist Außenstehenden prinzipiell nicht zugänglich. Außenstehende können Mitleid zeigen oder in befremdeter Distanz verharren. Demgegenüber empfindet der leidende Mensch nicht – neben anderem – unerträgliches Leid, sondern er ist es. „‘Unerträgliches Leiden‘ nimmt die oder den Leidenden vollständig in Besitz. Der leidende Mensch erleidet sein Leiden.“³⁵ Unerträgliches Leiden zu bewältigen benennt eine Herausforderung, die sich grundsätzlich nur an die leidende Person selbst richten kann.

Zum Umgang mit dem „unerträglichem Leiden“ des anderen führt Mathwig aus: Dem Leiden einer anderen Person zu begegnen, setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, sich die eigene Ohnmacht einzugestehen. „Wir können niemandem sein Leiden – als existentielle, leibhaftige Form des Sich-selbst-Erlebens – nehmen. Wir können lediglich die uns zugänglichen (äußerlichen) Bedingungen der Lebenssituation des anderen Menschen beeinflussen. [...] Der Umgang mit leidenden und sterbenden Menschen verpflichtet uns in besonderer Weise zu einer sorgfältigen, selbstkritischen Reflexion des eigenen Handelns.“³⁶

Außerdem lässt sich der Problemanzeige der „Unerträglichkeit“ des Leidens für einen Menschen noch nicht entnehmen, welches Mittel wirksam und zudem aus ethischer Sicht vertretbar ist. Wenn durch ein „unerträgliches Leiden“ ein grundlegendes moralisches Individualrecht betroffen ist, muss Abhilfe geschaffen werden, d.h. andere sind zur Hilfe verpflichtet.³⁷ Die Hilfe als Ziel bedarf konkreter Mittel und

³² Vgl. zur Problematik des Kriteriums Lebensqualität ausführlicher Bobbert (2012), 325-386.

³³ Vgl. Mathwig (2009), 5.

³⁴ Mathwig (2009), 8f.

³⁵ Mathwig (2009), 9.

³⁶ Mathwig (2009), 9f.

³⁷ Vgl. u.a. Bobbert (2012).

Wege, die aus ethischer Perspektive verantwortet werden müssen. Es ist sehr fraglich, ob wir aus Mitleid töten dürfen bzw. ob sich „Töten gegen Leiden“ im Sinne einer Assistenz bei der Selbsttötung rechtfertigen lässt. Der Sozialethiker Dietmar Mieth argumentiert, dass der Zweck, die Aufhebung des eigenen oder des anderen Leidens, nicht das Mittel heiligt, nämlich einen anderen Menschen zum Opfer einer Tötungshandlung zu machen.³⁸

3.4 Unzureichende Begründung der Zusatzkriterien

Wenn subjektive Wertungen von Gruppen oder einer gesellschaftlichen Mehrheit geteilt werden, erwecken sie rasch den Anschein „objektiver“ Wertungen im Sinne allgemeingültiger Kriterien. Doch weithin geteilte Befürchtungen und Wertungen führen nicht zur „Objektivität“ von Lebensqualitätsurteilen oder anderen Zusatzkriterien.

4. Außenstehende und das psychische Phänomen der „Übertragung“

In Deutschland stellt das Recht auf den besonderen Stellenwert Nahestehender ab, indem die Beihilfe zum Suizid für sie unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt.³⁹ Nun können Menschen mit einer Depression oder depressiven Verstimmung jedoch auch eine große Herausforderung oder Belastung für ihre Angehörigen darstellen.⁴⁰ Außerdem können Nahestehende in eine psychische Verstrickung mit dem Suizidwilligen geraten, weil Distanz und Perspektiven-trennung schwierig werden.

Psychotherapeuten kennen das Phänomen der „Übertragung“, auch wenn sie sich nicht der psychoanalytischen Richtung zurechnen. So machte auch Aaron T. Beck in seiner weithin anerkannten und praktizierten Kognitiven Therapie der Depression auf Übertragung und Gegenübertragung aufmerksam: Eine typische Schwierigkeit bestehe darin, dass der Therapeut beginne, „die ständig negativen Selbsteinschätzungen und die Einschätzung der Lebenssituation des Patienten für wahr zu halten. Wenn er die Rolle des wissenschaftlichen Beobachters ablegt, könnte der Therapeut die gestörte Realitätskonstruktion des Patienten übernehmen. Statt die negativen

³⁸ Vgl. Mieth (2004), 3.

³⁹ Vgl. StGB § 217 (2).

⁴⁰ Vgl. z.B. Epstein u.a. (2002).

Interpretationen des Patienten als Hypothesen zu betrachten, die empirisch überprüft werden müssen, könnte der Therapeut annehmen, daß diese negativen Kognitionen genau den Tatsachen entsprechen und wegen ihrer Evidenz akzeptiert werden können.⁴¹

Angehörige und Menschen im Umfeld eines Menschen mit einer Depression tendieren dazu, im Sinne einer „Übertragung“ die negative Sicht des Betroffenen zu übernehmen. Rund die Hälfte der Partner depressiver Patienten entwickeln in akuten Belastungszeiten auch eine Depression oder haben Mühe, sich angesichts von Passivität, Unentschlossenheit und Negativität des Kranken abzugrenzen. Aus Überforderung heraus könnte unter Umständen sogar der Wunsch entstehen, dass das Leben des anderen besser enden sollte. Insofern scheint es naheliegend, dass Menschen aus dem Umfeld einer Einschätzung der Alternativlosigkeit beipflichten und selbst auch keine Kraft mehr haben, weitere Alternativen zu erschließen.⁴² Hier wird deutlich, dass Menschen mit Suizidgedanken und ihre Angehörigen um ihrer selbst willen spezielle Hilfsangebote mit geschulten Helfern aufsuchen sollten.

5. Christlicher Glaube, Suizid und Assistenz zum Suizid

5.1 Kritik an einem verkürzten Selbstbestimmungsrecht

Angesichts der im vorliegenden Beitrag aufgearbeiteten einschlägigen Erkenntnisse und Debatten aus den Geistes-, Sozial- und Naturwissenschaften ist es aus guten Gründen geboten, nach dem Vorsichtsprinzip zu verfahren: Wenn es weitreichende Zweifel an der Selbstbestimmtheit eines Suizidwilligen gibt, dann ist es aus ethischer Sicht sehr problematisch, einen Suizid geschehen zu lassen oder bei einem Suizid zu assistieren. Denn es geht nicht nur um die Frage des Respekts vor dem Leben eines Menschen, sondern auch um den Schutz des Selbstbestimmungsrechts und die Unterstützung eines verzweifelten Menschen in seinem Streben nach einem gelingenden Leben. Suizid als „beste Alternative“ beendet alle Voraussetzungen des Menschseins und alle Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Lebens. Im Einzelfall können die Änderungsmöglichkeiten aller Beteiligten begrenzt sein, doch aus sozialetischer Sicht lassen sich keine Strukturen des Unterlassens oder der Suizidassistenz rechtfertigen.

⁴¹ Beck u.a. (1986), 95.

⁴² Vgl. Epstein (2002).

Die vorausgegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass Unsicherheiten auf allen Ebenen bestehen. Befürworter des assistierten Suizids, die Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen mit Suizidwunsch anmahnen, vertreten ein verkürztes bzw. großteils nicht gefülltes Verständnis von Selbstbestimmung.⁴³ Aus christlicher Sicht für verletzbar Menschen einzutreten heißt auch, Vorstellungen von Selbstbestimmung und Autonomie zu kritisieren, die im Dienst gesellschaftlicher Ab- und Aufwertungen stehen.

5.2 Sollen setzt Können voraus

Die beiden christlichen Kirchen weisen darauf hin, dass in Bezug auf einen Suizid ein „objektives“ Schuldurteil durch Außenstehende nicht möglich ist. Auch ist die Beziehung zwischen Gott und Mensch umfassender als die Frage nach moralischer Schuld. Ein Suizidant darf auf Gottes Barmherzigkeit und seine Beziehungszusage vertrauen. Aus christlicher Sicht kann und darf es nicht darum gehen – und dies ist angesichts moralischer Verurteilungen und Sanktionen in der Vergangenheit auch heute noch wichtig zu betonen –, einem verzweifelten, zur Selbsttötung entschlossenen Menschen Schuld und Sünde zuzuweisen. Ein alter moralischer Grundsatz lautet, dass Sollen immer Können voraussetzt. Das individuelle Können lässt sich von außen letztlich nicht beurteilen. Außerdem macht die Moralität nicht den ganzen Menschen aus. Der glaubende Mensch bleibt hinter seiner Glaubensentscheidung zurück und bedarf des heilenden Zuspruchs.

Für die Außenstehenden geht es darum, mit vereinten Kräften und durch professionelle Expertise und soziale Institutionen unterstützt andere Wege als den der Selbsttötung zu finden.

Das Theologoumenon der Geschöpflichkeit weist auf die Verletzbarkeit des Menschen und seine Irrtumsanfälligkeit hin. Außenstehende wollen helfen, und sie wollen die Situation eines anderen Menschen richtig einschätzen. Endlich zu sein beinhaltet jedoch auch, nicht immer wirkmächtig sein zu können und die eigene Irrtumsfähigkeit in Rechnung zu stellen.

⁴³ Vgl. weiterführend Mieth (2008).

6. Suizid im Kontext von Präventionsprogrammen

Zahlreich jüngere Überblicksarbeiten zeigen, dass staatliche Suizidpräventionsprogramme und regionale Modellprojekte die Suizidrate in einer Altersgruppe oder einer Region senken.⁴⁴ Auswertungen empirischer Studien nennen als wirksame Maßnahmen der Suizidprävention u.a. eine flächendeckende psychiatrische bzw. psychologische Versorgung, insbesondere die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Depressionen sowie speziell ausgebildete Allgemeinmediziner.⁴⁵

Suizidprogrammen liegt die Vorannahme zu Grunde, dass ein Suizid verhindert werden sollte. Viele Präventionsprogramme zeigen, dass sich Informationen, Vorbilder und Erfahrungen anderer, Antizipation und die Art und Weise verfügbarer Selbsttötungswege modulierend auf Freiwilligkeit und Vernünftigkeit auswirken. Darüber hinaus ist ein guter Zugang zu psychiatrischen und psychologischen Hilfen präventionsförderlich. Studien und Suizidprogramme zeigen auch, dass eine angemessene Wahrnehmung durch andere und die Kommunikation mit ihnen suizidvermeidende Wirkung haben können.

Literatur

Améry, Jean (1978), Der Tod soll meine Sache sein. Interview, In: Der Spiegel, 44, 233-246.

Ders. (1976), Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart.

Angermann, Christoph, Doll, Hans (1986), Die Idee des Freitods ist irrational. Auch Selbstmörder suchen das Leben, in: Haller, Michael (Hg.): Freiwillig sterben – freiwillig? Selbstmord – Sterbehilfe – Suizid, Hamburg, 157 – 162.

Beck, Aaron T. u.a. (1986), Kognitive Therapie der Depression. München-Weinheim.

Bobbert, Monika (2012), Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik, Münster.

Bobbert, Monika (2015), Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen. In: Mathwig, Frank, Meireis, Torsten, Porz, Rouven, Zimmermann, Markus (Hg.), Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege, Zürich, 69-92.

Deutscher Ethikrat (2017), Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des

⁴⁴ Vgl. Zalsman u.a. (2016); Lapierre (2011); Liu u.a. (2014); Teismann/Dorrmann, (2014), bes. 43-81.

⁴⁵ Vgl. Gießelmann (2016).

Bundesverwaltungsgerichts. Ad-hoc-Empfehlung 2, Berlin.

Di Fabio, Udo (2017), Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existentiellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 – 3 C 19/15 im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, <https://www.bfarm.de/SharesDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf> (abgerufen am 01.02.2018).

Epstein Rosen, Laura, Amador, Xavier, F. (2002), Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist [When someone you love is depressed 1996], Reinbek.

Etzersdorfer, Elmar (1994), Einige Bemerkungen zum Konzept des „Rationalen Suizids“. In: Suizidprophylaxe 21, 93-98.

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), n: NJW 2013, 2953.

Formann, Thomas, Teismann, Tobias, Glaesmer, Heide (2016), Diagnostik von Suizidalität, Göttingen.

Gießelmann, Kathrin (2016), Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen. In: Deutsches Ärzteblatt 113, 37, A 1584-1586.

Küng, Hans (2014), Glücklich sterben? München.

Held, Tilo (2003), Suizid als Krankheit. In: Brudermüller, Gerd, Marx, Wolfgang, Schüttauf, Konrad (Hg.): Suizid und Sterbehilfe, Würzburg, 165-172.

Holderegger, Adrian (2002a), Recht auf den freigewählten Tod?, Fribourg i.Ue.

Holderegger, Adrian (2002b), Suizid – Leben und Tod im Widerstreit. Freiburg i. Ue.

Holderegger, Adrian (1998), Suizid, ethisch. In: Korff, Wilhelm, Beck, Leo, Mikat, Paul (Hg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 3, Gütersloh, 498.

Hume, David (2013), Über Selbstmord [Of suicide, 1757]. Über die Unsterblichkeit der Seele. Berlin.

Kant, Immanuel (1968), Kritik der reinen Vernunft [1781]. In: ders., Werke, Akademieausgabe, Berlin, Bd. 4, Berlin.

Kant, Immanuel (1968) Metaphysik der Sitten (Tugendlehre, von der Selbstentleibung). 1, Buch, § 5, bzw. Akademieausgabe, Berlin.

Klesse, Raimund (2003), Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht. In: Imago Hominis 10, 1, 37-44.

Krämer, Hans (1995), Integrative Ethik. Frankfurt/M.

Lapierre, Sylvie et al. (2011), A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. In: Crisis 32/2, 88-98.

Lindner, Reinhard (2007), „Innenansichten“. Was wissen wir über die Motive älterer suizidaler Menschen und ihre Bereitschaft, Hilfe anzunehmen? In: Teising, Martin, Drach, Lutz, Gutzmann, Hans, Haupt, Martin, Kortus, Rainer, Wolter (Hg.): Alt und psychisch krank, Stuttgart, 345-356.

Lindner, Reinhard, Fiedler, Georg, Götze, Paul (2003), Diagnostik der Suizidalität. In: Deutsches Ärzteblatt 100/15, A 1004-A1005.

Linder, Reinhard, Hery, Daniela, Schaller, Sylvia, Schneider, Barbara, Sperling, Uwe (2014), Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Berlin.

Liu, Richart T., Miller, Ivan (2014) Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. In: Clinical Psychological Review 34, 181-192.

Mathwig, Frank (2009), Luxus Sterben? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbebegleitung Vortrag Spitex-Dienste, Dietlikon. <http://www.kirchenbund.ch/sites/default/files/media/pdf/mitarbeiter/Mathwig/Luxus-Sterben.pdf> (abgerufen am 01.02.2018), 1-10.

Metz, Johann B. (1997), Mit der Autorität der Leidenden. Compassion – Vorschlag zu einem Weltprogramm des Christentums. In: Süddeutsche Zeitung. Feuilleton-Beilage Weihnachten.

Metz, Johann B. (2007), Memoria passionis, Freiburg i.Br., 3. Aufl.

Mieth, Dietmar (2004), Töten gegen Leiden? In: Biesenbach, Klaus (Hg.): diezehngebote, Deutsches Hygienemuseum Dresden, 1-5.

Mieth, Dietmar (2008), Selbstbestimmung. Der Wille und die Würde Sterbender, Düsseldorf.

Ricoeur, Paul (1996), Das Selbst als ein Anderer [Soi-meme comme un autre, 1990]. München.

Rippe, Klaus Peter, Schwarzenegger, Christian, Bosshard, Georg, Kiesewetter, Martin (2005), Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. In: SJZ 101/3, 53-62.

Musil, Robert (1933/1943), Der Mann ohne Eigenschaften. Bd. 1, Lausanne.

Scobel, Walter A. (1981), Suizid – Freiheit oder Krankheit? In: Henseler, Heinz, Reimer, Christian (Hg.): Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart- Bad Cannstatt, 82-112.

Stein, Claudius (2009), Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis, Stuttgart.

Student, Christoph, Napiwotzky, Annedore (2011), Palliative Care wahrnehmen – verstehen – schützen, Stuttgart, 2. Aufl.

Teismann, Tobias, Dormann, Wolfram (2014), Suizidalität. Göttingen.

Wolfersdorf, Manfred (2015), Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position. In: Nervenheilkunde 6451-458.

Wolfersdorf, Manfred, Etzersdorfer, Elmar (2011), Suizid und Suizidprävention. Stuttgart.

World Health Organisation (2014), Preventing Suicide – a Global Imperative. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am 01.02.2018).

Zalsman, Gil, et al. (2016), Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-year Systematic Review. In: Lancet Psychiatry, Published Online, June 8, 2016, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz.

Monika Bobbert, Prof. Dr. theol., Dipl.-Psych.

geboren 1963 in Lingen (Ems); Studium der Kath. Theologie und der Psychologie an der Universität Tübingen. 1993 Studienleiterin an der Kath. Akademie Ludwig-Windhorst-Haus in Lingen; 2001 Promotion zum Dr. theol. an der Universität Tübingen und 2008 Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg für das Fach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin; hier bis 2014 Akademische Oberrätin und stellv. Direktorin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Seit 2013 Professorin für Theologische Ethik an der Theol. Fakultät der Universität Luzern/Schweiz und seit 2016 Direktorin des Seminars für Moralthologie an der Kath.-Theol. Fakultät der Universität Münster. Mitglied zahlreicher Ethikkommissionen und Fellow des Marsilius-Kollegs Heidelberg.

Andreas S. Lübbe, Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.

geboren 1960 in Hamburg; Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, 1985 Approbation und Promotion. Anschließend Studium der Physiologie und Biophysik an der University of Louisville (Kentucky) und 1989 Promotion zum Dr. rer. nat. (USA). Facharztanerkennung für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie; 1997 Habilitation für Innere Medizin, 1998 Chefarzt der Palliativstation in der Karl-Hansen-Klinik und seit 2006 Ärztlicher Direktor der MZG-Westfalen. 2000 Ernennung zum Associate Professor an der University of Louisville/USA und 2004 zum außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg. Seit 2016 Privatdozent an der Universitätsklinik Eppendorf der Universität Hamburg. Mitglied nationaler und internationaler Fachgesellschaften; Gründungsmitglied und seit 2009 Vorsitzender des Paderborner Palliativnetzes e.V.

Stefan Ohnesorge, Diakon, Dr. theol., Dipl. Theol.

geboren 1958 in Fulda; 1979 bis 1985 Studium der Katholischen Theologie in Würzburg, New York und San Francisco; 1985 bis 1989 Assistent am Lehrstuhl für Alttestamentliche Exegese und Dozent für Hebräisch an der Theologischen Fakultät Paderborn; 1990 Promotion zum Dr. theol. an der Universität Würzburg; 1990 bis 2014 Tätigkeit im Verlagswesen als Lektor, Producent, Cheflektor, Buchhandelsleiter und Verleger in Limburg, Fulda und Maria Laach. Seit 2015 Klinikseelsorger am Universitätsklinikum Marburg (UKGM); 2017 Weihe zum Ständigen Diakon für das Bistum Fulda; Seelsorger in Palliative Care, Ethikberater im Gesundheitswesen, Trauerbegleiter.

Die Dokumentationen der Ärztetage 1998 - 2019 stehen als PDF-Datei zum Download zur Verfügung:

<https://www.erzbistum-paderborn.de/besondere-veranstaltungen/>

- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
- 2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
- 2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**
- 2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**
- 2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**
- 2011 **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**
- 2012 **Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**
- 2013 **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**
- 2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**
- 2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**

- 2016 **Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende**
- 2017 **Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität**
- 2018 **Molekulare Medizin – Möglichkeiten, Grenzen, Risiken**
- 2019 **„Ich kann nicht mehr“ – Der Sterbewunsch im Alter und bei Krankheit als medizinethische Herausforderung**

Von einigen Tagungen sind noch gedruckte Broschüren kostenlos erhältlich. Diese können telefonisch unter 05251 121450 oder per E-Mail bestellt werden: liborianum@erzbistum-paderborn.de

- 2014 **Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
 Prof. Dr. Eckhard Frick SJ, München
- 2015 **Ebola, Malaria und Co. – Ärztinnen und Ärzte im weltweiten Einsatz gegen Epidemien**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Uta E. Düll, Gikonko/Rwanda
 Dr. Klemens Ochel, Würzburg
- 2016 **Wann ist der Mensch tot? Das Kriterium des Hirntodes und die Organspende**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Franz-Josef Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. Hartmut H.J. Schmidt, Münster
 Dr. Theodor Windhorst, Münster
 Daniel Schrader, Essen
- 2017 **Arztbild im Wandel – Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Franziskus Knoll OP, Vallendar
 Prof. Dr. Frank H. Mader, Nittendorf
 Dr. Doris Dorsel, MA. LLM, Münster
- 2018 **Molekulare Medizin – Möglichkeiten, Grenzen, Risiken**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Hendrik Milting, Bad Oeynhausen
 Prof. Dr. Markus Nöthen, Bonn
 Prof. Dr. Katharina Klöcker, Münster
- 2019 **„Ich kann nicht mehr“ – Der Sterbewunsch im Alter und bei Krankheit als medizinethische Herausforderung**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Diakon Dr. Stefan Ohnesorge
 Prof. Dr. Dr. Andreas S. Lübbe
 Prof. Dr. Monika Bobbert



ERZBISTUM
PADERBORN

Herausgeber:
Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3 · 33098 Paderborn