



Evangelisch-reformierte Kirche
Schweiz

Frank Mathwig

Das Sterben leben

Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive



Impressum

Alle Rechte vorbehalten
Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz
Bern, 2007 (2. überarbeitete Auflage 2024)
Autoren: Frank Mathwig
Gestaltung und Layout: Stefanie Fischer-Lüthi

www.evref.ch
info@evref.ch

Inhalt

Vorwort.....	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Sterben zwischen Schicksal und Entscheidung.....	5
1.2 Sterben in der modernen Gesellschaft.....	6
2 Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Suizidbeihilfe.....	8
2.1 Geltungsbereich.....	8
2.2 Tätigkeitsfelder.....	8
2.2.1 Sterbebegleitung (Hilfe beim Sterben).....	8
2.2.2 Sterbehilfe (Hilfe zum Sterben).....	8
2.2.3 Suizidbeihilfe.....	9
2.3 Rechtliche und standesethische Regelungen.....	9
3 Ethische Fragestellungen.....	12
3.1 Komplexe Entscheidungssituationen.....	12
3.2 Normative Konflikte.....	14
3.2.1 Hierarchiemodell.....	15
3.2.2 Vermittlungsmodell.....	15
3.2.3 Integrative ethische Orientierung.....	15
4 Bausteine für die theologische-ethische Orientierung und Urteilsfindung.....	17
4.1 Leben als Gabe.....	17
4.2 Leben zwischen Angewiesensein und Freiheit.....	17
4.3 Leben in der Krise: Leiden in der Gesellschaft.....	18
4.4 Leben werten?.....	19
5 Sterbehilfe in Medizin und Gesellschaft.....	20
5.1 Take care.....	20
5.2 Begleitende Seel-Sorge.....	21
6 Offene Fragen.....	23
6.1 Die Grenzen des Rechts.....	23
6.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende.....	24
6.3 Verrechtlichung der Suizidbeihilfe und gesellschaftliche Konsequenzen.....	26
7 Literatur.....	29
Zusammenfassende Thesen.....	30

Vorwort

Die Entwicklung des medizinischen Wissens hat den Menschen viel Gutes gebracht. Früher glich das Leben dem Tanz auf dünnem Eis, unter dem der allgegenwärtige Tod lauerte. Heute können bei uns sehr viele Krankheiten und sogar schwerste Verletzungen geheilt werden. Die Ärztinnen und Ärzte leisten viel, um jedes Menschenleben zu erhalten.

Gleichzeitig ist durch die vielen Möglichkeiten der Lebenserhaltung der Tod zu etwas geworden, das einem oft nicht mehr zustösst, sondern entschieden werden muss. So stehen mehr als die Hälfte der Todesfälle in der Schweiz im Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung.

Am Ende des Lebens müssen deshalb schwierige Entscheidungen gefällt werden. Wann sollen wir einen Menschen gehen lassen? Sollen wir einen Menschen, der unerträglich leidet, von seinem Leiden erlösen? Oder verpflichten uns die Gebote des Lebensschutzes und der Fürsorge, jemanden vor endgültigen Entscheidungen zu bewahren, auch gegen seinen Willen?

Viele Menschen fühlen sich von diesen Fragen überfordert und verschliessen die Augen so lange wie möglich vor dem Unausweichlichen. Wir reden nicht über den Tod, wollen uns darüber keine Gedanken machen. Doch lassen wir damit nicht letztlich die sterbenden Menschen allein?

Der Rat SEK* beschäftigt sich seit einiger Zeit mit Fragen rund um Palliative Care und Sterbehilfe. Mit der vorliegenden Broschüre möchte er diese Themen vertiefen und die Menschen ermutigen, sich mit diesen schwierigen, aber unabwendbaren Fragen zu beschäftigen. Das Sterben ist genauso Teil des Lebens wie alles andere auch: Es muss gelebt werden.

Wir danken den Ethikern Johannes Fischer, Alberto Bondolfi und Markus Zimmermann-Acklin sowie den Spitalseelsorgerinnen Ulrike Büchs und Sibylle Schär für die kritische Begleitung dieses Textes.

Thomas Wipf, Pfarrer
Präsident des Rates SEK

** Dieses Dokument ist vor dem Namenswechsel zu „EKS“ entstanden. Folglich ist die Bezeichnung SEK (Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund) noch zu finden.*

*«Unsere Tage zu zählen lehre uns,
damit wir ein weises Herz gewinnen.»
Ps 90,12*

*«Die nicht vorhersehbare und
planbare Endlichkeit des Lebens,
die jeder Tod markiert, lässt Leben
immer zum Bruchstück werden.»
Henning Luther*

1 Einleitung

1.1 Sterben zwischen Schicksal und Entscheidung

Sterben und Tod sind seit geraumer Zeit wieder Themen öffentlicher Diskussionen. Früher begegneten den Menschen Krankheit, Leiden, Sterben und Tod mehr oder weniger als unausweichliches Schicksal, das angenommen werden musste, weil die Menschen solchen Erfahrungen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert waren. Heute tritt neben die Angst vor dem Schicksalhaften zunehmend die Furcht vor dem Machbaren. «Woran darf der Mensch noch sterben?», lautet die provozierende Frage in einer Gesellschaft, in der Lebensanfang, -verlauf und -ende wesentlich durch ihre zivilisatorischen Entwicklungen und wissenschaftlich-technologischen Möglichkeiten geprägt sind. Die Ohnmacht gegenüber dem Sterben hat ihren Schrecken damit nicht verloren. Heute erschrecken wir aber immer mehr auch umgekehrt über die menschliche Handlungsmacht auf der Schwelle des Todes. Unsicher schauen wir auf Sterben und Tod wie der Zauberlehrling, der die Geister, die er rief, nicht mehr loswurde. In einer Zivilisation, die durch vorher nie da gewesene Handlungs- und Eingriffsmöglichkeiten geprägt ist, verlieren auch Sterben und Tod ihre «Natürlichkeit». Natürlich ist der Mensch sterblich. Aber wie stirbt er «natürlich» und wie sollte er «natürlich» sterben?

Ganz selbstverständlich übernehmen wir Verantwortung für unsere Existenz. Wir planen, organisieren und gestalten unser Leben – vom Beginn bis zum Schluss. Lebensanfang und Lebensende werden damit selbst zu komplexen Entscheidungssituationen. Diese Einsicht steht am Anfang der gesellschaftlichen Fragen nach Sterben und Tod. Auch wer sie grundsätzlich ablehnt, kommt nicht darum herum, sich in einer Welt, in der kaum noch etwas «von selbst» passiert, zu entscheiden. Wir haben nicht die Wahl, ob wir entscheiden wollen oder nicht. Wir können lediglich zwischen vorhandenen Möglichkeiten wählen. Insofern stehen die aktuellen Sterbehilfedebatten symptomatisch für eine Gesellschaft, in der mit dem Anwachsen der Möglichkeiten immer mehr entschieden und verantwortet werden muss.

Auch die Kirchen sind gefordert, ihren Beitrag zu den Prozessen gesellschaftlicher Entscheidungsfindung zu leisten. Die Fragen zurückzuweisen, würde bedeuten, sich ins Abseits zu stellen und jene allein zu lassen, die damit konfrontiert sind und um konkrete, verantwortbare Entscheidungen ringen. Dabei muss jedes Nachdenken über das Sterben stets die unüberschreitbare Differenz zwischen dem Nachdenken über das Sterben und der Lebenslage von Sterbenden, Sterbewilligen und deren Angehörigen im Blick behalten. Die Not des Sterbens spiegelt sich heute auch in der Unausweichlichkeit, im Sterben entscheiden und das Sterben gestalten zu müssen. In diesem Licht stellt sich auch die Frage nach der christlichen Fürsorge und dem Eintreten für Sterbende und Sterbewillige.

Die Wirklichkeit ernst zu nehmen bedeutet, die Sterbenden selbst, ihre Angehörigen und all jene, die in Beruf und ehrenamtlich Sterbende begleiten, in den Mittelpunkt zu stellen. Als Teil des Lebens muss das Sterben gelebt und verantwortet werden.

1.2 Sterben in der modernen Gesellschaft

Wir leben immer länger. Trotz chronischer und Mehrfacherkrankungen eröffnen sich uns realistische und zukunftsfähige Lebensperspektiven bis ins hohe Alter. Wir überleben immer mehr kritische Zustände und können selbst mit schwer reduzierten Gesundheits- oder Allgemeinzuständen weiterleben. Die Frage, ob wir länger leben oder doch «nur» länger sterben, muss jede und jeder für sich selbst beantworten. Unbestreitbar werden – dank moderner Medizin und Pharmakologie – die Sterbeprozesse länger. Damit rücken sie stärker ins Bewusstsein, nehmen mehr Raum im Leben ein und werden intensiver und manchmal auch massiver erlebt. Schliesslich wird das Sterben mit der wachsenden Bedeutung von Patientenverfügungen zu einem selbst zu verantwortenden Entscheidungsraum.

Zugleich können Menschen manchmal nicht sterben, obwohl sie den Tod herbeisehnen. Und manchmal dürfen sie nicht sterben, weil ihr Leben von den Entscheidungen, dem Handeln und der Verantwortung anderer abhängt. Die meisten Menschen sterben heute in medizinischer Begleitung. Jeder zweite Todesfall in der Schweiz steht inzwischen im Zusammenhang mit der Einstellung einer medizinischen Behandlung. Das eine gibt es nur um den Preis des anderen: Mit der Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung verlängern sich auch die zum Leben gehörenden Phasen von Krankheit und Siechtum. Freilich, auch hier ermöglicht die moderne Medizin heute Vieles. Sie kann den Tod immer weiter hinauszögern. Sie kann häufig sehr wirkungsvoll Schmerzen lindern und psychische Qualen mildern. Sie kann zu Selbstbestimmung und Lebensqualität in solchen Situationen beitragen, die früher nur hilfloses, passives Warten auf den Tod zuliesse. Sie kann auch das Sterben verkürzen. Nur eines kann die moderne Medizin nicht: Sie kann dem Menschen nicht sein Sterben ersparen.

Wir leben – und sterben – in einer Gesellschaft, die immer höhere Erwartungen und Anforderungen an unsere Flexibilität stellt. Heute werden viele Aufgaben delegiert, die früher ganz selbstverständlich von und in der Familie geleistet wurden. Immer mehr Menschen sterben fernab von zuhause, in Krankenhäusern und Heimen. Der so genannte «soziale Tod», die Vereinsamung, das Herausgerissensein aus vertrauten Lebenswelten, geht dem physischen Tod häufig voraus. Die Taktfrequenz des aktiven Lebens, die Herausforderungen in Beruf und Freizeit, passen nicht zu dem schwächer werdenden, langsam seinem Ende entgegengehenden Leben. Wir haben nicht die Zeit oder wir nehmen uns nicht die Zeit und wenn die Zeit kommt, wird sie oft zu einem scheinbar endlos währenden, bedrückend einsamen Zustand.

Schliesslich wird mit den einzelnen Menschen auch die Gesellschaft zunehmend älter. Der demographische Wandel, die Zunahme der Betagten und Hochbetagten bei gleichzeitiger Abnahme jüngerer Bevölkerungsanteile, verschärfen die eben skizzierten Probleme noch einmal. Die gesellschaftlichen Ressourcen – sowohl die finanziellen wie das soziale Engagement – sind begrenzt. Die Finanzierung der Pflege bei degenerativen Erkrankungen mit langer Lebenserwartung (etwa Demenz, Alzheimer) wirft grosse sozial- und finanzpolitische Probleme auf. Immer häufiger wird deshalb die Frage nach den Grenzen der Finanzierbarkeit des Alters gestellt. Auch in der öffentlichen Sterbehilfediskussion wächst die Bedeutung ökonomischer Aspekte.

Zu alt, zu krank, zu hilfsbedürftig, zu teuer? So hart das klingt, so real sind die gesellschaftlichen Herausforderungen dahinter und die politischen Debatten darüber.

2 Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Suizidbeihilfe

Die Auseinandersetzungen um Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Suizidbeihilfe in der Schweiz sind in besonderer Weise geprägt durch die organisierte Suizidbeihilfe. Die engere medizinethische Diskussion um Sterbebegleitung und -hilfe wird vielfach überlagert von den öffentlichen Debatten um die – vor allem von Sterbehilfeorganisationen – angebotene Suizidbeihilfe. Obwohl sich die Tätigkeitsfelder in der Praxis an manchen Stellen überlagern können, ist ihre begriffliche und sachliche Unterscheidung für die ethische Reflexion unverzichtbar.

2.1 Geltungsbereich

1. Die Ausdrücke «Sterbehilfe» und «Sterbebegleitung» beziehen sich auf Entscheidungen und Handlungen bei und an Sterbenden. Sie betreffen ausschliesslich die letzte Lebensphase. Die Ausdrücke «Sterbehilfe» und «-begleitung» betonen die Sterbesituation der Person, an der gehandelt wird.
2. «Suizidbeihilfe» bezeichnet alle Handlungen an und mit sterbewilligen Menschen, unabhängig davon, ob sie sich im Sterbeprozess befinden oder nicht. Der Ausdruck «Suizidbeihilfe» fokussiert auf den Willensausdruck und -entschluss einer Person, zu sterben.

2.2 Tätigkeitsfelder

2.2.1 Sterbebegleitung (Hilfe beim Sterben)

In bewusster Abgrenzung zur Sterbehilfe versteht sich Sterbebegleitung oder Palliativ Care als im weitesten Sinne ganzheitliche Betreuung und Begleitung von Sterbenden (palliativ von lat. pallium = Mantel und palliare = lindern). Palliative Care – hervorgegangen aus der in den 1960er Jahre von Cicely Saunders gegründeten Hospizbewegung – bemüht sich darum, dass der sterbende Mensch und sein soziales Umfeld den Sterbeprozess als bewusste, sozial integrierte Lebensphase mit möglichst hoher Lebensqualität leben und erleben können. In der Praxis gehen Sterbebegleitung und passive Sterbehilfe häufig fliessend ineinander über. Beide Begriffe betonen eher verschiedene Aspekte eines Konzepts des Umgangs mit Sterbenden.

2.2.2 Sterbehilfe (Hilfe zum Sterben)

1. Passive Sterbehilfe: Behandlungsabbruch oder Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen unter Beibehaltung von Pflege und Schmerztherapie
2. Indirekte Sterbehilfe: Schmerzlindernde, sedierende Behandlung unter Inkaufnahme einer (nicht angestrebten) Lebensverkürzung
3. Aktive Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen: Zielgerichtete und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts (gegenüber der indirekten Sterbehilfe ist der Tod als Handlungszweck beabsichtigt)

2.2.3 Suizidbeihilfe

Suizidbeihilfe wird vor allem – aber nicht ausschliesslich – von Sterbehilfeorganisationen angeboten und durchgeführt. Sie betrifft alle assistierenden Handlungen zur Umsetzung des Sterbewunsches sterbewilliger Personen. In den meisten Fällen geht es dabei um die Feststellung und Versicherung der Ernsthaftigkeit und Zurechenbarkeit des Sterbewunsches, die Erörterung alternativer Handlungsoptionen, die Rezeptausstellung des Barbiturats «Natrium-Pentobarbital» sowie vorbereitende Tätigkeiten für die – von der sterbewilligen Person selbst auszuführende – Suizidhandlung.

2.3 Rechtliche und standesethische Regelungen

Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 StGB – unabhängig von den Motiven – strafbar. Art. 115 StGB erkennt die Strafwürdigkeit der Beihilfe zum Selbstmord grundsätzlich an. Die Strafbarkeit wird aber auf Handlungen aus eigennützigen Motiven beschränkt. Wichtig ist:

- Der Suizid ist eine Selbsttötungshandlung, die tatherrschaftlich und eigenverantwortlich durch die sterbewillige Person ausgeführt wird.
- Die Anwendung von Art. 115 StGB setzt voraus, dass der Suizidwillige in der Lage ist, die Bedeutsamkeit seines Vorhabens zu erkennen und sich dazu zu verhalten.
- Die Beihilfe zum Suizid ist strafbar, wenn eine Drittperson vorsätzlich und aus «selbstsüchtigen Beweggründen» den Entschluss zum Selbstmord hervorruft oder dessen Ausführung unterstützt.

Unter diesen Bedingungen kann jede Person Suizidbeihilfe leisten. Viele Möglichkeiten der Sterbehilfe werden aber nicht explizit durch Strafnormen erfasst. Deshalb haben die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) und die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterbenden und Sterbewilligen entwickelt (siehe Literaturhinweise am Schluss).

Die NEK- und SAMW-Dokumente gehen von der Unterscheidung zwischen der rechtlichen Legalität und ethischen Legitimität von Entscheidungen und Handlungen aus. Je mehr Handlungsspielräume das Recht einräumt, desto grösser wird der ethische Entscheidungsbedarf. Denn nicht alles, was rechtlich zulässig ist, lässt sich auch in jedem Fall moralisch und ethisch begründen oder rechtfertigen. Die Freiheiten, die das Recht einräumt, verschärfen die Notwendigkeit und Dringlichkeit ethischer Reflexion.

Die ethischen Empfehlungen und Richtlinien behandeln das weite Feld von Entscheidungen am Lebensende. Es geht um Fragen nach dem Adressatenkreis von Sterbe- und Suizidbeihilfe sowie danach, welche Handlungen und Unterlassungen in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen ethisch vertretbar sind oder nicht. Ausgangspunkt und Zentrum der Überlegungen bilden die Anerkennung, Achtung und Beachtung sowie der Schutz des Selbstbestimmungsrechts jeder Person unabhängig von ihrem gesundheitlichen, kognitiven, mentalen und psychischen Zustand. Sachliche Leitgesichtspunkte (Minimalbedingungen) für die Entscheidungsfindung sind:

- Die betroffene Person befindet sich in einer Krankheitsphase, die aller Voraussicht nach bald zum Tod führen wird (SAMW) oder das krankheitsbedingte Leiden ist so gross, dass ein Weiterleben unerträglich geworden ist (NEK).

- Der Suizidwunsch darf kein Symptom der Erkrankung selbst (z. B. Depression) sein (NEK).
- Alternative Optionen (Palliative Care) wurden mit der betroffenen Person vorher intensiv erörtert (informed consent) oder sind ausgeschöpft (SAMW). Die sterbewillige Person entscheidet sich in genauer Kenntnis der Alternativen (ärztliche Behandlung, Sozialhilfe, Therapie) für den assistierten Suizid (NEK).
- Die sterbewillige Person ist urteilsfähig, ihr Sterbewunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden, dauerhaft und konstant. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von einer unabhängigen Drittperson eingehend und über einen bestimmten Zeitraum kontinuierlich geprüft.
- Eine unabhängige Zweitmeinung bestätigt das Urteil (NEK).

Zugleich werden auch die Grenzen ethischer Richtlinien aufgezeigt. Suizidbeihilfe gehört – gemäss den Richtlinien der SAMW – nicht zu den ärztlichen Aufgaben, «weil sie den Zielen der Medizin widerspricht». Was aber, wenn ein Patient die ihn betreuende Ärztin um Suizidassistentz bittet? Eine solche Konfliktsituation erfordert nach Auffassung der SAMW «eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes», die – bei Einhaltung der Sorgfaltskriterien – unabhängig vom Ergebnis «zu respektieren» ist. Konkrete Entscheidungen über Leben und Tod können durch keine Richtlinie oder Entscheidungsroutine vorweg- oder abgenommen werden. Daher enthalten sich die Richtlinien jeglichen moralischen Urteils.

Die folgende Tabelle fasst wesentliche Unterscheidungsmerkmale zwischen Suizidbeihilfe und Sterbehilfe zusammen.

Kriterium	Suizidbeihilfe	Sterbehilfe
sterbende / sterbewillige Person		
Geltungsbereich	prinzipiell unbeschränkt	Patienten in der letzten Lebensphase
Urteilsfähigkeit	vorausgesetzt	nicht zwingend vorausgesetzt
Handlungsfähigkeit	vorausgesetzt	nicht zwingend vorausgesetzt
Sterbewunsch	vorausgesetzt	nicht zwingend vorausgesetzt
Begründung	autonomer, anhaltender (nicht affektgeleiteter, momentaner) und reflektierter Willensentscheid	Patientenverfügung, autonomer Willensentscheid (nicht zwingend und nicht hinreichend), mutmasslicher Wille, wohlverstandenes Interesse
assistierende Personen / Medizinpersonal		
Handlungsmotiv	Respekt / Fürsorge / Solidarität	Respekt / Fürsorge / Schmerzlinderung / ärztliche, therapeutische, pflegerische Verantwortung bzw. Rollen- und Selbstverständnis
Handlungskompetenz	Suizid-Assistenz	passive / indirekte / (aktive) Sterbehilfe
Handlungs- und Rechtsgrundlage	Art. 114 und 115 StGB	Art. 114 und 115 StGB / Standeskodizes / ethische Richtlinien

Abbildung 1: Zur Unterscheidung von Suizidbeihilfe und Sterbehilfe

3 Ethische Fragestellungen

Woran können und sollten sich Entscheidungen über Sterbehilfe und Suizidbeihilfe in konkreten Situationen orientieren? So richtig und wichtig es ist, persönliche Gewissensentscheidungen zu respektieren und zu schützen, so wenig dürfen schwierige Entscheidungen am Lebensende auf individualethische Fragen reduziert werden. Eine angemessene Problemwahrnehmung und Entscheidungsfindung müssen die Komplexität solcher Lebenssituationen und die damit verbundenen gesellschaftlichen Wirkungen transparent machen. So isoliert und einsam ein Sterben empfunden und erlebt werden kann, so wenig findet Sterben jenseits der Gesellschaft statt. Gerade die Asozialität des Sterbens und die Ausgrenzung der Sterbenden sind durch und durch gesellschaftliche Phänomene.

3.1 Komplexe Entscheidungssituationen

Entscheidungen am Lebensende sind in ein Netz komplexer persönlicher, sozialer und institutionalisierter Beziehungen und Strukturen, wechselseitiger Erwartungen, normativen Orientierungen sowie politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen eingebunden. Individual- und sozialetische, politisch- und rechtsethische Überlegungen stehen einer unauflösbaren Verbindung.

-
- sterbende und sterbewillige Personen
 - Angehörige
 - soziales Umfeld
 - Professionals (etwa Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen, Seelsorgerinnen, Sozialarbeit)
 - ehrenamtlich Tätige (etwa Sterbehilfe- und Hospizorganisationen)
 - Politik
 - Kirchen
 - Recht
 - Öffentlichkeit
-

Abbildung 2: Gesellschaftliche Akteure

Dabei kommen – in den öffentlichen und fachethischen Diskussionen – ganz verschiedene normative Orientierungen ins Spiel:

- Persönlichkeits- und Schutzrechte
 - Autonomieprinzip (Selbstbestimmung und -verantwortung)
 - Respekt und Fürsorge(pflichten)
 - Solidarität mit Hilfsbedürftigen, Ausgegrenzten, Alten, Kranken, Leidenden, Sterbenden
 - medizinethische Prinzipien (Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit), informed consent-Prinzip, berufliche Standesregeln
 - caring-Prinzipien, Empathie
 - gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen (Freiheit, Tötungsverbot, Solidarität...)
 - soziale und politische Gerechtigkeit
-

Abbildung 3: Normative Orientierungen

Hinsichtlich der aufgeführten Nomen und Prinzipien besteht in unserer Gesellschaft weitgehend Übereinstimmung. Sie werden in den aktuellen Diskussionen über Entscheidungen am Lebensende kaum Gegenstand grundsätzlicher Kontroversen. Im Kern bewegen sich die ethischen Debatten im normativen Dreieck von Lebensschutz (Tötungsverbot, Lebensrettung, -erhaltung und -bewahrung), Autonomie (Selbstbestimmung, -verantwortung und Respekt gegenüber der Freiheit der und des anderen) und Fürsorge (Solidarität, Empathie, Unterstützung, Stellvertretung).

Jede Entscheidung hat diese drei Prinzipien zu berücksichtigen. Das aus dem Autonomieprinzip abgeleitete Selbstbestimmungsrecht kann nicht beliebig die Verpflichtung, Leben zu schützen, ausser Kraft setzen. Der Einsatz für den Schutz des Lebens darf nicht das Autonomieprinzip aushebeln. Fürsorgepflichten dürfen nicht die Autonomie einer jeden Person ignorieren. Und die Schutzpflichten für das Leben lassen sich nicht dadurch umgehen, dass den Wünschen und Bitten einer anderen Person unreflektiert nachgegeben wird. Die Eigenart, Bedeutung und das Gewicht der drei Prinzipien besteht gerade in ihrer wechselseitigen Bezogenheit (Relationalität). Jede Absolutsetzung eines Prinzips auf Kosten der anderen oder jede Eliminierung eines Prinzips zugunsten der anderen würden Gehalt, Sinn und Funktion aller drei Prinzipien verändern oder auflösen.

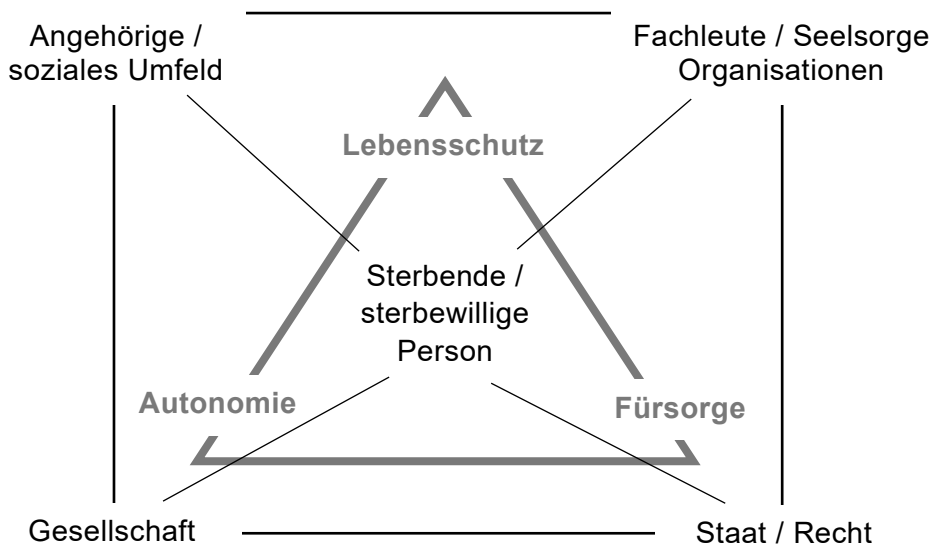


Abbildung 4: Entscheidungen am Lebensende im gesellschaftlichen Kontext

3.2 Normative Konflikte

Die drei Prinzipien sind in unserer Kultur, unserem Denken und Handeln tief verankert. Gleichzeitig machen wir immer wieder die Erfahrung, dass sie in konkreten Situationen in ein Spannungsverhältnis treten. Grundsätzliche Verpflichtungen geraten in einer aktuellen Lage häufig miteinander in Konflikt. Die Herausforderung besteht darin, dass die Prinzipien zwar grundsätzlich gleich, aber nicht in jeder Situation gleichrangig gelten. In der Sterbehilfediskussion zeigen sich solche Pflichten- oder Normenkollisionen etwa in den Fragen:

- Gilt das Prinzip des Lebensschutzes auch dann, wenn damit ein perspektivloses, unerträgliches Leiden fortgesetzt wird?
- Verboten der Respekt vor der Autonomie, das offensichtlich selbstzerstörerische Handeln eines Menschen zu verhindern?
- Folgt umgekehrt aus dem Fürsorgeprinzip das Verbot der Suizidbegleitung bei einer nicht urteilsfähigen, aber subjektiv in ihrem Leiden hoffnungslosen und verzweifelten Person?
- Zwingt das Autonomieprinzip dazu, dem Sterbewunsch eines Menschen in einer kritischen Lebenssituation zu entsprechen (anstatt ihm Wege zur Bewältigung seiner Krise zu eröffnen)?
- Gilt das Autonomieprinzip als Begründung für die Angemessenheit eines Sterbewunsches bei Menschen jeden Alters, unabhängig von ihren Gesundheitszuständen und von den Lebensperspektiven (selbst wenn sie für die Betroffenen im Augenblick nicht erkannt werden können)?
- Verpflichtet das Fürsorgeprinzip zum Lebensschutz, wenn die betroffene Person ihren Entschluss aktuell oder bleibend nicht kundtun kann (Demenz, Alzheimer, Koma)?
- Oder fordert das Fürsorgeprinzip umgekehrt, gegen das Prinzip des Lebensschutzes das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person stellvertretend (Patientenverfügung, mutmasslicher Wille, wohlverstandenes Interesse) – auch ohne eine aktuelle und explizite Äusserung eines Sterbewunsches – wahrzunehmen?

An dieser Stelle brechen komplexe Gewichtungs- und Abwägungsfragen auf. Grundsätzlich lassen sich zwei Formen der Konfliktbearbeitung unterscheiden:

3.2.1 Hierarchiemodell

Entweder man entscheidet sich für ein Prinzip und ordnet die anderen hierarchisch darunter an. Also etwa: Angesichts unerträglicher Schmerzen und Leiden zählt das Autonomieprinzip, auch wenn mit der Entscheidung das Prinzip des Lebensschutzes verletzt wird. Oder umgekehrt: Als Bedingung der Möglichkeit jeglichen Handelns und Entscheidens hat der Lebensschutz Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht. Die Fürsorgepflichten werden in die Hierarchie eingebaut, also entweder als Unterstützung der Entscheidung oder in der stellvertretenden Wahrnehmung des wohlverstandenen Interesses einer Person auch gegen ihren aktuell geäußerten Sterbewunsch.

3.2.2 Vermittlungsmodell

Oder alle drei Grundsätze müssen so miteinander vermittelt werden, dass ihnen ihr – der Situation angemessener – Platz eingeräumt wird. Also etwa: Der Lebenserhaltung kommt grösstes Gewicht zu, dennoch kann es sein, dass Menschen ihr Leben gänzlich unerträglich wird. Der daraus resultierende Entschluss verdient als Ausdruck der Autonomie unbedingt Respekt. Die Beteiligten müssen anschliessend ihr Verständnis von Verantwortung (gegenüber der sterbewilligen Person und sich selbst) und ihre sich daraus ergebenden Fürsorgepflichten klären.

3.2.3 Integrative ethische Orientierung

Die Hierarchielösung erscheint klarer und unmissverständlicher, führt aber dazu, die Prinzipien beliebig auszusetzen oder gegeneinander auszuspielen. Sie hat ethisch fatale Konsequenzen, weil sie den Status, die Geltung und die Funktion der Prinzipien selbst verletzt oder aushebelt. Ethische Argumentation und normative Vermittlung werden durch dogmatische Setzung und Unterordnung ersetzt.

Eine Entscheidungsfindung nach dem Vermittlungsmodell umgeht solche kategorischen Urteile. Die Geltung aller genannten Prinzipien ist dabei vorausgesetzt. Ihre je aktuelle Reichweite wird aber *situationsabhängig und -angemessen* gewichtet und zugeordnet. Eine solche Verhältnisbestimmung folgt keinem allgemeinen Schema, weil damit die grundlegend gleiche Geltung der Prinzipien wiederum aufgelöst würde. Zugleich zeigen sich die Grenzen prinzipienethischer Orientierungen, an die schwerwiegende Entscheidungen am Lebensende fast unausweichlich stossen. Entscheidungen auf der Grenze des Lebens müssen *in jedem einzelnen Fall, vor dem Hintergrund der konkreten Lebenssituationen der Betroffenen und Beteiligten, reflektiert, gewichtet und beurteilt werden. Das setzt den Willen und die Bereitschaft voraus, für die getroffenen Entscheidungen und die daraus resultierenden Folgen Verantwortung zu übernehmen.*

Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Suizidbeihilfe verorten das Sterben im Raum des vom Menschen zu gestaltenden und zu verantwortenden Handelns. Verantwortung setzt die Fähigkeit voraus, zwischen alternativen Handlungsoptionen wählen zu können. Verantwortliches Handeln macht Ernst mit der Freiheit, die das Recht jeder Person garantiert und zu der wir – in einem weiteren Sinne und aus christlicher Perspektive – berufen sind.

Wie immer die konkrete Entscheidung einer Person ausfällt und begründet wird, es gilt, diese Freiheit als Bedingung der Möglichkeit zur Übernahme von Verantwortung zu wahren, zu schützen und offen zu halten.

4 Bausteine für die theologische-ethische Orientierung und Urteilsfindung

4.1 Leben als Gabe

Nach christlichem Verständnis ist das Leben Gabe Gottes. Daraus erwächst seine unbedingte Würde sowie die Verpflichtung, es zu achten und zu schützen. Als göttliche Gabe ist das Leben dem Menschen zugleich Aufgabe: Leben gestalten, Leben ermöglichen, schützen und fördern, zum Leben befähigen und in Gemeinschaft solidarisch das Leben teilen. Gott ist ein Freund des Lebens.

Nach reformatorischem Verständnis sind alle Menschen zu einem Leben in Freiheit berufen (Gal 5,13a). Menschliches Leben verdankt sich dem Handeln Gottes. Darin stimmt das Leben eines jeden Menschen mit dem Leben aller anderen überein.

Irdisches Leben ist vergänglich, ohne dass das Leben an sich vergeht. Christen leben von der Hoffnung auf das «ewige Leben» jenseits der Zeit, das durch Jesus Christus in die Zeit gekommen ist (Mk 1,15; Lk 10,9; Gal 4,4). Der menschliche Tod hat nicht das letzte Wort, er ist nicht das Bleibende, er hat seinen «Stachel» verloren (1Kor 15,54–55; Joh 11,25).

Sterben ist Ausdruck der irdischen Existenz des Menschen, eines glücklichen und unsicheren, erfolgreichen und zerbrechlichen, strahlenden und mühe- oder leidvollen, satten und ungerechten, behüteten und einsamen, reichen und erbärmlichen, blühenden und gedemütigten, starken und gebrochenen Lebens (vgl. Koh 3,19–20). Es ist nach jüdisch-christlichem Verständnis immer schuldverstricktes Leben, dessen Güter die Glücklichen ebenso wenig verdient haben, wie die Unglücklichen ihr quälendes Leid.

Leben ist keine moralische Kategorie und die Bibel weigert sich beharrlich, individuelle Lebensschicksale moralisch zu bewerten. Die Schuldverstricktheit der Welt ebnet jeden Unterschied zwischen moralischen Helden und Versagern ein (Röm 3,23; Jak 3,2; 1Joh 2,2).

Der christliche Glaube weiss um die Begrenztheit menschlicher Möglichkeiten und die Gebrochenheit alles irdischen Heils (Mt 6,19–21; vgl. auch Joh 18,36). Darin gründet zugleich die Aufgabe des Menschen, sich einzusetzen um seiner und seines Nächsten willen – ohne Garantie auf Erfolg und ohne Gewähr für die Richtigkeit. Zum gewagten Leben gibt es keine Alternative.

Das Glück kommt und geht, wie das Scheitern droht und Hoffnung wächst, wie der Schmerz hereinbricht, Sinn verloren geht bis Leben daran zerbrechen kann. Die Bibel kennt zahlreiche solche Lebensgeschichten. Kein Elend und keine Verzweiflung sind ihr fremd. Zugleich enden die Biographien nicht dort, genauso wie die Geschichte von Jesus Christus nicht am Karfreitag zu Ende geht, sondern in die österliche Überwindung des Todes mündet.

4.2 Leben zwischen Angewiesensein und Freiheit

Zum menschlichen Leben gehören vielfältige Erfahrungen im Spannungsfeld von Angewiesensein und Freiheit. Die Wahrnehmung der Grenzen menschlicher Handlungsmöglichkeiten, die Erfahrungen eigener Ohnmacht, dass Gefangensein im eisernen Käfig des

verfallenden Körpers, des irren Geistes oder der ruhelosen Seele bringt jeden Gedanken von Ganzheit, Heilsein und Heilung zum Verstummen. Jede Erklärung, jede rechtfertigende Begründung, jede prinzipielle Lösung wäre nur zynische Realitätsverweigerung. Die Wirklichkeit spottet unseren vertrauten Tröstungen und Rezepten. Die Karfreitagserzählung spricht in diesem Zusammenhang von der Gottverlassenheit im grössten Leiden.

Leiden, Verletzbarkeit, Versehrtheit und Ohnmacht sind der Stachel im Fleisch des aktiven, flexiblen Menschen, der sein Leben stets fest im Griff haben muss. Wenn der Griff schwächer wird, weil die Kraft der Hände und die Spannung des Körpers nachlassen, wenn das Leben beginnt, durch die Finger zu rinnen, wenn es kein Halten mehr gibt, wenn eine dumpfe, schwere Müdigkeit Geist, Körper und Seele ergreifen, zeigt sich die «andere» Wirklichkeit des menschlichen Lebens. Gerade aus christlicher Perspektive kann und muss den existenziellen Ambivalenzen von Handeln und Erleiden, Aktivität und Passivität Raum gegeben werden.

Diese «andere» Wirklichkeit spiegelt sich ebenso in unserem Urteilen und Denken wider. Unsere Urteile über uns und die Welt entbehren letzter Gewissheiten. Sie sind vorläufig und nicht frei von Irrtümern. Das verunsichert uns, aber entlastet uns auch von dem Gewicht endgültiger Antworten. Die Reformatoren sprachen auch in diesem Zusammenhang von der Gnade, die nicht nur den Gehorsamen und Rechtschaffenen zugesagt ist, sondern auch den Zweifelnden und Verzweifelten. Gälte sie nur den Ersten, bräuchte es die Gnade nicht. Damit wird nicht der Beliebigkeit das Wort geredet, vielmehr dem Mut, Verantwortung zu übernehmen, für die eigenen Entscheidungen und Handlungen einzustehen und an ihrer Vorläufigkeit nicht zu verzweifeln.

4.3 Leben in der Krise: Leiden in der Gesellschaft

Eine wirklichkeitsgemässe und menschengerechte Reflexion über das Sterben in unserer Gesellschaft kommt nicht am Leidensbegriff vorbei. Leiden muss in unserem – von dem Autonomiegedanken geprägten – Verständnis vom Menschen integriert werden. Ansonsten droht ein «halbiertes» Menschenbild, das nur den «souveränen Menschen» im Blick hat. Es gilt, die Wahrnehmung für die Würde des Menschen zu schärfen, die unabhängig von allen tatsächlichen Fähigkeiten, gegenwärtigen Zuständen und zukünftigen Möglichkeiten besteht.

Die Würde im Schmerz, im Leiden und in der Verzweiflung zu respektieren, anzuerkennen, ernst zu nehmen und zu bewahren, bedeutet bei existenziellen Entscheidungen am Lebensende, sich jeder prinzipiellen «Lösung» zu enthalten. Nicht die moralisch richtige oder ethisch begründbare Handlung ist gefordert, sondern die Bereitschaft von allen Beteiligten, Verantwortung zu übernehmen, sich (selbst) hineinzusetzen und einzusetzen sowie – aus christlicher Perspektive – im Ernstfall auch das Bewusstsein und die Entschlossenheit, schuldig zu werden.

Obwohl der Begriff in unserer Alltagssprache kaum vorkommt, kann von Suizidbegleitung nur dann angemessen gesprochen werden, wenn sie in den Zusammenhang der menschlichen Möglichkeit, am Leben zu scheitern, gerückt wird. Ein Sterbewunsch ist nicht nur Ausdruck eines autonomen Entschlusses, der zur Tat schreitet, sondern als «vorgezogener Tod» die selbst gewählte Konsequenz auf der Schwelle des Verlusts eigener Souveränität. Der Tod als Fluchtpunkt aus Abhängigkeit und Ausgeliefertsein bildet für viele Menschen ein wichtiges Motiv für ihren Sterbewunsch. Umso schwerer wird es, dieses Scheitern in einer Gesellschaft auszuhalten, die den Blick für die eigene

Fragmentarität immer mehr aus den Augen zu verlieren droht. Wir erleben den Verfall des eigenen Körpers und Geistes, die Verwirrung der Seele als Kränkung, aber: Haben wir noch Raum zur Klage? Jeder Suizid beunruhigt, verstört, erschüttert oder lähmt, aber: Haben wir noch Platz für unsere Zweifel und Verzweiflung?

Es geht an dieser Stelle nicht darum, der Gesellschaft eine ‹Schuld› für die in ihr verübten oder versuchten Suizide anzuhängen, so als hätte sie diese – unter günstigeren Bedingungen – verhindern können. Vielmehr gilt es ein Bewusstsein dafür zu wecken, dass Suizide und Sterbewünsche – so geheim und lautlos sie auch immer verübt und vorgebracht werden – in einer sozialen Welt stattfinden. Wie ernst eine Gesellschaft das Sterben und ihre Sterbenden nimmt, zeigt sich nicht zuletzt in der Wahrnehmung, Sensibilität und Offenheit der Weiterlebenden für Fragen, über die sich nachzudenken lohnt:

- Sind wir jemals auf den Gedanken gekommen, dass der Wunsch, das Leben zu beenden, dem Leben hier den Rücken zuzukehren, auch der Wunsch sein könnte, uns den Rücken zuzukehren?
- Verweist ein Suizidwunsch nicht vielleicht auch auf unsere Unfähigkeit, dem Sterben im Leben Raum zu geben?
- Dokumentiert die organisierte Suizidhilfe nicht auch unsere Angst, Unsicherheit und unser Unvermögen, das Sterben anderer zu erleben, mit zu leben und dabei an unsere eigene Sterblichkeit erinnert zu werden?

4.4 Leben werten?

Das Verständnis vom Leben als Geschenk sperrt sich gegen seine bloße Wertung und Verwertung. Darin gründet der Gedanke von der unverlierbaren Würde des Menschen, der in den Menschenrechten universale Geltung beansprucht. Das christliche Menschenbild weist jeden Versuch zurück, die Würde des Menschen am Massstab des ‹Wertvollen› und ‹Wertlosen› zu messen. Ob bei einer Patientin (noch) ein Therapieversuch unternommen wird oder nicht (mehr), ist keine Frage des ‹Wertes› der betreffenden Person oder ihrer Würde. Auch in dem zur unerträglichen Last oder zur scheinbar endlosen Qual gewordenen Leben spiegelt sich Menschenwürde – unabhängig davon, ob damit ein subjektiver Lebenssinn verbunden werden kann. Menschenleben ist – im doppelten Sinne – für sich unendlich wertvoll, weil würdevoll. Werte betreffen die Urteile von Menschen im Leben, die Würde des menschlichen Lebens entzieht sich jeglicher Wertung.

Es kann Gründe geben, warum eine Therapie nicht mehr versucht oder eine Behandlung abgebrochen wird. So spielt die aktuelle und prognostizierte Lebensqualität bei der Organverteilung in der Transplantationsmedizin eine wichtige Rolle. Im Hinblick auf die (gleich-)berechtigten Interessen aller und die Chancen und Belastungen für den Patienten sind Güterabwägungen unvermeidbar. Solche Entscheidungen auf der Grundlage medizinisch diagnostizierbarer und prognostizierbarer Gesundheitszustände und Lebenserwartungen müssen von Wertungen über den betroffenen Menschen streng unterschieden werden. Der Tod darf niemals das Resultat eines Werturteils über einen Menschen werden.

5 Sterbehilfe in Medizin und Gesellschaft

5.1 Take care

«Sich sorgen» bedeutet, sich in ein bestimmtes Verhältnis zu der und dem anderen zu setzen, der oder dem die Sorge gilt. Dieses Verhältnis wird nicht definiert durch irgendwelche moralischen Pflichten, ethische Normen oder allgemeine Rechtsgrundsätze. Vielmehr besteht es allein darin, sich selbst in Beziehung zu setzen, anwesend zu werden, zu sein und zu bleiben. Es geht nicht um die Frage, wer mein Nächster ist, sondern ob ich der oder dem anderen eine Nächste oder ein Nächster bin (Lk 10,25–3). In diesem Subjektwechsel, den Jesus im Gleichnis vom barmherzigen Samariter vorführt, liegt eine radikale Kritik jeder Moralisierung existenzieller Lebenserfahrungen: Es geht nicht um richtiges oder falsches Handeln, nicht darum, ob jemandem Hilfe zusteht oder nicht oder ob ein Unglück selbstverschuldet ist oder nicht. Vielmehr fordert Jesus dazu auf, die Situation der Nächsten oder des Nächsten wahrzunehmen, sich berühren zu lassen. Dieser Anspruch gilt gerade vor dem Hintergrund der sozialen Realität von der «Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen» (Norbert Elias). Die Verlassenheit der Sterbenden ist eine reale Befürchtung, der viele Menschen, den selbst gewählten Tod vorziehen.

Sich sorgen bedeutet weiter, die Autonomie der und des einzelnen gerade in der grössten Verzweiflung, Sinn- und Hoffnungslosigkeit zu achten und zu schützen. Die Anerkennung besteht manchmal darin, jede Moralisierung entschieden zurückzuweisen. Die Barmherzigkeit Gottes zeigt sich in seiner bedingungslosen Annahme des Menschen. Diese Un-Bedingtheit spiegelt sich in der menschlichen Gemeinschaft im solidarischen Teilen und Anteilnehmen wider, dass sich jeglicher moralischen Beurteilung enthält.

«Sich sorgen» zeigt sich schliesslich in der Bereitschaft, anwesend zu sein, die Sterbenden nicht allein lassen, sie in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten. «Das Geheimnis der Begleitung von Patienten besteht darin, die Patienten zu begleiten» lautet der einfache, konsequente Grundsatz eines Vordenkers der Hospizbewegung.

Die Tragik existenzieller Entscheidungen am Lebensende lässt sich freilich nicht einfach mit unseren theologischen Sätzen über das Leben als Gabe und Geschenk Gottes harmonisieren. Es gibt keine menschliche Rechtfertigung, das eigene Leben zu beenden, weil es – in reformatorischer Perspektive – im und für das eigene Leben keine Selbstrechtfertigung geben kann. Zugleich kann nur ich selbst mein Leben als das Geschenk des Schöpfers annehmen und begreifen. Niemand kann mich darin vertreten. Und niemand kann von einem anderen Menschen fordern, sein Leben als Gabe Gottes zu begreifen. Gerade deshalb besteht die Aufgabe von Christinnen und Christen darin, alles Menschenmögliche zu tun, damit Menschen sich als Geschöpfe Gottes erleben können und ihr Leben als Geschenk des Schöpfers wahrnehmen, annehmen, leben und manchmal auch aushalten und durchstehen können. Es geht darum, menschlich zu leben, damit menschengemässes Leben und Sterben möglich werden kann. Es geht nicht darum, die Verpflichtung, Leben zu schützen, zu einem menschlich entleerten Diktat zu erheben und gegen das am Leiden verzweifelnde und zerbrechende Individuum zu richten.

5.2 Begleitende Seel-Sorge

*«Wer tröstet den Krebspatienten in Zimmer No. 11?
Der Doktor, der denkt, die Schwester vielleicht.
Die Schwester, die denkt, die Familie vielleicht.
Die Familie, die denkt, der Pfarrer vielleicht,
und der Pfarrer, der denkt, hoffentlich Gott.»
Kurt Marti*

Christliche Seelsorge meint eine bestimmte Form der Kommunikation des Evangeliums und spezifische Glaubenspraxis in Problem- und Konfliktsituationen des Lebens. Seelsorgerliche Begleitung lässt sich nicht in ein Schema pressen. Sie leitet nicht zu feststehenden Zwecken an, verleitet nicht zu einem vorgegebenen Sinn. Vielmehr begleitet sie Menschen, nimmt Teil an ihrem Leben und wird darin Teil der Lebensgeschichten jener Menschen, die begleitet werden. Subjekt der Seelsorge ist der begleitete Mensch. Er gibt den Ton an und die Richtung vor. Ein solches partizipatorisches und dialogisches Seelsorgeverständnis findet sich bereits im Alten Testament vorgezeichnet. Angesichts des über ihn hinein gebrochenen Unglücks entgegnet Hiob seinen Freunden: «Ertragt es, dass ich rede, [...] Wendet euch zu mir und erstarrt und legt die Hand auf euren Mund!» (Hi 21,3a.5).

Die Forderung Hiobs enthält im Kern das Programm für eine seelsorgerliche Begleitung von Sterbenden und Sterbewilligen. Seelsorge richtet sich danach einerseits gegen jede Individualisierung des Leidens durch die Isolierung der Leidenden. Andererseits widersteht sie allgemeinen, unverbindenden und unverbindlichen Tröstungen, die nur das Trostlose erträglich machen wollen. Als Begleitung rückt Seelsorge in den Lebenshorizont des begleiteten Menschen. Im Zuhören, im Bemühen, zu verstehen und im Angebot, zu teilen, was geteilt und mitgeteilt werden kann und will – aber auch im Erschrecken, Verstummen oder im Protest seelsorgerlicher Begleitung wird die begleitete Person zum Subjekt einer gemeinsamen Lebensgeschichte. Ziel einer solchen Praxis ist der authentische und konstruktive Umgang mit intra- und interpersonalem Differenzwahrnehmungen und -erfahrungen.

Wendet sich Seelsorge mit diesem Anspruch einem Menschen zu, dann kommt sie nicht umhin, auch dem eigenen Entsetzen und Verstummen ins Gesicht zu sehen. Wie Hiob bricht eine recht verstandene seelsorgerliche Begleitung mit den überkommenen, paternalistischen Rollenzuschreibungen. Manchmal braucht die Seelsorgerin oder der Seelsorger den Trost von der Person, die sie oder er seelsorgerlich begleitet. So paradox es klingen mag: In der Anerkennung der eigenen Begrenztheit und der Angst vor der Konfrontation mit dem Leiden steckt der Schlüssel zu einer professionellen Seelsorge, die sich «selbst diszipliniert» (Henning Luther), um der Flucht in billige Vertröstungen zu widerstehen.

Damit sind allerdings weit reichende Fragen verbunden. Der «Heidelberger Katechismus» von 1563 gibt auf die erste Frage – «Was ist dein einziger Trost im Leben und im Sterben?» – die Antwort: «Dass ich mit Leib und Seele im Leben und im Sterben (Röm 14, f.) nicht mir (1Kor 6,19), sondern meinem getreuen Heiland Jesus Christus gehöre (1Kor 3,23).» Was bedeutet die paulinische Ermahnung «Oder wisst ihr nicht, dass euer Leib ein Tempel des heiligen Geistes ist, der in euch wirkt und den ihr von Gott habt, und dass ihr nicht euch selbst gehört?» (1Kor 6,19) vor dem Hintergrund eines Sterbewunsches oder der Suizidbeihilfe? Wo hat christliche Seelsorge dort ihren Ort und worin besteht ihre Aufgabe?

An dieser Stelle müssen – je nach der lebensgeschichtlichen Verortung – verschiedene Perspektiven christlicher Seelsorge unterschieden werden. Besonders im Rahmen der Begleitung Sterbewilliger rücken nicht therapie- oder verkündigungs-, sondern Biographie orientierte Seelsorgekonzepte in den Vordergrund. Es geht nicht um die moralische oder ethische Beurteilung eines Wunsches, einer Absicht oder Handlung und davon abgeleitete Bewältigungsstrategien. Vielmehr gilt es, die autonome Entscheidung der Person zu respektieren und sie, auf ihren Wunsch hin, auf ihrem weiteren Lebensweg zu begleiten. Es mag sein, dass die begleitende Person dem Sterbewunsch aus persönlichen Motiven, moralischen und ethischen Überlegungen oder religiösen Überzeugungen nicht zustimmen kann. Seelsorgerliche Begleitung wäre aber missverstanden, wenn sie ihre Teilnahme von der Zustimmung zu der getroffenen Entscheidung abhängig machen würde. Seelsorgerliche Solidarität gilt grundsätzlich der Person, unabhängig von den von ihr getroffenen Entscheidungen und deren Folgen. Auch hier lautet die entscheidende Frage: Bin ich der sterbewilligen Person eine Nächste oder ein Nächster?

In ein anderes Licht rückt das seelsorgerliche Gespräch bei der Frage, ob eine Person ihrem Leben ein Ende setzen sollte oder nicht. Die Fragestellung thematisiert einen Gewissens- und Entscheidungskonflikt, der eine ethische Reflexion verlangt. Im Vordergrund steht die Befähigung der begleiteten Person zu einer selbstverantwortlichen Lebensführung, Entscheidungsfindung und Konfliktbewältigung. Die Ansichten, Bedenken oder Widersprüche der Seelsorgerin oder des Seelsorgers müssen aber in einer symmetrischen Kommunikationssituation selbstverständlich Platz finden. Das kann auch bedeuten, klar die Grenzen der eigenen Dialogfähigkeit und -bereitschaft zu benennen und die entsprechenden Konsequenzen zu ziehen.

Gerade aus evangelischer Perspektive muss immer wieder an die reformatorische Differenz zwischen Person und Handlung – theologisch: zwischen gnädigem Angenommensein und selbst zu verantwortenden Werken – erinnert werden. Daraus folgt: Seelsorgerliche Begleitung nimmt am Leben der begleiteten Person teil. Die Seelsorgerin und der Seelsorger sind Nächste oder Nächster. Eine Person zu begleiten, bedeutet aber nicht, sich ihr Handeln zueigen zu machen, sie in ihrem Handeln moralisch zu unterstützen oder ihre Entscheidungen zu rechtfertigen. Seelsorge meint nicht Komplizenschaft. Seelsorgerliche Begleitung fordert und leistet Solidarität und nicht ethische Legitimation.

6 Offene Fragen

Entscheidungen am Lebensende sind Herausforderungen, die sich – wie jedes konkrete Urteilen und Handeln – stets (wieder) neu stellen. In dieser Aufgabe spiegelt sich einerseits der permanente Wandel gesellschaftlicher Normen- und Wertvorstellungen wider. Andererseits reagiert dieser Wandel selbst auf immer neue Handlungs- und Entscheidungssituationen, mit denen wir in unserer wissenschaftlich-technologischen Zivilisation konfrontiert werden. Auch Antworten auf Fragen der Suizidbeihilfe und Sterbehilfe können immer nur vorläufige sein. Und manche Fragestellungen verweigern sich schneller und eindeutiger Antworten. Umso wichtiger wird es, sich ihre zeitliche Begrenztheit, Revisionsbedürftigkeit und Veränderungsfähigkeit immer neu bewusst zu machen. Drei aktuelle Kontroversen in den öffentlichen Debatten sollen abschliessend kurz diskutiert werden.

6.1 Die Grenzen des Rechts

Libérale Gesellschaften und Rechtsstaaten machen ernst mit dem Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen. Das Recht verpflichtet den Staat, das Leben des einzelnen nicht zu gefährden und vor Übergriffen Dritter zu schützen, nicht aber die einzelne Person (als Rechtsträger) vor sich selbst. Der Gesetzgeber garantiert mit diesen Abwehrrechten auch die Freiheit jeder und jedes einzelnen, über das eigene Lebensende zu bestimmen. Das Recht schützt die einzelne Person ebenfalls davor, von Dritten zum Weiterleben verpflichtet oder gezwungen zu werden.

Was aber, wenn diese Freiheit nicht mehr selbst in Anspruch genommen werden kann? Situationen, in denen ein Sterbewunsch aufbricht sind häufig durch den Verlust der eigenen Handlungsfreiheit und durch Erfahrungen massiver Hilflosigkeit und Abhängigkeit gekennzeichnet. Das wirft weit reichende Fragen auf: Wenn wir unerträgliches Leid als relevanten Beweggrund für den Sterbewunsch und seine Unterstützung anerkennen, muss dann diese Anerkennung nicht erst recht für jene Menschen gelten, deren Behinderung, Krankheit oder Leiden so sehr fortgeschritten sind, dass sie nicht einmal mehr über die notwendigen physischen Fähigkeiten verfügen, um den Suizid selbst auszuführen?

Oder was, wenn das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder mangelnde Urteilsfähigkeit eine Person von der Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe ausschliessen? Leiden und Schmerzen zu empfinden, Ausweglosigkeit und Verzweiflung zu erleben hängen nicht von dem psychischen Zustand oder der Urteils- beziehungsweise Nicht-Urteilsfähigkeit einer Person ab. Trotzdem wird ein daraus resultierender Sterbewunsch anders beurteilt, weil der Status der Willensbekundung der sterbewilligen Person nicht den rechtlichen und ethischen Mindestanforderungen genügt.

Eine solche Ungleichbehandlung widerspricht unseren Vorstellungen von Gerechtigkeit. In der jüngeren Diskussion gibt es vermehrt Stimmen, die das Freiheitsrecht auf Suizid in ein viel weiterreichendes Anspruchsrecht umdeuten und auf psychisch Kranke und Nicht-Urteilsfähige (Demenz, Alzheimer) ausdehnen wollen.

Man muss sich die Konsequenzen dieser Forderungen sehr genau bewusst machen: Es geht um eine dreifache Ausweitung der Suizidbeihilfe, die die Rahmenbedingungen, unter denen sie heute stattfindet und gesellschaftlich akzeptiert ist, radikal verändern. Erstens wird Suizidbeihilfe im Sinne der aktiven Sterbehilfe gefordert, bei der die Tötungshandlung nicht mehr von der sterbewilligen Person selbst, sondern von einer Drittperson

ausgeführt wird. Damit wird der Boden von Art. 115 StGB, der die Legalität der gängigen Suizidbegleitung regelt, verlassen. Stattdessen erfüllt aktive Sterbehilfe den Straftatbestand eines Tötungsdelikts nach Art. 114 StGB.

Zweitens würde aus dem Rechtsschutz der Freiheit, Suizid zu begehen oder Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen, ein Anrecht, das gegenüber Dritten eingefordert werden kann. Ein solches «Anspruchsrecht auf Suizid» hätte zur Folge, dass der Staat Menschen darauf verpflichten müsste, Suizidbeihilfe zu leisten. Denn jedes einforderbare Recht nimmt die Menschen zugleich in die Pflicht. Die rechtliche Verpflichtung von Personen auf Suizidassistenz widerspricht aber fundamental dem Autonomieprinzip selbst, auf das sich die Rechtsforderung stützt, weil die Freiwilligkeit der Suizidbeihilfe zur sanktionierbaren Pflicht würde. Die Forderung nach einem «Anspruchsrecht auf den eigenen Tod» führt somit in einen Widerspruch. Niemand darf zur Suizidbeihilfe gezwungen werden.

Die Ausweitung des Adressatenkreises trägt drittens der drastischen Zunahme jener Krankheitsbilder Rechnung, die Sozialstaat und Gesellschaft vor enorme Herausforderungen stellen. Gleichzeitig beruht die Tragfähigkeit unserer rechtsstaatlichen Ordnung einerseits auf der Bereitschaft und Fähigkeit zum rationalen Diskurs und zu verständigungsorientierter Konfliktbearbeitung, die bestimmte kognitive und psychische Bedingungen unabdingbar voraussetzen. Andererseits besteht sie im besonderen Schutz für die Menschen, die dazu selbst nicht fähig sind. Gerade um der berechtigten Interessen derjenigen willen, die auf das stellvertretende Handeln Dritter angewiesen sind, sollten die strikten Massstäbe der Urteilsfähigkeit und psychischen Stabilität nicht vorschnell zur Disposition gestellt werden. Eine solidarische und sich ihrer Verantwortung bewusste Gesellschaft wird sehr rigide Grenzen ziehen, ohne die dabei manchmal unvermeidbare Tragik solcher Entscheidungen auszublenden.

Tatsächlich zeigt sich an dieser Stelle: Das Recht ist nicht in der Lage, die Ungerechtigkeit der Lebensbedingungen und Lebenslagen aufzulösen oder zu korrigieren. Die Einschränkungen individueller Lebensmöglichkeiten und die Ungleichheit in den Ausgangslagen der Menschen dürfen nicht dazu führen, die unbedingte Geltung der Freiheits- und Persönlichkeitsrechte einzuschränken. Das Recht darf nicht zum Instrument der Durchsetzung partikularer Interessen werden. Damit würden die Aufgabe und Funktion rechtsstaatlicher Ordnungen in ihr Gegenteil verkehrt. Zugleich wäre Freiheit missverstanden, würden Willensbekundungen ohne gründliche Klärung der Umstände, unter denen sie zustande kommen, schlicht als Ausdruck der persönlichen Handlungsfreiheit genommen. Die vernünftige und besonnene Abwägung der Zurechenbarkeit von Entscheidungen und Handlungen gilt dem Schutz von Personen, die für ihre eigenen wohlverstandenen Interessen nicht, nicht mehr oder nicht immer eintreten können. Gesellschaftliche Solidarität und Verantwortung findet in solchen Einschränkungen ihren angemessenen Ausdruck. Stellvertretendes Handeln erfordert die besondere Sensibilität, Zurückhaltung und Vorsicht gegenüber der vertretenen Person. Auch hier kann das Recht nur Grenzen zum Schutz der betroffenen Menschen setzen. Aber: Auf der Grenze des Lebens stösst das Recht an seine Grenzen.

6.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Sterbehilfe und Sterbebegleitung gehören inzwischen zum medizinischen Alltag. Sie sind nicht zuletzt das Ergebnis einer medizinischen Entwicklung, die dem Selbstbestimmungsrecht und den Interessen der Patientinnen und Patienten entscheidendes Gewicht einräumt (informed consent). So steht auch der Respekt vor der Autonomie im Zentrum der

medizinischen Überlegungen zu Suizidbegleitung, Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Der Patientenwille wird damit nicht absolut gesetzt, sondern muss mit den anderen medizinischen Grundsätzen des Nicht-Schadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit übereinstimmen können. Medizinische Entscheidungen sind in jedem Einzelfall auf der Grundlage aller vier ethischen Prinzipien medizinischen Handelns abzuwägen.

Grundlegende Bedingungen für medizinische Entscheidungsfindungsprozesse sind:

- Der Patientenwille steht im Mittelpunkt, er ist zu respektieren und anzuerkennen.
- Die Rolle von Angehörigen bei der Entscheidungsfindung ist zu klären.
- Handlungsalternativen bestehen oder sind zu schaffen (ohne flächendeckende Palliative Care-Angebote kann nur zwischen Schmerzen / Leiden und beschleunigtem Sterben gewählt werden).
- Handlungsoptionen sind auch für medizinische Laien verständlich, nachvollziehbar und entscheidbar.
- Entscheidungsprozesse sind transparent und nachvollziehbar gestaltet.
- Individuelle Interessenlagen der einzelnen Beteiligten sind wechselseitig bekannt.
- Die Aktualität, das Zustandekommen und der Status von Patientenverfügungen sind zu klären; ihre Inhalte haben für das medizinische Handeln Verbindlichkeit (das Recht sichert und schützt das den Patientenverfügungen entsprechende Handeln des Medizinpersonals).
- Das Medizinpersonal darf nicht zu Handlungen gezwungen werden, die ihre Autonomie und ihre moralischen Einstellungen unzulässig einschränken.
- Entscheidungsfindungsprozeduren müssen prozessorientiert gestaltet und in die konkreten Lebensbezüge eingebettet werden.
- Alle Beteiligten verfügen über die, für eine reflektierte und verantwortbare Urteilsfindung angemessene Kompetenz und Zeit.

Aktuell wird – auch im Zusammenhang der Diskussion um den Zugang organisierter Sterbehilfe in Spitälern – die Frage nach ärztlicher Suizidbeihilfe ausserhalb des Sterbeprozesses diskutiert. Die Richtlinien der SAMW äussern sich bisher zu Fragen der Sterbebegleitung, Sterbehilfe und Suizidbegleitung bei Patienten im letzten Lebensstadium. Die SAMW betont ausdrücklich, dass Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Tätigkeiten gehört. Diese Grenzbestimmung trifft aber die Realität ärztlichen Entscheidens und Handelns nur bedingt. Angesichts der üblichen Suizidbeihilfepraxis in der Schweiz (die Verschreibung des Barbiturats Natrium-Pentobarbital) findet keine assistierte Selbsttötung ohne entscheidende Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten statt. Das wichtige Bundesgerichtsurteil vom November 2006 zur Rezeptpflichtigkeit von Natrium-Pentobarbital bestätigt und stärkt die Rolle der Ärzte bei der Suizidbeihilfe. Die Urteilsbegründung macht zweierlei deutlich: Erstens lassen sich Fragen über die Angemessenheit eines Sterbewunsches und was daraus folgt nicht ausschliesslich juristisch klären. Und zweitens bedarf es einer eingehenden fachkundigen Begleitung, Prüfung und Kontrolle, damit Suizidbegleitung mit höchstmöglicher Gewissheit und Gewissenhaftigkeit im wohl verstandenen Interesse der sterbewilligen Personen geschieht.

In der Medizin bilden Patientenverfügungen ein wichtiges Instrument für die Feststellung des Willens von Personen, die aktuell nicht mehr in der Lage sind, ihre Interessen und Wünsche zu äussern. Patientenverfügungen reagieren auf ein häufig anzutreffendes Dilemma in der medizinischen Praxis: Einerseits ist eine medizinische Behandlung nur rechtmässig, wenn eine wirksame Einwilligung der betroffenen Person (oder einer gesetzlichen Stellvertretung) vorliegt. Andererseits kann diese in vielen medizinischen Situationen (Notfälle, Bewusstlosigkeit, Demenz, Koma) nicht eingeholt werden. Die – in Form einer Patientenverfügung – vorher gegebene Einwilligung oder Ablehnung kann hier Klarheit und Rechtssicherheit schaffen. Freilich sind Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen umstritten, wie auch die Arbeitsgruppe «Patientenrechte» der ZEK der SAMW und der Gesetzgeber in seinem Kommentar zur Revision des Zivilgesetzbuches feststellt. An dieser Stelle brechen komplexe ethische und rechtliche Detailfragen auf. Dabei darf niemals übersehen werden, dass keine gesetzliche Regelung den Handelnden ihre Verantwortung, Verpflichtung aber auch den Druck, entscheiden und handeln zu müssen, abnehmen können. Selbstbestimmung bewegt sich stets zwischen den Polen von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, Eigenverantwortung und sozialer Verantwortung.

Vor diesem Hintergrund erwachsen Ärztinnen und Ärzten ungemein weit reichende und schwerwiegende Aufgaben. Bisher finden sie darin kaum Unterstützung. Entsprechend werden jüngst medizinisch-ethische Richtlinien für ärztliche Suizidbegleitung gefordert. Solche Überlegungen sind notwendig und wichtig. Dabei dürfen aber die Grenzen ethischer Überlegungen und Standards nicht übergangen werden. Entscheidungen auf der Grenze des Lebens zeigen immer auch die Grenzen menschlicher Entscheidungen und Verantwortung selbst auf. Die Grenzen des nicht mehr Entscheidbaren, des nicht mehr in Kategorien der Verantwortung fassbaren dürfen nicht umgangen werden. Hier muss, kann und darf menschliche Entscheidungs- und Handlungsmacht scheitern. Die Lebensnot von Sterbewilligen lässt sich nicht mit der Gewissensnot derjenigen verrechnen, die über Sterben und Weiterleben entscheiden sollen. Der Respekt vor der Autonomie und persönlichen Integrität muss beiden Seiten immer und zugleich gelten. Deshalb kann es keine Verpflichtung auf ärztliche Suizidbeihilfe geben.

Die Dringlichkeit und Brisanz der Fragen um Suizidbeihilfe und Sterbehilfe darf nicht die Forderung und den Einsatz dafür verdecken, eine flächendeckende Palliative Care-Versorgung in der Schweiz einzurichten. Dabei geht es nicht nur um die Institutionalisierung von Hospizeinrichtungen, die Ausbildung von Personal und die Klärung von Versicherungs- und Finanzierungsfragen. Vielmehr bedarf es rechtlicher Rahmenbedingungen – wie etwa in Frankreich –, die es Angehörigen erlauben, sich aktiv an der Sterbebegleitung zu beteiligen.

6.3 Verrechtlichung der Suizidbeihilfe und gesellschaftliche Konsequenzen

Im Sog der schnellen und diffusen öffentlichen Suizidbeihilfediskussion und der ambivalenten Medienberichte über die Praxis organisierter Suizidassistenz wird die Forderung nach ihrer rechtlichen Regelungen immer lauter. Was könnte ein solches Gesetz regeln und was würde daraus folgen? Die aktuelle Praxis der Suizidbeihilfe ist klar definiert. Der ambivalente Ruf mancher Sterbehilfeorganisation beruht nicht auf gesetzlichen Lücken, sondern auf der Intransparenz ihrer Vorgehensweisen und in Vorwürfen, sich nicht an die klaren Vorschriften zu halten. Der Gesetzgeber sieht deshalb keinen Handlungsbedarf.

Dieser würde allerdings entstehen, sollte die Suizidbeihilfe in der oben beschriebenen Weise drastisch ausgeweitet werden.

Aus kirchlicher Perspektive rückt die Frage nach dem Ziel der Forderung einer Verrechtlichung in den Vordergrund. Dabei muss zwischen dem Akt der Suizidbeihilfe selbst und den Verfahren, wie sie organisiert, geplant, begleitet, kontrolliert und durchgeführt werden, unterschieden werden. Suizidbeihilfe ist kein Recht, auf das jemand Anspruch hätte. Eine Gesellschaft muss aber fordern, dass die Arbeitsweise von Suizidhilfeorganisationen transparent, nach gesellschaftlich allgemein anerkannten Normen und Regeln sowie von den entsprechenden Institutionen überprüfbar und sanktionierbar erfolgt. In dieser Hinsicht bedarf es klarer rechtlicher Regelungen, die aber nicht ein eigenständiges Suizidbeihilfegesetz nötig machen.

Gegen ein solches Gesetz steht die Befürchtung, mit einer rechtlichen Legalisierung die moralischen und ethischen Kontroversen und Konflikte einzuebnen. Suizidbeihilfe würde zu einer Handlungsoption oder rechtlich geregelten Dienstleistung, wie jede andere auch. Zugleich müssen die Befürworter einer Verrechtlichung von der Annahme ausgehen, dass sich die komplexen und existenziellen Fragen am Lebensende formal rechtlich regeln und entscheiden lassen. Es entspricht einer Tendenz in individualisierten Gesellschaften, strittige gesellschaftspolitische Fragen an das Recht zu delegieren. Der Streit um die Sache wird damit im Zweifelsfall aus der

Öffentlichkeit in den Gerichtssaal verlegt. Allerdings: Ist der Gerichtssaal der passende Ort, an dem über den Sterbewunsch einer schwerstkranken oder am Leben verzweifelten, Person entschieden werden sollte? Und kann ein Gericht diese Fragen überhaupt angemessen entscheiden? Eine sich ihrer Verantwortung bewusste Gesellschaft muss beide Fragen verneinen. Die gesellschaftlichen Herausforderungen des Umgangs mit ihren Sterbenden kann sie nicht richterlichen Urteilssprüchen überlassen, weil kein Recht und kein Gericht in der Lage wären, diese Aufgaben zu bewältigen.

Aus kirchlicher Sicht schwerwiegender ist aber die Frage nach den gesellschaftlichen Folgen:

- Wie verändert sich das Arztbild in der Gesellschaft, wenn in medizinisch-ethischen Richtlinien Suizidbeihilfe als ärztliche Tätigkeit explizit geregelt wird?
- Wie verändert sich die gesellschaftliche Haltung gegenüber Krankheit, Sterben und Leiden, wenn Suizidbeihilfe in Form von Rechtsparagrafen legalisiert wird?
- Wie verändern sich unsere Vorstellungen vom Leben und seines Schutzes angesichts der Realität und Praxis von Suizidbegleitung und Sterbehilfe?
- Was wird aus der gesellschaftlichen Solidarität mit den Alten, Kranken, Schwachen, Leidenden, Verzweifelten und Sterbenden, wenn die Möglichkeit des begleiteten Suizids zu einem rechtlich klar geregelten Verfahren wird?

Unsere Gesellschaft verändert sich fortwährend. Diese Dynamik schafft Sicherheit, sofern sie auf vertrauten und gemeinsam geteilten Grundlagen aufbaut. Der Mut, Neues zu denken und neue Wege zu suchen, verdankt sich dem Vertrauen in die bewährten Ordnungen. So ruhen auch die Überlegungen zu einer Ausweitung der Suizidbeihilfe auf den Gewissheiten einer Gesellschaft, in der das Leben der und des einzelnen das schätzenswerteste Gut überhaupt darstellt. In diesem Bewusstsein spiegelt sich die christliche Tradition unserer Gesellschaft und ihrer fundamentalen Überzeugungen wider. Zu diesen Grundlagen gehört auch die gemeinsam geteilte Verpflichtung zur wechselseitigen Fürsorge und stellvertretenden Verantwortung.

Diese Verpflichtungen folgen – im Rahmen von Sterbehilfe und Suizidbegleitung – dem Grundsatz: ‹Im Zweifel für das Leben›. Wer in Situationen kommt, in der sie oder er nicht mehr über sich und sein Leben entscheiden kann, kann sich nur auf die Geltung dieses Grundsatzes verlassen. Die eigene Ohnmacht kann nur ertragen werden, wenn das Vertrauen und die Gewissheit bestehen, dass sie von anderen stellvertretend getragen wird. Gilt dieses Wissen noch in gleicher Weise in einer Gesellschaft, in der die Grenzen des Lebensschutzes verschoben werden, weil der Zweifel an dem Wunsch zu sterben selbst in Zweifel gezogen wird? Auf welchen Schutz, welche Solidarität und welches stellvertretende Eintreten können sich psychisch kranke, verwirrte und demente Menschen noch verlassen, sollten sie in ihrer Verwirrung und Irrung ‹beim Wort› genommen werden? Und welches Selbstverständnis vermittelt eine Gesellschaft ihren alten, gebrechlichen, schwerstkranken, behinderten, hilfsbedürftigen und sterbenden Mitgliedern, wenn sie nicht mehr bereit ist, die Lasten des Lebens solidarisch zu tragen? In einem sozialen Umfeld, das die Lasten des Lebens nicht mehr selbstverständlich zu teilen bereit ist, entsteht bei denjenigen, denen ihr Leben zur Last geworden ist, unweigerlich das Gefühl, nur noch eine Belastung zu sein. Die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen, steht heute schon bei vielen sterbewilligen Menschen im Vordergrund. Jeder gesellschaftlichen ‹Stimmung›, die einem solchen Denken Vorschub leistet, indem sie unterschwellig eine moralische Pflicht oder gar Forderung zur Selbsttötung suggeriert, muss entschieden widersprochen werden.

Der gesellschaftliche Umgang mit sterbenden und sterbewilligen Menschen wirft vielfältige und weit reichende Fragen auf. Einfache, pauschale oder allgemeingültige Antworten darauf gibt es nicht. Unter keinen Umständen darf aber die Antwort einer Gesellschaft darin bestehen, sich diesen Fragen nicht (mehr) zu stellen.

7 Literatur

Baumann-Hölzle, Ruth et al: Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben! Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Dialog Ethik, Zürich 2005.

Luther, Henning: Tod und Praxis. Die Toten als Herausforderung kirchlichen Handelns. Eine Rede, in: Zeitschrift für Theologie und Kirche 88/1991, S. 40 –426.

Luther, Henning: Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge, in: Transparent-Extra 62/2001, S. 2–11.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK): Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005, Bern 2005.

NEK: Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006, Bern 2006.

Peter, Hans-Balz / Mösl, Pascal (Hg.): Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus, Zürich 2003.

Rehmann-Sutter, Christoph et al. (Hg.): Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin, Bern 2006.

Schweizer Bischofskonferenz (SBK): Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral-schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung, Einsiedeln 2002.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Basel 2004.

SAMW: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Basel 2004.

SAMW: Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Basel 2006.

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK): Selbstbestimmt leben – und Sterben? Zur aktuellen Debatte um «Dignitas» in Deutschland. Stellungnahme des Rates des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes, Bern 2005.

SEK: Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Vernehmlassungsantwort des Rates SEK an die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Bern 2006.

SEK: Leben auf der Grenze. Entscheidungen am Lebensende aus theologisch- ethischer Perspektive, SEK Studie 1, Bern i. Ersch. (dort weiterführende Literatur).

Zürcher Kirchenrat: Nein zur aktiven Sterbehilfe, in: Annex: Sterbehilfe 38/2000, S. 3–12.

Zusammenfassende Thesen

1. Der von Gott gewollte Mensch

- Menschliches Leben – auch im Sterben – ist von Gott gewolltes Leben.
- Christlicher Glaube weiss sich in Situationen des Verzweifeln, Scheiterns, Versagens und Verzagens von der Zusage des neuen Lebens nach dem Tod getragen.
- Christliche Seelsorge will Sterbenden und Sterbewilligen Nächste und Nächster sein.
- Christliche Seelsorge gründet in dem Respekt und der Anerkennung jeder Person als von Gott geliebtem und gewolltem Geschöpf. Sie begleitet Menschen in der letzten Lebensphase. Es gehört nicht zu ihren Aufgaben, deren Entscheidungen ethisch zu beurteilen, zu kritisieren oder zu legitimieren.

2. Sterbenden Würde geben

- Vor der Unerträglichkeit von Schmerz, Leiden und Verzweiflung versagt jedes theoretische und prinzipielle Urteil.
- Der persönlichen Gewissensentscheidung gebührt Respekt und Anerkennung unabhängig von der eigenen Zustimmung.
- Sterbehilfe muss sich, wenn immer möglich am Patientenwillen orientieren.
- Fragen der Sterbehilfe lassen sich nicht ausschliesslich medizinisch beantworten. Entscheidungsfindungsprozesse am Kranken- und Sterbebett müssen die gesamte Lebenssituation der sterbenden Person einbeziehen.

3. Garantie der Gewissensfreiheit

- Die grosse Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten bei Entscheidungen am Lebensende muss angemessen wahrgenommen, (rechtlich) geschützt und unterstützt werden (Ausbildung, ethische und psychologische Beratung, Seelsorge, Supervision sowie institutionalisierte Prozesse interdisziplinärer Entscheidungsfindung).
- Niemand darf zu Tätigkeiten der Suizidbeihilfe verpflichtet werden.

4. Rechtsschutz für alle Beteiligten

- Patientenverfügungen müssen rechtlich geschützt und verbindlich gemacht werden.
- Jeder Mensch hat ein Recht auf Palliative Care.
- Es gibt keinen Rechtsanspruch auf Suizidbeihilfe. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen sind beizubehalten.
- Die Praxis organisierter Suizidbeihilfe bedarf differenzierter (rechtlicher und standesethischer) Regelungen, die Angemessenheit, Transparenz und Achtsamkeit des Vorgehens, Wahrung der Menschenwürde und -rechte sichern und einer Kontrolle zugänglich machen.

5. Gegen die gesellschaftliche Instrumentalisierung von Sterbenden und Sterbewilligen

- Suizidbeihilfe und Sterbehilfe dürfen nicht zu einem Weg ohne Alternative werden.
- Suizidbeihilfe und Sterbehilfe sind kein (sozial- oder gesundheits-)politisches Instrument (der Kostensenkung).