

Erwin Kress

Sterbehilfe aus humanistischer Sicht

*ob kroaten oder serbn
alle müaßen sterben
ob serb oder kroat
um an jeden is schad¹*

Einleitung

Sterbehilfe wird in diesem Beitrag nicht verkürzt verstanden als Hilfe bei der unmittelbaren Lebensbeendigung. Sterbehilfe ist, und das auch aus humanistischer Sicht, eine Hilfe für einen Menschen, der in seine letzte Lebensphase eingetreten ist, die Phase des Sterbens. Das Leben zu verlieren, ist für die Menschen gewöhnlich eine zutiefst schmerzliche und traurige Angelegenheit. Selbst da, wo in unserer Gesellschaft der Tod als Erlösung empfunden wird, bezieht sich diese Erlösung in der Regel nur auf Erlösung von Leid, das der Sterbende nicht mehr tolerieren möchte oder kann.

¹ Hubert von Goisern: Eswaramoi 1992–1998 (Audio CD 2000).

Sterbehilfe ist mehr als rein medizinische Hilfe. Sie ist vornehmlich Hilfe bei der geistig-seelischen Verabschiedung, dem Aufarbeiten des eigenen Lebens und dem Prozess der Trennung von der sozialen Umgebung und von dieser Welt. Als solche nimmt sie den engagierten Helfer immer auch psychisch mit, lässt ihn mitleiden und mit trauern.

Die Trauer kann sich mischen mit Elementen der Freude, wo es gelingt, unnötiges Leiden zu vermeiden, oder wo durch soziale Eingebundenheit die Trennung vom Leben erträglicher wird. Trauer und Mitleiden gehören als Geschwisterpaar zusammen. Wo wir nicht mitleiden (oder z. B. wegen Überlastung nicht mitleiden können), bleibt die Hilfe mechanisch und wird auch so empfunden.

Sterbehilfe findet auch da statt und lässt der Trauer Raum, wo ein Arzt oder ein Krankenhausteam das Sterben eines Menschen zulässt, anstatt durch fortwährende technische Maßnahmen das Leben aus Prinzip zu verlängern. Trauer ist keinesfalls minder groß, wo Menschen um Hilfe bei der Selbsttötung bitten, oder gar, was in unserem Staat verboten ist, wo ein Mensch einen anderen auf dessen Verlangen hin tötet.

Sterbehilfe gehört zu einem menschenwürdigen Leben ebenso wie Geburts- und Lebenshilfe. Sie ist heute nötiger als früher, da sich medizinische Technik, grenzenloser Fortschrittsglaube und Anspruchsdenken vielfach einem „guten Sterben“ entgegenstellen.

In einem Geleitwort zum 2010 erschienenen Buch ‚Ausweg am Lebensende‘ schreibt der Ethiker und Philosoph Dieter Birnbacher: „Der Bedarf an einer neuen und nicht mehr nur religiös verstandenen *Ars moriendi*, einer ‚Kunst des Sterbens‘, die medizinische, soziale und existenzielle Aspekte gleichermaßen einbezieht, ist unübersehbar. In dem Bemühen, diesem Bedarf gerecht zu werden, steht unsere Gesellschaft noch ganz am Anfang.“² – Dem ist zuzustimmen, wie die seit Jahren geführten Debatten über Sterbebedingungen, weiter um das Thema Patientenverfügung, gegenwärtig vor allem um das Thema „aktive“ Sterbehilfe, zeigen.

² Dieter Birnbacher: Geleitwort. In: Chabot Boudewijn und Christian Walther, Ausweg am Lebensende, München / Basel 2010. S. 10.

Basis der Sterbehilfe

Der Gerontologie Andreas Kruse (Universität Heidelberg) zeigt auf, was chronisch kranke und sterbende ältere Menschen bewegt: „In unseren Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung chronischer Erkrankungen im Alter sowie zur Einstellung älterer sterbender Menschen zu ihrer eigenen Endlichkeit ließen sich (neben spezifischen Krankheitssymptomen) vier Merkmale bestimmen, die in zentraler Weise Erleben und Verhalten chronisch erkrankter und sterbender Menschen beeinflussen: Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Mitverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit.“³

Dame Cecily Saunders, eine Pionierin der Hospizidee, fasst die Grundidee der Sterbehilfe für die Betroffenen so zusammen: „Du bist wichtig, weil du du bist und du bist wichtig bis zum letzten Moment deines Lebens. Wir werden alles tun, nicht nur damit du in Frieden sterben kannst, sondern damit du leben kannst, bis du stirbst.“⁴ „Leben“ heißt, ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung auch im Prozess des Sterbens verwirklichen zu können, und es heißt zugleich, in Beziehung zu anderen Menschen zu stehen – wobei Beziehung beide Aspekte umfasst, sowohl die gegebene Hilfe (Mitverantwortung) als auch die empfangene Hilfe (bewusst angenommene Abhängigkeit).“⁵

Der sterbende Mensch soll nicht alleine bleiben. „Der sterbende Mensch braucht Gesprächspartner“, sagt der Pastor im Ruhestand Udo Schlaudraff, „mindestens einen, der ihm hilft, mit der Ambivalenz von Todesangst und Todessehnsucht fertig zu werden, die beide in ihm sind. Die Lust zu leben und die Last, so leben zu müssen, wie es jetzt nun einmal nicht anders sein kann, kämpfen miteinander.“⁶

³ Andreas Kruse: Das Verhältnis Sterbender zu ihrer eigenen Endlichkeit: In: Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006, S. 42-45.

⁴ Cicely Saunders: *Care of the Dying. The Problem of Euthanasia*. In: Nursing Times 72, Nr. 26 (1976), S. 1003–1005. („You matter because you are you and you matter to the last moment of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but to live until you die.“)

⁵ Kruse: Das Verhältnis Sterbender.

⁶ Udo Schlaudraff: Wie wir sterben – Hoffnungen und Ängste. In Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006, S. 28.

Aus humanistischer Sicht sind es im Wesentlichen zwei Begriffspaare, die in unserer aufgeklärten und teilsäkularisierten Gesellschaft die Basis für die Sterbehilfe darstellen sollten: Selbstbestimmung und Fürsorge, Barmherzigkeit und Menschenwürde.

Warum helfen wir, stellen uns dem Sterbenden zur Verfügung?

„Die Natur schreibt auch das vor, dass der Mensch dem Menschen, wer immer es sei, helfen wolle, genau aus dem Grund, weil der ein Mensch ist.“ Diesen Grundsatz finden wir bei dem römischen Politiker, Anwalt und Philosophen Marcus Tullius Cicero in seinem letzten philosophischen Werk ‚Über das Handeln gemäß der Natur‘ aus dem Jahr 44 v.u.Z.: „Wir werden alle durch ein und dasselbe Gesetz der Natur zusammengehalten.“

Ciceros Schrift konnte, da weitgehend religionsfrei, auch von dem später sich entwickelnden Christentum genutzt werden. Sie wurde schon sehr früh ins Deutsche übersetzt und wirkte auch auf die moderne Moralphilosophie. Die deutsche Sprache verdankt ihr den frühesten Beleg für den Ausdruck „Würde des Menschen“ (*dignitas homini*).⁷

Die Menschheitsfamilie (*gens humana*) ist nach Cicero der weiteste Raum, in dem moralisches Handeln gedacht werden kann.⁸ Die *caritas* entspringt elementarer Liebe, zunächst der zu den Kindern und zwischen Ehegatten, dann aber umfasst sie auch die Blutsverwandten, die Angeheirateten, Nachbarschaften, die Mitbürger, die Bundesgenossen – und schließlich umarmt sie die ganze Menschheitsfamilie (*tota gens humana*). Die *caritas* als eine Tugend enthält „eine gewisse (Für-)sorge (*cura*)“, die sich dem anderen zuwendet und ihn umfasst“ um seiner selbst willen, nicht mit der Absicht auf eigenen Nutzen oder einstigen Lohn im Jenseits.⁹

Der Philosoph Seneca schreibt ca. 50 n.u.Z: „Die Natur ... hat uns wechselseitige Liebe (*amor mutuus*) eingegeben und uns soziablel gemacht“, also

⁷ Hubert Cancik: Gleichheit und Menschenliebe. In: Barmherzigkeit und Menschenwürde. Hrsg. von Horst Groschopp, Aschaffenburg 2011, S. 19.

⁸ Das Wort Menschheitsfamilie (*all members of the human family*) findet sich wieder in einem Basistext des modernen Humanismus, der *Universellen Erklärung der Menschenrechte* durch die Vereinten Nationen 1948.

⁹ Zitate von Cicero: de finibus, nach Cancik: Gleichheit und Menschenliebe.

fähig, ein Geselle, ein Weggefährte zu sein. Die wechselseitige Liebe ist nur möglich auf der Basis, dass der Mensch sich auch selbst wahrnimmt, Selbstbewusstsein hat und das Bestreben, sich selbst zu bewahren. Nach Cicero ist es „notwendig, dass der vollkommene Mensch sich selbst um nichts mehr liebt als den Anderen“.

Selbstbestimmung

In unserer freiheitlichen Gesellschaft gehen die meisten Menschen heute davon aus, dass sie ihr Leben und damit auch *über* ihr Leben, selbst bestimmen dürfen und können. Das Recht zur Selbstbestimmung ist von unserer Verfassung klar und eindeutig geschützt: „Das Ethos moderner Lebensführung wird geprägt von dem Anspruch auf Selbstbestimmung der Person: Menschen können und müssen selbst entscheiden, wie sie leben wollen, bleiben aber als Individuen auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen“, so beschreibt es der *Nationale Ethikrat in Selbstverwaltung und Fürsorge am Lebensende* 2006.¹⁰ Zu ergänzen wäre hier: Sie können auch selbst entscheiden, wie sie sterben wollen, solange sie zu einer solchen Entscheidung fähig sind.

Gian Domenico Borasio, der sich als Palliativmediziner sehr um seine Disziplin verdient gemacht hat, sieht das Prinzip der Fürsorge (Benefizienz) als eines der vier grundlegenden Prinzipien der Medizinethik. Dies stehe „allerdings in einem Spannungsverhältnis zu den anderen drei Prinzipien: Autonomie, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit (letztere auch im Sinne von gerechter Verteilung knapper Ressourcen).“¹¹

Diese vier Grundprinzipien sind aber nicht gleichwertig zu sehen. Schadensvermeidung und Fürsorge haben sich klar dem Autonomieprinzip unterzuordnen. Dies ist als Wunsch bzw. Forderung in unserer Gesellschaft gegenüber paternalistischen Vorstellungen in jüngster Vergangenheit immer deutlicher geworden und hat sich in zwischen auch in der rechtlichen Stärkung des Patientenwillens durchgesetzt. Dennoch stellt es für viele Ärzte immer

¹⁰ Nationaler Ethikrat: *Selbstverwaltung und Fürsorge am Lebensende*. Berlin 2006, S. 18.

¹¹ Gian D. Borasio: *Selbstbestimmung im Dialog*. In: Heinrich Böll-Stiftung, *Selbstbestimmung im Dialog*, Berlin 2008 S. 26.

noch ein Problem dar, ihr Tun am Patientenwillen auszurichten und Benefizienz und Malefizenz im Sinne des Patienten zu verstehen.

Selbstbestimmung und Fürsorge, Barmherzigkeit und Menschenwürde, das waren nicht immer die Leitprinzipien für den Umgang mit den Sterbenden. Und leider ist auch heute noch keines dieser Prinzipien in unserer Gesellschaft für die Lebenden und Sterbenden durchgehend garantiert.

Humanistische Sterbehilfe

Wenn hier von humanistischer Sterbehilfe die Rede ist, so bezieht sich dies auf Theorie und Praxis des *Humanistischen Verbandes Deutschlands* (HVD), da dieser als einziger in der säkularen Szene unseres Landes eine entsprechende Sozialarbeit macht und damit über die ausgeprägtesten Positionen verfügt. Der HVD wurde 1993 von konfessionsfreien Verbänden, Körperschaften und Einzelpersonen aus den alten und neuen Bundesländern gegründet, als bundesweit tätige Interessenvertretung freidenkerischer, freigeistiger und weltlich orientierter Menschen.¹²

Humanistische Praxis

Der Verband bot als erste Organisation individuell mit dem Antragsteller erarbeitete Patientenverfügungen an, auf der Basis praktischer und fachspezifisch-professioneller Erfahrungen. Seit den 90er Jahren sammelte der HVD im Hospizbereich sowie in den Bereichen Patientenverfügung, telefonische Betreuung und Beratung, Sterbe- und Trauerbegleitung mit einer zunehmenden Schar von ehrenamtlichen Helfern Erfahrung.

Inzwischen betreibt der HVD in Berlin neben dem ambulanten *Hospizdienst VISITE* auch das stationäre *Hospiz Ludwigspark*, den Interkulturellen Hospizdienst *Dong Ban Ja*, das ambulante Kinderhospiz *Berliner Herz* (unter der Schirmherrschaft des Schauspielers Matthias Brandt), *Menschenkind* – eine

¹² Ein kurzgefasstes Leitbild des HVD findet sich unter <http://www.humanismus.de/leitbild>. – Ein ausführliches Selbstverständnis ist nachzulesen unter http://www.humanismus.de/sites/humanismus.de/files/Humanistisches%20Selbstverständnis_%202011.pdf

Koordinierungs- und Vernetzungsstelle rund um Familien mit schwerkranken und betreuungsintensiven Kindern, sowie weitere Einrichtungen im Bereich Seniorenbetreuung und Pflegehilfe. In Stuttgart bietet der HVD zusammen mit der AWO einen humanistischen Hospizdienst an. Diese Angebote sind lebenspraktische Ausprägungen der vom HVD verfolgten und propagierten Selbstbestimmung und Hilfe dazu am Lebensende.¹³

Fragen der Sterbehilfe waren auch Gegenstand von Tagungen und Veröffentlichungen der verbandsnahen *Humanistischen Akademie Deutschlands*. 2003 fand z. B. gemeinsam mit der *Friedrich-Ebert-Stiftung* und der *Humanistischen Union* (Menschenrechtsorganisation) eine wissenschaftliche Konferenz *Humanes Leben bis zuletzt* statt.¹⁴

Rechtliche Forderungen

Bereits 1994 hat sich die „Patienten- und Trauerhilfe im HVD“ in Berlin an die Öffentlichkeit gewandt. Da hieß es unter anderem: „Im Sinne unserer Ethik gehören menschliche Begleitung, ärztliche Sterbebetreuung und das Recht auf ein selbstbestimmtes Ende mit gewünschter Leidensverkürzung untrennbar zusammen“.¹⁵

Der Verband forderte bereits 1994 vom Gesetzgeber, „dass bei zunehmender praktischer Bewährtheit und ärztlicher Akzeptanz von Patientenverfügungen endlich deren volle rechtliche Absicherung zu erfolgen hat. Entsprechend darf im Patientensinn geleistete Hilfe zur Sterbeerleichterung, auch wenn sie eine Beschleunigung des Todeszeitpunktes mit sich bringt, nicht länger in einer Grauzone der Kriminalisierung angesiedelt bleiben.“ – Die Bundesdelegiertenkonferenz des HVD, der Souverän des Verbandes, verabschiedete 1994 zehn Thesen zum *Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende und auf humane Hilfe beim Sterben*.

¹³ Anfang 2003 wurde der VISITE-Hospiz- und Besuchsdienst mit dem Preis der *Dr. Viktor Frhr. von Fuchs-Stiftung* geehrt.

¹⁴ *Humanes Leben bis zuletzt* ist dokumentiert in der Zeitschrift *humanismus aktuell* der Humanistischen Akademie Berlin, H. 14 / 2004; online verfügbar unter http://www.humanistische-akademie-berlin.de/sites/all/files/medien/pdfs/ha_14_2004_humanes_leben-bis_zuletzt.pdf.

¹⁵ Humanistischer Verband Deutschlands, Bundesgeschäftsstelle, Faltblatt der Patienten- und Trauerhilfe im HVD, Berlin 1994. – Da auch das Folgende.

Gefordert wurden folgende Rechte:

- Recht auf Behandlung als mündiger Mensch und lebendiges soziales Wesen (und nicht aus dem Kreis der Lebenden ‚abgeschoben‘ zu werden)
- Recht darauf, dass die Ärzte aufrichtig aufklären und die Würde im Sterben bewahren
- Recht zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, wenn der Patient dies wünscht
- Recht auf Hilfe in geeigneten Einrichtungen, auch wenn das oberste Ziel „Heilung“ gegen das Ziel „Förderung des Wohlbefindens“ ausgetauscht werden muss
- Recht auf optimale Schmerzlinderung, selbst wenn damit eine Verkürzung des Lebens einhergehen sollte
- Recht auf Sorge für das emotionale und geistige Wohl, auf humanistische Sterbebegleitung oder konfessionelle Seelsorge
- Recht auf die erforderliche medizinisch-pflegerische und psychosoziale Unterstützung durch ambulante Dienste beim Sterben zu Hause
- Recht, als letzten Ausweg auch den Freitod zu wählen [...] ohne dass mit Zwangs- und Hinderungsmaßnahmen gerechnet werden muss
- Recht auf Orientierung medizinischer Maßnahmen am Wohl des Patienten nach dessen eigenem Sinn
- Recht auf rechtsverbindliche Bevollmächtigung einer Vertrauensperson, um „dafür Sorge zu tragen, dass mein mutmaßlicher Wille bestimmend ist und nicht die Wertvorstellung anderer“.

Dieser nach wie vor gültige Rechte-Katalog ist geprägt vom moralisch und gesetzlich begründeten Recht jedes Menschen im bereits erwähnten Spannungsverhältnis zwischen dem Recht auf Lebensschutz, welches in besonderem Maße hilflosem und verlöschendem Leben gebührt einerseits, und andererseits dem Selbstbestimmungs- und Patientenrecht, damit – ohne ideologische Scheuklappen – auch dem Recht, über das eigene Sterben verfügen zu können.

Von den zuvor genannten Forderungen ist inzwischen ein Teil durch Gesetz oder höchstrichterliche Entscheidungen geregelt. Andere wurden im Laufe der Jahre unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Erfahrungen und Diskussion erweitert bzw. präzisiert.

Die Bundesdelegiertenversammlungen 2001 und 2003 haben weitere Erklärungen zu *Patientenschutz und Sterbehilfe* sowie *Eckpunkte des HVD zur gesetzlichen Regelung von Patientenrechten und Sterbehilfe* beschlossen.¹⁶ Der HVD war vertreten in der Arbeitsgruppe *Patientenautonomie am Lebensende* an, die im Auftrag des Bundesjustizministeriums die Empfehlungen für Patientenverfügungen vorbereitete, die im März 2005 erschienen.

Aktuell ist es so, dass der HVD seitens des BMJ gebeten wurde, eine Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung abzugeben. Dabei ist für den Verband klar, dass er eine gewerbsmäßige Suizidbeihilfe, die durch entsprechende Werbung Menschen zu einem Suizid verleiten könnte, ablehnt.

Gleichwohl scheint der geplante Strafbarkeitsartikel derzeit nicht erforderlich. Vielmehr wird hier das Pferd von hinten aufgezäumt, insofern als es zunächst einmal erforderlich wäre, legale Hilfe beim freiverantwortlichen Suizid, insbesondere durch die behandelnden Ärzte, rechtlich sauber abzusichern, damit Patienten nicht in die Arme von Organisationen gedrängt werden, die nur als Sterbehelfer agieren.

Wie andere Organisationen und Persönlichkeiten sieht der HVD weiteren gesetzlichen Regelungsbedarf in den Bereichen:

¹⁶ Vgl. *Humanes Leben bis zuletzt*, S. 100 ff.

- eventuelle Verkürzung der Lebenszeit durch Verzicht auf bzw. Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen
- Nichthinderung von Selbsttötung bei gegebener Freiwillensfähigkeit und Abklärung der Garanten- und Hilfspflicht in diesem Zusammenhang
- Zulässigkeit von Assistenz bei freiwillensfähigem und autonomem Freitodbegehren
- Verbot aktiver Sterbehilfe bei nicht freiwillensfähigen Personen
- Dokumentationspflichten bei Schmerzbehandlung, Leidminderung, Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen und ärztlich assistierter Suizid
- Zulassung von Natrium-Pentobarbital in der Humanmedizin.

Ein Gesetzentwurf *Sterbe- und Suizidhilfe* 2011 wird im kommenden Juni vom Bundeshauptausschuss des HVD beraten.

Humanismus und Spiritualität

Als bundesweit einzigartig galt von Anfang an die Konzeption und Praxis eines ausgewiesenen weltlichen, nicht-religiösen Hospizdienstes. Dieser unterscheidet sich von den bis dato vorwiegend christlich geprägten Hospizeinrichtungen auch in der Hilfe beim Sterben hinsichtlich der existenziell-seelischen Dimensionen. Hierzu heißt es in den Leitlinien für die ambulante Hospizarbeit des HVD von 1999:¹⁷ „Heute kann keine bestimmte Bewegung, Ideologie, Philosophie oder Religion mehr für sich in Anspruch nehmen, den einzig wahren Weg zum guten oder richtigen Sterben zu weisen. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Leben, Sterben und Tod kann am besten beantwortet werden in der bedingungslosen Annahme des Kranken, unter Berücksichtigung seiner weltanschaulichen oder religiösen, lebensbiographischen Einstellungen. Toleranz zu üben gilt hier als der oberste Grundsatz. ...

¹⁷ Vgl. Leitlinien der ambulanten, ehrenamtlichen Hospizarbeit im Humanistischen Verband Deutschlands (HVD). Berlin 1999. In: *Humanes Leben bis zuletzt*.

Auf der Suche nach einem vertieften, nicht theologisch geprägten Todesverständnis orientieren wir uns an verschiedenen philosophischen Traditionen. ... Darüber hinaus enthält der moderne weltliche Humanismus vielfältige Impulse aus freigeistigem, vernunft- und naturorientiertem Denken, Anregungen aus Psychologie und Psychoanalyse ... Literatur, Kunst und Kultur im weitesten Sinne ... Hierzu gehören etwa Erhabenheit und Schönheit, Angst und Hoffnung im existentiellen Sinne, Transzendenz und Unendlichkeit als Phänomene, welche die Alltagserfahrung überschreiten.“

Der Begriff der Spiritualität taucht hier noch nicht auf. Zu dieser Zeit getraute man sich noch nicht, von einer „humanistischen Spiritualität“ zu sprechen. Vielen naturalistisch denkenden Humanisten fällt es an dieser Stelle noch schwer, mit der Dimension des Seelisch-Geistigen im Menschen umzugehen.

Empirische Forschung aus dem Bereich der Humanistischen Psychologie hat sich bereits seit zwanzig Jahren für den Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheit im Alter interessiert. „Dort wurde und wird Spiritualität als eine über die Person hinausweisende Lebensorientierung begriffen, die Denken, Fühlen und Handeln bestimmt – auch ohne Gottesbezug. Die Bedeutung dieser Dimension erfährt man ganz profan am ehesten, wenn man Ältere fragt, was ihnen in Krisenzeiten Halt und Lebensmut gab“, berichtet Neumann aus ihrer Erfahrung als Sterbebegleiterin.¹⁸

Ob die Vorstellung von der guten Ordnung des Lebens oder die menschliche Begleitung als spirituell oder sinnstiftend bezeichnet werden, erscheint letztendlich unerheblich. Die Gerontopsychologin Karin Wilkening berichtet in einem Beitrag *Spiritualität im Alter*, der Begriff der Spiritualität habe ihr im Berufsleben lange nicht gefehlt, wobei das, was er meint, ihr jedoch laufend begegnet sei.¹⁹

Der Theologe und therapeutische Seelsorger in der Universitätsklinik Mainz, Erhard Weiher erklärt: „Viele Identitätssymbole der Menschen – die Enkelin, der Urlaubsort, der Hund, die Lebensleistung – sind, so unbedeutend sie

¹⁸ Gita Neumann: Lebens- und Sterbehilfe. In: Barmherzigkeit und Menschenwürde, S. 113.

¹⁹ Karin Wilkening: Spiritualität im Alter. In: Spiritualität und Spiritual Care, Jahresschrift der Zeitschrift *Praxis Palliative Care*, 2009, S. 29.

von außen erscheinen, Symbole ihrer Spiritualität. In ihnen stellt sich etwas von dem dar, was ihnen 'heilig' ist, also zutiefst wertvoll.²⁰

Humanistische Hospizarbeit und Sterbebegleitung verfolgt hinsichtlich des Seelisch-Geistigen freilich kein „höheres“ Ziel. Und auch wenn es in einem Sterbeprozess nicht immer zu „letzter Reifung und Vision“, „Erfahrung höchster Intensität“ und „Versöhnung mit sich und dem Schicksal“ kommt,²¹ das Sterben muss deshalb keinesfalls ohne Würde verlaufen. Für menschliche (Hospiz-)Begleitung im Sinne des weltlichen Humanismus stellt dies kein Problem dar.

Andererseits lässt sich auch eine Sterbekunst als Gipfel der Lebenskunst einüben. „Von *Carpe diem* und Sterbekunst zu *Spiritual Care*“, so überschreibt Gita Neumann ein Kapitel ihrer Ausführungen zu *Lebens- und Sterbehilfe*. Sie zitiert aus dem letzten Tagebuch des amerikanischen Pastoraltheologen Henri J. Nouwen: „Eines scheint mir jedenfalls klar: Jeder Tag sollte ein gut gelebter Tag sein. Eine ganz einfache Wahrheit! Doch ich muss sie beachten. Habe ich heute Frieden gestiftet? Habe ich jemanden zum Lächeln gebracht? ... Habe ich vergeben? Habe ich Liebe geübt? Das sind die eigentlichen Fragen.“²²

Etwas weniger altruistisch heißt es in dem fast 2000 Jahre alten 12. Brief Senecas an Lucilius: „auch die längste Zeitspanne hat nichts an sich, was sich nicht auch an jedem einzelnen Tag fände, Licht und Dunkelheit ... Daher muss man mit jedem Tag auf das Gewissenhafteste verfahren, als wäre er der letzte der Reihe und bringe die Summe der Lebensstage zum Abschluss. ... Wollen wir ..., wenn wir uns zur Ruhe legen, froh und heiter zu uns sagen: 'Ja, ich habe gelebt und den Lauf des Schicksals vollendet' ... Der ist der Glücklichste ... der dem morgigen Tag ohne Bangen entgegen sieht.“²³

²⁰ Erhard Weiber: Nichtreligiöse Spiritualität. In: Barmherzigkeit und Menschenwürde, S. 152 f.

²¹ Vgl. Monika Renz: Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit. Freiburg i. Br. 2010. – Die oben genannten Ziele werden von der Schweizer Thanatologin und spirituellen Musiktherapeutin in ihren Projekten quasi allgemeinverbindlich angestrebt.

²² Henri J. Nouwen: Das letzte Tagebuch. Freiburg i. Br. 2000, S. 103.

²³ Spiritualität und Spiritual Care, S. 34.

„Die Befriedigung spiritueller Bedürfnisse (neben körperlichen und psychosozialen) ist eine von drei Säulen der Hospizarbeit“, hält Gita Neumann fest und weiter: „Doch scheiden sich an der Zuständigkeit und Umsetzung von *Spiritual Care* derzeit noch die Geister. ... Sinngebilde, wie Leiden, Jenseits und Sterben gedeutet werden, sind längst nicht mehr die Domäne der Kirchen und Religionen. Sie weichen einer zunehmenden weltanschaulichen Pluralisierung, die mit einer in hohem Maß individualisierten Spiritualität verbunden sein kann.“²⁴

Und so wird auch innerhalb der humanistischen Weltanschauung die Debatte darüber weiter geführt, ob der Begriff Spiritualität noch oder wieder brauchbar ist, und was unter der seelisch-geistigen Dimension des Menschen zu verstehen ist. Der Band *Barmherzigkeit und Menschenwürde* der *Humanistischen Akademie Berlin* dient dieser Debatte ebenso wie verschiedene Beiträge in der *diesseits*, der Zeitschrift des HVD, gerade in der letzten Zeit.

Assistierter Suizid – des Teufels, Gnade oder Recht?

SELBSTMORD
*Die letzte aller Türen
Doch nie hat man
an alle schon geklopft*²⁵

Der Rechtsanwalt Frank Petermann aus St. Gallen formuliert seine Überlegungen zu einer wirksamen Suizidprävention folgendermaßen:²⁶ „Suizid ist ein Lösungsansatz unter vielen, ein logischer und universeller, meist jedoch nicht der beste und zufolge seiner Irreversibilität ein tragischer. Im Tierreich unbekannt, darf er als etwas Humanes, dem mit Bewusstsein ausgestatteten Menschen Vorbehaltenes bezeichnet werden.

²⁴ Neumann: Lebens- und Sterbehilfe, S. 69 f.

²⁵ Reiner Kunze (1984).

²⁶ Frank Th. Petermann: Selbstbestimmungsrecht als Ausgangspunkt. Die Suizid-Problematik verlangt einen neuen Ansatz für eine wirksame Prävention. In: Neue Züricher Zeitung, 2. November 2004.

Für das Umfeld des Suizidenten kommt der Akt meist überraschend und löst vielfach Trauer, Wut, Schuldgefühle und Unverständnis aus, konfrontiert er doch die Lebenden jäh mit dem Tod und damit mit der eigenen Sterblichkeit. Zugleich stellt er in radikaler Weise die Frage nach der Qualität des eigenen Lebens. Er dokumentiert Ausweglosigkeit und Scheitern. Je nach den Umständen stellt er eine verzweifelte Kurzschlussreaktion dar oder steht für den Glücksanspruch dessen, der nicht gewillt ist, alles hinzunehmen.“

In der Werte- und Rechtsdebatte weiterhin stark umstritten und diskutiert ist die Forderung nach Freigabe des assistierten Suizids, insbesondere nach Freigabe der ärztlichen Mitwirkung. Es geht hier nicht um eine Forderung nach „aktiver Sterbehilfe“ im Sinne der bei uns klar verbotenen Tötung auf Verlangen. Suizid ist bei uns nicht strafbar, demgemäß auch die Beihilfe dazu nicht. Hier muss man begrifflich sauber bleiben, wenn man zu einer vernünftigen Einschätzung erforderlicher rechtlicher Regelungen kommen will.

Wer Fremdtötung und erlaubte Suizidhilfe unter dem schwammigen Begriff ‚jede Form von aktiver Sterbehilfe‘ zusammenfasst, betreibt damit von vornherein Verschleierung. Denn es bleibt bewusst unklar, was gemeint ist: Soll Suizidhilfe nun auch strafbar werden? Oder soll es „nur“ bei der schon bestehenden Strafbarkeit der „Tötung auf Verlangen“ bleiben – die ja gar nicht in Frage gestellt wird?

Als Vertreterin der politischen Klasse bedient sich insbesondere Bundeskanzlerin Angela Merkel häufig und gerne dieser Floskel. Scheinbar entrüstet und empört über die eingebildete Bedrohung ruft sie z. B. auf dem Seniorentag in 2009, „dass wir jeder Art von aktiver Sterbehilfe ein klares Nein entgegenschmettern“.²⁷ Verlassen wir das Propagandafeld und fragen uns: Gibt es überhaupt einen Bedarf für Beihilfe zum Suizid?

²⁷ Angela Merkel: Rede zur Eröffnung des 9. Deutschen Seniorentages am 08. Juni 2009. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. , Publikation Nr. 25, Bonn, 2009, S. 36
http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Publikationen/web_bagso_dokumentation_seniorentag_2009.pdf [11.4.2012]

Alterssuizid – gerne verdrängt

In Deutschland nehmen sich jährlich etwa 10.000 Mitmenschen selbst ihr Leben. Dahinter stecken noch einmal ca. 100.000 Suizidversuche. Vierzig Prozent der Selbsttötungen begehen Menschen im Rentenalter. Das sind etwa 4.000 Schicksale. Die Tendenz zum Alterssuizid ist steigend.

„Eine Suizidstudie an der Berliner Charité ist den häufigsten Gründen für einen Suizid im Alter nachgegangen. Die Motive liegen meist in schweren Erkrankungen, chronischen Schmerzen, Angst vor Abschiebung in ein Heim oder in dem Gefühl, reine Kostenverursacher zu sein. Die Analyse zeigt, dass es sich hier um ein komplexes gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem handelt, das in Suizidpräventionsprogrammen Berücksichtigung finden muss.“²⁸

In Deutschland hat sich zwar 2002 die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* (DGS) gebildet und fordert seit dieser Zeit ein Nationales Suizidpräventionsprogramm.²⁹ Die Initiative wird unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium, aber staatlicherseits hat sich hier im Unterschied zu anderen Ländern bislang wenig getan.

Präventionsprogramme des Staates, der Kirchen oder der Ärzteverbände zur Reduzierung der Zahl der Suizidversuche und tatsächlich erfolgreichen Suizide nehmen sich mickrig aus, gemessen etwa an dem Aufwand zur Verringerung der halb so hohen Zahl von Verkehrstoten. Vergleicht man dagegen die Heftigkeit, mit der Hilfe beim Suizid in unserem Land bekämpft wird, mit der Zahl bekanntgewordener Fälle, so muss man sich schon wundern. Die *SterbeHilfe Deutschland* hilft etwa 25 Personen pro Jahr, weniger als 80 Personen nehmen die Dienste von DIGNITAS in der Schweiz in Anspruch. Von diesen Organisationen assistierte Suizide machen also etwa ein Promille aller Suizid-Fälle aus bzw. zwei Prozent bei den Menschen am Lebensende (Menschen im Rentenalter).

²⁸ Sabine Schindler-Marlow: Suizid-Präventionstag: „Gegen die Mauer des Schweigens!“ In: Rheinisches Ärzteblatt, Düsseldorf 2009, H. 9.

²⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention. Homepage: www.suizidpraevention-deutschland.de.

Der HVD macht hier ergänzende bzw. alternative Angebote der Lebensberatung und Lebenshilfe und bildet auch humanistische Berater entsprechend aus. Ein großes Problem besteht jedoch darin, dass die betroffenen alten Menschen von sich aus nur äußerst selten Beratungs- oder Therapiehilfen aufsuchen. Stattdessen wenden sie sich eher an bekannte Sterbehilfegesellschaften.

„Bei denen meinen sie – nicht zu Unrecht – sicher sein zu können, mit ihrem Anliegen zunächst einmal Verständnis zu finden. Das Paradoxe: Die absolute Akzeptanz und das nicht verurteilende Ernstnehmen des Sterbewunsches eint Suizidprophylaxe und Suizidhilfe. Unabdingbar ist es nämlich auch in der Suizidvermeidung, sich auf die als unerträglich empfundene Situation des Gesprächspartners einzulassen. Und unbestritten ist, dass allein die Aussicht auf einen letzten ‘Ausweg’ zu einer spürbaren Entlastung führt. Oftmals wird dann diese mögliche Option nie in Anspruch genommen.“³⁰

Vor diesem Hintergrund schlägt Schweizer Anwalt Frank Petermann für die Schweiz einen neuen Lösungsansatz in Form eines Gesetzes vor, „welches vertrauenerweckende Beratungsstellen für Menschen mit Suizidwunsch vorsieht, welche Alternativen zu ihrem Sterbewunsch aufzuzeigen vermögen. Vertrauen entsteht dann, wenn die Beratung auch einen Suizid akzeptiert, sofern sich zeigt, dass das Problem anders nicht befriedigend gelöst werden kann oder dass die ratsuchende Person trotz alternativen Angeboten am Sterbewunsch über einen längeren Zeitraum konstant festhält. Die Beratung zielt klar zum Leben hin und nicht zum Tod, schließt diesen jedoch schon aus therapeutischen Überlegungen nicht a priori aus. Grundmaxime bleibt die Achtung des Selbstbestimmungsrechts der urteilsfähigen Person.“

Und für den Fall, dass der Weg in den Tod eben nicht auszuschließen ist, benötigen wir verständnisvolle, mitleidende Hilfe, am besten durch auch in dieser Frage fürsorgliche Ärzte. „Darauf zu bestehen, dass ein Mensch auf eine Art und Weise stirbt, die nach Meinung anderer richtig ist, für ihn selbst jedoch in einem gravierenden Widerspruch zu seinem Leben steht, ist eine Form von menschenverachtender Tyrannei.“ – So fasst Ronald Dworkin alle

³⁰ Gita Neumann: Wenn das Altwerden zur Last wird. Alterssuizid, Prävention, Ausmaß der Verzweiflung. In: diesseits, Berlin 2008, Nr. 84, S. 13.

Versuche zusammen, den Sterbeprozess zu normieren bzw. ihm eine bestimmte Weltanschauung aufzuzwingen.³¹

Angst vor dem Pflegeheim, dem „Schattenreich des Todes“

Dass in den Pflegeheimen und auf den Pflegestationen der Krankenhäuser großer Personalmangel herrscht, ist bekannt. Aber dies ist nur ein vordergründiges Problem. Die auch von der UN gerügten Zustände in deutschen Heimen sind für den *WELT*-Autor Matthias Kamann zwar schlimm, aber nicht entscheidend. „Was noch Leben ist, was schon Tod, hängt nicht von Herztönen ab oder Gehirnströmen, sondern davon, in welcher Phase die Menschen Individualität erkennen können und in welcher nicht, welche Phase sie mit ihrem Ich beseelen können, welche nicht. Neben den Endstadien schwerer Krankheiten wie Aids oder Krebs scheinen zu letzteren Phasen des Individualitätsverlustes vor allem jene zu gehören, die Hochaltrige wegen Multimorbidität oder Demenz in Pflegeheimen verbringen.“³²

Dass die Heime ein besseres Image bekommen könnten, verhindern ihre Bewohner selbst, „nur noch die Moribunden, denen auch beim besten Willen daheim nicht mehr zu helfen ist. ... Die meisten Menschen dort existieren also bereits in biologischer Todesnähe. ... Es passiert nichts mehr, sie halten sich in oft jahrelanger Stasis auf ... Das ist ganz schlimm, gar keine Frage. Aber wenn das so ist, dann kann man Menschen, die das bei anderen erleben und sich selbst per Suizid vor solcher Geisterhaftigkeit in Sicherheit zu bringen versuchen, nicht etwa eine falsche Einstellung bescheinigen.“

Auch hier gilt also das oben Gesagte. Man muss auf Augenhöhe mit dem Menschen, der den schnellen Tod dem sozialen Totsein vorzieht, kommunizieren und nach alternativen Lösungen suchen. Und wenn gemeinsam kein Ausweg zu finden ist, dann sollte man ihm helfen, statt ihn allein zu lassen.

³¹ Ronald Dworkin: Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit. Reinbek 1994. S. 301.

³² Matthias Kamann: Todeskämpfe. Bielefeld 2009, S. 56 ff.

Hospiz- und Palliativversorgung – ein Ausweg für alle?

Sehr gerne wird argumentiert, den Suizidwunsch alter Menschen müsse man als solchen nicht ernst nehmen, er sei vielmehr nur ein Hilfeschrei, z. B. nach sozialer Aufgehobenheit, Schmerzlinderung und Ähnlichem.³³ Als Alternative wird hier oft auf die mögliche Hospiz- und Palliativversorgung hingewiesen. Aber wie ist es darum bestellt?

„Gerade in Pflegeheimen und Krankenhäusern, in denen die meisten Menschen sterben, ist die Unterversorgung mit hospizlichen und palliativen Angeboten besonders groß. ... In unserem Gesundheitssystem hat die Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden weiterhin keine Priorität“, stellte die Deutsche Hospiz-Stiftung 2010 fest.³⁴

Der Bereich Patientenverfügung / Humanes Sterben des HVD sieht das Problem ähnlich: „Obwohl es in den letzten Jahren eine teils dynamische Entwicklung zugunsten einer verbesserten Palliativ- und Hospizversorgung gegeben hat, bleibt noch viel zu tun. Oft genug bleibt der Zugang erschwert, werden schwerkranke Patienten zwischen Pflegeheim und Krankenhaus hin- und hergeschoben. Eine gute Versorgung bei unheilbarer Erkrankung – vor allem auch Demenz – bleibt für die meisten unerreichbar und Palliativ- und Hospizangebote wirken oft nur als kleine rettende Inseln für sehr wenige Menschen, vor allem mit Krebs im finalen Stadium.“³⁵

Hinzu kommt, dass nach weitgehend einmütiger Einschätzung der Fachleute auch die Palliativmedizin bei bestimmten Schmerz- und Leidenszuständen mit ihrem Latein am Ende ist und bestenfalls sedierend eingreifen kann.

³³ Vgl. Kamann: Todeskämpfe, S. 61: „Äußert man einen Todeswunsch, wird dieser sofort für uneigentlich erklärt, weil sich darin doch eigentlich nur ein Hilferuf verkappte. Nennt man aber als Begründung dieses Todeswunsches das Bedürfnis nach Entlastung etwa der Angehörigen, so wird wiederum diese Begründung sofort für bare Münze genommen ... aus der umgehend politisch-moralische Forderungen nach Pflegereformen sowie das Suizid-Verbot für den jeweils Sprechenden abzuleiten sind.“

³⁴ Deutsche Hospiz-Stiftung: Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit. Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland. Sonder Hospiz Info Brief 3 / 10, Dortmund 2010, S. 3.

³⁵ <http://www.patientenverfuegung.de/humanes-sterben> (abgefragt am 30.5.2012).

Bei ehrlicher Betrachtung bleiben also auch hier, zumindest gegenwärtig, genügend Einzelschicksale, für die Hospiz- und Palliativversorgung sich nicht als akzeptable Alternative zum Freitod darstellen. Hospiz- und Palliativversorgung sollten jedenfalls nicht gegen Wünsche nach Suizidbeihilfe ausgespielt werden. Es gibt Fälle, in denen selbst die Möglichkeit palliativer Versorgung oder hospizlicher Betreuung einen Menschen nicht davon abbringen, sein Leben beenden zu wollen.

„Das Anliegen der Sterbebegleitung, Schmerz- und Beschwerdelinderung am Lebensende, trägt seinen zutiefst humanen Sinn und Zweck in sich selbst. Hospizarbeit sollte nicht auf die Behauptung angewiesen sein, den Wunsch – etwa hochbetagter, rheuma- oder knochenschmerzgeplagter Menschen – nach Suizidhilfe aus der Welt schaffen zu können. Es bleibt in der Öffentlichkeit unverständlich, wenn mit großer Entschiedenheit Sterbebegleitung von Sterbehilfe abgegrenzt wird und vor einer Vermischung gewarnt wird (wie sie andere Länder wie z. B. Oregon / USA vorbildlich vorleben).“³⁶

Gewissensentscheidung des Arztes

Wir machen uns nicht zum Herrn über Leben und Tod, und wir gestehen dies auch keinem Anderen zu, keinem Arzt, keiner Kirche, keinem Staat. Das Leben ist sein eigener Herr und der Tod gewiss, – aber wir können mit ihm streiten. Wenn die Bundesärztekammer in ihrer Standesordnung fest schreibt, dass dem Arzt eine Mitwirkung am Suizid nicht gestattet ist,³⁷ so macht sie sich zumindest insofern zum Herrn über Leben und Tod, als sie dem Patienten vorschreibt: „Du musst leben, du darfst nicht sterben, zumindest nicht mit unserer Hilfe.“

Das *Allensbach-Institut* hat 2009 im Auftrag der Bundesärztekammer Ärzte und Ärztinnen in Deutschland anonym zu ihrer Haltung zum Thema Suizidbeihilfe befragt und eine sehr differenzierte und zum Teil ambivalente Sichtweise festgestellt:³⁸

³⁶ <http://www.patientenverfuegung.de/humanes-sterben> (abgefragt am 30.5.2012).

³⁷ http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (abgefragt am 12.3.2012).

³⁸ Institut für Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe.pdf> (abgefragt am 5.3.2012).

„Eine Mehrheit erkennt das Recht ihrer Patienten auf ein selbstbestimmtes Sterben an und kann auch den Wunsch nach ärztlicher Suizidbeihilfe nachvollziehen. ... Das verlangt nach einer Gewissensentscheidung im Einzelfall. ... Einem Arzt, der in einer Grenzsituation vor einer solchen Frage steht, mit berufsrechtlichen Sanktionen zu drohen, wäre jedenfalls nicht zu rechtfertigen.“³⁹ – Ein kürzlich ergangenes Urteil des Berliner Verwaltungsgerichtes scheint dies zu bestätigen. Das von der Landesärztekammer gegen einen Arzt ausgesprochene Verbot der Suizidbeihilfe wurde hier zurückgewiesen.

Der Pflegerechtler Lutz Barth folgert aus dem Beihilfeverbot, „dass der schwerst erkrankte und sterbende Patient nach geeigneten Alternativen suchen muss, und sofern wir diese Patienten nicht auf eine ‚Auslandsreise‘ schicken wollen, stellt sich schon jetzt die Frage, wer dann die ethische Herausforderung einer qualifizierten Suizidassistenz annehmen und wer vor allem dann in der Folge zur ‚Tat‘ schreiten soll?“⁴⁰

In seinem Buch *Wie wollen wir sterben?*⁴¹ listet der Arzt und Humanismus-Preis-Träger Michael de Ridder Gewissenhaftigkeit und Weitsicht, Unabhängigkeit und Wahrhaftigkeit, Mut und Empathie als charakterliche und moralische Eigenschaften auf, die dem Arztberuf Glaubwürdigkeit verleihen. Auf dieser Basis hat er im vergangenen Jahr für das Kuratorium des HVD-Berlin zum Thema ärztlich assistierter Suizid dafür plädiert, dass der Arzt sich auch in einer aussichtslosen Situation nicht von seinem Patienten abwendet.

Gegen die Angst vor einem Dambruch und die Vorstellung von Ärzten als Todesagenten wendet sich Ingrid Füller in einem Beitrag für das *Deutschlandradio*:⁴²:

³⁹ Neumann: Lebens- und Sterbehilfe. S. 139f

⁴⁰ Lutz Barth: Was verbindet den Demenzerkrankten mit dem Metzger? Blog vom 4.4.2011 unter <http://aerztliche-assistenz-beim-suizid.nursing-health-events.de/2011/04/04/arztliche-suizidassistenz-%E2%80%93-was-verbindet-den-demenz-erkrankten-mit-dem-metzger/>

⁴¹ Michael de Ridder: *Wie wollen wir sterben*. München 2010.

⁴² Ingrid Füller: Der ärztlich assistierte Suizid. Zwischen Straf- und Standesrecht. Deutschlandradio 23.10.2011, <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/essayunddiskurs/1584870/> (abgefragt am 27.2.2012).

„Wenn Ärzte sterbewilligen Patienten ein tödliches Gift überreichen dürfen, dann, so die Kritiker, sei die Büchse der Pandora geöffnet. Allein das Angebot ärztlicher Suizidassistenz deute schwerst- und unheilbar Kranken an, dass der Zeitpunkt erreicht sei, an dem sie gehen sollten. Hilflose Menschen könnten so in den vorzeitigen Tod getrieben werden – sei es wegen Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen oder auf Druck von Angehörigen, die mit der Pflege Schwerstkranker überfordert sind oder gar auf ihr Erbe lauern.

Die Vorstellung, Ärzte ließen sich in einem demokratischen Staat als Todesagenten missbrauchen, die Patienten aus Kostengründen oder im Auftrag Dritter zur Selbsttötung überreden, mutet ebenso absurd wie ungeheuerlich an. Natürlich ist Missbrauch auch in einer transparenten Gesellschaft möglich. Doch das darf kein Vorwand sein, den letzten Willen eines unheilbar Kranken zu missachten. Im Übrigen bergen auch passive und indirekte Sterbehilfe, die beide in Deutschland gestattet sind, ebenfalls Risiken.“⁴³

Ralf J. Jox ist Facharzt für Neurologie und Palliativmedizin, erwarb Doktorgrade der Medizin und der Medizinethik sowie den Mastergrad für Medizinethik und Recht (Medical Ethics & Law). Er scheint also berufen, häufig anzutreffende zwiespältige Haltungen zur Suizidbeihilfe zurückweisen zu dürfen: „Wenn die Frage gestellt wird, ob Beihilfe zum Suizid ethisch gerechtfertigt sei, so antworten die meisten, man könne es im Einzelfall verstehen und auch für ethisch legitim halten, es sei aber im gesellschaftlichen Maßstab ethisch nicht zu rechtfertigen, diese Praxis zu erlauben oder sogar durch eine gesetzliche Regelung zu bestärken.

Wieder andere, insbesondere Ärztesfunktionäre, vertreten oft die Position, dass es sowohl individuell als auch gesellschaftlich legitim sein möge, es jedoch nichtsdestotrotz dem ärztlichen Berufsethos widerspreche. Das Problem solcher Argumentationen, so sympathisch sie auch differenzieren wollen, ist die Inkonsistenz:

⁴³ Vgl. hierzu auch Karin Faisst u. a.: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern. Erste Ergebnisse. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003, 84, Nr. 32/33: Studien aus einigen westlichen Industriestaaten lassen vermuten, dass heutzutage etwa einem Viertel bis der Hälfte aller Todesfälle medizinische Entscheidungen vorangegangen sind, welche durch bewussten Behandlungsverzicht oder durch aktive Maßnahmen den Todeseintritt beschleunigt haben könnten.

Ethische Urteile haben grundsätzlich einen universalen Geltungsanspruch, das heißt, ist man der Ansicht, Suizidbeihilfe sei ethisch erlaubt, sagt man damit zugleich, sie sei überall in der Welt und zu allen Zeiten und für alle Menschen unter vergleichbaren Situationen erlaubt.“⁴⁴

Ausblick

Ist eine Sterbehilfe denkbar, die Fürsorge, Barmherzigkeit und die Würde und die Autonomie des Sterbenden gleichermaßen umfasst? Thomas Morus berichtet uns von einer Utopie:⁴⁵

„Die Kranken pflegen sie, wie ich sagte, mit großer Hingebung ... Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost zusprechen und überhaupt alle möglichen Erleichterungen verschaffen. Ist indessen die Krankheit nicht nur unheilbar, sondern dazu noch dauernd qualvoll und schmerzhaft, dann reden Priester und Behörden dem Kranken zu.

Da er doch allen Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen, den Mitmenschen zur Last, sich selber unerträglich, seinen eigenen Tod bereits überlebe, solle er nicht darauf bestehen, die unheilvolle Seuche noch länger zu nähren, und nicht zögern zu sterben, zumal das Leben doch nur eine Qual für ihn sei; er solle sich also getrost und hoffnungsvoll aus diesem bitteren Leben wie aus einem Kerker oder aus der Folterkammer befreien oder sich willig von anderen herausreißen lassen; daran werde er klug tun, da ja der Tod keinen Freuden, sondern nur Martern ein Ende mache, und zudem werde er fromm und gottesfürchtig handeln, da er damit dem Rat der Priester, das heißt dem Deuter des göttlichen Willens gehorche.

Wen sie damit überzeugt haben, der endigt sein Leben entweder freiwillig durch Enthaltung von Nahrung oder wird eingeschläfert und findet Erlösung, ohne vom Tode etwas zu merken. *Gegen seinen Willen* aber töten sie niemanden, und sie pflegen ihn deshalb auch nicht weniger sorgfältig.“

⁴⁴ Ralf J. Jox: Sterben lassen. Hamburg 2011.

⁴⁵ Thomas Morus: Utopia. Zitiert nach Jean-Pierre Wils: Anmerkungen zur Geschichte des Sterbens, in: Das medizinisch assistierte Sterben. Hrsg. von Adrian Holderegger, Freiburg 1999, S. 21-36.

Doch bevor es ans Sterben geht, leben wir. Und in der Lebenszeit legen wir als einzelne Individuen, aber auch als Gemeinschaft die Grundlagen, wie wir dem Tod begegnen wollen, da wir ja wissen, dass er kommt. Indem wir versuchen, unserem Leben einen Sinn zu geben, befreien wir uns in der Sterbephase von dieser Frage. Indem wir in unserem Leben Verantwortlichkeit bei uns selbst und bei anderen fördern, werden wir im Sterben auch Verantwortlichkeit abgeben und Hilfe annehmen können, auf die wir ja auch zu Beginn unseres Lebens angewiesen waren. Indem wir die Alten und Sterbenden wieder in die Gemeinschaft integrieren, fallen wir als Sterbende nicht aus der Gemeinschaft heraus. Und wenn der Einzelne sich körperlich und geistig als Teil einer lebendigen sozialen Gemeinschaft sieht, wird er sich dieser nicht ohne weiteres wegnehmen.

Wir müssen als selbstbestimmte Wesen unsere eigenen Utopien entwickeln, indem wir unsere heutige kulturelle Situation unter Einbezug der Erfahrungen unserer Ahnen analysieren und weiterentwickeln. Dazu gehört auch, auf den Errungenschaften der Hospizbewegung aufbauend, deren ideologische Verrenkungen und praktische Restriktionen zu überwinden.

Doch bleiben wir in der uns wenig befriedigenden Gegenwart: Hier ist, wie der Philosoph Frieder Otto Wolf, derzeitiger Verbandspräsident des HVD, betont, in der realen Situation immer wieder sorgfältig zu prüfen, wie die Selbstbestimmung des sterbenden Menschen am besten zu achten ist. Die hier geforderte Sorgfalt „ist allerdings nicht primär technisch zu leisten ... Sie bedarf vielmehr der sozialen und kommunikativen Sensibilität, um den Erwartungen und Hoffnungen der betroffenen Subjekte möglichst gut zu entsprechen.“

Und er fügt abschließend hinzu: „Wenn alte Menschen den Zerfall von Familie und Nachbarschaft und die Misere der Pflegeangebote dadurch verarbeiten wollen, dass sie vorzeitig aus dem Leben scheiden, dann liegt darin u. U. nicht nur ein zu respektierender freiwilliger Entschluss, sondern vor allem ein gesellschaftliches Problem, dem zu begegnen wäre.“⁴⁶

⁴⁶ Frieder O. Wolf: Menschenwürde und Endlichkeit des Lebens. In: Barmherzigkeit und Menschenwürde, S. 39.