

epd Dokumentation online

Herausgeber und Verlag: Gemeinschaftswerk der Evangelischen Publizistik (GEP) gGmbH,
Emil-von-Behring-Str. 3, 60439 Frankfurt am Main.

Geschäftsführer: Direktor Jörg Bollmann

Amtsgericht Frankfurt am Main HRB 49081

USt-ID-Nr. DE 114 235 916

Verlagsleiter: Bert Wegener.

Chefredakteur der epd-Zentralredaktion: Dr. Thomas Schiller.

epd Dokumentation: Uwe Gepp (verantw.)

Erscheinungsweise: einmal wöchentlich, online freitags.

Bezugspreis:

- **Online-Abonnement** „epd Dokumentation“ per E-Mail: monatl. 26,70 Euro, jährlich 320,40 Euro, 4 Wochen zum Ende des Bezugsjahres kündbar. Der Preis für das Online-Abonnement schließt den Zugang zum digitalen Archiv von epd-Dokumentation (ab Jahrgang 2001) ein.

Verlag/Bestellservice (Adresse siehe oben unter GEP): Tel: 069/58098-191,

Fax: 069/58098-226, E-Mail: aboservice@gep.de

Redaktion (Adresse siehe oben unter GEP): Tel: 069/58098-209

Fax: 069/58098-294, E-Mail: doku@epd.de

© GEP, Frankfurt am Main

Alle Rechte vorbehalten. Die mit dem Abo-Vertrag erworbene Nutzungsgenehmigung für „epd Dokumentation“ gilt nur für einen PC-Arbeitsplatz. „epd Dokumentation“, bzw. Teile daraus, darf nur mit Zustimmung des Verlags weiterverwertet, gedruckt, gesendet oder elektronisch kopiert und weiterverbreitet werden.

Anfragen richten Sie bitte an die epd-Verkaufsleitung (Adresse siehe oben unter GEP),

Tel: 069/58098-259, Fax: 069/ 58098-300, E-Mail: verkauf@epd.de.

Haftungsausschluss:

Jede Haftung für technische Mängel oder Mängelfolgeschäden ist ausgeschlossen.

Dokumentation

Frankfurt am Main ■ 2. Februar 2016

www.epd.de

Nr. 5

■ Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

41. Workshop Medizinethik der Evangelischen Akademie zu Berlin in Kooperation mit dem St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Berlin, 14. November 2015

■ Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft

Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin in Kooperation mit der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft Heidelberg (FEST), Berlin, 7. September 2015

Impressum

Herausgeber und Verlag:
Gemeinschaftswerk der
Evangelischen Publizistik (GEP)
gGmbH
Anschrift: Emil-von-Behring-Str. 3,
60439 Frankfurt am Main.
Briefe bitte an Postfach 50 05 50,
60394 Frankfurt

Geschäftsführer:
Direktor Jörg Bollmann
Verlagsleiter:
Bert Wegener
epd-Zentralredaktion:
Chefredakteur: Dr. Thomas Schiller

epd-Dokumentation:
Verantwortlicher Redakteur:
Uwe Gepp (V.i.S.d.P.) /
Reinhold Schardt
Tel.: (069) 58 098 –135
Fax: (069) 58 098 –294
E-Mail: doku@epd.de

Der Informationsdienst
epd-Dokumentation dient der
persönlichen Unterrichtung.
Nachdruck nur mit Erlaubnis und
unter Quellenangabe.
Druck: druckhaus köthen
Friedrichstr. 11/12
06366 Köthen (Anhalt)

■ Medizinethische Herausforderungen für Gesundheitssystem und Gesellschaft

Die Erfahrung von Schmerz und Leid im Durchleben einer schweren Krankheit und das Leiden beim Sterben bekommen für die immer älter werdenden Menschen mehr Brisanz. Zwei Tagungen in der Berliner Französischen Friedrichstadtkirche haben im September und November 2015 diese Erfahrungen als medizinethische und pflegerische Herausforderungen für das Gesundheitssystem, aber auch für die Gesellschaft thematisiert.

»Offensichtlich ist, dass das Konzept unserer modernen Medizin und Pflege – so wie es in Einrichtungen des Gesundheitssystems größtenteils umgesetzt wird – als

alleinige Antwort auf Schmerz und Leid nicht genügt«, schreiben die Verantwortlichen beider Veranstaltungen in ihrer Einführung zur vorliegenden Ausgabe von epd-Dokumentation (S. 4).

Und weiter: »Der enge Zusammenhang zwischen Leid, einer leidlindernden Versorgung und dem Umfang von Suizidwünschen wird schon daran deutlich, dass parallel zur Sterbehilfedebatte ein neues Hospiz- und Palliativgesetz auf den Weg gebracht wurde, um die Versorgung Sterbender in Einrichtungen oder auch häuslicher Umgebung zu verbessern.«

Am 6. November 2015 hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz beschlossen, das eine auf Wiederholung angelegte Hilfe bei der Selbsttötung unter Strafe stellt (epd-Dokumentation 47/15). Ein

wichtiger Aspekt in der Debatte um die Strafbewehrung des assistierten Suizids ist die Frage, inwieweit dadurch die Rolle und das Berufsethos der Ärzteschaft betroffen sind.

Bei den Beiträgen der Professoren Rixen und Eibach handelt es sich um aktualisierte und verschriftlichte bzw. erweiterte Fassungen ihrer Vorträge auf der Tagung vom 7. September vor dem Hintergrund des neuen Suizidbeihilfegesetzes. Rixen diskutiert die Rolle des Gewissens bei der Beihilfe zum Suizid im Kontext medizinischer Entscheidungskonflikte, Eibach aus theologischer und gesellschaftlicher Perspektive. Er unternimmt auch eine erste Bewertung der neuen Gesetzgebung zum assistierten Suizid.

Quellen:

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

41. Workshop Medizinethik der Evangelischen Akademie zu Berlin in Kooperation mit dem St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Französische Friedrichstadtkirche, Berlin, 14. November 2015

Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft

Tagung der Evangelischen Akademie zu Berlin in Kooperation mit der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft Heidelberg (FEST), Französische Friedrichstadtkirche, Berlin, 7. September 2015

Aus dem Inhalt:

- ▶ Simone Ehm, Prof. Dr. Thomas Poralla, Dr. A. Katarina Weilert:
Einführung 4

**Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem
und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015**

- ▶ Prälat Dr. Stefan Dybowski:
Wenn Schmerz und Leid das Leben begleiten.
Schmerz und Leid aus theologischer Sicht 6
- ▶ Dr. Claudia Bozzaro:
Was bedeutet der Begriff des Leidens im Kontext der Medizin? 10
- ▶ Diplompsychologin Anja Weißwange:
Leiderfahrungen im Krankenhaus – Was bewegt Patientinnen und Patienten? 15
- ▶ Prof. Dr. Olivia Dibelius und Diplompflegewirtin Yve Weidlich:
Schmerzen erkennen und behandeln bei Patientinnen und Patienten mit Demenz –
Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt 17
- ▶ Pastor Michael Brems:
Anhaltende Todeswünsche – Seelsorgliche Überlegungen.
Zuhören – sich einlassen – versuchen zu verstehen 22

**Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die
ärztliche Rolle und die Gesellschaft, Berlin, 7.9.2015**

- ▶ Prof. Dr. Stephan Rixen:
Ist der ärztlich assistierte Suizid eine Gewissensfrage? – Wie viel Gewissen,
wie viel Gesetz verträgt die ärztliche Suizidassistenz? 27
- ▶ Prof. Dr. Ulrich Eibach:
Beihilfe zum Suizid und Gewissen: Welche Rolle spielt das Gewissen in
Entscheidungen zur Suizidbeihilfe? 34

Einführung

Von Simone Ehm, Evangelische Akademie zu Berlin / Prof. Dr. Thomas Poralla, St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof / Dr. A. Katarina Weilert, Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft, Heidelberg e.V. (FEST)

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

Ein von schwerer Krankheit betroffener Mensch leidet fast immer nicht nur körperlich. Er leidet an den Folgen, die die Krankheit für sein Leben haben kann, an den Einschränkungen und Ängsten, die sie mit sich bringt, an möglicher sozialer Isolation. Schmerz und Leid wirken sich auf das Umfeld des Betroffenen aus: auf Angehörige, ehrenamtliche Helfer und auch auf die professionellen Berufsgruppen im Gesundheitssystem.

Menschliches Leid hat neben einer körperlichen auch eine psychische, soziale und spirituelle Dimension. Oft stellen akute oder lebensbedrohliche Erkrankungen eine existenzielle Krise im Leben von Patienten und ihren Angehörigen dar. Aber auch unterhalb dieser Schwelle stellen sich Betroffene die Frage nach dem »warum« oder »wozu« ihres Leidens oder bedürfen des Beistandes im Ertragen ihrer Situation. Vielen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften gelingt es trotz des hohen Drucks in der Praxis des Gesundheitssystems gut, auf unterschiedliche gelagerte Sorgen und Nöte von Hilfe- oder Pflegebedürftigen einzugehen und die damit verbundenen Erfahrungen und Eindrücke zu bewältigen. Oft aber lässt der Berufsalltag keine Zeit oder die professionelle Rollenverteilung keinen Raum, adäquat auf Leiderlebnisse von Hilfe- oder Pflegebedürftigen zu reagieren. Und nicht selten führt die Begegnung mit Angst, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung oder starkem körperlichen Schmerz das Personal an die eigenen Grenzen. Vertreterinnen und Vertreter aller Berufsgruppen können von Hilflosigkeit, Überlastung und Überforderung in der Konfrontation mit verschiedenen Facetten menschlichen Leidens berichten. Offensichtlich ist, dass das Konzept unserer modernen Medizin und Pflege – so wie es in Einrichtungen des Gesundheitssystems größtenteils umgesetzt wird – als alleinige Antwort auf Schmerz und Leid nicht genügt. Trotzdem gilt in unserer Gesellschaft, dass Kliniken und Pflegeeinrichtungen zentrale Orte für dieses Leid bleiben. Folgerichtig müssen erste Schritte für die umfassende Sorge um Leidende hier beginnen. In den ersten fünf Beiträgen dieser Publikation werden die Perspektiven unterschiedlicher

Berufsgruppen im Gesundheitssystem zusammengebracht und es wird nach Wegen für den Umgang mit Schmerz und Leid in der medizinischen und pflegerischen Versorgung gesucht (Prälat Dr. Stefan Dybowski, Dr. Claudia Bozzaro, Anja Weißwange, Prof. Dr. Olivia Dibelius und Yve Weidlich, Pastor Michael Brems).

Von besonderer Bedeutung ist die Beschäftigung mit Leiderfahrungen vor dem Hintergrund der aktuellen Sterbehilfedebatte, die Ende 2015 mit der Entscheidung des Bundestages, den assistierten Suizid gesetzlich zu regeln, vermutlich ein nur vorläufiges Ende gefunden hat. Der enge Zusammenhang zwischen Leid, einer leidlindernden Versorgung und dem Umfang von Suizidwünschen wird schon daran deutlich, dass parallel zur Sterbehilfedebatte ein neues Hospiz- und Palliativgesetz auf den Weg gebracht wurde, um die Versorgung Sterbender in Einrichtungen oder auch häuslicher Umgebung zu verbessern. Von Seiten der Politik wurde mit der Debatte zum assistierten Suizid ein gesellschaftlich hochkontroverses Thema aufgegriffen, in dessen Mittelpunkt das professionelle Ethos der Ärzteschaft wie die Folgen einer rechtlichen Ermöglichung oder strafrechtlichen Versagung des ärztlich assistierten Suizids für den Einzelnen und die Solidargemeinschaft stehen. Der wahrscheinlich heikelste Streitpunkt im Rahmen der Frage einer rechtlichen Regelung des assistierten Suizids betrifft die ärztliche Rolle im Todesgeschehen. »Ich werde aber niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten«, heißt es in der Überlieferung des Hippokratischen Eides, dem auch gegenwärtig noch bedeutsamen Versuch der Definition einer ärztlichen Ethik.

Bis heute wird die ärztliche Suizidassistenz in den Grundsätzen der Bundesärztekammer ausdrücklich als unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos angesehen. Diese Sicht wird allerdings nicht mehr von allen Landesärztekammern geteilt: Fünf Kammern haben kein klares Verbot der Suizidassistenz verankert und zwei weitere Kammern haben das Verbot in eine »Nicht-Sollens-Regel« umformuliert. Damit sollte Raum entstehen für eine persönliche Gewissensentscheidung von Ärztinnen und Ärzten am Krankenbett. Der Arzt

verliert hier seinen eindeutigen Auftrag, das Leben zu schützen und wird Teil einer gezielt lebensbeendenden Maßnahme, die im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe nicht lediglich auf Leidlinderung gerichtet ist. Begründet wird die Öffnung damit, Selbsttötung als Akt der Selbstbestimmung zu respektieren und zu professionalisieren. Inwiefern kann der ärztlich assistierte Suizid eine Antwort auf Schmerz und Leid sein, das als »unerträglich« empfunden wird? Was bedeutet Beihilfe zum Suizid im Kontext vielfältiger Bemühungen, in Kliniken und Pflegeeinrichtungen möglichst umfassend auf menschliche Leiderfahrungen zu reagieren? Soll die ärztliche Suizidbeihilfe in einem demokratischen Rechtsstaat verbindlich normiert sein oder bildet sie einen Fall individueller Gewissensentscheidung? Wann kann man in diesem Kontext von einer ärztlichen Gewissensentscheidung sprechen und welche Folgen hat dies? Diese gesellschaftlich hochrelevanten Fragen reflektieren zwei weitere Beiträge der Veröffentlichung (Prof. Dr. Ulrich Eibach, Prof. Dr. Stephan Rixen).

Die Texte in dieser Dokumentation basieren auf Vorträgen zweier Veranstaltungen, die 2015 in Berlin durchgeführt wurden: Die ersten fünf Beiträge gehen zurück auf die Tagung »Schmerz und Leid – Wie kann im Krankenhaus mit diesen Erfahrungen umgegangen werden?«, die am 14. November 2015 von der Evangelischen Akademie zu Berlin und dem St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof angeboten wurde. Den folgenden zwei Beiträgen liegt eine Kooperationsveranstaltung der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST), Institut für interdisziplinäre Forschung, Heidelberg, und der Evangelischen Akademie zu Berlin mit dem Titel »Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft« am 7. September 2015 zugrunde.

Prälat Dr. Stefan Dybowski, Bischofsvikar für den Pastoral-Prozess »Wo Glauben Raum gewinnt«, Berlin, richtet in seinem Beitrag den Blick auf die christliche Theologie und beleuchtet, ob diese eine Antwort auf Fragen nach Schmerz und Leid hat, mit der sie Menschen erreicht.

Aus philosophischer Perspektive reflektiert **Dr. Claudia Bozzaro** vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität in Freiburg, was wir unter Leiden verstehen und wie der Leidenslinderungsauftrag der Medizin zu verstehen ist.

Anja Weißwange, Psychoonkologin im Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden, schildert anhand ihrer Begegnungen mit Patientinnen und Patienten auf Akutstationen und einer Palliativabteilung, welche Leiderfahrungen Kranke bewegen.

Wie auf bestimmte Schmerz- und Leiderfahrungen reagiert werden kann, beschreiben **Prof. Dr. Olivia Dibelius** (Lehrstuhl für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement) und **Dipl. Pflegewirtin Yve Weidlich** von der Evangelischen Hochschule Berlin exemplarisch anhand von Ergebnissen eines Forschungsprojektes zur palliativen Pflege von Patientinnen und Patienten mit Demenz.

Pastor Michael Brems, Beauftragter für die Krankenhauseelsorge der Nordkirche, stellt in seinem Beitrag Überlegungen dazu an, wie anhaltenden Todeswünschen begegnet und mit eigenen Gefühlen, Fragen und Zweifeln umgegangen werden kann.

Die Rolle des Gewissens in Entscheidungen zur Suizidbeihilfe ist Thema der Beiträge von **Prof. Dr. Ulrich Eibach** von der evangelisch-theologischen Fakultät der Universität Bonn mit langjähriger Erfahrung als Klinikseelsorger und **Prof. Dr. Stephan Rixen**, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht an der Universität Bayreuth. Im Mittelpunkt des Beitrags von Prof. Dr. Rixen stehen rechtswissenschaftliche Überlegungen zum Stellenwert der Berufung auf das Gewissen in gesundheitsethischen Fragen. Er zeigt auf, warum ein verfassungsrechtliches Gewissensverständnis, dessen Freiheitsverbürgung sich gegen bestehende Gesetze richten kann, nur in engen Grenzen existieren kann.

Prof. Eibach beleuchtet die Bedeutung des Gewissensbegriffs aus theologischer Perspektive, nimmt eine erste Bewertung der neuen Gesetzgebung vor und fragt danach, wie der Anwendungsbereich ausgestaltet werden sollte, um den Spielraum ärztlicher Gewissensentscheidung nicht beliebig werden zu lassen.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, die Beiträge für die Dokumentation verfasst haben und dadurch Einblicke in ihre wissenschaftliche Forschung und ihre berufliche Praxis geben. Der Bundeszentrale für politische Bildung gilt unser Dank für die finanzielle Unterstützung der Tagung »Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft«.

Wenn Schmerz und Leid das Leben begleiten

Schmerz und Leid aus theologischer Sicht

Von Prälat Dr. Stefan Dybowski, Bischofsvikar, Berlin

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

1. Streiflichter zum Thema Schmerz und Leid

– Wie lange noch muss ich Schmerzen ertragen in meiner Seele? (Ps 13,3)

– Frau, du sollst von deinen Leiden erlöst sein (Lk 13,12)

– Er hat unsere Krankheiten getragen und unsere Schmerzen auf sich geladen (Jes 53,4)

– Selig die trauernden, denn sie werden getröstet werden (Mt 5)

– Unter Schmerzen wirst du deine Kinder gebären (Gen 3,16)

– Rabbi, wer hat gesündigt? Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden (Joh 9,2-3)

Wenn Schmerz und Leid das Leben begleiten ...

Ja, Sie haben recht, Schmerz und Leid begleiten unser Leben. Die eben zitierten Streiflichter zeigen, dass sich dieses Thema durch die gesamte Heilige Schrift hindurch zieht, und damit auch durch das ganze menschliche Leben.

Gleichzeitig wird auch ein wenig von der Vielfalt deutlich, in der sich das Thema Schmerz und Leid in der Heiligen Schrift zeigt:

Sie finden den Schmerz als Realität, mit der sich der Mensch auseinandersetzen muss (Psalmen und Weisheitsliteratur), aber auch die unterschiedlichen Heilungserzählungen im Neuen Testament, wo man den Eindruck hat, dass Jesus ganz individuell jedem Einzelnen seine Zuwendung schenkt. Sie werden auf den Zusammenhang zwischen Schmerz und Schuld stoßen (Genesis), aber auch die veränderte Blickrichtung Jesu kennen lernen: Fragt nicht warum, sondern fragt wozu!

Und schließlich wird von einem Gott erzählt, der eben nicht Schmerz und Leid ausspart, sondern im Gegenteil auf sich nimmt. Ein Gott, bei dem sich übrigens viele Menschen gerade in Schmerzsituationen gut aufgehoben fühlen.

Im Laufe der Zeit bin ich sehr vorsichtig geworden, über dieses Thema zu sprechen. Viele Jahre lang habe ich einen Mann begleitet, der unter großen Schmerzen litt. Und wenn ich mit ihm über das Thema Kreuz und Leiden sprach, hatte ich das Gefühl, als ob er es ist, der mir etwas zu sagen hat und der mich tröstet.

Ich möchte hier kein biblisches Referat halten und die verschiedenen Zusammenhänge aufzeigen, in der von Schmerz und Leid die Rede ist. Ich möchte auch nicht verschiedene seelsorgliche Praktiken aufzeigen, mit denen man dem Thema Schmerzen begegnen kann.

Meinen Blick möchte ich vielmehr auf die Theologie richten: Hat die christliche Theologie eine Antwort auf die Fragen nach Schmerz und Leid, mit der sie die Menschen erreicht?

2. Berührbar für die Menschen (Lk 6,19) – Weihnachten

2.1 Der Weihnachtsmann im Krankenhaus

Bei einer Weihnachtsfeier in einem christlichen Krankenhaus tauchte auf einmal der Weihnachtsmann auf. Lachen, Kopfschütteln, Entsetzen ...? Aber der Vorfall hat eine Diskussion ausgelöst, die ich nicht missen möchte: was macht das christliche Profil eines solchen Hauses aus? Ein Kreuz an der Wand, Tannenbaum und Krippe im Eingangsbereich?

2.2 Olymp und Betlehem

Ich weiß nicht, ob Sie in der Schule die Mythen des alten Homer gelesen haben. Da war von den griechischen Göttern die Rede. So unterschiedlich sie waren, eines hatten sie gemeinsam: sie waren unberührbar und die Menschen hatten Angst vor ihnen (vgl. Anfang der Odyssee).

Im Gegensatz zu diesen antiken Göttern steht die Botschaft der Heiligen Nacht: Ein Gott, der sich berührbar macht, indem er Mensch wurde.

2.3 Franziskus von Assisi

Konkret und damit sehr eindrucksvoll kann man diese Berührbarkeit beim Heiligen Franz von Assisi erleben. In einem Film, den ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Caritas oft gezeigt habe, wurde Franziskus mehrfach nackt gezeigt. Doch es ging nicht um erotische Szenen. Franziskus hat sich berührbar gemacht für die Sorgen und Nöte der Menschen. In einer Szene sieht man, wie Franziskus eine verfallene Kirche wieder aufbauen will. Natürlich sind seine Hände die raue Arbeit gar nicht gewohnt. Sie reißen auf, werden wund. Die Heilige Klara verbindet seine Hände. Und während Franziskus noch verarztet wird, kommen zwei Kinder, nehmen Franziskus und Klara an die Hand und bringen sie dorthin, wo sie wohnen, leben und leiden.

2.4 Menschwerdung im Krankenhaus

Was macht das christliche Profil unserer Krankenhäuser aus? Kreuz und Weihnachtsskrippe? Ich möchte keineswegs auf die sichtbaren Zeichen unseres Glaubens verzichten. Doch einen stärkeren Eindruck macht die Erfahrung, dass einem hier Menschen begegnen, die berührbar sind für meinen Schmerz und mein Leid. Weihnachten wird dann zu einer erlebbaren Erfahrung, die damals wie heute Vielen Kraft gibt.

3. Durch seine Wunden sind wir geheilt – Sympathie

3.1 Karfreitag

Am Karfreitag gedenken die Christen des Leidens, das Jesus auf sich genommen hat. In der katholischen Liturgie der Feier des Leidens und Sterbens Jesu wird ein Text aus dem Buch des Propheten Jesaja verlesen:

Er hat unsere Krankheiten getragen und unsere Schmerzen auf sich geladen. Und dann wenige Sätze später: Durch seine Wunden sind wir geheilt (Jes 53).

Haben wir im Zusammenhang mit dem Weihnachtsgeheimnis bereits davon gesprochen, dass Jesus durch seine Menschwerdung berührbar wurde für Schmerzen und Leiden, so geht die Botschaft des Karfreitags noch einen Schritt weiter. Jesus nimmt das Leiden auf sich.

3.2 Welpen zu verkaufen

Ein Ladenbesitzer heftete ein Schild über seiner Tür an, auf dem stand: »Welpen zu verkaufen«. Schilder wie diese haben eine große Anziehungskraft auf Kinder, und schon bald trat ein kleiner Junge in den Laden. »Was kostet so ein kleiner Hund?« fragte er. Der Ladenbesitzer antwortete: »Zwischen dreißig und fünfzig Dollar.«

Der kleine Junge holte aus seiner Tasche etwas Kleingeld heraus. »Ich habe nur zwei Dollar und siebenunddreißig Cents« sagte er. »Kann ich sie mir wenigstens bitte ansehen?«

Der Ladenbesitzer nickte und pfiß, und aus der Hundehütte kam eine Hündin, gefolgt von fünf Welpen. Ein Welpen blieb weit hinter den anderen zurück. Sofort griff der kleine Junge den zurückbleibenden, hinkenden Welpen heraus und sagte: »Das ist genau der Hund, den ich haben möchte.«

Der Ladenbesitzer lächelte und sagte: »Wenn du ihn unbedingt haben willst, schenke ich ihn dir.« Doch da wurde der kleine Junge ganz aufgeregt und antwortete: »Nein, ich will den Hund nicht geschenkt haben. Dieser Hund ist genauso viel wert wie die anderen Hunde, und ich bezahle den vollen Preis. Nur kann ich im Moment nur die zwei Dollar bezahlen, und den Rest zahle ich Monat für Monat von meinem Taschengeld ab.«

Der Ladenbesitzer entgegnete: »Aber dieser Hund wird nie so richtig mit dir spielen und herumtoben können.« Der Junge sagte gar nichts. Wortlos hob er sein Hosenbein hoch, und darunter kam eine Metallschiene zum Vorschein, die sein Bein stützte. »Ich kann auch nicht so gut laufen, und sicher braucht der kleine Hund jemanden, der ihn gut versteht.«¹

3.3 Einer, der ihn gut versteht

Es ist für mich jedes Mal anrührend, wie der kleine Junge den Hund nicht geschenkt haben möchte. Seine Begründung: »Der kleine Hund ist genauso viel wert, auch wenn er nicht so gut laufen kann.« Der Junge begegnet dem Hund nicht mit Mitleid, sondern mit Wertschätzung. Auf die Frage, wie eine solche Wertschätzung in Leidsituationen aussehen kann, werde ich noch zu sprechen kommen.

Doch neben die Wertschätzung stellt der Junge noch ein zweites Moment seiner Beziehung zu dem Hund: seine Empathie, eigentlich noch mehr seine Sympathie (im wahrsten Sinne des Wortes).

Er hat selbst ein Leiden und kann aus diesem Grund die Leidenswirklichkeit des anderen gut verstehen.

Ich möcht', dass einer mit mir geht, der 's Leben kennt, der mich versteht ... Ein modernes Kirchenlied drückt die Sehnsucht nach einer solchen Sympathie in Schmerz und Leid aus. Die Heilige Schrift erzählt von einem Gott, der Krankheiten und Schmerzen auf sich genommen hat. Können Menschen in unseren Krankenhäusern etwas von diesem sympathischen Gott erfahren?

4. Richtet euch auf und erhebt euer Haupt (Lk 21,28) – Erlösung

4.1 Richtet euch auf und erhebt euer Haupt (Lk 21,28)

Es gibt einen Satz aus der Liturgie der Adventszeit, mit dem ich meinen letzten Gedanken beginnen möchte: Richtet euch auf und erhebt euer Haupt, denn eure Erlösung ist nahe. Mit dieser adventlichen Botschaft bin ich sicher sehr nahe bei Menschen, die sich mit Schmerzen auseinandersetzen müssen. Die wünschen sich sicher nichts sehnlicher, als von ihren Schmerzen erlöst zu werden.

4.2 Erlösung

Die meisten Menschen verbinden das Wort Erlösung mit dem Wort Befreiung. In Märchen und Sagen werden Menschen von einem Zauber erlöst. Auch in der Bibel kommt das Wort Erlösung in diesem Kontext vor.

4.3 Ein krummer Rücken

Eines Tages kam eine Frau zu Jesus, deren Rücken seit langer Zeit gekrümmt war.

Man kann die Schmerzen erahnen, die diese Frau seit langer Zeit ertragen musste.

Und Jesus richtet die Frau wieder auf.

4.4 Spuren im Schnee

Ich möchte Ihnen kurz von einem Spielfilm erzählen: Spuren im Schnee. Zwei schweizer Bergbauernkinder Annette und Lucien geraten in Streit, Annette gibt dem Lucien eine Ohrfeige. Dieser rächt sich an ihrem kleinen Bruder Dani und lässt sein Kätzchen in die Schlucht fallen. Dani klettert hinterher, rutscht ab und bricht sich ein Bein. Das alles passiert in den ersten fünf

Minuten des Films: Verletzungen, nicht nur des Leibes, sondern noch mehr in der Seele.

Lucien ist der Übeltäter. Alle machen einen Bogen um ihn. In der Schule wird er verspottet, und die Erwachsenen reden: »Man müsste ihn hinter Gitter bringen!« Lucien kann sich im Dorf nicht mehr sehen lassen. Gebeugt ...

4.5 Schnitzen lernen

Lucien zieht sich in die Berge zurück. Dort sitzt er und schnitzt an einem kleinen Ast. So sehr ist er beschäftigt, dass er gar nicht bemerkt, wie ein alter Mann ihm dabei zuschaut.

»Zeig doch mal her!« sagt der Alte. Lucien zögert, dann gibt er ihm das angefangene Stück Holz. Der Alte betrachtet es von allen Seiten. »Hast du schon mal daran gedacht, das Schnitzen zu lernen? Du bist begabt, das ist nicht jeder. – Komm mal mit!«

Wann wird Lucien diese Aufforderung zum letzten Mal gehört haben? Dem »Hau bloß ab!« steht dieser Willkommensgruß diametral gegenüber.

Lucien geht mit in die einfache Bergbauernstube. Der Alte setzt sich an die Werkbank, spannt ein Stück Holz ein und beginnt mit Hammer und Meißel, das Stück Holz vorsichtig zu bearbeiten. Dann gibt er die Werkzeuge Lucien: »Probier du mal!« Lucien beginnt, erst ganz vorsichtig, aber dann auch beherzt, mit der Arbeit. Und so langsam entsteht aus dem groben Stück Holz ein kleines Schaf – sicher noch mit vielen Ecken und Kanten, aber durchaus mit einem erkennbaren Profil.

Und die Kamera gleitet über das Gesicht des Jungen: Lucien strahlt.

4.6 Erlösung

Happy end? Die Geschichte geht weiter. Das gebrochene Bein ist noch längst nicht geheilt, und die Verletzungen der Seele heilen auch nicht so schnell. Aber die Botschaft des Advent ist für Lucien zur Wirklichkeit geworden: »Richtet euch auf und erhebt euer Haupt, denn eure Erlösung ist nahe.«

Erlösung kann durchaus in der Beseitigung von Schmerz und Leid liegen. Das dürfen viele Kranke in unseren Krankenhäusern ja tagtäglich erleben.

Lucien hat es auf eine andere Weise erlebt. Da ist jemand, der an ihn glaubt, an das Charmante und Liebenswerte, das in ihm steckt. Diese Erfahrung hat ihn aufgerichtet.

4.7 Helfer der Erlösung

Schmerz und Leid durchziehen die Erzählungen der Heiligen Schrift wie auch das Leben der Menschen. Doch die Theologie gibt Antworten für Menschen in derartigen Situationen. Sie erzählt von einem Gott, der in seiner Menschwerdung sich berührbar macht für Schmerz und Leid; der selbst Krankheiten und Leiden getragen hat und bei dem ich mich gut verstanden weiß; und der Menschen in seiner Liebe aufrichten und erlösen kann.

An dieser Stelle möchte ich Dank sagen allen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in unseren Häusern – durch ihr Tun wie auch mit Worten oder Schweigen - mit-helfen, dass Menschen einen solchen Gott erfahren können.

Anmerkung:

¹ frei erzählt nach Dan Clark, *Welpen zu verkaufen*, aus: Jack Canfield, Mark Victor Hansen, *Hühnersüppchen für die Seele*, München 2001.



Was bedeutet der Begriff des Leidens im Kontext der Medizin?¹

Von Dr. Claudia Bozzaro, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

»Ich habe Schmerzen« ruft die Schülerin in einem Theaterstück von Eugène Ionesco. »Ich habe Schmerzen« ruft sie erneut und immer wieder. Doch der Lehrer führt unbeeindruckt seinen Unterricht fort. Sie wiederholt »ich habe Schmerzen, ich habe Schmerzen [...]«. Er doziert stur weiter. Plötzlich fängt sie an, auf ihrem Stuhl hin und her zu wippen und vor Schmerzen zu stöhnen. Der Lehrer führt unbekümmert seinen Unterricht weiter. Schließlich schreit es aus ihr heraus: ihr Kopf, der Hals, der Bauch, die Glieder – alles tue ihr weh! Der Lehrer, der zuerst leichtfertig, dann immer mühsamer und ungeduldiger ihre Klage überhört hatte, geht auf die Schülerin zu, zieht ein Messer aus der Tasche und erdolcht sie.

Diese Szene stellt in zusammengefasster Weise die Handlung eines Theaterstückes von Eugène Ionesco dar, das den Titel »La Leçon«, also »Die Unterrichtsstunde« (1951), trägt. Ionesco ist ein Vertreter des sogenannten Theaters des Absurden und in der Tat erscheint einem diese Szene zunächst einmal absurd. Doch bei einer genaueren Betrachtung erschließt dieses Stück in einer sehr direkten und unverblühten Weise, was Schmerzen und Leiden in einem hervorrufen: nämlich den Wunsch, sie sollen aufhören. Schmerzen und Leiden sollen aufhören zu stören und zu verstören. Sie sollen weggemacht werden. Wie Isabelle Azoulay zu Recht bemerkt, ist das Dreiste an diesem Stück, dass Ionesco keineswegs das Mitleiden, das Mitgefühl mit der schmerzleidenden Schülerin thematisiert, sondern vielmehr das Unbequeme und Störende, was mit dem Schmerz und dem Leiden verbunden ist.² Ionesco trifft mit eben dieser Provokation den Nerv der Sache: Die bohrenden, sich immer wiederholenden Schmerzüßerungen der Schülerin treiben den Lehrer und auch den Zuschauer im Theater in den Wahnsinn. Der Lehrer reagiert schließlich in der konsequentesten Weise: Er liquidiert den Schmerz, indem er die schmerzleidende und unbequeme Person selbst liquidiert. Als Zuschauer ist man über seine unerwartete Reaktion erschrocken und erleichtert zugleich.

Schmerzen und Leiden sind eine Provokation. Es sind Erlebnisse, die uns immer – wenn auch in unterschiedlichem Maße – betroffen machen und dazu auffordern, auf sie zu reagieren, etwas zu unternehmen, damit sie aufhören. Die Vorstellung, dass man Schmerzen und Leiden nach Bedarf lindern, wenn nicht gar »weg machen« könne, ist in unserer westlichen abendländischen Kultur weit verbreitet und ist nicht zuletzt den medizinischen Fortschritten in der Behandlung von Schmerzen und Leiden zu verdanken, die erfreulicherweise in den vergangenen Jahrzehnten erzielt wurden. Heute ist eine Narkose bei operativen Eingriffen ebenso selbstverständlich wie die Einnahme einer Schmerztablette bei aufkommender Migräne, und ob eine Frau die Geburt ihres Kindes unter Schmerzen erleben will oder nicht, ist häufig lediglich eine Frage der persönlichen Vorliebe und Wahl. Diese Erfahrungen bekräftigen den Wunsch nach absoluter Schmerz- und Leidfreiheit und zugleich auch die Annahme, dass man diese von Seite der Medizin einfordern könne, schließlich stellt das Lindern von Schmerz und Leiden eine der Kernaufgaben der Medizin dar.³

In der Tat hat das Argument der Leidenslinderung gerade in Diskussionen über medizinische Maßnahmen eine enorme Wirksamkeit. So ist beispielsweise in der Debatte um ein menschenwürdiges Sterben der Verweis auf das »unerträgliche«, »unstillbare« oder »aussichtslose« Leiden von Patienten gängig, das durch den ärztlich assistierten Suizid behoben werden sollte. Interessanterweise finden sich in den Diskussionen, in denen mit großer Selbstverständlichkeit auf die Notwendigkeit der Leidensvermeidung verwiesen wird, oftmals keine Definition, was mit dem Wort »Leiden« oder den Begriffen »unerträgliches Leiden« oder »aussichtsloses Leiden« überhaupt gemeint ist. Offensichtlich ist in unserem Kulturkreis die Zielsetzung der Leidenslinderung, genauer gesagt der Leidensvermeidung, derart selbstverständlich, dass keine weiteren Erläuterungen von Nöten schienen, selbst dann nicht, wenn die Maßnahmen, die mit diesem Argument legitimiert werden sollen, doch sehr einschneidende Maßnahmen sind wie eben ein assistierter Suizid.

Im Folgenden möchte ich hingegen dafür plädieren, dass wir sehr wohl eine grundlegende Reflek-

tion und Klärung darüber benötigen, was wir unter Leiden verstehen und vor allem wie der Leidenslinderungsauftrag der Medizin aufzufassen ist.

Dafür möchte ich folgende zwei Schritte durchführen:

– Als erstes möchte ich anhand des Beispiels der niederländischen Gesetzgebung zur Tötung auf Verlangen zeigen, welche Probleme in der medizinischen Praxis mit dem unreflektierten Gebrauch eines solch normativ aufgeladenen Konzeptes wie dem des Leidens einhergehen können.

– In meinem zweiten Teil möchte ich anhand eines eher philosophisch-anthropologischen Zugangs erläutern, weshalb unser aktuelles Verständnis des Leidens zu reduktiv ist und weshalb der Leidenslinderungsauftrag der Medizin nicht als ein absoluter verstanden werden sollte.

Der Leidensbegriff in der medizinischen Praxis

Der Rekurs auf den Begriff des Leidens geschieht nicht lediglich auf argumentativer Ebene, vielmehr hat sich der Begriff des Leidens als ein feststehendes Kriterium in der medizinischen Praxis etabliert. So z. B. in der niederländischen Gesetzgebung zur Regelung der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, wo er eines der Sorgfaltskriterien darstellt, die ein Arzt einhalten muss, um die Tötung auf Verlangen rechtmäßig durchzuführen. Im Gesetz heißt es a) der Arzt muss zu der Überzeugung gelangen, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat; b) der Zustand des Patienten muss aussichtslos und sein Leiden unerträglich sein.⁴ Obwohl dem Leidensbegriff in der niederländischen Gesetzgebung eine enorme Relevanz zukommt – er steht gleich an zweiter Stelle – wird er nirgends definiert. Er stellt zwar eine der wesentlichen Bedingungen dar, damit überhaupt eine Tötung auf Verlangen angedacht werden kann, aber es bleibt absolut offen, was darunter zu verstehen ist.

Die mangelnde begriffliche Schärfe des Begriffes »unerträgliches Leiden« führt bei dessen praktischer Anwendung offenkundig zu einer Reihe von Schwierigkeiten, die ich kurz beschreiben möchte.

Schwierigkeiten bei der Verwendung des Begriffes »unerträgliches Leiden« in der medizinischen Praxis

Leiden ist ein subjektives Phänomen.⁵ Ob und inwieweit ein Symptom oder eine Situation als leidvoll empfunden und erlebt wird, hängt primär von der individuellen Empfindsamkeit und von subjektiven Bewertungsmaßstäben ab. Daraus folgt, dass die Deutungshoheit über das Leiden primär beim Betroffenen, dem Patienten, liegt. Das wiederum bedeutet, dass sich das Leiden einer direkten und objektiven Beurteilung durch Andere – durch Pflegende, Ärzte, Kontrollkommissionen, Angehörige usw. – faktisch entzieht. Diese Tatsache ist nicht unbedeutend, bedenkt man, dass ein Arzt das Vorliegen eines »unerträgliches Leidens« möglichst sicher feststellen muss, um, lege artis, die Zustimmung für eine Lebensbeendigung auf Verlangen geben zu können, zumal er auch im rechtlichen Sinn die Verantwortung für die von ihm gestellte Indikation und Beurteilung trägt.

Man kann sich zwar Symptome und Situationen vorstellen, welche die meisten Menschen als leidvoll und sogar als unerträglich bewerten würden. Aber gleichzeitig gibt es eine große Grauzone, in der eine solche intersubjektive Evidenz fehlt. Ebenso ist es sicherlich möglich, sich bis zu einem gewissen Grad durch Mitgefühl und Empathie in die Lage eines Anderen zu versetzen und dessen Leiden zumindest indirekt nachvollziehen zu können.⁶ Eine sichere Grundlage ist dies allerdings nicht, schließlich spielen dabei auch eigene Vorstellungen dessen, was man selbst als leidvoll oder unerträglich beurteilen würde, eine Rolle

Genauso wie der Leidensbegriff nicht definiert wird, so wird in den genannten Kontexten auch das Adjektiv »unerträglich« nicht näher bestimmt und wirft faktisch ähnliche Probleme auf, denn auch die Unerträglichkeit eines Zustandes kann nur subjektiv vom Leidenden selbst, gemäß der eigenen Empfindsamkeit, eigenen Widerstandsressourcen und eigenen Beurteilungsmaßstäben, definiert werden. Auch in diesem Fall kann die Unerträglichkeit eines Leidenszustands nicht durch einen Anderen anhand objektiver Kriterien beurteilt werden.

Das Adjektiv der »Unerträglichkeit« leistet in diesem Kontext eine Verstärkung des appellativen und normativen Charakters, der dem Leidensbegriff inhärent ist. Wenn von »unerträglichem Leiden« gesprochen wird, so wird damit die Dringlichkeit einer Intervention, einer Linderung, be-

tont. Dadurch entsteht ein Handlungsdruck, insofern das Leiden für den Betroffenen nicht mehr länger auszuhalten, nicht mehr erduldbar, ist. Doch gerade weil dieser Begriff ein so stark aufgeladener Begriff ist, kann damit auch das Risiko einhergehen, dass das Leiden als moralisches Druckmittel zur Durchsetzung eigener Forderungen eingesetzt werden könnte oder anders gesagt dass dadurch eine Instrumentalisierung des medizinischen Personals erfolgen kann.

Ein weitere Schwierigkeit, die mit der Normativität der »Unerträglichkeit« des Leidens einhergeht, besteht darin, dass andere Sorgfaltskriterien in der Praxis obsolet werden. Bei der Bedeutsamkeit, die dem Kriterium des subjektiv empfundenen unerträglichen Leidens in den dargestellten Kontexten gegeben wird, stellt sich die Frage, weshalb eine Maßnahme, die auf dessen Linderung abzielt, überhaupt noch an andere Sorgfaltskriterien – z.B. das Vorliegen einer terminalen Erkrankung – gebunden sein sollte, wie es beispielsweise in den meisten Gesetzesentwürfen zur Regelung des ärztlich assistierten Suizids, die in Deutschland zur Debatte standen, vorgesehen war. Warum sollte z.B. einem Patienten in einem frühen Stadium einer terminalen Erkrankung beim Vorliegen eines Zustands, der zwar nicht krankheitsbedingt ist, aber dennoch als unerträglich leidvoll bewertet wird ein assistierter Suizid verwehrt werden?

Das nächste Problem hängt mit der inhaltlichen Unbestimmtheit des Leidensbegriffes zusammen. Alltagssprachlich bezeichnet das Wort Leiden Erlebnisse oder Erfahrungen, die wir als negativ empfinden oder beurteilen. Doch dabei kann es sich um völlig disparate Zustände handeln. Es können körperliche Leiderfahrungen wie Schmerzen und Krankheiten gemeint sein, ebenso wie psychische Zustände wie Niedergeschlagenheit oder Depressivität oder auch existenzielle Erfahrungen wie Verzweiflung, Lebensüberdruß oder Trauer. Oder gar soziale Situationen wie Einsamkeit, Isolation oder Ungerechtigkeit usw. In Bezug auf einige Leiderfahrungen ist üblicherweise völlig selbstverständlich, dass wir sie nicht als ein Leiden ansehen, was medizinisch relevant sein sollte. So würde vermutlich kein Arzt einem Jugendlichen mit Liebeskummer eine Tötung auf Verlangen gestatten, selbst, wenn dieser ihm seine Situation als aussichtslos und unerträglich leidvoll schildern würde. Doch anhand welcher Kriterien machen wir solche Unterschiede? Welche Erfahrungen meinen wir in diesen Kontexten, wenn wir von Leiden und unerträglichem Leiden sprechen?

Seit einigen Jahren ist in den Niederlanden eine Ausweitung zu beobachten, dahingehend, dass auch soziale und existenzielle Zustände, die als unerträglich leidvoll geschildert werden, als legitimierende Leidenszustände für die Sterbehilfe angedacht und akzeptiert werden.⁷ Aktuell wird beispielsweise eine kontroverse Diskussion darüber geführt, ob die Tötung auf Verlangen nicht auch für gesunde, aber lebensmüde ältere Menschen, gestattet werden sollte.

Auf einer grundsätzlicheren Ebene stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob die Medizin überhaupt für existenzielles, psycho-soziales Leiden zuständig sein kann und sein sollte und ob es legitim ist, so unterschiedliche Zustände wie eine terminale Erkrankung oder Schmerzen auf der einen Seite und ein Gefühl von Sinnlosigkeit oder die Angst, anderen zur Last zu fallen, ohne weiteres gleich zu setzen und gleich zu behandeln. Dass das Leiden in beiden Fällen unerträglich sein kann, steht außer Frage. Die Frage ist, ob das eine angemessene Antwort auf diese unterschiedlichen Formen des Leidens ist oder ob wir es hier nicht mit der Gefahr einer Medikalisierung von psycho-sozialem und existenziellem Leiden zu tun haben und letztlich mit einer Überschreitung des Kompetenzbereiches der Medizin.

Die am Beispiel der niederländischen Regelungen am Lebensende aufgezeigten praktischen Probleme verweisen letztlich auf die Notwendigkeit einer begrifflichen Klärung dessen, was unter dem Begriff des Leidens und im Speziellen unter dem Begriff des »unerträglichen Leidens« im medizinischen Kontext verstanden werden soll und wie weit die Zielsetzung der Leidenslinderung in der Medizin reichen soll.

Um diese Fragen, wenn auch nur ansatzweise, zu beantworten, möchte ich im folgenden einige skizzenhafte Bemerkungen aus kulturhistorischer und philosophisch-anthropologischer Sicht zum Leiden vorausschicken und dann einige Schlussfolgerungen zum Umgang mit dem Leiden in der Medizin formulieren.

3. Zum anthropologischen Stellenwert von Leid und Schmerz

In unserem Kulturkreis scheint sich die Annahme etabliert zu haben, Leiden müsse weggemacht werden und die Medizin müsse diesem Wunsch nach Leidfreiheit nachkommen. Diese uns heute so selbstverständlich erscheinende Annahme bezüglich des Leidens ist aus kulturhistorischer Sicht relativ jung. Zwar haben Ärzte bereits in der

Antike die Leidenslinderung als eine ihrer Hauptaufgaben angesehen, doch über viele Jahrhunderte hinweg waren faktisch keine effektiven Mittel vorhanden, mit denen eine umfassende Leidenslinderung hätte erreicht werden können. Über Jahrhunderte hinweg wurden vor allem nicht medizinische Formen der Leidenslinderung und -bewältigung, wie z.B. religiöse oder philosophische Sinndeutungsangebote, entwickelt und es wurden eine ganze Reihe an gesellschaftlich anerkannten Bewältigungsstrategien praktiziert. Auch wurde das in Form von Kriegen, Kindstod, Krankheiten usw. allgegenwärtige Leiden als ein elementar zum Leben dazugehörendes Phänomen angesehen, was gesellschaftlich gedeutet und mitgetragen wurden.

Heute ist erfreulicherweise der Einsatz von Medikamenten in der medizinischen Praxis eine Selbstverständlichkeit. Was hingegen an Selbstverständlichkeit eingebüßt hat, ist die Anerkennung der Tatsache, dass bis zu einem gewissen Grad Leiden auch ein wesentlicher Bestandteil des Lebens ist. Leiderlebnisse, egal welchen Ursprungs, ob körperlicher, psychischer, sozialer, existentieller oder spiritueller Natur, sind letztlich nur deshalb erfahrbare, weil Menschen aufgrund ihrer leiblichen und zeitlich-endlichen Verfasstheit verwundbare und bedingte Wesen sind. Die Fähigkeit zu Leiden ist Teil der Natur des Lebendigen und es ist auch ein Teil der *conditio humana*. Gleichzeitig sind Menschen nicht lediglich Natur, sondern ebenso Kulturwesen, das bedeutet, dass wir anders als Tiere um die theoretische Möglichkeit des Nicht-Leidens wissen und deshalb den unmittelbaren Impuls, etwas gegen das Bestehen des Leidens zu unternehmen, verspüren. Viele Erfahrungen von Schmerz und Leiden sind dem Leben, der Entwicklung der Person ebenso wie einer Gesellschaft in der Tat nicht zuträglich. Daher sind die enormen Fortschritte, die in der Bekämpfung von Schmerzen und Leiden erzielt wurden, als eine der wichtigsten Errungenschaften der Menschheit anzuerkennen und es müssen weitere Anstrengungen vollbracht werden, um Leiden zu lindern und zu beheben. Doch die Frage ist, mit welcher Haltung und mit welchem Anspruch, vor allem im medizinischen Kontext, diese Anstrengungen vollbracht werden.

4. Schlussfolgerungen zum Umgang mit dem Leiden im medizinischen Kontext

Was lässt sich aus diesen sehr skizzenhaften Ausführungen zum anthropologischen Stellenwert des Leidens für den Umgang mit demselben im medizinischen Kontext folgern?

Erstens folgt daraus, dass der normative Charakter des Leidensbegriffs im medizinischen Kontext nicht absolut verstanden werden kann. Die kraftvoll-appellative Wirkung, die der Begriff des Leidens und erst Recht Begriffe wie »unerträgliches« oder »aussichtsloses« Leiden entfalten, dürfen nicht verdecken, dass Leiderlebnisse auch ein wesentlicher Bestandteil des Lebens sind und dass ein absolut verstandener Leidenslinderungsimperativ in letzter Konsequenz eine Utopie darstellt. Damit ist zwar keineswegs gemeint, dass deshalb jegliche Form von Leiden hinzunehmen und zu erdulden wäre. Genauso wenig aber darf die Normativität des Leidensbegriffs einen Automatismus in Gang setzen, durch den die Lindering von Leiderlebnissen undifferenziert eingefordert oder in Aussicht gestellt wird. Vor allem in der medizinischen Praxis dürfen die Unterschiede zwischen verschiedenen Leiderlebnissen nicht nivelliert werden. Vielmehr bedarf es einer Differenzierung einzelner Leiderlebnisse untereinander und einzelner Dimensionen des Leidens, um auf dieser Basis ein ebenso differenziertes Angebot – vielleicht auch an nicht medizinischen Leidenslinderungsmitteln – zur Verfügung zu stellen.

Zweitens folgt daraus, dass die Grenzen der medizinischen Leidenslinderungsmöglichkeiten deutlich benannt werden sollten. Es ist zwar richtig, wie vor allem die Palliativmedizin betont, dass der leidende Patient immer als ganze Person leidet. Ein Körper alleine leidet nicht. Und es ist auch richtig, dass eine scharfe Grenzziehung zwischen körperlichen Symptomen und psychosozialen oder existenziellen und spirituellen Leiderlebnissen nicht immer scharf gezogen werden kann. Es ist daher prinzipiell zu begrüßen, dass sich gerade die Palliativmedizin einem holistischen, ganzheitlichen Menschenbild verschrieben hat und die Berücksichtigung all dieser Aspekte einfordert. Doch dies darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass die Medizin deshalb gleichermaßen für alle Dimensionen dieses Geschehens und für die Person als Ganze zuständig sein kann. Dies zu mindestens dann nicht, wenn mit Zuständigkeit gemeint ist, dass sie die ganze Person behandeln und das gesamte Leiden lindern muss. Das scheint mir eine gewaltige Überforderung der medizinischen Möglichkeiten und nicht zuletzt des medizinischen Personals zu sein.

Den Patienten als Person und dessen Leiden im medizinischen Kontext ernst zu nehmen, kann auch bedeuten, anzuerkennen, dass das Leiden eine Herausforderung ist, die alle gleichermaßen,

ob Arzt oder Patient, Pflegenden oder Angehörige, letztlich auf Fragen stößt, für die es keine einfachen und auch keine allgemeingültigen Antworten oder Lösungen gibt. Die Grenzen des medizinischen Schmerz- und Leidenslinderungsauftrages zu benennen, bedeutet eben nicht, den Leidenden in seinem persönlichen Weg der Sinn-suche, in seiner Auseinandersetzung mit dem Leiden, in seiner Verzweiflung, im Sterben alleine zu lassen. Das Leidenslinderungs-Gebot der Medizin kann nur in dem Sinne absolut verstanden werden, als es die Pflicht begründet, leidende Menschen in ihrem Leiden nicht alleine zu lassen, selbst wenn bzw. gerade dann, wenn man nicht in der Lage ist, sie gänzlich von ihrem Leiden oder ihrer Verzweiflung zu befreien. Das Leiden des Patienten mitzutragen, setzt mindestens zwei Bedingungen voraus: erstens, dass man auch selbst bereit sein muss, sich auf das Leiden des Anderen einzulassen und dabei auch die eigene Konfrontation mit existentiellen Fragen nicht zu scheuen, denn das Leiden des Anderen spiegelt einem unmittelbar auch die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit wider. Zweitens setzt es Raum und Zeit voraus. Raum und Zeit für das Gespräch, für das Zuhören, für das Nachspüren, für das Mitleiden. Doch all das sind bei genauer Betrachtung keine rein medizinischen Aufgaben. Und diese Aufgabe obliegt auch nicht ausschließlich Ärzten und Pflegenden und sollte auch nicht einseitig auf sie abgewälzt werden. Leidenden Beistand zu leisten, ist nicht primär eine medizinische Frage, sondern eine Frage der Menschlichkeit eines jeden Menschen und vor allem auch einer Gesellschaft, sofern sie eine humane Gesellschaft sein möchte.

Anmerkungen:

¹ Der folgende Artikels besteht aus leicht überarbeiteten Textpassagen aus bereits veröffentlichten Artikeln: Vgl. Bozzaro (2015a und b).

² Vgl. Azoulay (2000).

³ Vgl. Callahan et al. (1996).

⁴ Van der Heide et al. (2007).

⁵ Beijk (1998).

⁶ Kimsma (2014).

⁷ Sheldon (2005).

Literaturverzeichnis:

Azoulay, I.: *Schmerz. Die Entzauberung eines Mythos*. Berlin: Aufbau-Verlag, 2000.

Beijk, M: *Unbearable suffering: What is it, what causes it, and who determines it?* *Medisch Contact* 1998, 53: 825-827.

Bozzaro, C: *Ärztlich assistierter Suizid: Unerträgliches Leiden als Kriterium (Physician-assisted suicide: Unbearable suffering as a criterion)*. *Dtsch med Wochenschr.* 2015 140: 131-4.

Bozzaro, C: *Schmerz und Leiden als anthropologische Grundkonstanten und als normative Konzepte. In der Medizin*. In: G. Maio / C. Bozzaro / T. Eichinger (Hrsg.): *Leid und Schmerz: Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, Freiburg: Alber, 2015 (im Erschienen)

Callahan, D et al.: *The goals of medicine: Setting new priorities*. In: *Hasting Center Report* 26 (6 Special Supplement) 1996.

Kimsma, G : *Assesment of unbearable and hopeless suffering in evaluating a request to end life*. In: Younger S, Kimsma G (Hrsg.): *Physician-Assisted Death in Perspektive. Assessing the Dutch Experience*. Cambridge, 2014: 333-350.

Sheldon, T: *Dutch euthanasia law should apply to patients »suffering through living«, report says*. *BMJ: British Medical Journal*. 2005: 330:61.

Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, et al. *End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act*. *New Engl J Med*. 2007;356:1957-65.



Leiderfahrungen im Krankenhaus – Was bewegt Patientinnen und Patienten?

Von Anja Weißwange, Dipl.-Psychologin und Psychoonkologin,
Krankenhaus St.-Joseph-Stift, Dresden

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

Als Psychologin in einer Klinik mit mehreren Akutstationen und einer schwerpunktmäßigen Tätigkeit auf einer Palliativstation bin ich mit vielen Facetten menschlichen Leids und Schmerz konfrontiert. Ich hoffe, mit meinen Ausführungen den Menschen, die sich mir mit ihrem Leid geöffnet haben, gerecht zu werden.

Ich bin als Psychologin Begleiterin auf einem Stück Weg der Krankheitsbewältigung, den unsere Patienten gehen, und nehme jedes mir anvertraute Leid als individuelles Anliegen an. Dabei steht es mir nicht zu, die Stärke und Größe dessen zu bewerten. Schmerz und Leid sind zutiefst subjektive Empfindungen, dennoch versuchen wir, sie zu definieren. So war es für mich bei den Vorbereitungen auf diesen Vortrag zunächst auch schwierig, ohne einen bewertenden Maßstab anzulegen, Patientenbeispiele auszuwählen. Ich entschloss mich deshalb, die ganz aktuellen Situationen, die mir im Stationsalltag begegnet sind, zu schildern.

Ich möchte einen jungen Mann vorstellen, der inmitten seiner Ausbildung zum Polizisten einen schwersten Schub einer Morbus Crohn Erkrankung durchlitt. Er schilderte sein Leid folgendermaßen: »Ich habe das ganze letzte Jahr trainiert, um die Aufnahmeprüfung zu bestehen. Jetzt liege ich seit zwei Wochen hier, das ist bald alles weg. Gucken sie sich doch mal meine Beine an. Das ist doch alles Sch...!« Dieses Beispiel zeigt uns, dass individuelles Leid ausgelöst werden kann durch die Gefährdung oder den Verlust persönlicher Lebenspläne und -konzepte. Wie dieser Patient erleben auch viele andere Krankheit und körperliche Veränderung als einen Angriff auf Selbstbild, Sinnerfüllung und Selbstwerterleben. Krankheitsbedingte Einschränkung der Freizeitaktivitäten, das Aufgeben von Hobbys und Veränderung der beruflichen Perspektive können sehr schmerzlich und zerrüttend erlebt werden. Dieser junge Mann konnte seine Sorgen sehr deutlich und direkt zum Ausdruck bringen. Manchmal verbirgt sich das Leid aber auch hinter einer Maske von Zynismus,

Humor oder Metaphorik. Ein Beispiel ist die Reaktion einer Tumorpatientin, die auf die telefonische Anfrage ihrer Tochter, »wie es ihr denn ginge«, mit der Aussage »na ich krebse so vor mich hin« antwortete. Diese ihre eigene Art mit der Erkrankung umzugehen, half der Patientin ein wenig, emotionalen Abstand zur eigenen Situation zu gewinnen. Die geschockte Reaktion der Tochter jedoch verdeutlichte ihr sehr den schmerzlichen Hintergrund ihrer Aussage und zwang sie, sich direkter mit ihrer Erkrankung auseinander zu setzen.

Ein 64-jähriger selbständiger Handwerker bewegte das gesamte Behandler Team sehr, da er immer wieder heftig sein Leid, seinen Schmerz und schließlich Todeswünsche signalisierte. Er war an Lungenkrebs erkrankt und bei Diagnosestellung bereits in palliativer Situation. Er verstarb in dieser Woche auf unserer Palliativstation. Ich begleitete ihn seit Diagnosestellung. Bisher war er es gewohnt, die Geschicke der Firma und der Familie zu lenken, nun sah er sich von heute auf morgen aus seinem Leben herausgerissen. Wie viele andere Patienten litt er unter dem Gefühl der Enttäuschung, einer Enttäuschung vom Leben, von der Medizin, dem Schicksal im Allgemeinen. Er beschrieb schon im ersten Kontakt eindrücklich Gefühle der Resignation und Angst: »Die können hier nichts mehr für mich machen, ... aber ich will nur eins, keine Schmerzen, keine Schmerzen, hören Sie!« Diese massiven Ängste brachte er mit höchster emotionaler Beteiligung und psychomotorischer Anspannung fast schreiend zum Ausdruck. Er berichtete im Folgenden vom Versterben seiner Mutter: »Meine Mutter ist jämmerlich zu Grunde gegangen. Das will ich nie. Lieber mach ich Schluss.« Er beschreibt etwas, was wir häufig im Erleben von Bedrohungssituationen beobachten, nämlich eine Reaktivierung früherer Leiderfahrungen. Häufig haben die Betroffenen in dieser akuten Situation Schwierigkeiten, den als Angehöriger erlebten Krankheitsverlauf von der jetzigen eigenen Situation zu trennen. Viele neigen zunächst dazu, diese Erfahrungen ohne Realitätsprüfung auf die eigene Situation zu übertragen und erzeugen sich damit heftigstes Leid. In der Aussage des Patienten steckt auch der Wunsch, die Situation – insbesondere die des Sterben – kontrollieren zu können

»...lieber mache ich Schluss«. Und noch einen weiteren Aspekt brachte der Patient bereits in diesem ersten Kontakt ein: seine Gedanken an die Ehefrau und seine Kinder. Diese stünden plötzlich vor einer völlig veränderten Lebenssituation. Ihnen gegenüber entwickelte er plötzlich Schuldgefühle und ein heftiges Mitgefühl und Trauer: »Am meisten mache ich mir Sorgen um meine Frau. Sie zu verlassen ist das Schlimmste. Das kann die doch gar nicht alles schaffen.« Ich erlebe oft, dass Betroffene selbst in größter eigener Not mit ihren Gedanken bei ihren Nächsten sind. Sie sorgen sich um diese, wollen sie nicht belasten und es ihnen »nicht schwer machen«. Mitunter setzt dies eine ganz neue familiäre Dynamik in Gang. Plötzlich sind andere Beziehungsqualitäten gefordert. Nicht selten, wie bei diesem Paar, sind die Beteiligten überrascht, irritiert, manchmal auch überfordert mit der bis dahin unbekanntem Emotionalität, dem Wunsch nach Nähe oder der Tiefe der Gespräche.

»Der Sonne und dem Tod kann man nicht ins Gesicht blicken.«, und doch sind wir Menschen immer wieder in unserem Leben damit konfrontiert, uns mit der »Wunde der Sterblichkeit« auseinanderzusetzen. Im besonderen Maße betrifft dies in meinem Berufsalltag Patienten, welche aufgrund ihrer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung auf der Palliativstation sind. Wie schon der Psychoanalytiker Irvin D. Yalom das obige Zitat aufgreifend betonte, können wir der Sonne, wie auch dem eigenen Tod nicht schmerzfrei ins Angesicht sehen und halten die Auseinandersetzung mit dem Tod auch nur begrenzt aus. Manche Patienten vermeiden eine solche Auseinandersetzung bis zum Lebensende oder muten sich nur minimalste Konfrontationen zu. Mitunter nehmen wir als professionelle Begleiter dies als Verdrängung wahr. Dennoch gilt es, das individuelle Maß zu respektieren und zu schauen, wo es den Betroffenen trotzdem gelingt, die richtigen Schritte zu gehen. Eine aus meiner Perspektive zu unterstützende Entwicklung gelang einer 54-jährigen Patientin mit einem sehr fortgeschrittenen Tumorleiden. Trotz dessen, dass sie noch wenige Tage vor ihrem Tod den Tumorprogress negierte, wie folgende Aussage zeigt: »Ich habe vorhin wieder gebrochen, ich darf halt den Joghurt nicht so kalt essen.« Sie immer wieder Hoffnung und Erwartungen an eine Verbesserung ihres Zustandes äußerte »Die Ärztin hat gesagt, dass sie nicht glaubt, dass ich noch ein Jahr habe, aber das kann die doch gar nicht wissen, stimmt's, das können doch auch mehr werden?!«. Diese Frau schrieb an ihre Kinder und ihre Mutter

Briefe, in denen sie diese wertschätzte und sich für die Hilfe bedankte. Sie legte dabei größten Wert darauf, dass diese nicht als Abschiedsbriefe verstanden werden. Sie erarbeitete auf Station Geschenke für ihre Lieben. Sie ließ zu, dass sie nach Entlassung der ambulante Hospizdienst und das SAPV-Team in der Häuslichkeit unterstützten.

Diese persönlichen Geschichten von Patienten, welche mir in den letzten Wochen während meiner Tätigkeit als Psychologin im Krankenhaus begegnet sind, sollen die Vielfalt individuellen Leids und Schmerzes und deren möglichen Auslöser illustrieren.

Das »Total-Pain-Konzept« versucht modellhaft, diese Mehrdimensionalität menschlichen Leids abzubilden. Es zeigt auf, dass Menschen nicht einem einfachen Kausalitätsprinzip folgend allein an körperlichen Schmerzen leiden, sondern, dass Leid ein komplexes Erleben in einer besonderen Grenzerfahrung ist. Der erlebte Verlust von Alltagsfähigkeiten, die Erschütterung der familiären Lebenssituation, veränderte soziale Rollen, spirituelle Sinnkrisen, Zweifel, Verlust von Körperfunktionen, belastende Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit und Atemnot, Gefühle der Isolation, der Einsamkeit, die Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen wie Wut, Verzweiflung, Angst und Depression sind im Modell als individuelle sich wechselseitig bedingende Komponenten beschrieben.

In der Zeit der Krankheitsverarbeitung stehen deshalb Strukturierungs- und Unterstützungsangebote im Vordergrund, welche die Eigenaktivität, das Gefühl von Kontrollbewusstsein und auch die Verantwortlichkeit für das eigene Handeln fördern sollen (Stärkung der Resilienz). Dieses an den Möglichkeiten des Patienten ansetzende ressourcenorientierte Vorgehen hat vor einer defizitorientierten, konfliktbezogenen Arbeit Vorrang. Die Betroffenen erwarten in ihrer Leidenssituation von den professionellen Helfern aller Berufsgruppen psychosoziale und fachliche Kompetenz, Anteilnahme und Zuwendung. Sie wünschen Aufrichtigkeit, Einfühlungsvermögen und Verlässlichkeit.

Anmerkungen:

¹ François de la Rochefoucauld, *Maxime 26*, zitiert in: Irvin D. Yalom, *In die Sonne schauen, Wie man die Angst vor dem Tod überwindet*, btb Verlag, München 2008



Schmerzen erkennen und behandeln bei Patientinnen und Patienten mit Demenz – Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt¹

Von Prof. Dr. Olivia Dibelius, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, Evangelische Hochschule Berlin; und Yve Weidlich, Dipl.-Pflegerin, Evangelische Hochschule Berlin

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

Projektentwicklung und -verlauf

Die Gruppe der demenziell Erkrankten stellt eine zahlmäßig große und bislang palliativpflegerisch und palliativmedizinisch vernachlässigte Patienten/-innengruppe dar. Die Zunahme demenzieller Erkrankungen und die Relevanz der palliativen Versorgung dieser Personengruppe erfordern speziellen Handlungsbedarf. Besondere Forschungs- und Versorgungsdefizite liegen im Bereich der Schmerzerfassung und palliativen Pflege und Sterbebegleitung vor. Aufgrund der reduzierten oder fehlenden sprachlichen Kommunikation mit den erkrankten Menschen und der fehlenden Eindeutigkeit von bestimmten Symptomen wie z.B. Atemnot geht die Pflege dieser Menschen mit besonderen Herausforderungen einher.

Zielsetzung des Forschungsprojektes ist die Darlegung der Versorgungslücken und der institutionellen Ressourcen bezüglich des Umgangs mit Schmerzen und der palliativen Versorgung für Menschen mit Demenz in Berliner Gesundheitsunternehmen der Akut- und Langzeitpflege, um die Verbesserung der Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz zu bewirken.

Das Berliner Forschungsnetzwerk setzt sich aus leitenden Mitarbeitenden des Gesundheitssystems im ambulanten, teilstationären und stationären Pflege- und Medizinbereich zusammen. Geleitet wurde die Forschung von einem Steuerungsteam aus Professorinnen, Mitarbeitenden, Ehemaligen und Studierenden der Pflegestudiengänge der Evangelischen Hochschule Berlin. Im November 2011 fanden die ersten Treffen der Steuerungsgruppe des Berliner Forschungsnetzwerks statt. Mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern wurden das Forschungsdesign und die Terminierung geklärt. Die Steuerungsgruppe teilte sich dann ab Januar 2012 in eine Forschungsgruppe und einen interdisziplinär besetzten Beirat auf, der das Projekt sowohl von seiner Wissenschaft-

lichkeit als auch Praxisbezogenheit kritisch begleitete. In der ersten Phase (Januar 2012 bis August 2012) der Literaturrecherche und -auswertung konnten die Forschungsfrage und das methodische Vorgehen konkretisiert werden. In der zweiten Phase (Oktober 2012 - Oktober 2013) erfolgten vor dem Hintergrund der geforderten Methodenvielfalt in der Forschungsliteratur (Kuckartz 2012) die Erstellung der Forschungsinstrumente, der Fragebogen für den quantitativen Teil und der Leitfaden für die Interviews. Die Interviewführungen wurden zum Teil auch von Studierenden des Studienganges Pflegemanagement durchgeführt. Zur Vorbereitung fanden Workshops zum Interviewtraining statt.

Angesichts des Forschungsdesiderates in der Pflege wurde die Zielgruppe auf die Berufsgruppe der Pflegenden eingegrenzt. Die technische Durchführung der Fragebogenaktion und der Interviews fand mit der Unterstützung der Kooperationspartnerinnen und -partner statt, die durch ihr Engagement zur Akzeptanz und Zusammenarbeit in den Einrichtungen beitrugen. In dem darauf folgenden Jahr (Oktober 2013 – November 2014) wurden die Fragebögen und Interviews ausgewertet. Die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte im Rahmen der Forschungsgruppe und des Beirates (Dezember 2014).

Kritische Konklusion zu den Forschungsergebnissen

Die quantitative Untersuchung basiert auf einer Auswertung von 146, überwiegend aus dem Akutbereich stammende Fragebögen der geriatrischen Klinik und der stationären Pflegeeinrichtungen, speziell dem Wohnbereich für Menschen mit Demenz. Für die Studie wurde ein Fragebogen zu den Dimensionen Schmerzmanagement und Sterbebegleitung entwickelt. Weiterhin wurden soziodemografische Daten der Teilnehmenden abgefragt. Insgesamt umfasst der Fragebogen 20 Fragen. Die Berufsgruppen mit dem höchsten Rücklauf an Fragebögen sind die Gesundheits- und Krankenpflegenden sowie die Altenpflegenden. Für die qualitative Untersuchung wurden 25

Leitfäden basierte Interviews zu folgenden Fragen durchgeführt:

- Welche Bedeutung haben Biografiearbeit und die Einbeziehung von Angehörigen bei der Schmerzerfassung?
- Wie gestaltet sich die Anwendbarkeit vorhandener Assessments zur Schmerzeinschätzung? Gibt es in diesem Kontext ausreichend Schulungsangebote? Ist die Fähigkeit zur Anwendung der Assessments qualifikationsabhängig?
- Finden andere Schmerzerfassungsinstrumente Anwendung?
- Welchen Einfluss haben strukturelle Rahmenbedingungen und Arbeitsbelastung auf Schmerzeinschätzung und Sterbebegleitung?

Die Interviewten kommen überwiegend aus der Akut-Geriatrie, der stationären Pflegeeinrichtungen und der Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Als wichtigste Berufsgruppen sind hier die Gesundheits- und Krankenpflegenden, die Altenpflegenden und die Pflegeassistentinnen zu nennen. Die Fragestellungen und die Zeiträume der beiden Untersuchungseinheiten sind eng aufeinander abgestimmt. Die Untersuchungsgruppen sind hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche wie der Berufsgruppen vergleichbar. Die Ergebnisse lassen auf den ersten Blick ein sehr heterogenes Bild erkennen, jedoch lässt sich auch eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten identifizieren. Schnittmengen und Divergenzen werden im Folgenden dargestellt und diskutiert.

Der Expertenstandard Schmerzmanagement (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP) ist den meisten Befragten beider Untersuchungsteile bekannt. Insofern ist es verwunderlich, dass die für diese Zielgruppe so bedeutsamen Themen wie chronischer Schmerz und Multimorbidität bei der qualitativen Untersuchung nicht zum Tragen gekommen sind. Bei der Auswertung der Instrumente zur Schmerzerfassung innerhalb der quantitativen Untersuchung zeigte sich eine Hierarchie, je nachdem welcher Einrichtung und Berufsgruppe die Betroffenen zugehören. So sind die Numerische Rang-Skala (NRS), die BESD-Skala (Beurteilung des Schmerzes bei Demenz), die visuelle Analog-Skala (VAS) und die Gesicht-Skalen die wichtigsten Assessments, mit denen überwiegend die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Altenpflegerinnen in ihrer beruflichen Praxis arbeiten. Die Anwendungsquote ist in den geriatrischen Kliniken

und Wohnbereichen der stationären Pflege am höchsten.

In den Interviews wurde im Unterschied zu den Fragebögen eine persönliche Einschätzung seitens der Pflegenden vorgenommen, die in diesem Punkt sehr kritisch ausfiel. Insbesondere bei fortgeschrittener Demenz wurde die methodische Güte in Frage gestellt. Was die Schmerzwahrnehmung bei Menschen mit Demenz betrifft, verlassen die Pflegenden sich nicht auf die Instrumente, sondern auf ihre Wahrnehmung und Beobachtung der erkrankten Menschen. Darüber hinaus äußern sie Kritik an den fehlenden zeitlichen Ressourcen für die aufwendig zu erhebenden Bögen. Hinzu kommt, dass nur in den wenigsten Fällen eine ausreichende Schulung zu dieser Thematik für Mitarbeitende stattfand, was besonders für die Mitarbeitenden in den stationären Pflegeeinrichtungen gilt. Im quantitativen Teil zeigte sich hingegen, dass 52 % der befragten Personen (76 von 146) zum Umgang mit den Instrumenten zur Schmerzerfassung geschult wurden. Jedoch wurden keine Aussagen zu der erlebten Zufriedenheit mit der Schulung gemacht. Von den 22 Pflegehelferinnen, die an der Befragung teilnahmen, hat knapp die Hälfte der Personen an einer Schulung teilgenommen. Überwiegend fand die Schulung in den stationären Pflegeeinrichtungen und geriatrischen Kliniken statt. Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in den geriatrischen Kliniken und Akutkliniken schätzen sich in Bezug auf Schmerzeinschätzung und Schmerztherapie bei demenziell erkrankten Menschen als unzureichend (zwischen schlecht und befriedigend) ein. Diese Selbsteinschätzung trifft im Übrigen auch für die Pflegehelferinnen zu. Nur die Altenpflegerinnen bilden hierbei eine Ausnahme, da sie sich zur Hälfte mit »gut« bewerten.

Offen bleiben muss zunächst, was letztlich für die Unsicherheiten und den defizitären Wissensstand ausschlaggebend ist. Infrage kommen mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen, fehlende und schlecht durchgeführte Schulungen oder fehlendes Qualitätsmanagement. In den Ergebnissen der qualitativen Erhebung treten sehr unterschiedliche Qualifikationsniveaus und Strukturprobleme in der Arbeit mit Menschen bei fortgeschrittener Demenz zu Tage. Auch die einschlägige Forschungsliteratur diskutiert die Güte der Instrumente kontrovers (vgl. Hadjistavropoulos et al., 2013). Konsens gibt es allerdings dahin gehend, die Instrumente lediglich als Hilfsmittel zu begreifen. Die fundierte Wahrnehmung und Beobachtung von Pflegekräften im Kontext einer

Beziehungspflege sollen dagegen nicht ersetzen werden. Darüber hinaus wird die Anwendung mehrerer Skalen empfohlen, um deren Gütekriterien zu verbessern. Ein solches Vorgehen erscheint vor dem Hintergrund der jetzigen Rahmenbedingungen als wenig praktikabel. Ferner macht die Einführung von Instrumenten nur Sinn, wenn die Mitarbeitenden professionell geschult und die Skalen im Sinne des Qualitätsmanagements eingeführt und evaluiert werden. Die Unsicherheit der betroffenen Berufsgruppen im Umgang mit den hier angeführten Instrumenten ist insofern nachvollziehbar. Für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung sind weitere Forschungen in diesem Bereich notwendig.

Angebote der Sterbebegleitung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige sind laut der quantitativ erhobenen Ergebnisse mehrheitlich vorhanden. So weisen die Wohnbereiche der stationären Pflege mit 57,1% (24 von 42) die meisten Angebote auf. Selten vorhanden sind dagegen Angebote in geriatrischen Kliniken und der Akutversorgung.

Die Angebote unterscheiden sich hinsichtlich der Berücksichtigung von Diversity-Aspekten, z.B. wurde in den Wohnbereichen der stationären Pflege am häufigsten auf die Religion eingegangen.

Selten wurde Rücksicht auf Aspekte des Alters, der sexuellen Orientierung und Migration genommen. Die Mehrheit der Mitarbeitenden hatte zu diesem Thema keine Fortbildung besucht. Die überwiegende Zahl an Fortbildungsmaßnahmen wurde von Mitarbeitenden von Wohngruppen der stationären Pflege (13,5%, 27 von 200), in geriatrischen Kliniken (10,5%, 21 von 200) und der Akutversorgung (9%, 18 von 200) wahrgenommen.

Die Rahmenbedingungen der Sterbebegleitung, dies ergab die qualitative Studie, differieren erheblich zwischen Hospiz, klassischer stationärer Pflegeeinrichtung und Wohnbereich für Menschen mit Demenz in stationärer Pflegeeinrichtung. In stationären Pflegeeinrichtungen tauchen die meisten Probleme mit den personellen und zeitlichen Ressourcen auf. Es fehlt an Konzepten, an qualifizierten Mitarbeitenden und der nötigen räumlichen Ausstattung, was dazu führt, dass professionelle Standards unterlaufen werden. Diese Erfahrungen struktureller Defizite machen auch Mitarbeitende in den geriatrischen Kliniken. Der ökonomische Druck verhindert z.B., sterbende Menschen in ein Einzelzimmer verlegen zu

können. Die Folge ist, dass die Sterbebegleitung nicht selten in Mehrbettzimmern stattfindet. Auch die Betreuung der Angehörigen entfällt in vielen Fällen oder ist nur sehr unzureichend. Zwischen der Sterbebegleitung von Menschen mit oder ohne demenzielle Erkrankung wird weder in der stationären Pflege noch in der Geriatrie eine Unterscheidung vorgenommen. Auf die Schwierigkeit der Zuordnung von Symptomen wie Atemnot, Schmerz, Stimmungsschwankungen, Mobilitätseinschränkungen, Beeinträchtigung in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Verhaltensänderungen zu der Demenz oder der beginnenden Sterbephase wird in der Forschungsliteratur (vgl. Hadjistavropoulos, Th. et al. (2013) hingewiesen. In der Praxis wäre eine Begutachtung der Symptome durch z.B. einen ExpertIn von außen von Bedeutung, um eine höhere Handlungssicherheit der Pflegenden zu bewirken.

Die Interviewaussagen enthielten häufig stereotype und diskriminierende Äußerungen in Bezug auf die Begleitung sterbender Menschen mit Migrationshintergrund. Die Schmerzbehandlung fällt aus diesem Grund unzureichend aus. Nur in Wohnbereichen für Menschen mit Demenz ist ein konzeptionelles Arbeiten hinsichtlich der biografischen Herausforderungen wie z.B. der Migrationshintergrund möglich, da hier die Rahmenbedingungen gegeben sind. In dringlichen Situationen wie einer anstehenden Sterbebegleitung kann flexibel über den Einsatz von Pflegepersonal entschieden werden.

Die im Hospizbereich zu beobachtende explizite Ausrichtung auf die Zielgruppe von Menschen mit Demenz ist jüngerer Datums. Sie hat wesentliche Anregung von dem im Jahre 2004 gegründeten Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) in Berlin erhalten. Zwar werden pflegeethischen Kriterien im Hospizbereich bei der Sterbebegleitung eingehalten. Dennoch steht dem die unzureichende personelle Besetzung gegenüber.

Der Wohnbereich in den stationären Pflegeeinrichtungen wird sowohl bei den quantitativen als auch bei den qualitativen Untersuchungen sehr gut bis gut bewertet. Defizitär dagegen werden in beiden Untersuchungsteilen die Angebote der geriatrischen Kliniken und Akutversorgung gesehen. Bei den qualitativen Ergebnissen werden der Hospizbereich am besten und die klassischen stationären Pflegeeinrichtungen am schlechtesten eingeschätzt. Bemerkenswert ist die unterschiedliche Bewertung einerseits der Wohnbereiche in den stationären Pflegeeinrichtungen und andererseits der klassischen stationären Pflegeeinrichtungen.

gen. Übereinstimmend äußerten sich beide Untersuchungsgruppen zu dem zuerst genannten Einrichtungstyp positiv, zu dem zweit genannten negativ.

Die einseitige ökonomische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen scheint auch die Ursache für die fehlende Konzeptualisierung in der hier genannten Sterbebegleitung zu sein. Die defizitären Rahmenbedingungen gehen mit der schon häufig monierten gefährlichen Pflege einher. Einhellig ist die positive Hervorhebung der Hospize. Dazu beigetragen haben sicherlich deren Leitbild, eine hohe Professionalität der Mitarbeitende und die Einbindung der Zivilgesellschaft in Form von Ehrenamtlichen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass in den Interviews nicht auf die in Berlin bereits häufiger anzutreffenden Kooperationen zwischen Hospizen, stationären Pflegeeinrichtungen und Geriatrien eingegangen wurde. Der Wandel der betreffenden Einrichtungen zu »lernenden Organisationen« durch mehr Vernetzung ist erstrebenswert.

Am grundlegendsten fiel die Kritik in beiden Untersuchungsteilen gegenüber der stationären Pflege und Geriatrie (Klinik) aus. Sie beinhaltet ein vernichtendes Urteil über Palliative- und Dementia Care. Angesichts des demografisch bedingten Anstiegs von Menschen mit Demenz ist ein enormer Entwicklungsbedarf zu verzeichnen, der nur zu bewerkstelligen ist, wenn die gesellschaftliche Notwendigkeit der Versorgungsforschung und Praxisentwicklung erkannt, gefördert und umgesetzt wird.

Konsequenzen für Forschung, Praxis und Entscheidungsträger

Dem allgemeinen Trend der Sektorsierung der verschiedenen Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitswesen ist durch eine verbesserte Vernetzung zu begegnen. Von der Kooperation können Hospize, stationären Pflegeeinrichtungen und Geriatrien voneinander profitieren, mit dem Ziel, palliativ zu pflegende Menschen und Angehörige besser zu betreuen. Einseitig ökonomisch ausgerichtete Rahmenbedingungen wirken sich insgesamt negativ auf die Qualität des Betreuungsangebotes wie der Motivation von Mitarbeitenden im Gesundheitssystem aus. Reimar Gronemeyer (Gronemeyer, R., 2016) spricht von der notwendigen »Menschwerdung der Sorgenden«, welche in ihrer Berufspraxis mit den »Grenzen der Professionalität« konfrontiert sind. [SE13]Der hier angemahnte Paradigmenwechsel hin zu einer Humanisierung der Sorgenden verbindet sich mit

der Einhaltung ethischer Prinzipien. Die Aufhebung von Bonusverträgen für Klinikärzte ist einer der fragwürdigen Profitanreize, die abgeschafft gehören. Im Rahmen der DRG-bezogenen Vergütung sollten Palliativ Care Leistungen abgebildet werden, um Beratung und Begleitung der Betroffenen abrechnen zu können. Dazu gehören auch die Koordinationsaufgaben der unterschiedlichen Leistungserbringer.

Verbesserungen der Sorge- und Pflegequalität gehören zu den wichtigen Zielen. Die Implementierung von Leitbildern kann dazu beitragen, einen menschlichen und professionellen Umgang mit der Schmerzbehandlung und der Sterbebegleitung durchzusetzen. Ein Qualitätsmanagement kann die Implementierung von Pflegestandards zu Dementia- und Palliativ Care sowie Beratung von trauernden Angehörigen erleichtern. Das Bezugspflegesystem ist die Voraussetzung für mehr Individualität, Empathie und Kontinuität in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Darüber hinaus sollten die Mitarbeitenden bei der Einführung von Schmerzskalen geschult und die Ergebnisqualität der Schmerzbehandlung sollte evaluiert werden. Schließlich sind Konzepte der Angehörigenbegleitung und -beratung weiterzuentwickeln.

Es besteht ein hoher Schulungsbedarf zur Schmerzwahrnehmung bei Menschen mit Demenz. Gerade Pflegende sollten stärker in dem Prozess der Pflegeanamnese und verstehenden Diagnostik qualifiziert werden. Transkulturelle Kompetenz und Organisationsentwicklung stellen im Umgang mit der wachsenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Schlüsselqualifikation dar. Nicht zuletzt ist die Ausbildung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund eine wichtige Strategie bei der transkulturellen Öffnung der Gesundheitseinrichtungen und eine wirkungsvolle Maßnahme gegen den Fachkräftemangel. Ferner wird die Anwendung der Diversity-Dimensionen insbesondere im Beratungskontext gefordert.

Um die Prüfinstrumente des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu erweitern, ist es unabdingbar, die Expertenstandards zu Palliativ- und Dementia Care weiterzuentwickeln. Ein erhebliches Forschungsdesiderat besteht hinsichtlich der Instrumente zur Schmerzeinschätzung, der Multimorbidität und der biografie-bezogenen Sterbebegleitung. Bezüglich der Instrumente sollte eine Implementierung von intelligenten EDV-Systemen weiterentwickelt und implementiert werden. Ein besonderes Augenmerk gilt der

Wechselwirkung von Rahmenbedingungen und Pflegequalität, um die Ergebnisqualität zu erhöhen und eine langfristige Mitarbeiterbindung zu gewährleisten. Auch hier gilt es Forschungsprojekte zu initiieren.

Anmerkung:


¹ Dieser Vortrag basiert auf den Ergebnissen des Berliner Forschungsnetzwerkes und ist veröffentlicht in Dibelius, O.: Berliner Forschungsnetzwerk – Projektentwicklung und –verlauf, Kritische Konklusion zu den Forschungsergebnissen und Konsequenzen der Studie für Forschung, Praxis und Entscheidungsträger. In:

Dibelius, O./Offermanns, P./Schmidt, S. (2016): *Palliative Care für Menschen mit Demenz*. Bern - im Druck.

Literatur:

Gronemeyer, R. (2016): Vorwort. In: Dibelius, O., Offermanns, P., Schmidt, S. (Hrsg.). *Palliative Care für Menschen mit Demenz*, S. 11-12, Bern: Hogrefe.

Hadjistavropoulos, Th. et al. (2013). *Modelling the landscape of palliative care for people with dementia: a European mixed methods study*: BMC palliative care – London: BIOMed Central, 12 (1), 1-9.

Kuckartz U (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz. 

Anhaltende Todeswünsche – Seelsorgliche Überlegungen Zuhören – sich einlassen – versuchen zu verstehen

Von Pastor Michael Brems, Beauftragter für die Krankenhausseelsorge der Nordkirche, Hamburg

Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft, Berlin, 14.11.2015

Wenn ein schwer kranker Patient mich eindringlich bittet: »Ich will sterben. Ich kann nicht mehr. Helfen Sie mir«, bin ich in der Regel sehr erschreckt und tief verunsichert! Ich bin an den Rand des Lebens geworfen und suche nach Halt und Orientierung: Wie begegne ich einem derart verzweifelten Menschen – und wie kann ich selbst einen Weg finden durch die stürmische Landschaft meiner eigenen Gedanken, Gefühle, Fragen und Zweifel?

Mit meinen Ausführungen möchte ich einen solchen Weg suchen und ein paar Wegmarken anbieten. Beginnen möchte ich mit einem Gedicht und einer »Fallgeschichte. Dann will ich schauen, was die Äußerung eines Patienten bedeuten kann, der sagt: »Ich will sterben.« Am Ende gehe ich auf die Situation ein, wenn z.B. ein Arzt mit der konkreten Bitte um einen assistierten Suizid konfrontiert wird.

»Poema: Mar adentro« und eine Fallgeschichte

2004 kam der mit einem Oscar prämierte spanische Spielfilm »Das Meer in mir« in die Kinos. Hier das Gedicht, das ihm seinen Titel gegeben hat:

Ins Meer hinein, ins Meer,
in seine schwerelose Tiefe,
wo die Träume sich erfüllen,
und Zwei in einem Willen sich vereinen, –
um zu stillen eine große Sehnsucht.

Ein Kuss entflammt das Leben
mit einem Blitz und einem Donner,
und sich verwandelnd ist mein Körper nicht mehr
Körper,
als dräng ich vor zum Mittelpunkt des Universums.

Die kindlichste Umarmung
und der reinste aller Küsse,
bis wir beide nicht mehr sind als nur noch eine
große Sehnsucht.

Dein Blick und mein Blick
wortlos hin und her geworfen,
wie ein Echo wiederholend: tiefer, tiefer,
bis weit jenseits allen Seins,
aus Fleisch und Blut und Knochen.

Doch immer wach ich auf
und immer wär ich lieber tot, –
um endlos mich mit meinem Mund in deinen
Haaren zu fangen.¹

Es stammt von dem hochquerschnittgelähmten Ramón Sampedro, dem realen Vorbild für den Film. Er starb 1998 mit Hilfe einer Freundin durch assistierten Suizid. Nach einem Badeunfall Ende der sechziger Jahre war er vom Hals abwärts gelähmt gewesen und hatte dreißig Jahre mit diesem Höchstmaß an Einschränkungen gelebt. In seinem Gedicht erzählt er eindringlich von seiner Sehnsucht nach Liebe und Berührung, und er endet mit den Worten: »Doch immer wach ich auf, und immer wär ich lieber tot...«

In meiner Zeit als Krankenhausseelsorger am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus in Hamburg-Boberg habe ich über drei Jahre eine etwa fünfzigjährige Patientin begleitet, die in einer ähnlichen Situation war. Im Frühjahr 2002 hatte ein banaler Sturz ihr den Hals gebrochen. Auch sie war vollständig gelähmt, konnte nur noch ihren Kopf bewegen; keine Arme, keine Beine, nichts. Sie machte die Therapien mit, wirkte bei den Visiten kooperativ, doch schon bald wurde in unseren Gesprächen ihre untröstliche und abgrundtiefe Verzweiflung über ihre Situation deutlich. Im Team versuchten wir, mit ihr nach Wegen zu suchen, wie ihr so eingeschränktes Leben doch noch sinnvoll sein könnte. Auch weil wir bei anderen Patienten erlebt hatten, dass das möglich ist. Doch für sie war und blieb das Ausmaß an Abhängigkeit im engen Gefängnis ihres Körpers unerträglich.

Schließlich, nach langen anderthalb Jahren, wurde sie nach Hause entlassen. Ich hielt regelmäßigen Telefonkontakt mit ihr.

Wegen eines Druckgeschwürs wurde sie einige Monate später wieder ins Boberger Querschnittgelähmtenzentrum gebracht. Und diesmal war die

kleine Flamme ihrer Lebenshoffnung erloschen. Als ich sie fragte (sie hatte mir irgendwann, wie im Querschnittgelähmtenzentrum üblich, das Du angeboten): »Was spricht für dich für das Weiterleben?«, antwortete sie spontan: »Mein Mann und meine Tochter.« Doch sogleich begann sie zu weinen: »Aber das reicht nicht, das reicht nicht...« Und ich war es, der ihr die Tränen abtupfte, da sie selbst es ja nicht konnte.

An anderen Tagen formulierte sie es so: »Ich will nur noch sterben, endlich sterben. Ich bin doch ein lebendiger Leichnam. – Mein Zustand ist für mich die Hölle. Es ist, als würde ich den ganzen Tag vergewaltigt werden. – Jeder Tag ist grauenvoll. – Alles, was mir Sinn gegeben hat, ist nicht mehr. – Ihr könntet doch mein Gehirn genauso gut in eine Nierenschale legen. – Ich will sterben! Begreift das doch endlich!«

Und ich merkte: Wenn ich ihr helfen will, muss ich sie auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Sterben begleiten.

Nach ihrer erneuten Entlassung baut die Familie einen Kontakt zu Dignitas auf, und schließlich steht der Termin im Februar 2005 fest, an dem sie nach Zürich fahren wird, um dort mit Hilfe ihrem Leben ein Ende zu setzen. Zwei Tage vor dieser ihrer letzten Reise besuche ich sie noch einmal zu Hause. Wir reden, lachen, weinen zusammen. Ich sage zu ihr: »Du weißt, dass Du selbst am Samstag in Zürich noch alles abrechnen und wieder nach Hause fahren kannst.« Sie lächelt mich an und sagt: »Ich freue mich auf Samstag!« Und dann feiern wir Abendmahl – das Abschiedsmahl eines Menschen, der auch um seinen bevorstehenden Tod wusste. Zwei Tage später wird sie tot sein. Und erlöst. Sie weiß es und ist ruhig. Ich sage beim Abschied: »Ich wünsche dir einen sanften Tod.«

Hinterher wird ihr Mann mir ihre letzten Worte erzählen: »Sagt allen, dass ich aufrecht gegangen bin.«

Diese Begleitung hat mich sehr geprägt. Gleichzeitig bin ich froh über die Entscheidung des Deutschen Bundestages am 6. November 2015, die der Bundesrat wenige Wochen später bestätigt hat: Suizid und die Beihilfe zum Suizid bleiben erlaubt. Organisierte Sterbehilfe aber ist nun verboten. Der Gedanke dahinter ist, dass sich das gesellschaftliche Klima nicht verändern und kein Druck auf Alte, Schwerkranke und Pflegebedürftige entstehen soll, ihrem Leben »doch endlich« ein Ende zu setzen. Wünschenswert allerdings

ist, dass die Landesärztekammern ihr Verbot² des assistierten Suizids wieder aufheben und es Ärztinnen und Ärzten freistellen, in Einzelfällen und nach Prüfung aller Möglichkeiten als Gewissensentscheidung einem Sterbewilligen ggf. auch durch Suizidbeihilfe zur Seite zu stehen. Denn immer wird es einzelne Patientinnen geben wie die Frau, von der ich berichtet habe, die auch bei bester Versorgung nichts mehr als ihren Tod ersehnen.

Was sagt der Wunsch zu sterben?

Man mag denken: Wenn ein Mensch den Wunsch äußert, sterben zu wollen, sei das eine eindeutige Aussage. Doch so einfach ist das nicht. Darum frage ich: Was heißt es, wenn ein Patient den Wunsch äußert, sterben zu wollen? Wenn im Nachtdienst die Pflegekraft angesprochen wird: »Bitte geben Sie mir was, dass ich sterben kann! Sie kommen doch an alles ran!« Oder wenn die Ärztin im Vier-Augen-Gespräch den Satz hört: »Ich will sterben! Ich kann nicht mehr. Helfen Sie mir!« Erst einmal ist das ein großer Schreck und kommt oft unvermittelt. Und in der Regel steht man allein da. Und muss reagieren. Und weiß oft nicht wie. Gedanken rasen einem durch den Kopf, Gefühle durch Herz und Bauch. Und manchmal wünscht man sich nur weg, weil plötzlich alles auf dem Spiel steht. Und man schlicht nicht weiß, was man sagen soll.

Ähnlich wie auch die An- und Zugehörigen wird man in einen Gefühlssturm geworfen: Da ist Ohnmacht: »O Gott, ich habe keinen Boden mehr unter den Füßen – und unter meinen Worten!« Da ist Angst: »Jetzt bloß nichts falsch machen! – Aber wie mache ich es richtig?« Schuldgefühle können aufkommen: »Was habe ich übersehen? Habe ich zu wenig getan? Bin ich schuld, dass der andere so weit gekommen ist?« Man kann auch ärgerlich und wütend werden: »Warum muss die ausgerechnet mich ansprechen! Ich will das nicht! Ich will mich damit nicht auseinander setzen!« Manche kommen gar in innere Not und verzweifeln fast vor der Größe und Schwere der Situation. Und es gibt Menschen, die können diese Gedanken akzeptieren, können sich vorstellen, dass ein Mensch in eine Situation kommt, die er nicht mehr erträgt: wo das Joch nicht sanft, sondern untragbar geworden ist, wo jemand unter seiner Last zusammenbricht.

Und zusätzlich ist man als Angesprochener in all dem konfrontiert mit der Endlichkeit des eigenen Lebens, mit der eigenen Sterblichkeit – und der Sterblichkeit derer, die man lieb hat. Und auch

das muss man erst einmal aushalten! Kurz: Eine solche Situation mit einer solchen Frage ist hoch aufgeladen, schwierig und eine große Herausforderung!

Da ist es gut zu wissen: Kaum ein Wunsch zu sterben will sofort mit einem Giftbecher beantwortet werden. »Ich will sterben« heißt nicht unbedingt »Ich will sterben!« Eine Untersuchung aus der Schweiz aus dem Jahr 2014³ differenziert hier auf hilfreiche Weise. Denn nicht jeder Mensch, der ausspricht, er wolle sterben, will sterben! Manche wollen vielmehr leben, nur nicht mehr so. Andere haben akzeptiert, dass sie bald sterben werden und fürchten sich nicht davor. Und die, die tatsächlich sterben *wollen*, wollen nicht alle das Sterben auch herbeiführen. Manche freuen sich einfach auf ihr Ende oder hoffen, dass der Tod endlich komme. – Ja, *und* es gibt die, die lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen und daraufhin versterben, und es gibt die, die Schritte zu einem begleiteten Suizid in die Wege leiten, wie die querschnittgelähmte Patientin.

In der genannten Untersuchung wurde v.a. nach den Motiven für den Wunsch zu sterben gefragt: Was bewegt einen Menschen dazu, zu sagen, er wolle nicht mehr leben? Interessant ist die Unterscheidung in den Antworten von *Gründen* und *Bedeutungen*! Was heißt das?

Gründe – das sind Rahmenbedingungen, die vielleicht auch für einen Außenstehenden einen solchen Wunsch nachvollziehbar machen. Natürlich kann man diese Gründe nicht nur einzeln und isoliert betrachten. Oft hängen mehrere zusammen. Und, das sei zusätzlich erwähnt, manchmal sind es kleine Situationen, die ein Seelenfass zum Überlaufen bringen.

Die Autorenschaft unterscheidet:

– physische Gründe:

Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Inkontinenz, übelriechende Wunden, Schlapheit...

– psychologische Gründe:

Ängste, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit...

Hier gilt es zu untersuchen, ob der oder die Betroffene an einer Depression leidet, die i.d.R. medikamentös gut zu behandeln ist.

– soziale Gründe:

Einsamkeit, Bedeutungsverlust, unzureichende Pflege, finanzielle Sorgen, Angst, nur noch Last zu sein...

– existenzielle/spirituelle Gründe:

keinen Sinn mehr sehen...

In der Untersuchung wurde deutlich, dass körperliche Gründe nicht die Hauptrolle spielen. Wichtiger scheinen die anderen, scheinen die Gefühle zu sein. Insgesamt erklären all diese Gründe etwas, aber sie reichen meist nicht aus, um wirklich zu *verstehen*, warum ein Mensch den Wunsch äußert, nicht mehr leben zu wollen. Was also *bedeutet* der Satz »Ich will sterben!« für einen Menschen? Wie ist er eingebettet in das Ganze dieses Mannes oder dieser Frau?

Um das zu verstehen, muss man Zeit für ein Gespräch mit den Patientinnen und Patienten mitbringen und zuhören, denn es geht dabei um Lebensgeschichten, um Werte, Erfahrungen, kulturelle Hintergründe und vieles mehr. Im Folgenden nenne ich aus der bereits erwähnten Untersuchung neun verschiedene Bedeutungen, eine Liste, die ergänzt werden kann. Und auch hier gilt: der Satz »Ich will sterben!« hat nicht nur *eine* Bedeutung!

1. Jemand will sterben. Aber er will es annehmen, wie es kommt und nicht eingreifen. Vielleicht verbieten ihm das sein Glaube oder eine Erfahrung, die er in seinem Leben gemacht hat. Vielleicht kann und will er den Dingen »einfach« ihren Lauf lassen.
2. Eine andere erlebt ihr Leiden stark und existenziell, es packt sie an ihrer Wurzel; es geht an die Grenzen dessen, was sie persönlich ertragen kann. Sie hat keine Gegenkräfte mehr. Und der Tod soll das Leiden endlich beenden. (Hier ist an die Patientin zu denken, die oben erwähnt ist.)
3. Ein anderer erlebt seinen Zustand als unwürdig; für ihn ist das ein Affront, eine Beleidigung, eine Kränkung. Er ist immer stark gewesen, und nun muss er sich in Abhängigkeiten begeben, was er nicht erträgt. (Vielleicht kann Udo Reiter für diese Sichtweise als Beispiel genannt werden.)
4. Eine vierte schämt sich, hat Angst, nur noch Last zu sein: für die anderen, für die Pflegekräfte, für ihre Familie: »Die müssen immer kommen; das kostet so viel Geld...«

5. Für einen fünften geht es um Selbstbestimmung. Er hat immer autonom gelebt, sich nichts vorschreiben lassen. Und nun sagt er: »Auch mein Ende gehört mir. Ich bestimme selbst, wann und wie ich abtrete.«
6. Für eine andere wiederum gehören bestimmte »Dinge« und Möglichkeiten zu einem erfüllten Leben dazu: Beziehungen zu nahen Menschen, selbstständig essen zu können... Wenn hier zu viele Aspekte wegfallen, ist das Dasein für sie nicht mehr lebenswert.
7. Dann gibt es Menschen, für die das Sterben der Übergang in eine bessere Welt ist, vergleichbar mit einer Geburt, wie Luther es in seinem »Sermon von der Bereitung zum Sterben« so wunderschön ausdrückt: einer Geburt in ein schöneres, leidfreies Dasein, wo Gott abwischen wird alle Tränen, wo vielleicht schon Verstorbene oder Engel einen erwarten und empfangen.
8. Andere wollen ein Beispiel z.B. für ihre Kinder sein und ihnen vorleben, wie man gut sterben kann.
9. Und ein letzter hat womöglich »einfach« Angst vor einem langen, mühsamen Sterbeprozess und sagt: »Es ist genug! Was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben.«

Und nicht zuletzt: Der Satz »Ich möchte sterben« ist in vielen Fällen erst einmal ein Appell: Nimm dir Zeit! Hör mir zu! Versuche, mich zu verstehen! Rede mit mir über das Sterben und vermeide das Thema nicht! Tu nicht so, als werde wieder alles gut! Nimm mich ernst! Beschwichtige nicht! Mach mir keine falschen Versprechungen! Versuche nicht, mich aufzumuntern! Sei ehrlich!

Wohlgemerkt: Der Appell ist – zumindest am Anfang – so gut wie nie: »Tu etwas!«, sondern: »Hör mir zu! Sei da!«⁴

Und noch ein Aspekt: Oft sind die Erzählungen begleitet von Ambivalenzen: An einem Tag geht gar nichts mehr und ein Mensch wünscht sich den Tod. Am nächsten Tag aber kann der Patient z.B. wieder schlucken, bekommt einen angenehmen Geschmack in den Mund – nach Erdbeeren oder Pommes frites – und ein gar nicht mehr für möglich gehaltener Lebenswille blüht auf. Und zwei Tage später ist er wieder verzweifelt. Solche Ambivalenzen und ein solches Hin und Her auszuhalten, ist für den Patienten und die, die ihm nahe stehen, schwer und ein Kraftakt. Es stellt

aber auch das Behandlungsteam vor enorme Herausforderungen!

Das heißt: Wenn ein Patient den Wunsch äußert, sterben zu wollen, gilt es zunächst einmal hinzuhören, sich Zeit zu nehmen für diesen einen Menschen und das, was ihn bewegt. Allein das tut dem oder der anderen schon gut.

An manchen Rahmenbedingungen lässt sich ja auch tatsächlich etwas ändern. Ob allerdings heutzutage unter den Bedingungen der Ökonomisierung und dem enormen Druck, unter dem die Mitarbeitenden in Krankenhäusern stehen, diese Zeit überhaupt vorhanden ist, ist eine zweite, sehr gewichtige Frage, die an dieser Stelle nur angedeutet werden kann.

An die Seelsorge kann ein solches Gespräch nur begrenzt delegiert werden.

Wenn der Wunsch zu sterben der Wunsch zu sterben ist.

Wenn man von einem Menschen angesprochen wird, der oder die den Wunsch äußert zu sterben, ist das ein Vertrauensbeweis. Denn sonst würde man nicht angesprochen werden! Was eine Patientin oder ein Patient dann wollen, ist ernstgenommen werden. Sie wollen, dass ihr Gegenüber ihnen zuhört, sie versteht, so gut das geht, und dass der oder die andere sie begleitet. Auch mit dem Wunsch zu sterben. Auch wenn dieser Wunsch tatsächlich Ausdruck der Sehnsucht ist zu sterben.

Ich glaube, dass bei guter medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und spiritueller Begleitung der konkrete Wunsch nach Suizidassistenz nur sehr selten entstehen wird. Aber er wird auch bei bester Versorgung nicht vollständig verstummen. Er wird immer wieder bei einzelnen Menschen auftauchen und ab und zu ausgesprochen werden.

In Gesprächen mit einer ganzen Reihe von Ärztinnen und Ärzten habe ich verstanden, dass auf der einen Seite dann zwar ein Patient steht, der Mensch ist, schwer krank und an seiner Grenze; dass auf der anderen Seite aber ein Arzt steht, der auch Mensch ist – und der mit seiner Entscheidung und mit seinem Verhalten leben können muss. Eine Ärztin drückte es so aus, als ich sie fragte, ob sie einem hochgelähmten Mann, der entschieden sei zu sterben, beim Suizid assistieren würde; sie sagte: »Ich würde wohl antworten, dass ich das nicht darf, dass ich nur für ihn da

sein kann. Ich bin Ärztin geworden, um Leiden zu lindern und Menschen zu helfen, aber ich habe es nie als meine Berufung angesehen, zu töten oder beim Töten zu helfen. Trotzdem sehe ich die Dilemma-Situation zwischen dem Gebot, nicht zu töten, und dem Gebot der Nächstenliebe.«

Das Gebot »Du sollst nicht töten!« – und ich ergänze »...und nicht beim Töten helfen« – ist heilig, gerecht und gut. Laut einer Umfrage der Bundesärztekammer⁵ können es zwei Drittel aller Ärztinnen und Ärzte nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren, bei einem solchen Schritt zu helfen. Das übrige Drittel wäre bereit.

Es bleibt auf jeden Fall eine Dilemma-Situation: zwischen einerseits einem Gefühl für die Heiligkeit des Lebens und andererseits dem Bedürfnis, einem Menschen in großer Not zu helfen. Die Ärztin vertraute mir übrigens an, dass sie selber in einer entsprechenden Situation sich einen Arzt wünscht, der ihr beim Suizid helfen würde!

Ein objektives Richtig oder Falsch gibt es nicht. Jeder Mensch und jede Situation ist anders.

Wie verhalte ich mich also: so, dass es für mich – als Arzt oder Ärztin oder als anderer Beteiligter – wahr ist, dass ich damit leben kann – und so, dass es dem Patienten gerecht wird? Was hilft, sich am Ende für *einen* Weg zu entscheiden?

Ich habe keine Antwort, ich habe nur ein paar Fragen:

– Kann ich es akzeptieren, wenn ein Mensch nicht mehr leben und lieber sterben will?!

– Was sind meine Werte? Woher kommen sie? Was hat mich geprägt und prägt mich?

– Wann kann ich »reinen Herzens« sein und ein gutes Gewissen haben?

Zusammenfassend will ich sagen:

Nicht jeder geäußerte Sterbewunsch ist der Wunsch zu sterben. Hier gilt es zuzuhören – sich einzulassen – versuchen zu verstehen.

Gleichwohl wird es – in Einzelfällen – immer Menschen geben, die ihr Leiden nicht mehr ertra-

gen und die in Frieden und Würde sterben wollen. Ihnen wünsche ich einen Arzt oder eine Ärztin, die sie auch auf diesem Weg begleiten: und zum Sterben helfen. Und ich habe Respekt vor Ärztinnen und Ärzten, die nach eingehender Prüfung sagen: »Ich kann und werde das nicht tun.«

Frei von Zweifeln, ambivalenz-frei, dürfen eine solche Entscheidung und ein solcher Schritt nie werden. Denn immer werden diese beiden Seiten miteinander ringen: auf der einen Seite Barmherzigkeit und Nächstenliebe – und auf der anderen Seite die Achtung vor dem Leben und der Respekt vor dem Tötungsverbot. Und das ist gut so. Weder das schnelle »Nein, das tue ich auf keinen Fall«, noch das schnelle »Ja, selbstverständlich helfe Ihnen, sich zu töten« wird der Vielschichtigkeit der Situation und des Lebens dieses einen Menschen gerecht. Eine solche Entscheidung braucht Zeit und Ruhe. Eindeutigkeit und eine rasche Antwort wären Einäugigkeit. Man geht nur dann auf die Tiefe, die Abgründigkeit und die Dreidimensionalität des Lebens angemessen ein, wenn man mit Ruhe und mit zwei Augen und mit zwei Herzen schaut.

Und *dann* den eigenen Weg inmitten der Ambivalenz findet.

Anmerkungen:

¹ <http://wortwahn.blogspot.de/2009/10/das-meer-in-mir.html>

² Derzeit verbieten zehn von siebzehn Landesärztekammern den assistierten Suizid.

³ Ohnsorge et al.: *What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care.* BMC Palliative Care 2014 13:38.

⁴ Auf diese Weise kann jemand (wieder) handeln: Er oder sie beeinflusst andere! (Das kann hingehen bis zu einer gewissen Manipulation, wenn jemand durch eine solche Äußerung testen will, wo die anderen stehen und wie sie ihn sehen: Erschrecken sie, wenn ich sage, dass ich sterben will, oder bin ich ihnen gleichgültig?)

⁵ http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf



Ist der ärztlich assistierte Suizid eine Gewissensfrage?

– Wie viel Gewissen, wie viel Gesetz verträgt die ärztliche Suizidassistenz?

Von Prof. Dr. Stephan Rixen, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht, Universität Bayreuth

Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft, Berlin, 7.9.2015

I. Einleitung¹

In der jüngeren politischen Debatte über den ärztlich assistierten Suizid, die inzwischen durch den Erlass des § 217 Strafgesetzbuch (StGB),² also das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, vorläufig beendet worden ist,³ haben sich manche Befürworter des ärztlich assistierten Suizids nachdrücklich auf die Gewissensfreiheit des Arztes berufen.⁴ Auch in der abschließenden Plenardebatte des Bundestages wurde immer wieder auf das »Gewissen« bzw. die »Gewissensentscheidung« des Arztes verwiesen.⁵ Es lohnt sich, dieses Argument genauer zu betrachten, denn die Berufung auf das Gewissen spielt nicht nur im konkreten Konfliktfeld, sondern auch in anderen ethisch brisanten Bereichen des Gesundheitswesens eine Rolle. Das Argument »Gewissen« dürfte der rechts- und gesundheitspolitischen Debatte erhalten bleiben.

Im Folgenden möchte ich – anknüpfend an eine frühere Untersuchung, auf die hier (auch hinsichtlich der Nachweise) verwiesen wird –⁶ einige Aspekte skizzieren, die dazu beitragen sollen, den Stellenwert der Berufung auf das Gewissen in spezifisch rechtlicher Hinsicht zu bestimmen. Ob die Berufung auf das Gewissen in philosophischer oder theologischer Hinsicht plausibel ist, werde (und kann) ich nicht beurteilen. Ich möchte nur klären helfen, ob die Berufung auf das Gewissen, gemessen am positiven Recht der Bundesrepublik Deutschland, tragfähig ist.

II. Die Wieder- bzw. Neuentdeckung des Gewissens im Gesundheitswesen

Dass das Gewissen im Gesundheitswesen bzw. bei medizinischen Entscheidungskonflikten eine Rolle spielen kann, ist auch für das deutsche Recht nicht neu. Ein bekanntes Problemfeld ist

der Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung), vgl. § 218 StGB. In Respekt vor den Gewissensnöten von im Gesundheitswesen Tätigen hat der Gesetzgeber ein Weigerungsrecht geschaffen (§ 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG).⁷ Es berechtigt namentlich Ärztinnen und Ärzte, nicht an Abtreibungen mitzuwirken. Allerdings ist dieses Weigerungsrecht nicht grenzenlos, denn eine Weigerung scheidet aus, wenn die Mitwirkung zur Abwendung einer Lebens- oder sonstigen schweren Gefahr für die Gesundheit der Schwangeren notwendig ist. Ein ähnliches Weigerungsrecht ist in § 10 Embryonenschutzgesetz (ESchG) für die Mitwirkung an reproduktionsmedizinischen Maßnahmen geregelt.⁸ In der Diskussion vor Erlass des Transplantationsgesetzes wurde insbesondere auf Betreiben von Pflegekräften und mit Blick auf die strittige Frage, ob Menschen mit irreversiblen Gesamthirnversagen (»Hirntod«) wirklich tot sind, ein Weigerungsrecht für den transplantationsmedizinischen Bereich vorgeschlagen,⁹ es ist aber nicht Gesetz geworden.

Um Gewissensbedenken geltend zu machen, sind indes keine einfachgesetzlich normierten Weigerungsrechte nötig, es genügt die Berufung auf Art. 4 Abs. 1 Grundgesetz (GG), der u.a. die Gewissensfreiheit gewährleistet.¹⁰ Allerdings ist die Rechtsprechung generell sehr zurückhaltend, der Gewissensfreiheit Vorrang vor anderen Rechtspositionen einzuräumen. Das gilt namentlich für den Gesundheitsbereich. So hat der Bundesgerichtshof (BGH) klargestellt, dass sich Gesundheitspersonal nicht auf die Gewissensfreiheit berufen kann, um die Mitwirkung am Behandlungsabbruch insbesondere bei Wachkoma-Patienten zu verweigern.¹¹

International ist diese gewissensskeptische Position nicht selbstverständlich. Im Gegenteil lässt sich insbesondere in den USA eine Ausweitungstendenz beobachten, die die Berufung auf das Gewissen für zunehmend relevant erachtet.¹² Den Hintergrund bilden generelle »moralpolitische« Kontroversen in den USA (»konservativ«, »liberal«, »pro choice«, »pro life«, »family values«, »nontraditional families« etc.), die auch das Gesundheitswesen betreffen. So wurden in zahlrei-

chen Bundesstaaten sog. *conscience clauses* geschaffen, die es gestatten, die Mitwirkung z.B. an einem Behandlungsabbruch zu verweigern, oder die es insbesondere Apothekern erlauben, keine Kontrazeptiva abzugeben. Immer wieder berufen sich im US-amerikanischen Gesundheitswesen Mitarbeiter/innen auf ihr Gewissen, weil sie die Mitwirkung an einer Abtreibung verweigern, obgleich es um Handlungen geht, die vom eigentlichen Eingriff weit entfernt sind (z.B. Reinigungskräfte im OP; Fahrdienstmitarbeiter, die betroffene Frauen am Eingang eines weiträumigen Klinikgeländes abholen und zu den relevanten Räumlichkeiten bringen sollen). Probleme hat es in den USA auch schon in reproduktionsmedizinischen Einrichtungen gegeben, wenn Mitarbeiter/innen sich weigern, alleinstehende und/oder lesbische Frauen zu behandeln, weil das den eigenen, meist religiös determinierten Vorstellungen von »richtiger« Elternschaft widerstreitet. Bislang »nur« diskutiert wird die Frage, ob Personen die Behandlung von Menschen, die an HIV/AIDS erkrankt sind, weil damit indirekt ein Lebensstil prämiert werde, der den eigenen, meist religiös konnotierten moralischen Maßstäben widerspreche.

Insbesondere beim ärztlich assistierten Suizid (*physician-assisted suicide*) ist die Reichweite der *conscience rights* umstritten. Manche Bundesstaaten, etwa Vermont, verpflichten Ärzte, ihre Patienten über »all available options related to terminal care« zu informieren,¹³ also – so das vorherrschende Verständnis – auch über die Option des ärztlich assistierten Suizides, was zahlreiche Ärzte unter Berufung auf ihr Gewissen ablehnen.

Eine ähnliche Problematik gibt es in Kanada hinsichtlich der Frage, ob Ärzte, selbst wenn sie den ärztlich assistierten Suizid ablehnen, wenigstens verpflichtet sind, für die Überweisung (»mandatory referral«) an einen Arzt zu sorgen, der den Suizid nicht ablehnt. In der *Canadian Medical Association* ist dies umstritten,¹⁴ allerdings wird zugleich betont, der Arzt müsse bei der Frage, ob er am *physician-assisted death* mitwirke, seinem Gewissen folgen.¹⁵ Auch der *Supreme Court of Canada* hat allgemein darauf hingewiesen, dass Ärzte sich auf ihr Gewissen berufen könnten und dass dies in einer künftigen gesetzlichen Regelung des *assisted dying* berücksichtigt werden müsse.¹⁶

Für die deutsche Debatte sind diese Entwicklungen nicht direkt relevant – einerseits. Andererseits wirken sie aber über unterschiedliche Multiplikatoren nach Europa und auch nach Deutsch-

land. Hierbei spielt nicht zuletzt die römisch-katholische Kirche eine wichtige Rolle, die vor allem in den USA Trägerin zahlreicher Gesundheitseinrichtungen ist und zugleich an den katholischen Universitäten über öffentlichkeitswirksame Ressourcen der moraltheologischen bzw. theologisch-ethischen Reflektion verfügt. Diese Reflektionen werden auch in Deutschland wahrgenommen und dürften z.B. mit dazu beigetragen haben, dass das Instrument der Patientenverfügung und die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs bei Wachkoma-Patienten im Raum der katholischen Kirche in Deutschland z.T. dezidiert kritisch betrachtet werden.¹⁷ Aber auch die nicht-konfessionell gebundene US-amerikanische Medizinethik wirkt in den akademischen (und häufig zugleich auch politikberatenden) europäischen Betrieb hinein. Das medizinethische *agenda-setting* in Europa bzw. Deutschland hängt in aller Regel von den Debatten in den USA ab.

Alles in allem ist festzustellen, dass das Gewissen als argumentativer Topos bei gesundheitsrelevanten bzw. medizinethisch brisanten Themen international eine bemerkenswerte Renaissance erlebt, die weit über die »klassischen« Themen wie die Abtreibung hinausgeht. Dass das Gewissen in der deutschen Debatte über den ärztlich assistierten Suizid eine Rolle spielt, kann auch vor diesem internationalen Hintergrund nicht verwundern.

III. »Gewissen« in der Rechtsprechung

1. Unzulässige Verallgemeinerung einer Entscheidung des BGH in Strafsachen

Die Befürworter des ärztlich assistierten Suizids in Deutschland, die sich auf das ärztliche Gewissen berufen, verweisen u.a. auf eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts (VG) Berlin, das sich – ohne dass dies im konkreten Fall wirklich notwendig gewesen wäre – auch zur (vermeintlichen) Gewissensdimension des ärztlich assistierten Suizids geäußert hat.¹⁸ Das VG Berlin führt aus: »Auch der Bundesgerichtshof in Strafsachen respektiert bei der Frage der Pflichten eines Arztes beim Selbstmord eines Patienten die ärztliche Gewissensentscheidung, die der Arzt *in der Grenzsituation eines Konflikts* zwischen der Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten trifft (BGH, Urteil vom 4. Juli 1984 – 3 StR 96/84 – [...]).«¹⁹

In dieser Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) heißt es:²⁰ »Wenn der Angeklagte in *dieser Grenzsituation* den Konflikt zwischen der Ver-

pflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der nach seiner Vorstellung bereits schwer und irreversibel geschädigten Patientin dadurch zu lösen suchte, daß er nicht den bequemeren Weg der Einweisung in eine Intensivstation wählte, sondern in Respekt vor der Persönlichkeit der Sterbenden bis zum endgültigen Eintritt des Todes bei ihr ausharrte, so kann seine ärztliche Gewissensentscheidung nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden.«

Der BGH scheute sich anzuerkennen – die medizinrechtliche Debatte war vor gut dreißig Jahren noch nicht so weit wie heute –, dass der auf Nichtbehandlung (Behandlungsverzicht) gerichtete, verlässlich feststehende Patientenwille auch bei einem Suizidversuch gelten soll. Dahinter stand die (im Übrigen bis heute vom BGH nicht in Frage gestellte) Auffassung, dass nach dem Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten Anwesende zur Abwendung des drohenden Todes verpflichtet sind, zumal wenn sie wie der Hausarzt eine Garantenstellung haben, sie also eine gesteigerte Verantwortung trifft. Die Patientin hatte ihrem Hausarzt im Vorfeld klar bekundet (was auch ein von ihr verfasstes Schriftstück bestätigte), keinen lebensverlängernden Maßnahmen ausgesetzt werden zu wollen, sie wolle vielmehr »einen würdigen Tod sterben«; explizit hatte sie das allerdings nicht auch auf die Situation des Suizidversuchs bezogen.²¹ Sie hatte sich jedoch schon länger mit der Problematik des Suizids beschäftigt, ohne dass es dem Hausarzt gelungen war, sie von ihren Suizidgedanken abzubringen. Als dieser sie auffand, hielt sie in den gefalteten Händen einen Zettel, auf dem u.a. zu lesen war: »An meinen Arzt – bitte kein Krankenhaus – Erlösung!«²²

Angesichts dieser Tatsachenlage erscheint es aus heutiger Sicht schwer nachvollziehbar, wieso der BGH nicht zu dem Schluss gekommen ist, dass dem Patientenwillen in solch einer Konstellation der Vorrang vor der (den Patientenwillen letztlich suspendierenden) Suizid-Rechtsprechung zukommen müsse. Er wollte diesen Fall wohl nicht zum Anlass für eine Neujustierung seiner Suizid-Rechtsprechung nehmen. Deshalb hat der BGH nur im Hinblick auf diese konkrete Konstellation argumentiert und einen Ausnahmefall konstruiert, der das Verhalten des Arztes (er unterließ lebensrettende Maßnahmen) vordergründig nicht vom Willen der Patientin, sondern von der Verantwortungsstellung des Arztes her legitimiert – und damit eben doch, wenn auch auf einem argumentativen Umweg, den Willen der Patientin

anerkannt. Generalisierbare Aussagen zu Grenzsituationen am Lebensende überhaupt oder zu insoweit gegebenenfalls relevanten Gewissensgründen hat der BGH gerade nicht formuliert.

2. Existenzialistischer Paternalismus – was das VG Berlin bei der Rezeption veralteter höchstrichterlicher Rechtsprechung übergeht

Das VG Berlin zitiert ferner aus einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) aus dem Jahre 1967,²³ in der es heißt: »In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt *in einer unvertretbaren Einsamkeit*, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – *allein auf sein Gewissen* gestellt ist.« Diese Entscheidung wiederum verweist auf eine noch ältere Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahre 1958,²⁴ in der zu lesen ist: »Er [der Richter] darf daher auch nicht übersehen, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraussetzt, daß es in starkem Maße in der menschlichen Beziehung wurzelt, in die der Arzt zu dem Kranken tritt und daß es daher weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung ist (vgl. ... Karl Jaspers, Die Idee des Arztes, Vortrag beim Schweizer Ärztetag [...] 1953 [...]).«

Das VG Berlin reproduziert hier Bilder vom Arzt-Patienten-Verhältnis, die paternalistischer nicht sein könnten: Der Arzt ist in existenzialistischer (»unvertretbarer«) Einsamkeit aufgerufen, eine »Grenzsituation« auszuhalten und zu gestalten – vom Patienten ist nicht oder nur am Rande die Rede. Der »Sound« des Existenzphilosophen (und Arztes) *Karl Jaspers*, der in der frühen Bundesrepublik ein wichtiger *public intellectual* war (und in dessen Philosophie die »Grenzsituation« eine große Rolle spielt), ist unüberhörbar. Der Arzt tritt in Beziehung zum Kranken – nicht beide treten wechselseitig in eine Beziehung –,²⁵ der Arzt gestaltet diese Beziehung »allein« kraft seines Gewissens. Was hier mit »Gewissen« gemeint ist, sind Variationen eines fürsorglich-entmündigenden Paternalismus, der den Patienten als autonomen Entscheider nicht im Ansatz ernst nimmt. Zudem bewegen sich diese Überlegungen leider nicht auf der heute gebotenen grundrechtsdogmatischen Flughöhe, soweit es um Art. 4 Abs. 1 Grundgesetz (GG), die Gewissensfreiheit, geht.²⁶ Sie sind meines Erachtens nicht in der Lage, das zu plausibilisieren, was das VG Berlin wohl sagen will: Die aufgrund der Beziehung zum nachweislich leidenden Patienten in unvertretbarer Einsamkeit empfundene Konfliktlage und der dadurch ausgelöste Hilfeimpuls müs-

se als Akt der (ärztlichen) Gewissensfreiheit geschützt werden. Aber stimmt das – gemessen an der Gewissensfreiheit, wie das Grundgesetz sie versteht?

IV. Gewissen und Gewissensfreiheit im Sinne des Grundgesetzes

1. Gewissensnot: ethisch-existenzielle Identitätskrise

Art. 4 Grundgesetz (GG) lautet:

- (1) Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich.
- (2) Die ungestörte Religionsausübung wird gewährleistet.
- (3) Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat schon früh eine »kanonische« Formulierung entwickelt, die lautet: »Als eine Gewissensentscheidung ist [...] jede ernste sittliche, d. h. an den Kategorien von ‚Gut‘ und ‚Böse‘ orientierte Entscheidung anzusehen, die der Einzelne in einer bestimmten Lage als für sich bindend und *unbedingt verpflichtend innerlich erfährt*, so daß er gegen sie nicht ohne ernste Gewissensnot handeln könnte.«²⁷

Danach gilt:²⁸ Die Gewissensnot zeichnet sich dadurch aus, dass ein Mensch seinem für das personale Selbstbild konstitutiven ethischen Selbstverständnis zuwiderhandeln muss. Diese Situation erfährt der Einzelne subjektiv als Zwang (»subjektiver Gewissensbegriff«), und zwar als Zwang, sich selbst fremd zu werden. Die Freiheit vom staatlich verantworteten Zwang zur sittlichen Selbstentfremdung – und damit die Freiheit vom Zwang zur Dekonstituierung der Person – soll mit dem Grundrecht der Gewissensfreiheit gesichert werden. Die Person droht zu »zerbrechen«, ohne dass damit – selbstverständlich – ein psychiatrisch relevanter Leidensdruck verbunden sein müsste. Diese ethisch-existenzielle Identitätskrise ist gemeint, wenn im Rechtssinne von Gewissensnot die Rede ist. Nicht gemeint sind diffuse Ausnahmefälle, unbestimmte Grenzsituationen, Unbehagen, Zweifel, psychologische Belastungen, moralische Bedenken. »Gewissensfreiheit« ist kein Vehikel, das »individuelle[s] morali-

sche[s] Dafürhalten«²⁹ in den Geltungsmodus des positiven Rechts transformiert.

Das bedeutet: Die Gewissensfreiheit ist eng auszulegen; sie bleibt in eine soziale Ordnung von Verantwortungsbeziehungen eingebettet, wie die Begrenzung des Weigerungsrechts bei Abtreibungen exemplarisch veranschaulicht, denn bei Lebens- und schwerer Gesundheitsgefahr besteht das Weigerungsrecht gerade nicht. Hier wird das Paradoxon der positiv-rechtlichen Gewissensfreiheit sichtbar: Sie bleibt rückgebunden an den Staat, der ihren Schutz garantieren soll. Der Spagat zwischen Pluralitätssicherung und Ordnungstabilisierung geht letztlich zulasten der Gewissensfreiheit.³⁰

2. Kein Behauptungspathos, sondern Plausibilisierung der Gewissensnot

Die von vornherein restriktiv zu verstehende rechtliche Gewissensfreiheit wird praktisch dadurch noch schwerer realisierbar, weil die Ernsthaftigkeit der Gewissensnot (letztlich: vor einem Gericht) plausibilisiert werden muss.³¹ Die bloße Behauptung, sich in Gewissensnot zu befinden, reicht nicht aus. Wer sich auf die Gewissensfreiheit beruft, muss in der Lage sein, die Ernsthaftigkeit seiner Gewissensnot nachvollziehbar darzustellen. Die Kernüberlegung ist die, dass sich anhand der prägenden Elemente der Persönlichkeit einschließlich der Biographie eine interne Schlüssigkeit belegen lässt. Die Gerichte stellen insoweit strenge Anforderungen – auch dies eine Folge des Paradoxons der positiv-rechtlichen Gewissensfreiheit, deren effektive Geltung von der staatlich-rechtlichen Ordnung abhängt, weshalb die Berufung auf die Gewissensfreiheit diese Ordnung nur punktuell in Frage stellen darf.

V. Was bleibt vom »Gewissen« als argumentativem Topos in der Debatte über den ärztlich assistierten Suizid?

Meines Erachtens wird sich in aller Regel nicht begründen lassen, dass das Verbot der Suizidassistenz in eine ethisch-existenzielle Identitätskrise (»Gewissensnot«) des Arztes führt.³² Gleichwohl bleibt die tiefe ärztliche Betroffenheit von der Situation des Patienten grundrechtlich geschützt, nämlich durch das vom ärztlichen Berufsbild geprägte Persönlichkeitsrecht des Arztes.³³ Aber dieses Grundrecht ist leichter beschränkbar als die Gewissensfreiheit – was vielleicht ein Grund dafür sein dürfte, dass in der politischen Debatte auf die Gewissensfreiheit verwiesen wird. Hier

indes droht, juristisch betrachtet, Begriffsverwirrung: Wenn in der politischen Diskussion vom »Gewissen«, der »Gewissensentscheidung« oder der »Gewissensfreiheit« des Arztes die Rede ist, dann geht es um die menschliche Betroffenheit des Arztes und seine professionelle Verantwortung für den Patienten. Das sind aber Aspekte, die grundsätzlich mit der Gewissensfreiheit im Rechtssinne nichts zu tun haben. Das die Akteure der politischen Debatte ein anderes Begriffsverständnis haben, ist zu respektieren, präjudiziert aber nicht die rechtlichen Begriffsdefinitionen.

Generell stellt sich die Frage, ob die Fokussierung auf das ärztliche Gewissen nicht zu einer Fehlgeichtung der relevanten Perspektiven führt: Geht es bei der Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung um den Arzt oder den Patienten? Natürlich hängen beide Perspektiven zusammen, aber es gibt doch einen Vorrang der Patientenperspektive. Nicht nur diejenigen, die den ärztlich assistierten Suizid für ein geeignetes Mittel der »Hilfe« am Lebensende halten, sollten sich fragen, ob – gemessen an den Grundrechtspositionen der sterbewilligen Menschen – die normative Grauzone, in der der assistierte Suizid auch nach Erlass des § 217 StGB³⁴ verbleibt,³⁵ verfassungsrechtlich hinnehmbar ist. In erster Linie geht es um die Grundrechte der sterbewilligen Menschen, wie vor allem der kanadische *Supreme Court* verdeutlicht hat,³⁶ nur in zweiter Linie um die Grundrechte des hilfswilligen Arztes – und so gut wie nie um dessen Gewissensfreiheit.³⁷

Anmerkungen:

¹ Der Beitrag fasst das am 7. 9. 2015 in der Evangelischen Akademie Berlin bei der Veranstaltung »Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft« anhand einer Powerpoint-Präsentation frei gehaltene Referat zusammen. Hierbei stütze ich mich weithin auf: Stephan Rixen, Die Gewissensfreiheit der Gesundheitsberufe aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: Franz-Josef Bormann/Verena Wetzstein (Hrsg.), Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik, De Gruyter, Berlin 2014, S. 65-88.

² Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. 12. 2015 (BGBl. I S. 2177), in Kraft getreten am 10. 12. 2015.

³ Vorläufig beendet deshalb, weil positives Recht immer unter dem Vorbehalt seiner jederzeitigen Änderbarkeit gilt, ganz abgesehen davon, dass die konkrete Problematik sich auch aufgrund internationaler Einflüsse so dynamisch entwickelt, dass (wenn auch nicht kurzfristig) Änderungen wahrscheinlich sind. Sie könnten auch erforderlich werden, sollte sich das Bundesverfas-

sungsgericht (BVerfG) den verfassungsrechtlichen Bedenken anschließen, die gegen § 217 StGB vorgebracht werden, s. hierzu insb. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Ausarbeitung vom 24. 8. 2015 (WD 3 - 3000 - 188/15), Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung – Brand et al. (BT-Drucks 18/5373) – Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot; s. ferner die Ausarbeitung vom 5. 8. 2015 (WD 3 - 3000 - 155/15), Gesetzentwürfe zur Sterbebegleitung: Gesetzgebungskompetenz des Bundes und Bestimmtheitsgebot.

⁴ Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz), BT-Drucks. 18/5374 vom 30. 6. 2015 (nach den Hauptinitiatorinnen, den Abgeordneten Peter Hintze und Carola Reimann, informell auch Hintze/Reimann-Entwurf genannt): »Gewissensfreiheit des Arztes« (S. 3, S. 8), »ärztliche Gewissensentscheidung« (S. 9), »ärztliche Gewissensfreiheit« (S. 10) »Gewissensentscheidung des Arztes« (S. 11, S. 13), »ärztliche Gewissensentscheidung« (S. 9) »nach Maßgabe individuellen moralischen Dafürhaltens« (S. 10).

⁵ Bundestag, Protokoll 18/134 der 134. Sitzung am 6. 11. 2015: »Gewissen« (S. 13071 [A], S. 13073 [C], S. 13090 [B], S. 13152 [C], S. 13155 [D]), »Gewissensfreiheit« (S. 13155 [B]), »Gewissenskonflikte« (S. 13163 [C]), »Gewissensentscheidung« (S. 13072 [A], S. 13073 [A], S. 13094 [A], S. 13096 [D]), »Gewissensentscheidungen« (S. 13084 [D], S. 13155 [D]) »ärztliche Gewissensentscheidung« (S. 13084 [D]).

⁶ Rixen (Fußn. 1), S. 65 ff.

⁷ § 12 SchKG (amtliche Überschrift: Weigerung) lautet: »(1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. (2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.«

⁸ § 10 ESchG (amtliche Überschrift: Freiwillige Mitwirkung): »Niemand ist verpflichtet, Maßnahmen der in § 9 bezeichneten Art vorzunehmen oder an ihnen mitzuwirken.« § 9 ESchG lautet: »Nur ein Arzt darf vornehmen:
1. die künstliche Befruchtung,
2. die Präimplantationsdiagnostik,
3. die Übertragung eines menschlichen Embryos auf eine Frau,
4. die Konservierung eines menschlichen Embryos sowie einer menschlichen Eizelle, in die bereits eine menschliche Samenzelle eingedrungen oder künstlich eingebracht worden ist.«

⁹ Vgl. § 12 des (nicht Gesetz gewordenen) Entwurfs eines Transplantationsgesetzes, BT-Drucks. 13/2926 vom 7. 11. 1995, S. 4: »Niemand ist verpflichtet, an einer Organtransplantation mitzuwirken.«

¹⁰ Dazu noch unten IV.

¹¹ BGH, Beschluss vom 8. 6. 2005 – XII ZR 177/03 –, BGHZ Bd. 163, S. 195; BGH, Urteil vom 25. 6. 2010 – 2 StR 454/09 –, BGHSt Bd. 55, S. 191; dazu Rixen (Fußn. 1), S. 81 f.

¹² Näher zum Folgenden Thaddeus Mason Pope, *Legal Briefing: Conscience Clauses and Conscience Refusal*, in: *The Journal of Clinical Ethics* 21 (2010), S. 163-180.

¹³ 18 V.S.A. chapter 42A, § 1871 (b), abrufbar unter <http://legislature.vermont.gov/statutes/chapter/18/042A> (Zugriff am 5. 1. 2016).

¹⁴ Aus Sicht der Vertreter eines starken Gewissensschutzes schützt der (derzeitige) Entwurf eines Handlungsrahmens (»draft framework«) der Canadian Medical Association (»Principles-Based Approach to Assisted Dying in Canada«) die Gewissensfreiheit nicht hinreichend, <http://www.consciencelaws.org/ethics/ethics090-001.aspx> (Zugriff am 5. 1. 2016).

¹⁵ Canadian Medical Association, *CMA Policy: Euthanasia and Assisted Death* (Upsdate 2014), <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/EOL/cma-policy-euthanasia-assisted-death-updated-2014-e.pdf> (Zugriff am 5. 1. 2016); s. außerdem den Bericht (über eine Stellungnahme des CMA-Präsidenten Chris Simpson) vom 13. 3. 2015, <https://www.cma.ca/En/Pages/we-need-clear-guidelines-on-referral-in-physician-assisted-dying-simpson.aspx> (Zugriff am 5. 1. 2016).

¹⁶ Supreme Court of Canada, Urt. v. 6. 2. 2015, *Carter v. Canada (Attorney General)* – 2015 SCC 5 –, [2015] 1 S.C.R., S. 331-398, hier: S. 391 (Randnr. 132), abrufbar unter <http://www.scc-csc.ca> (Zugriff am 05.01.2016): »[...] we note [...] that a physician's decision to participate in assisted dying is a matter of conscience and, in some cases, of religious belief [...]. In making this observation, we do not wish to pre-empt the legislative and regulatory response to this judgment. Rather, we underline that the Charter rights of patients and physicians will need to be reconciled.« Mit »Charter« ist die »Canadian Charter of Rights and Freedoms« gemeint, der kanadische Grundrechtskatalog.

¹⁷ Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn, *Umgang mit Patientenverfügungen. Empfehlung*, Paderborn, 2. Aufl. 2013, abrufbar unter <http://www.caritas-paderborn.de/41864.html> (Zugriff am 5. 1. 2016), dazu Rixen (Fußn. 1), S. 68 f.

¹⁸ Hierzu Rixen (Fußn. 1), S. 84 f.

¹⁹ VG Berlin, Urteil vom 30. 3. 2012 – 9 K 63.09 –, *MedR (Medizinrecht)* 2013, S. 58-65, Randnr. 59, hier zitiert nach der Veröffentlichung in der Rechtsdatenbank »juris«. – Hervorhebungen hinzugefügt.

²⁰ BGH, Urteil vom 4. 7. 1984 – 3 StR 96/84 –, BGHSt Bd. 32, S. 367, Randnr. 34, hier zitiert nach der Rechtsdatenbank »juris«. – Hervorhebungen hinzugefügt.

²¹ Hierzu und zum Folgenden BGH, Urteil vom 4. 7. 1984 – 3 StR 96/84 –, BGHSt Bd. 32, S. 367, Randnr. 2 (dort auch das Zitat).

²² BGH, Urteil vom 4. 7. 1984 – 3 StR 96/84 –, BGHSt Bd. 32, S. 367, Randnr. 3.

²³ BVerwG, Urteil vom 18. 7. 1967 – I C 9.66 –, BVerwGE Bd. 27, S. 303, Randnr. 20, hier zitiert nach der Rechtsdatenbank »juris«. – Hervorhebungen hinzugefügt.

²⁴ BGH, Urteil vom 9. 12. 1958 – VI ZR 203/57 –, BGHZ Bd. 29, S. 46, Randnr. 19, hier zitiert nach der Rechtsdatenbank »juris«.

²⁵ S. hierzu nur Stephan Rixen, *Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient-Interaktion*, in: Georg Marckmann (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2015, S. 67-78.

²⁶ Dazu sogleich unter IV.

²⁷ BVerfG, Beschluss vom 20. 12. 1960 – 1 BvL 21/60 –, BVerfGE Bd. 12, S. 45 (55), Randnr. 30, hier zitiert nach der Rechtsdatenbank »juris«.

²⁸ Im Einzelnen mit Nachweisen Rixen (Fußn. 1), S. 69 ff.; die Formulierung »Dekontinuität der Person« stammt von Richard Bäuml; Herbert Bethge spricht von der »existenziellen Identitätskrise«.

²⁹ So der Hintze/Reimann-Entwurf (Fußn. 4), BT-Drucks. 18/5374, S. 10.

³⁰ Näher Rixen (Fußn. 1), S. 71 ff.; der Gedanke des Paradoxons geht auf Herbert Bethge zurück, vgl. Rixen (Fußn. 1), S. 72.

³¹ Näher Rixen (Fußn. 1), S. 73 f.

³² So z.B. selbst ein juristischer Verteidiger der organisierten Sterbehilfe Frank Saliger, *Selbstbestimmung bis zuletzt. Rechtsgutachten zum Verbot organisierter Sterbehilfe*, StHD-Schriftenreihe Bd. 8 (StHD = Sterbehilfe Deutschland), Books on Demand, Norderstedt 2015, S. 108 ff., S. 115.

³³ Vgl. zu Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG BVerfG, Urteil vom 28. 5. 1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92 –, BVerfGE Bd. 88, S. 203 (294), Randnr. 266, hier zitiert nach der Rechtsdatenbank »juris«.

³⁴ Vgl. oben Fußn. 2.

³⁵ Dazu die Ausarbeitungen der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages (Fußn. 3).

³⁶ Supreme Court of Canada (Fußn. 1), S. 369-371 (Randnrn. 66-70); s. zum grund- bzw. menschenrechtlichen Hintergrund auch Supreme Court of the United Kingdom, Urteil vom 25. 6. 2014, R (Nicklinson) v Ministry of Justice, [2014] UKSC 38, https://www.supremecourt.uk/decided-cases/docs/uksc_2013_0235_judgment.pdf (Zugriff am 5. 1. 2016).

³⁷ Sie wäre bedroht, wenn Ärzte rechtlich gezwungen würden, bei einem Suizid zu assistieren, vgl. Supreme Court of Canada (Fußn. 16). – In rechtsvergleichender Hinsicht ist zu bedenken, dass andere Verfassungsordnungen die Gewissensfreiheit u.U. großzügiger auslegen (etwa, indem sie weniger hohe Anforderungen an die Plausibilisierung der Gewissensnot stellen). Das schließt ein strengeres Konzept der Gewissensfreiheit, wie es in Deutschland favorisiert wird, nicht aus. Auch die Grundrechtsauslegung ist ein Ort für reflektiert differenzierenden Rechtspluralismus. **D**

Beihilfe zum Suizid und Gewissen: Welche Rolle spielt das Gewissen in Entscheidungen zur Suizidbeihilfe?

Von Prof. Dr. Ulrich Eibach, Evangelisch-Theologische Fakultät, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Klinikseelsorger am Uni-Klinikum Bonn

Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft, Berlin, 7.9.2015

1. Das neue Gesetz zur Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB)

Der Deutsche Bundestag hat am 6. Nov. 2015 mit deutlicher Mehrheit ein Strafgesetz beschlossen, das die Beihilfe zur Selbsttötung regelt (§ 217 StGB). In Deutschland ist, im Gegensatz zu den meisten europäischen Staaten, die Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar. Das Unterhaus Großbritanniens hat am 19. Sept. 2015 mit überwältigender Mehrheit die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid bestätigt. Eine dahingehende Gesetzesvorlage erhielt im Deutschen Bundestag die wenigsten Stimmen. Beschlossen wurde auf der Basis der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid ein Gesetzentwurf, dessen *Ziel* es ist, »die Entwicklung der Beihilfe zum Suizid ... zu einem Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung zu verhindern«, um einer »Normalisierung« und einem »Gewöhnungseffekt« an Formen der organisierten Beihilfe zum Suizid zu wehren und ebenso, dass schwerkranke und pflegebedürftige Menschen zum Suizid verleitet oder gar gedrängt werden.

Ziel des Gesetzes ist es, ohne dass das ausdrücklich gesagt wird, die *Selbstbestimmung* des Menschen über sein *Leben* zu schützen und das Leben nur insofern, als es Bedingung der Möglichkeit von Selbstbestimmung ist. Zu ihr gehört nach Meinung der meisten Menschen, dass der Mensch ein vom Staat zu achtendes moralisches Recht hat, den eigenen Todeszeitpunkt zu bestimmen, dass es also – wenn auch unausgesprochen – ein Recht auf Selbsttötung und daher auch auf Beihilfe zur Selbsttötung gibt, der Mensch also wählen darf, ob er durch einen »naturbedingten« oder einen »Tod durch Menschenhand« sterben will. Daher kann das Ziel des Gesetzes nur sein zu verhindern, dass Menschen ohne oder gar gegen ihren eindeutigen Willen offen oder in verborgener Weise zum Suizid verleitet oder gedrängt werden. Das entspricht einer sich immer mehr durchsetzenden neuen, rein säkularen Interpretation des Begriffs *Menschenwürde* im Grundgesetz

Deutschlands (GG, Art 1.1.), nach der die Selbstbestimmung (Autonomie) der primäre oder gar der alleinige Inhalt des Begriffs Menschenwürde ist. Würde kommt dementsprechend nicht mehr dem ganzen leiblichen Leben sondern letztlich nur der Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu. Die Achtung des leiblichen Lebens, ja auch das *Recht auf Leben* nach Artikel 2 des GG ist demnach der Achtung einer mit der Selbstbestimmung gleichgesetzten Würde untergeordnet. Der Mensch ist Herr und Besitzer seines Lebens, der über sein Leben uneingeschränkt verfügen darf, wenigstens sofern er anderen damit nicht zugleich schadet. Deshalb wird auch von vielen Juristen aus der Menschenwürde nicht nur eine Straffreiheit sondern zunehmend auch ein vom Staat zu achtendes und durch ihn zu ermöglichendes *Recht* auf Selbsttötung abgeleitet.

Der neue § 217 StGB geht davon aus, dass die Selbstbestimmung und nur infolge davon auch das Grundrecht auf Leben durch eine »geschäftsmäßige«, d.h. auf Wiederholung angelegte Praxis und durch Gewinn erzielende Beihilfen zum Suizid bedroht wird. Sie werden daher strafrechtlich geahndet. Nicht strafbar machen sich »Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen«, wenn sie Beihilfe zur Selbsttötung leisten, dabei aber »nicht selbst geschäftsmäßig handeln.« Die ausdrücklich genannte Straffreiheit für Angehörige wirft viele Probleme auf. Wenn es hauptsächlich Ziel des §217 StGB ist, dass niemand durch andere zur Selbsttötung verleitet wird, so ist es problematisch, wenn diejenigen Personen ausdrücklich von einer Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid ausgenommen werden, die den kranken Menschen am nächsten stehen und die am ehesten einen solchen Druck ausüben können, so dass ein Suizidwunsch entsteht. Die zugesicherte Straffreiheit kann dahingehend verstanden werden, dass es ein Recht auf Beihilfe zum Suizid durch nahestehende Personen gibt. Menschen, die sich eine Beihilfe zum Suizid wünschen, können aber auch einen Druck auf Angehörige ausüben, dass sie ihren Wunsch nach Beihilfe zum Suizid erfüllen.

Indem die Beihilfe zum Suizid durch Angehörige im Gesetz als eine rechtlich gebilligte Möglichkeit genannt wird, wird das sensible Verhältnis zwi-

schen pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen mit Erwartungen belastet, durch die gewollt oder ungewollt ein gegenseitiger psychischer und moralischer Druck entsteht, die rechtlich erlaubte Beihilfe zur Selbsttötung doch in Anspruch zu nehmen bzw. zu gewähren. Gerade bei langfristig schwer kranken Menschen kommen insbesondere nahestehende Personen, die die Pflege ganz oder teilweise übernehmen, leicht an die Grenzen ihrer Möglichkeiten, aus denen heraus sich die Beihilfe zum Suizid als »Ausweg« aufdrängt. Die Beziehungen von Angehörigen ebenso wie die von Pflegenden und Ärzten zu schwer kranken Menschen sind kaum durch Außenstehende wirksam daraufhin zu prüfen, ob ein Suizidwunsch Ausdruck von Selbstbestimmung oder von einer undurchsichtigen Mischung von Selbst- und Fremdbestimmung ist, ob also ein latenter, nicht deutlich verbal geäußelter Druck ausgeübt wird, die rechtlich eröffnete Möglichkeit zur Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen. Gerade das Verhältnis von Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen ist sehr komplex und von wechselnden Emotionen bestimmt und daher vulnerabel. Viele pflegebedürftige Menschen empfinden, dass sie anderen primär eine Last sind. Dieses Gefühl kann schnell in den Wunsch umschlagen, das Leben möge beendet werden. Auch wird der anonyme gesellschaftliche Druck nicht bedacht, der dadurch entsteht, dass die Menschen, die unheilbar sind und dauernder aufwändiger Pflege bedürfen, immer mehr unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten gesehen werden und ihr Leben als »menschwürdiges«, wenn nicht gar »lebensunwertes« Leben eingestuft wird. Im Zuge dieser sich verändernden gesellschaftlichen Wertvorstellungen, die auch nicht vor den Angehörigen halt machen, könnte der Suizid der Menschen, die für sich, andere und die Gesellschaft nur eine »Belastung« sind, gesellschaftlich wünschenswert werden. Nicht zuletzt um das zu vermeiden hat das britische Unterhaus mit großer Mehrheit gegen eine Abschaffung der Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid entschieden.

Wahrscheinlich wird das Ziel des Gesetzes, Menschen davor zu bewahren, dass bei ihnen durch andere und die Gesellschaft in offener oder verborgener Weise ein Wunsch nach Suizid erzeugt wird, durch das Gesetz nicht erreicht. Ein wesentlicher Grund dafür ist ferner, dass völlig unklar bleibt, unter welchen Umständen und bei welchen Krankheitsbildern dem Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung entsprochen werden darf. Dafür werden keinerlei Kriterien genannt. Es werden also auch keine Eingrenzungen auf schwere Grenz- und Konfliktfälle des Lebens

vorgenommen. Es wird auch außer den nahestehenden Personen keine Personengruppe genannt, die darüber entscheiden kann und soll und die an der Beihilfe zur Selbsttötung beteiligt sein darf. Wenn vor allem die Selbstbestimmung des Menschen zu schützen ist, dann ist dies nicht verwunderlich, denn dann muss der kranke Mensch dies alles selbst entscheiden, nicht zuletzt darüber, ob er eines »natürlichen« Todes oder durch »Menschenhand« sterben will. Eine rechtliche Klarheit, dass es kein Recht auf Suizid und Beihilfe zu ihm gibt, hätte den jetzt eingetretenen Verunsicherungen im Verhältnis von Kranken und den ihnen nahestehenden Personen wehren können. Sie würde die Angehörigen vor Wünschen der kranken Menschen nach Beihilfe zum Suizid wie auch die Kranken davor schützen, dass die Angehörigen sie zum Suizid anstiften. Beide hätten sich darauf berufen können, dass das Gesetz die Selbsttötung nicht erlaubt und die Anstiftung wie auch die Beihilfe zur Selbsttötung bestraft. Diese Klarheit ist vielleicht nur zu erreichen, wenn die Beihilfe zum Suizid generell unter Strafe gestellt wird. In dieser Hinsicht war die bisherige Gesetzeslage (ohne §217 StGB) eher hilfreicher als der jetzige §217 StGB, der – wenn auch unausgesprochen – ein positives Recht auf Suizid und Beihilfe zum Suizid impliziert. Damit werden sicherlich die Türen zur Inanspruchnahme dieses bisher noch ungeschriebenen »Rechts« immer weiter geöffnet.

Das Gesetz nennt außer den nahestehenden Personen keine Berufsgruppen, die für eine Beihilfe zur Selbsttötung vor allem aufgrund ihrer fachlichen Ausbildung in Frage kommen, also die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte. Dies hängt damit zusammen, dass sie einer eigenen Berufsethik und einem eigenen Berufsrecht verpflichtet sind. Nach dem §217 StGB wäre auch die ärztliche Beihilfe ohne eingrenzende Kriterien straffrei. Sie kann aber nach dem Berufsrecht geregelt werden. Nach der Berufsordnung einiger Landesärztekammern ist es den Ärzten *verboten*, Menschen auf ihr Verlangen hin zu töten und Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, nach anderen Landesärztekammern *sollen* sie das nicht tun, was nicht heißt, dass sie es nicht tun dürfen. Wieder andere sehen darin nur keine ärztliche Aufgabe.

Die Beihilfe zum Suizid setzt voraus, dass es Menschen gibt, die sie erbringen müssen, die dazu aber nicht durch kranke Menschen oder ihre Angehörigen gedrängt werden dürfen. Vor allem Ärzte und Pflegekräfte kommen wegen ihrer medizinischen Kompetenz in erster Linie als Helfer zum Tod in Frage. Sie sind nicht primär Erfül-

lungsgelieferten der Wünsche von Patienten. Sie sind eigenständig handelnde Personen mit eigenen moralischen Überzeugungen, eigenem Gewissen und Berufsrecht. Für ihr Handeln sind nicht in erster Linie die Wünsche eines kranken Menschen sondern die medizinische Indikation und die ärztlichen bzw. pflegerischen Verpflichtungen ausschlaggebend. Sie müssen sich fragen, ob zu ihrem Auftrag, zu heilen, das Leiden zu lindern und das Leben zu pflegen, auch die Tötung von Leben hinzugehört, ob das und unter welchen Umständen das für sie zumutbar ist und ob – und wenn ja – wie es mit ihrem Berufsethos vereinbar ist. Auf diese Fragen gibt der neue §217 StGB keine Antworten. Bei der Entscheidung in diesen moralischen Fragen sind die »Helfer zum Tode« auf ihr Berufsethos und Berufsrecht verwiesen oder auf sich selbst und ihr Gewissen zurückgeworfen.

Damit stellt sich zugleich die Frage, wie groß der Ermessens- und Entscheidungsspielraum des Einzelnen unter Beachtung des Berufsrechts ist. Auch wenn das neue Gesetz davon ausgeht, dass nur der betroffene Mensch die Art seines Todes bestimmen darf, müssen Menschen, die Beihilfe zum Suizid leisten, doch noch für sich (und ihren Berufsstand) sachliche (z.B. medizinische) und moralische Kriterien finden, nach denen sie entscheiden, ob sie und wann sie und aus welchen Gründen sie eine Beihilfe zum Suizid gewähren. Es können gute Gründe dafür genannt werden, dass das Gesetz keine Eingrenzungen bei der Beihilfe zum Suizid benennt. Das ist aber auch ein erheblicher Mangel, der Gefahren für den Schutz des Lebens aufwirft. Will man nicht nur den Willen eines kranken Menschen als hinreichenden Grund für eine Beihilfe zum Suizid akzeptieren, so sind begrenzende medizinische, ethische und rechtliche Kriterien unverzichtbar. Sie sind auch nicht dadurch ersetzbar, dass man darauf verweist, dass das Gewissensentscheidungen des einzelnen Helfers seien. Es muss wenigstens deutlich ersichtlich werden, welche begrenzende Rolle das Berufsethos und Berufsrecht bei solchen Gewissensentscheidungen spielt. Da der § 217 StGB keine derartigen Begrenzungen vorsieht, hängt alles davon ab, ob und welche Begrenzungen im Berufsrecht der Ärzte und Pflegekräfte vorgenommen werden. Dabei ist entscheidend, ob man davon ausgeht, dass es ein Recht auf Suizid gibt oder nicht.

2. Persönliche Erfahrungen und Hintergründe der Diskussion über Beihilfe zur Selbsttötung

Ich habe eine über dreißigjährige Erfahrung mit dem Sterben von Menschen, überwiegend unter den Bedingungen der technisierten Medizin einer Uniklinik. Seit meinem Ruhestand besuche ich auch Menschen in Pflegeheimen und erlebe das sich oft lang hinziehende Sterben an chronischen Krankheiten und Altersschwäche und auch Menschen im Wachkoma. Für mich stellen neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle, Hirnblutungen, Parkinson, Demenzen die größte Herausforderung dar, z.B. die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), eine Krankheit, gegen die es bisher keinerlei therapeutische Möglichkeiten gibt. Als Klinikseelsorger sah ich nie den ganzen Verlauf dieser Krankheit. Seit einem Jahr erlebe ich das bei einem guten Bekannten. Im Januar 2015 sprach er mit mir erstmals offen über seine Krankheit. Er hatte sich als Arzt gründlich kundig gemacht über den Verlauf der Krankheit und – angeregt durch Hans Küngs Buch ‚Glücklich sterben‘ (2014) – überlegt, ob er die »Dienste« einer Schweizer Sterbehilfeorganisation in Anspruch nimmt. Ich rate ihm, ein Gespräch mit der palliativmedizinischen Abteilung der Kliniken zu suchen. Danach teilt er mir mit, dass er sich vom Gedanken, in die Schweiz zu reisen, verabschiedet habe. Die Ergebnisse des Gesprächs seien ein heilendes Geschenk Gottes für seine Seele. Heute, 11 Monate später, ist sein Leben ganz durch die Lähmungen bestimmt. Er muss die Dienste der Palliativmedizin in Anspruch nehmen, hält aber seine damalige Entscheidung weiterhin für richtig.

Zugleich bewegt mich ein anderes Ereignis: Aus einem hohen Stockwerk einer Seniorenresidenz gehobenen Standards stürzt sich ein Ehepaar gemeinsam in den Tod. In einem Abschiedsbrief begründen sie ihren Schritt damit, dass ihr Leben nicht so enden solle, wie das vieler Menschen im Pflegeheim nebenan. Das sei für sie »mensch unwürdig«. Hier öffnet sich ein Fenster, das wir heute bei allen Überlegungen zur Sterbehilfe im Blick haben sollten.

Zu Beginn der 1970er Jahre war ich erst als Pflege-Praktikant und dann als Seelsorger in den Unikliniken tätig. Der Palliativmedizin wurde damals noch keine Bedeutung beigemessen. Opiate wurden kaum oder in völlig ungenügenden Dosen verabreicht. Man kann mit Recht sagen: Zu keiner Zeit mussten Menschen so wenig an Krankheiten leiden wie in der Gegenwart, nicht zuletzt dank der Fortschritte der Palliativmedizin. So

gesehen gibt es keine Notwendigkeit, gerade heute die Geltung des Tötungsverbots zu relativieren, um Menschen von schwerem Leiden zu »erlösen«. Der wesentliche Grund für die gegenwärtige Debatte ist in der Individualisierung und Säkularisierung der Lebens- und Wertvorstellungen zu suchen. Im Zuge dieses Wertewandels wurde die Selbstbestimmung zum alles entscheidenden Wert. Weil der säkulare Mensch nicht mehr glaubt, dass er sein Leben Gott verdankt, betrachtet er es als seinen Besitz, über den er nach seinem Ermessen verfügen darf. Und der Mensch, der kein »Jenseits« dieses »Diesseits« mehr glaubt, sieht nicht mehr ein, warum er das Leben bis zum bitteren Ende »erleiden« soll. Sein Leiden kann deshalb auch keine Herausforderung mehr zur Bewährung des Glaubens im Sterben darstellen. Für viele ist es menschenunwürdig, dass wir das Sterben immer noch als Schicksal und oft als Entmächtigung der Persönlichkeit erleiden müssen. Alles soll gemäß menschlichen Wünschen planbar und machbar sein. Wenn das »Wünschenswerte« nicht mehr »machbar« ist, dann kann man dem Leben wenigstens noch ein Ende »machen«. Schon *Friedrich Nietzsche* zog aus seiner Rede, dass der Mensch Gott getötet hat, und der ihr entsprechenden Behauptung, dass der Mensch deshalb sein eigener Gott und Schöpfer sein müsse, die Folgerung, dass man die »dumme physiologische Tatsache« des naturbedingten Todes zur Tat der Freiheit werden lassen solle: »Ich lobe mir den *freien Tod*, der kommt, weil *ich* will«, und nicht, weil die »Natur« oder »ein Gott« es will. Demnach ist das Verbot des Suizid und der Tötung auf Verlangen eines der letzten religiös begründeten Tabus, von denen sich der postmoderne Mensch endgültig befreien sollte. In der Debatte um die Beihilfe zur Selbsttötung gehtes mindestens ebenso sehr um das Recht auf uneingeschränkte Verfügung über das eigene Leben wie um die Hilfe für schwer leidende Menschen.

Fast alle Befürworter der Beihilfe zum Suizid rechtfertigen diese damit, dass Umstände eintreten können, aufgrund deren das eigene Leben nicht mehr *zumutbar* und *menschenunwürdig* ist, also mit einem *Lebensunwerturteil*. Es ist eine geistige Totalverfügung, ein »Letzturteil« über das eigene Leben. Wenn es nach subjektivem Ermessen »lebensunwertes Leben« gibt, dann muss man auch anerkennen, dass es objektiv gesehen »lebensunwertes« Leben gibt, das die Tötung rechtfertigt. Wer darf dann dem Ehepaar, das sich aus dem Fenster stürzt, bestreiten, dass ein Leben in Abhängigkeit »menschenunwürdig« ist?

3. Du sollst nicht töten! – Gilt das auch für die Selbsttötung?

Keines der »Zehn Gebote« steht in fast allen Kulturen der Welt so hoch in Geltung, wie das Verbot: *Du sollst Menschenleben nicht töten*. Das Tötungsverbot galt aber nie uneingeschränkt. Die Tötung wurde insbesondere gebilligt, wenn das eigene Leben durch andere Menschen bedroht ist, wenn also Leben gegen Leben steht. Die Frage stellt sich, ob der Suizid ebenso verboten ist wie die Tötung anderer Menschen und ob es eine Pflicht anderer Menschen und des Staates gibt, mein Leben vor Selbsttötung zu schützen.

Explizit hat erst der Kirchenvater *Augustinus* (*De civitate Dei* I, 17-27) dargelegt, dass das Tötungsverbot (Ex 20,13) das Verbot der Selbsttötung einschließe. Hintergrund war die Martyriumssehnsucht in der Alten Kirche. Frauen, die Christus Jungfräulichkeit gelobt hatten, nahmen sich in der chaotischen Zeit des Zusammenbruchs des römischen Reiches vor oder nach sexueller Schändung das Leben und empfanden sich darin als Märtyrerinnen. Das lehnte Augustinus entschieden ab, weil das von Gott gegebene Leben gegenüber dem Versprechen der Jungfräulichkeit das höhere Gut sei. Gleichzeitig wandte er sich gegen die von stoischen Philosophen (*Seneca* u.a.) vertretende Ansicht, dass der weise Mensch sich auch im Sterben als freier Herr seiner selbst erweisen und daher den frei gewählten dem angeblich entwürdigenden Tod durch Krankheiten vorziehen solle.

Die philosophische Beurteilung Suizids folgte weitgehend der stoischen Tradition und sieht im Suizid ein Spezifikum menschlicher Freiheit. Am deutlichsten hat das der zitierte *Nietzsche* ausgedrückt. Der Tod als »Schicksal« soll durch menschliches Handeln möglichst abgeschafft werden. Es wird geleugnet, dass das Leben anvertraute »Leihgabe« Gottes ist, die der Mensch in Verantwortung vor Gott und den Mitmenschen im Glauben zu gestalten hat. Deshalb sahen ev. Theologen wie *D. Bonhoeffer* im bewusst gewählten Suizid eine angemäße Autonomie und eine Leugnung dessen, dass der Mensch Geschöpf Gottes ist. Das Leben zu nehmen ist nur Sache Gottes, »der es dem Menschen gegeben« hat (*K. Barth*). Das wirft im säkularen Staat, in dem der Glaube an Gott von immer weniger Menschen geteilt wird, die Frage auf, ob man einem Recht auf Suizid nicht stattgeben muss.

Bisher haben die deutsche Rechtsprechung und auch der Europäische Gerichtshof für Menschen-

rechte (EGMR) in keinem Urteil anerkannt, dass es ein *Recht auf Selbsttötung* gibt. Trotzdem wird im Grunde davon ausgegangen (vgl. Kap.1). Wenn das Leben für einen Menschen nicht mehr *zumutbar* ist, dann greift dieses Recht auf Selbsttötung. Dabei sollte man die Parallelen zu den rechtlichen Regelungen des *Schwangerschaftsabbruchs* in Blick nehmen. Er ist dann straffrei, wenn die Geburt eines Kindes für die Frau nach ihrem Ermessen nicht *zumutbar* ist. Im öffentlichen Bewusstsein wird die Straffreiheit der Abtreibung aber als Erlaubnis und sogar als *Recht* verstanden. Ihren Höhepunkt erlebte diese Entwicklung darin, dass das EU-Parlament im März 2015 eine Erklärung verabschiedete, die unter dem Leitgedanken der »reproduktiven Gesundheit« der Frau von einem »Menschenrecht auf Abtreibung« spricht.

Überträgt man dieses Vorgehen auf den Umgang mit dem endenden Leben, so darf der Mensch erst recht nach seinem Ermessen entscheiden, ob sein eigenes Leben ihm noch *zumutbar* ist. Nicht nur die Forderung nach einem expliziten Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zu ihr sondern auch die nach einem Recht auf *Tötung auf Verlangen* ist dann konsequent, denn die Unterscheidung zwischen *Beihilfe zur Selbsttötung* und *Tötung auf Verlangen* ergibt sich primär aufgrund juristischer Konstruktionen. In Deutschland ist, weil der Suizid straffrei ist, auch die Beihilfe straffrei, sofern die »Tatherrschaft«, also die Letzthandlung, die in einer Kette von zum Tode führenden Entscheidungen und Handlungen den Tod letztendlich verursacht, beim Suizidenten liegt. Dagegen lassen sich viele Einwände geltend machen. Entscheidend ist doch, dass ich dem Wunsch eines Menschen, seinem Leben ein Ende zu setzen, zustimme und ihm aktiv die Mittel zugänglich mache, durch die der Tod verursacht wird. Je mehr ich für den Suizidenten alles für eine Tötung vorbereite und je weniger er selbst tun muss, umso mehr nähere ich mich einer Tötung auf Verlangen. Wenn ich eine Infusion mit tödlichem Gift so anlege, dass der Suizident nur noch einen Knopf berühren muss, damit die tödliche Flüssigkeit in den Körper fließen kann, dann wird deutlich, dass die ganze Vorbereitung dieses Geschehens durch einen »Helfer zum Tode« die eigentlich »aktive« Handlung ist und nicht allein das Berühren des Knopfs.

Die Bestreitung eines Rechts auf Selbsttötung widerspricht nicht der Achtung der *Würde des Menschen*, wenn diese nicht in erster Linie darin besteht, dass der Mensch eine Entscheidungs- und Handlungsautonomie hat, die zu achten für

andere immer geboten ist. Der Mensch ist in schweren Lebenskrisen wie dem Sterben immer nur mehr oder weniger frei, die Umstände seines Lebens durch seine rationalen Fähigkeiten zu bestimmen. Der mehr oder weniger freie Wille kann daher nicht primär den Ausschlag geben, wie ein suizidaler Mensch zu behandeln ist. Vielmehr wird seine Würde dadurch geachtet, dass man eine Beziehung zu ihm aufbaut, in der er als bedürftiges Subjekt geachtet und ihm das angeboten wird, was er zum Leben im Sterben braucht. Aufgabe derjenigen, die sich um Menschen sorgen, die den Wunsch nach Sterbehilfe äußern, ist nicht primär, derartige Wünsche zur Leitlinie ihres eigenen Handelns werden zu lassen. Vielmehr sind sie herausgefordert, diesen Wünschen als Anwälte des Lebens zu begegnen, nicht dadurch, dass man das Urteil mit rationalen Argumenten widerlegt, sondern dadurch, dass man dem Menschen das anbietet, was ihm fehlt, um das Leben in schweren Krisen bestehen zu können. Es kann also kein Recht auf Selbsttötung geben, das von anderen Menschen zu respektieren wäre und an deren Ausübung sie mitwirken dürfen oder gar sollen. *Der Suizid ist und bleibt eine ethisch nicht zu billigende menschliche Möglichkeit und Wirklichkeit, aber meist auch eine »Tragödie«, die immer zu verhindern die Grenzen menschlicher Möglichkeiten übersteigt und deren letzte Beurteilung dem Menschen entzogen bleibt, die allein Gott zu überlassen ist.* Dennoch gibt es nur eine Pflicht, die Selbsttötung möglichst zu verhindern, aber auch nur mit Mitteln, die zu einem Bestehen des Lebens verhelfen.

4. Ethische Normen und das Gewissen

Wenn wir betonen, dass es kein Recht auf Suizid gibt, so folgen wir einer religiös begründeten Gebots- oder einer philosophisch begründeten Pflicht- bzw. Prinzipienethik, in der das Handeln der Menschen allgemeingültigen moralischen Normen unterstellt wird. Für subjektive Entscheidungen des Einzelnen, die von anerkannten moralischen Normen abweichen, gibt es im Rahmen einer solchen Ethik nur einen sehr begrenzten Spielraum. Das wirft die Frage auf, ob man damit der Lebensrealität des einzelnen Menschen gerecht wird. Die Aufgabe des *Gewissens* beschränkt sich in einer solchen Pflichtethik darauf zu prüfen, ob Entscheidungen und die von ihnen bestimmten Handlungen mit den geltenden und als verbindlich anerkannten moralischen Normen übereinstimmen und welchen Normen im Konfliktfall der Vorrang einzuräumen ist, bevor es zu einer Handlung kommt. Das Gewissen selbst erfindet und setzt keine moralischen Normen. Es

ist gleichsam – wie *I. Kant* sagte – ein »innerer Gerichtshof«, der meine moralischen Entscheidungen, bevor sie in Handlungen umgesetzt werden, überprüft und nach dem Handeln beurteilt.

Gegenpol einer normativen Ethik ist eine *Situationsethik*. Sie geht davon aus, dass es keine all-gemeingültigen Normen gibt, die für alle ähnlichen Lebenssituationen gelten. Ihr Ansatz ist primär auf das Individuum und seine jeweilige Lebenssituation ausgerichtet. Ein Handeln, das der Situation gerecht wird, ergibt sich deshalb aus der Wahrnehmung der Situation selbst. Dabei spielt die *Motivation* zum Handeln eine wichtige Rolle, also z.B. die Liebe, die Barmherzigkeit, das Mitleid. Es stellt sich mithin die Frage, ob die Motivation für das Handeln nicht entscheidender ist als die Beachtung moralischer Normen.

Sicherlich kann man die Gebote mit Jesus im Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe zusammengefasst und erfüllt sehen (Mt 22, 37 ff.) und mit dem Kirchenvater *Augustinus* sagen: »Liebe und tue, was du willst!« Gemeint ist: Liebe, so wirst du das in den Geboten Gebotene tun! Wenn dein Herz von der Liebe erfüllt ist und du die Situation des Nächsten mit den Augen der Liebe wahrnimmst, dann wird dein *Gewissen* dich zum richtigen Handeln leiten. Dabei darf man nicht übersehen, dass Augustinus den Satz vom Doppelgebot der Liebe her so verstanden hat: Glaube an Gott und liebe Gott, so wirst Du den Nächsten mit den Augen Gottes anschauen, ihn wie dich selbst als von Gott geliebtes Geschöpf, als Ebenbild Gottes behandeln. Liebe ist also nicht mit der Pflicht gleichzusetzen, in erster Linie die Selbstbestimmung des Menschen zu achten. In der Liebe lasse ich mich auf einen Menschen ein, baue eine Beziehung zu ihm auf und nehme ihn als leibhaftes Subjekt und Person und zugleich in seiner Not wahr. Damit wird ihm bezeugt, dass seine Hilfsbedürftigkeit seine Würde nicht schmälert. Diese Liebe stellt den Menschen in einen weiteren Horizont als die dem Menschen jeweils eigenen Möglichkeiten. Sie eröffnet neue Möglichkeiten im Vertrauen darauf, dass ich auch in den schwersten Situationen des Lebens nicht von Gott und Menschen verlassen bin und auch die tägliche Kraft zum Bestehen eines schweren Lebens erhalte.

Die Frage ist, ob ein von der Liebe bestimmtes Handeln auf Gebote verzichten kann, ob – auf unsere Thematik bezogen – man ohne Widerspruch aus Liebe töten oder Beihilfe zur Tötung leisten darf. Nach Jesus ist die Liebe nicht die Auflösung des Gesetzes (Mt 5,17) sondern die

Erfüllung der Gebote, die dazu da sind, dass sie zu einem heilsamen und gelingenden individuellen wie gemeinschaftlichen Leben in Verantwortung vor Gott und Menschen anleiten. Liebe ermöglicht und fördert Leben, aber zerstört es nicht. Vom Angesicht des anderen, insbesondere des leidenden Menschen geht der Ruf aus: Ich bin und habe ein Angesicht, und du sollst, wenn Du in mein Angesicht schaust, auch wollen, dass ich bin! (vgl. *E. Levinas*).

Aber es gibt Situationen, in denen wir das, was wir sollen und wollen, nicht können, wir also überfordert, hilflos und ohnmächtig werden und in denen wir uns doch zum Handeln herausgefordert sehen. Wenn man sich aus Situationen, in denen man unmittelbar mit der schweren Not von Menschen konfrontiert ist und sich aufgerufen sieht, ihnen in Liebe zu helfen, nicht wegstellen will, so ist man auf das eigene *Gewissen* zurückgeworfen. Das Gewissen ist dann jedoch meist hin und her gerissen, ist belastet mit dem Wissen, was das Gute ist, das zu tun geboten ist, erfährt aber zugleich seine Ohnmacht, das gebotene Gute zu tun. Dann sieht man vielleicht die einzige Möglichkeit, aus dieser Situation heraus zu kommen, darin, das zu tun, was man nicht »guten Gewissens« tun kann, was das Gewissen belastet, ein *schlechtes Gewissen* hinterlässt, das Wissen, dass man Schuld auf sich geladen hat, auch wenn man unvermeidlich und tragisch schuldig wird wie auch immer man handelt. Einem Menschen ins Angesicht zu schauen und darin seinen Schrei nach Leben wahrzunehmen und ihn zugleich zu töten, ist etwas Widersprüchliches, was man sich und anderen eigentlich nicht zumuten kann.

Beispiel: Ich habe als Klinikseelsorger mit der Generation der Kriegsteilnehmer zu tun gehabt. Ehemalige Soldaten haben mir erzählt, wie das Töten sie noch heute belastet. Besonders nachgegangen sind mir die Schilderungen von Tötungen schwer verwundeter Kriegskameraden auf deren Wunsch hin, aber auch die Verweigerung einer Tötung, die überwiegend ein einsames qualvolles Sterben zur Folge hatte. Beides hat bei vielen ein dauerhaft belastetes Gewissen hinterlassen. Manche brachten es sogar mit ihrer Krankheit in Verbindung.

An diesem Punkt ist aus christlicher Sicht entscheidend, dass das Gewissen keine autonome und letzte Instanz ist, die nicht irren kann. Es ist in konflikthaften Situationen meist von nicht auflösbaren Zweifeln über das richtige Handeln umgetrieben. Es weiß, dass es schuldig vor Men-

schen und Gott werden kann und ist gerade deshalb und darin auf Gott als letzte beurteilende Instanz bezogen, im Wissen darum, dass der Mensch sich mit seinem schlechten Gewissen nicht selbst rechtfertigen kann und muss, sich vielmehr der Barmherzigkeit Gottes anbefehlen darf, dem allein die letzte Beurteilung eines Handelns und des Gewissens zusteht. Solche Gewissensentscheidungen bleiben Einzelentscheidungen in besonderen Situationen, aus denen keine allgemeingültigen moralischen Normen abgeleitet werden können. D. Bonhoeffer hat lange mit der Frage gerungen, ob man einen Verbrecher wie Hitler töten darf und hat sich dazu durchgerungen, dass dies möglich ist, ja nötig sein kann, aber dennoch zu unvermeidlicher Schuld führt, für die der Attentäter die Verantwortung und die Folgen tragen muss, und zwar vor Gott und vor Menschen.

Man kann von einem situationsethischen Standpunkt aus behaupten, dass es überhaupt nicht um die Einhaltung von Geboten sondern um eine situationsgerechte Hilfe für Menschen in Not geht, die nur selbst entscheiden können, wie ihnen geholfen werden soll. Die anderen, die zur Hilfe gerufen werden, hätten dann primär oder gar ausschließlich die Wünsche der Betroffenen zu erfüllen. Bei einem solchen individualistischen Ansatz wären moralische Gebote letztlich überflüssig, ja man könnte auch gar nicht vorweg wissen, was das zu tun Gute ist. Und vor allem wird dann gelehrt, dass derjenige, der sich zur Hilfe aufgerufen sieht, ein eigenständiges *ethisches Subjekt* ist, das eigene ethische Überzeugungen hat, die ihn in seinem Gewissen verpflichten und die sein Handeln so bestimmen sollen, dass er nicht nur und auch nicht primär Vollzugsgehilfe der Wünsche anderer ist. Ärzte können solche ethischen Überzeugungen nicht in jedem neuen und ähnlichen Fall wechseln oder sogar gegen widersprechende Überzeugungen austauschen. Sie sollen eine ethische Basis für die Behandlung aller Patienten sein. Und zugleich müssen sie auch von anderen Ärzten weitgehend geteilt und beachtet werden, denn nur so gibt es eine gemeinsame ethische Basis dieses Berufsstands, die auch auf Seiten der Patienten Vertrauen in ein von durchsichtigen ethischen Regeln und Pflichten bestimmtes Handeln von Ärzten und Pflegekräften schafft.

Ausschlaggebend für ärztliches und pflegerisches Handeln ist nie allein und meist auch nicht in erster Linie der *Wille* von Patienten sondern die *medizinische Indikation* zu einem Handeln, das den Aufgaben ärztlichen Handelns entspricht,

nämlich, wenn möglich Leben zu schützen und zu heilen und immer das Leiden an Krankheiten so weit wie möglich zu lindern. Ist eine medizinische Indikation zur Erfüllung des Willens eines Menschen nicht gegeben, so sollte und darf der Arzt dem Willen des Patienten nicht entsprechen. Deshalb hat die Ärzteschaft mit guten Gründen darauf verwiesen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung und erst recht die Tötung auf Verlangen nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, ja dass sie ihnen verboten ist. Sonst würde das ärztliche Berufsethos in seinem wesentlichen Kern, dem Schutz des Lebens, ausgehöhlt, und das Vertrauen der Menschen in die Heilberufe könnte untergraben werden. Ärzte, die sich der Beihilfe zur Selbsttötung dann trotzdem verweigern, könnten in den Geruch der »Unbarmherzigkeit« geraten und sich dem Vorwurf ausgesetzt sehen, dass sie ihre Patienten in großer Not im Stich lassen. Ärzte müssen sich daher immer fragen, ob und wie ihr Entscheiden und Handeln für alle anvertrauten Patienten zur Maxime ihres Handelns werden kann, ob es also verallgemeinerungsfähig ist und mit dem Berufsethos in Einklang steht.

Das Verbot des Suizids und der Beihilfe zu ihm hat eine das einzelne Lebensschicksal und auch das einzelne ärztliche Handeln übergreifende Bedeutung. Eine moralische und rechtliche Billigung der Beihilfe zur Selbsttötung fordert schwer kranke, auch psychiatrisch kranke Menschen geradezu heraus, sich mit dieser dann gleichsam »normal« wählbaren Option der Tötung durch Menschenhand zu beschäftigen (vgl. Beispiel ALS) und sie dann auch stetig vermehrt in Anspruch zu nehmen und Angehörige sowie Ärzte, Pflegekräfte u.a. dazu, den Kranken diese Möglichkeit unbewusst oder bewusst anzubieten oder gar einen dahingehenden Druck auf sie auszuüben. Es bleibt die berechtigte Frage, ob das mit dem jetzt beschlossenen Gesetz wirklich verhindert werden kann (vgl. Kap.1). Nur wenn Klarheit besteht, dass es *kein Recht auf Selbsttötung* und Beihilfe zu ihr gibt, schützt das sowohl die Angehörigen und Ärzte / Pflegekräfte vor dementsprechenden Ansinnen von Patienten wie auch die Patienten vor dem Ansinnen anderer. Zugleich wird damit der Gefahr gewehrt, dass angesichts der demographischen Entwicklung und der mit ihr verbundenen stetigen Zunahme chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen und der durch sie verursachten sozial-ökonomischen Belastungen ein gesellschaftlicher Druck zur Inanspruchnahme der rechtlich erlaubten Beihilfe zur Selbsttötung entsteht. Es kann kaum vermieden werden, dass die ausdrückliche Straffreiheit als rechtliche Billigung verstanden und dahingehend

gedeutet wird, dass der Staat dem Menschen die Wahlmöglichkeit zwischen einem »natürlichen« und einem *Tod durch Menschenhand* anbietet.

Um die mögliche Entwicklung abzuschätzen, ist ein Blick auf die Benelux-Staaten sinnvoll, in denen die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen rechtlich erlaubt und geregelt ist, in den Niederlanden seit 2001. Von 2003 – 2009 stieg dort die Zahl der gemeldeten (es gibt noch eine Dunkelziffer von nicht gemeldeten Fällen, bei denen meist die gesetzlichen Kriterien nicht eingehalten wurden) Tötungen durch Ärzte (einschließlich Beihilfe zum Suizid) von 1.815 auf 2636. Von 2010 – 2014 stieg die Zahl viel schneller an auf 5306 (davon 5% ärztlich assistierter Suizid). Das sind 4% aller jährlichen Todesfälle. Umgerechnet auf die Todesfälle in Deutschland (868.000 pro Jahr) wären das etwa 32.000 Todesfälle durch Menschenhand. In Belgien liegt die Zahl der Tötungen durch Ärzte etwa bei 6%. Auf Deutschland umgerechnet sind das 53.000 Menschen. Damit würde die bisherige Zahl der vollendeten Suizide (ca. 10.000 pro Jahr in Deutschland) weit übertroffen. Bei derart hohen Zahlen kann man nicht mehr von Grenz- und Ausnahmefällen sprechen.

5. Grenzfälle, Ausnahmen und Gewissensentscheidungen

Es soll nicht bestritten werden, dass es wirklich seltene »tragische Grenzfälle« gibt, in denen die Leiden von Patienten auch durch die vielfältigen Mittel der Palliativmedizin nur schwer erträglich gestaltet werden können. Soweit es sich hauptsächlich um körperliche Schmerzen handelt, kann eine das Bewusstsein und damit die Wahrnehmung des Schmerzes ausschaltende *palliative Sedierung* hier die nötige Hilfe bringen. Sehr oft stehen aber seelisch-geistige Leiden im Vordergrund. In Holland werden die meisten Tötungen auf Verlangen mit der Angst begründet, dass das Leben könnte »unzumutbar« und »menschenunwürdig« werden kann. Ob das so eintreten wird, kann man nicht einmal bei den in ihrem Verlauf gut prognostizierbaren Krankheiten (z.B. ALS) sicher sagen. Das gilt auch für die Abschätzung des Zeitraums bis zum Eintritt des Todes. Auch kann man schwer prognostizieren, was für einen Menschen in einer zukünftigen Situation tragbar ist. Hier taucht die Frage auf, ob schon ein bloß als möglich prognostiziertes schweres tödliches Leiden ein hinreichender Grund für eine Beihilfe zur Selbsttötung ist oder ob die Leiden tatsächlich schon eingetreten und für andere objektiv überprüfbar sein müssen.

Todeswünsche, Suizidabsichten bis hin zu Wünschen, getötet zu werden, sind bei der Mehrzahl der Menschen Durchgangsstadien im Prozess einer tödlichen somatischen Krankheit. Bei ganz wenigen verfestigen sie sich bisher zu Suizid- oder Tötungswünschen, die sie angekündigt oder unangekündigt in die Tat umsetzen. Die Gründe für solche Wünsche sind vielfältig und den Menschen oft auf der Bewusstseins-ebene nicht klar. Mit einer rational-kognitiven Befragung kommt man an sie meist nicht heran. Es sind oft nicht in erster Linie physische Schmerzen und oder auch Ängste vor Schmerzen, sondern häufig seelische Probleme, die nicht mehr aushaltbar erscheinen und die sich auch in verstärkten physischen Schmerzen manifestieren können.

Beispiel: Frau K. liegt mit fortgeschrittenem Krebs auf einer onkologischen Station. Sie klagt über unerträgliche Schmerzen, obwohl sie nach Auskunft des Oberarztes schmerzmäßig gut eingestellt ist. Wiederholt äußert sie, sie möchte tot sein. Nachdem eine vertrauensvolle Beziehung entstanden ist, sagt sie eines Abends: »Herr Pfarrer, ich kann und will nicht mehr. Es soll eine Organisation geben, die einem hilft zu sterben. Da kann man Mittel bekommen. Können Sie mir die besorgen?« Ich schweige. Beim nächsten Besuch sagt sie: »Können Sie mir denn wenigstens die Adresse der Organisation besorgen?« Nach einer Weile sage ich: »Frau K., was ist denn das Schlimmste, das sind doch nicht nur die Schmerzen?!« Sie beginnt laut zu weinen. Als sie sich beruhigt hat, sagt sie: »Herr Pfarrer, ich habe 4 Kinder, die wohnen alle in der Umgebung, aber in dieser Woche (es ist freitags Abend) hat mich nur eins besucht.« Ich sage: »Das ist das Schlimmste?« Sie nickt. Wir sprechen über diese Enttäuschung, über ihre Ängste vor dem Tod, die insbesondere abends ihre Seele massiv erfassen, und über die dadurch gesteigerten Schmerzen. Beim Abschied sagt sie: »Jetzt sind meine Schmerzen fast weg.« Nach diesem Abend hat sie die Thematik »Tötung« nicht mehr erwähnt und ihre Schmerzen immer als »erträglich« bezeichnet.

Frau K. wird von Ängsten, nicht nur vor der Verlassenheit durch ihre Kinder sondern auch von Ängsten vor dem Tod beherrscht, von Auflösungs- und Vernichtungsängsten, die zu den tiefsten Ängsten gehören, die der Mensch erleben kann und die sprachlich schwer auszudrücken sind und die Frau K. nicht mehr aushaltbar erscheinen. Solche Ängste können zum verzweifelten Kampf gegen den Tod antreiben oder zur Selbsttötung. Sie werden auch im seelsorgerlichen Gespräch oft nur indirekt angedeutet und müssen

behutsam aufgegriffen und bearbeitet werden, wenn sie nicht durch Rationalisierungen schnell wieder verdrängt werden sollen. Festzuhalten ist, dass es nicht leicht ist, die wahren und oft hinter vordergründigen Motiven und Schmerzen verborgenen tieferen Gründe für Tötungsabsichten zu ermitteln. Das ist nur möglich, wenn man in einer längerfristigen und von *Vertrauen geprägten Beziehung* zu dem nach Hilfe rufenden Menschen steht. Nur aus einer solchen Beziehung heraus stellt sich dann auch im Gewissen die Frage, ob ich Hilfe zum Tode gewähren darf. Wenn diese dann in tragischen Grenzfällen erwogen wird, dann ist der, der sie erbringen soll, auf sein eigenes *Gewissen* zurückgeworfen. Das schließt die Möglichkeit des Schuldigwerdens und die Bereitschaft zur *Schuldübernahme* vor Gott und auch vor Menschen ein. Weder der Wunsch des Patienten nach Hilfe zum Tod noch seine schwere Lebenssituation noch eine ethische Beratung mit anderen (ethisches Konsil) noch eine wie auch immer geartete rechtliche Erlaubnis entlasten von einer solchen Gewissensentscheidung und der Verantwortung für sie.

Das wirft die Frage auf, wem ein solches Handeln zugemutet werden kann. An sich liegt es nahe, dass dafür vertraute Personen, vor allem Angehörige und Freunde, in Frage kommen. Die sensible Beziehung zwischen schwer Kranken und Angehörigen mit dieser Erwartung zu belasten, ist – wie angedeutet – äußerst problematisch. So kommen letztlich doch wieder vor allem die Ärzte ins Spiel, aber letztlich nur die Ärzte, die eine langfristige Beziehung zu dem Menschen haben und die ihn gut kennen, also vor allem Hausärzte. Die Durchführung der Tötung in Krankeninstitutionen und Pflegeinstitutionen ist sehr problematisch. Sie könnte zu einer starken Verunsicherung des Ethos der Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte führen. Daher sollte die Privatheit und Vertraulichkeit des Vorgangs garantiert sein.

Ärzte haben auch in der Vergangenheit auf der bis vor kurzem bestehenden Rechtsbasis, die die Beihilfe zur Selbsttötung nicht erwähnte, einschließlich des Berufsrechts, das sie verbietet, in solchen Konfliktfällen immer wieder die Möglichkeit der Hilfe zum Tod, wenn auch überwiegend in der Form lebensverkürzender Maßnahmen (»indirekte« Sterbehilfe), als letzten Ausweg ergriffen, ohne dass sie deshalb eine rechtliche Billigung für ihr Handeln gefordert haben, auch im Wissen darum, dass man diesen komplizierten Grenzfällen meist überhaupt nicht mit normativ ethischen und rechtlichen Regeln gerecht werden und deshalb schwer überprüfbare Gewissensent-

scheidungen durch sie nicht überflüssig machen kann. Das Gewissen wird nicht zuletzt dann zu Entscheidungen herausgefordert, wenn geltende Normen in Konflikt oder gar in Widerspruch zueinander geraten oder wenn man nicht weiß, ob und wie sie in einer Situation zur Geltung kommen können.

Tragische Grenz- und Konfliktfälle setzen die unbedingte Geltung des Tötungsverbots nicht außer Kraft. Würde man solche tragischen Ausnahmefälle normativ ethisch und rechtlich regeln, so werden aus ihnen Regelfälle. Sie schaffen so neue moralische Normen und zugleich einen Rechtsanspruch darauf, dass Menschen, wenn sie es wünschen, nach diesen neuen Normen behandelt, in diesem Falle getötet werden dürfen. Eine sich aus einer konflikthaften Situation ergebende und normativ ethisch nicht begründbare Gewissensentscheidung würde damit überflüssig.

Die Mehrheit der Abgeordneten des Bundestags hat sich gegen einen Gesetzentwurf entschieden, der überprüfbare Kriterien medizinischer und anderer Art für eine Beihilfe zur Selbsttötung benannte. Diese überprüfbaren Kriterien mögen zwar größere Rechtssicherheit und auch die Gewissheit schaffen, dass man nicht mit Strafen zu rechnen hat, sie werden aber tragischen Grenzfällen überwiegend nicht gerecht. Andererseits muss man anerkennen, dass der Verzicht auf jede Art begrenzender medizinischer, moralischer und rechtlicher Kriterien für eine Beihilfe zum Suizid dazu führt, dass allein der Wunsch des Betroffenen für die Beihilfe ausschlaggebend wird. Damit werden »Gewissensentscheidungen« schnell beliebig und stellen letztlich das Bemühen der Suizidprävention in Frage.

6. Zur Widersprüchlichkeit gesetzlicher Regelungen

Es ist verständlich, dass diejenigen, die sich in schweren Konfliktfällen herausgefordert sehen, Hilfe zum Sterben zu erbringen, die Gewissheit haben wollen, dass sie dafür nicht strafrechtlich und – bei Ärzten – berufsrechtlich verfolgt werden. Nicht zuletzt sollte dem durch den erwähnten, Kriterien benennenden Gesetzentwurf vorgebeugt werden. Daher wurden Indikationen und Regeln zur Überprüfung der in Frage kommenden Fälle aufgestellt. Die beiden wesentlichen *Kriterien*, anhand derer die Fälle überprüft werden sollten, ist einmal der eindeutige Wille eines im Besitz der vollen geistigen Kräfte befindlichen Menschen, Beihilfe zur Selbsttötung zu erhalten, und zum anderen, dass dieser Mensch an einer

tödlichen Krankheit leidet, die in absehbarer Zeit (ca. 6 Monate) zum Tod führt. Es handelt sich bei den Kriterien also um eine Kombination der *Pflicht* zur Achtung der *Selbstbestimmung* mit der Schwere einer Krankheit, also einem Gut, dem vom Tod bedrohten Leben.

Das Verhältnis beider Kriterien zueinander ist nicht ohne Probleme. Wenn die Selbstbestimmung (Wille) vorrangiger Grund für die Sterbehilfe wird, dann muss die Einschätzung der Tiefe der Leiden eigentlich ganz dem Patienten überlassen bleiben. Wenn aber die von Ärzten zu ermittelnde objektivierbare Schwere der Krankheit, die Prognose ihres Verlaufs und die Todesnähe vorrangige Kriterien sind, dann wird die Selbstbestimmung eines Menschen dadurch eingeschränkt und ist nicht mehr vorrangig. Schwer vorherzusehen ist oft auch, wie lange ein Mensch mit einer tödlichen Krankheit leben wird. Und die Schwere einer Krankheit hängt meist nicht von der Länge der noch zu erwartenden Lebenszeit ab, so dass es inkonsequent ist, Krankheiten mit langen chronischen Verläufen (z.B. Parkinson, Schlaganfälle, ALS, unheilbare Depressionen) vom Spektrum der für eine Suizidbeihilfe infrage kommenden Krankheiten auszugrenzen. Ferner bleibt die Frage offen, ob nur Krankheiten und Zustände berücksichtigt werden dürfen, die schon eingetreten sind, oder ob auch bloß ungefähr prognostizierbare künftige Leidenszustände als hinreichende Gründe für eine »vorsorgliche«, eine »vorbeugende« Tötung ausreichen sollen.

F. Nietzsches Rat, sich zur rechten Zeit den Tod zu geben, ehe die Krankheiten einen Menschen (wie Nietzsche selbst) in seiner Persönlichkeit entmächtigen, wird sicher bei zunehmend mehr Menschen auf Zustimmung stoßen. Es dürfte daher nicht nur eine Vermutung sein, dass das Spektrum der Indikationen für eine Beihilfe zum Suizid sich stetig ausdehnen wird, nicht zuletzt auch auf langfristige Krankheiten des hohen Alters und schwere psychische Krankheiten. Hier kann man auf die Erfahrungen mit der Tötung auf Verlangen in den Benelux-Ländern zurückgreifen. Man muss daher bemängeln, dass der neue § 217 StGB keine Einschränkungen der Beihilfe zum Suizid auf die beschriebenen normativ-ethisch nicht zu lösenden tragischen Ausnahme- und Grenzfälle andeutet, auch nicht dadurch, dass man zur Konkretisierung auf das ärztliche Berufsethos und Berufsrecht verweist. Damit wird gegen die stetige Ausweitung der Beihilfe zur Selbsttötung auf alle unheilbaren und mit zunehmenden Leiden verbundenen Krankheiten und Gebrechen kein Damm errichtet. Das entspricht zwar nicht

der Absicht des Gesetzes, ist aber in der unbegrenzten Offenheit der Indikationen für eine Beihilfe zur Selbsttötung angelegt.

Noch gewichtiger sind Einwände, die sich aus der grundsätzlichen Unterscheidung von *Beihilfe zur Selbsttötung* und *Tötung auf Verlangen* ergeben. Ein entscheidendes praktisches ethisches Problem, das sie aufwirft, besteht darin, dass den Menschen, die sich in einer wahrhaft schweren Situation befinden, die aber nicht mehr in der Lage sind, die tödliche Letzthandlung selbst zu vollziehen (z.B. bei ALS, schwere Schlaganfälle, Tetraplegiker), eine »erlösende Hilfe zum Tode« durch andere verweigert bleiben soll. Warum sollte z. B. einem Menschen, der die Beihilfe zur Selbsttötung als Wunsch in seiner Patientenverfügung niedergelegt hat, er dann aber plötzlich in einen Zustand gerät, in dem er die Tatherrschaft nicht mehr selbst ausüben kann, die Tötung durch andere verweigert werden? Und wenn ein Mensch sich eindeutig in einer solchen Situation befindet, aber aktuell nicht mehr in der Lage ist, einen klaren Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen zu äußern, warum darf man ihn dann nicht aus »*Barmherzigkeit*« töten, auch ohne aktuell ausdrückliches Verlangen, z.B. nur aufgrund eines früher geäußerten Wunsches oder eines bloß *mutmaßlichen*, d.h. von anderen vermuteten Willens? Das alles wird in der Praxis schwer zu begründen sein. Der Vorwurf der Inkonsequenz und der Missachtung der Selbstbestimmung sowie der »*Unbarmherzigkeit*« wird also bestehen bleiben, wenigstens solange eine Tötung auf Verlangen verboten bleibt. Es steht zu vermuten, dass die aktive Sterbehilfe nicht sehr lange auf die Beihilfe zur Selbsttötung zu begrenzen ist, ja dass das jetzige Gesetz trotz gegenteiliger Absicht der in der Bevölkerung vorherrschenden Forderung nach einem *Recht auf Tötung auf Verlangen* den Weg bereiten wird.

Man kann auch noch weiter gehen und den Gedanken zulassen, dass es ein Leben geben kann, das nicht nur dem Menschen selbst nicht mehr zumutbar ist sondern auch nicht anderen Menschen, z.B. den Angehörigen, und auch nicht der Gesellschaft, weil es als angeblich »*menschenunwürdiges*« Leben sich und anderen nur eine Last ist. Wenn die Vorstellung von einem »*lebensunwerten*« Lebens erst einmal als subjektives Urteil zugelassen wird und das Handeln bestimmt, dann ist es auch konsequent davon auszugehen, dass es objektiv gesehen »*lebensunwertes*« Leben gibt, für das die Gesellschaft und das Recht dann auch Kriterien für eine Tötung ohne aktuelles Verlangen festlegen kann. Der Keim dazu ist schon ge-

legt, indem man Kriterien bzw. Indikationen benennt, anhand derer überprüft wird, ob einer Beihilfe zur Selbsttötung stattgegeben wird. So gesehen haben die Verfasser des jetzt beschlossenen Gesetzes vielleicht doch gut daran getan, keine objektivierbaren Kriterien für eine Beihilfe zur Selbsttötung zu benennen.

Festzuhalten ist auf jeden Fall, dass es – wenn es um die Erlösung von einem leidvollen Leben geht – völlig inkonsequent ist, diese daran zu binden, dass der betroffene Mensch die letztlich zum Tode führende Handlung noch selbst durchführen kann. Damit werden diejenigen, die das nicht mehr können und deren Zustand vielleicht noch viel leidvoller ist, zum schweren Leiden »verurteilt«. Darum sei nochmals die Frage gestellt: Warum das ganze Bemühen, die Beihilfe zur Selbsttötung von der Tötung auf Verlangen eindeutig abzugrenzen und letzteres weiterhin strafrechtlich zu ahnden, warum nicht den konsequenteren Weg der Benelux-Staaten beschreiten, wo beides rechtlich erlaubt ist, die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen?

Aus den gestellten Fragen kann man schließen, dass eine rechtliche Regelung von Indikationen für eine Beihilfe zur Selbsttötung ebenso viele neue Fragen und Probleme aufwirft, wie sie zu lösen vorgibt, und dass sie neue schwerwiegende Grenzfälle aufwirft, die auch nach einer rechtlichen Regelung rufen, wenn man Leben grundsätzlich von Leiden durch Tötung »erlösen« darf. Daraus kann man folgern, dass es Bereiche des Lebens gibt – und dazu gehört nicht zuletzt das schwere Leiden im Sterben – die sich einer Beurteilung anhand normativ ethischer Pflichten und Gebote wie vor allem einer rechtlichen Regelung weitgehend entziehen. Der Realität eines leidvollen Lebens werden solche Kriterien und Normen ebenso wenig gerecht wie der Verzicht auf solche Regelungen. Dennoch scheint es mir sinnvoll und wichtig, dass *einigermaßen begrenzende Kriterien für eine Beihilfe zur Selbsttötung* verbindlich formuliert werden (etwa in der ärztlichen Standesethik), die über die im Gesetz nur genannte Absicherung gegen eine Anstiftung zur Selbsttötung hinausgehen. Zu solchen Kriterien sollte gehören, dass der Krankheitszustand einer »*infausten Prognose*« entspricht, also nur noch eine Verlängerung der Zeit des Sterbens möglich ist, dass sie mit schweren physischen Schmerzen und durch sie bedingten seelischen Leiden verbunden ist, die durch die *Mittel der Palliativmedizin* nicht oder ganz unzureichend gelindert werden können. Damit bleibt deutlich, dass solche Zustände bereits eingetreten sein müssen und nicht nur

ungefähr prognostiziert werden, dass also Beihilfe zur Selbsttötung nicht als »prophylaktische« Maßnahme praktiziert werden darf, durch die einem möglichen schweren Sterben und einem angeblich »menschenunwürdigen« und »lebensunwertem« Leben vorgebeugt werden soll (vgl. Fallbeispiel 2, Kap.2).

Auch wenn diese und andere begrenzende Kriterien beachtet werden, bleiben noch viele offene Fragen, für die das Gesetz keine Orientierung gibt, Fragen wie die, wie bei Menschen zu verfahren ist, die nicht an einer notwendig in absehbarer Zeit zum Tode führenden, aber unheilbaren Krankheit leiden, z.B. an schweren psychischen (z.B. Depressionen) oder neurologischen Krankheiten (z.B. Demenzen, Parkinson, ALS, schweren Hirnschädigungen). In solchen und anderen Fällen stellt sich auch die Frage, wie mit einem vorab in einer Patientenverfügung niedergelegten Wunsch (Willen) zu verfahren ist, bei Eintreten solcher Zustände Beihilfe zur Selbsttötung zu erhalten, wenn man den Suizid nicht mehr ohne fremde Hilfe ausführen kann, und auch dann, wenn man nicht mehr eindeutig entscheidungsfähig ist. In diesen und anderen Bereichen bleiben viele schwer allgemein und normativ ethisch und rechtlich zu beantwortende Grenz- und Konfliktfälle, in denen das Gewissen von Menschen gefragt ist, auch wenn es selbst dabei oft ratlos und belastet ist, es mehr oder weniger irren kann und der Mensch deshalb auch den Mut haben muss, sich für die Folgen eines vom irrenden Gewissen geleiteten Handelns moralisch und rechtlich zu verantworten. Bisher hat es aber kaum Fälle gegeben, bei denen dies in tragischen Lebenssituationen zu Strafen und berufsrechtlichen Sanktionen führte. Man kann davon ausgehen, dass das auch in Zukunft nicht anders sein wird, wenn es bei Gewissensentscheidungen in den angedeuteten tragischen Grenzfällen bleibt.

7. Schlussfolgerungen

Es gibt ein Recht auf Leben für alle Menschen, ohne Einschränkung, aber kein Recht auf ein *leidfreies Leben*, denn das kann niemand garantieren, weil Leiden immer mit dem Leben verbunden sind. Es hat immer Zustände des Lebens gegeben, die das Leben sehr schwer machen, und es gibt menschenunwürdige Behandlungen von Menschen durch Menschen, aber es gibt kein »würdeloses« und »lebensunwertes Leben«, weil die Würde dem ganzen leiblich-seelischen Leben von Gott zugesprochen ist und deshalb, solange der Mensch lebt, nicht verloren gehen kann. Es

sollte daher auch kein Recht auf Selbsttötung und getötet zu werden geben, um das Leben von Leiden oder angeblich menschenunwürdigen Lebenszuständen zu »erlösen«.

In dem neuen § 217 StGB wird offen gelassen, ob es *ein Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung* gibt. Wichtig wäre es aber, jeder Entwicklung zu wehren, die die Tötung durch Menschenhand zu einem *Recht* werden lässt, das man einfordern darf. Das dahingehende Einfallsstor ist die ausdrückliche Straffreiheit für die Beihilfe zum Suizid. Nur wenn klar bleibt, dass es kein Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung gibt, kann eine weitere Verunsicherung in den Beziehungen der todkranken Menschen zu ihren Angehörigen, Freunden, aber auch zu Pflegekräften und Ärzt/innen verhindert und einer offenen oder verborgenen Anstiftung zur Selbsttötung gewehrt werden.

Es ist daher sehr zu begrüßen, dass der Staat seine eindeutige Verpflichtung erkannt hat, durch ein Gesetz für eine flächendeckende qualifizierte *palliative Fürsorge* für alle betroffenen Menschen im häuslichen Bereich, in Krankenhäusern, Hospizen und nicht zuletzt in den bisher völlig vernachlässigten Pflegeheimen Sorge zu tragen. Man kann sagen: *Es gibt kein Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung, aber es gibt ein Menschenrecht auf palliative Fürsorge*, deren Grundlage die palliativmedizinische Versorgung ist, die aber ebenso die pflegerische, mitmenschliche, seelische und seelsorgerlich-geistliche Fürsorge einschließt. Nur dadurch können den Menschen die Ängste vor einem leidvollen und angeblich menschenunwürdigen Leben und Sterben genommen und der Ruf nach Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen überflüssig werden. Nur wenn man das neue *Gesetz zur Beihilfe zur Selbsttötung* (§ 217 StGB) im Zusammenhang mit dem neuen *Gesetz zur palliativen Versorgung* betrachtet, wird und bleibt deutlich, dass der Sinn des neuen § 217 StGB nicht darin besteht, den Menschen – wie in den Benelux-Staaten – die Wahlmöglichkeit zwischen einem *schicksalhaft-naturbedingten* und einem *Tod durch Menschenhand* zu eröffnen. Letzterer bleibt auf »tragische« Konflikt- und Ausnahmefälle begrenzt, die letztlich nicht so objektivierbar sind, dass sie nach moralischen und juristischen Normen überprüfbar sind. In einem solchen Handeln ist das Gewissen des Menschen herausgefordert, und ist er auf die Beurteilung durch Gott und seine Barmherzigkeit angewiesen.

Das Gesetz zur palliativen Versorgung wird nicht verhindern können, dass auf der Basis des Rechts auf Suizid ein Recht auf Beihilfe zum Suizid und – auch in Deutschland – immer mehr ein Recht auf Tötung auf Verlangen gefordert wird. Dabei geht es nämlich nicht in erster Linie um die Hilfe für schwer leidende Menschen sondern um die Beseitigung eines der letzten religiös begründeten Tabus in unserer Gesellschaft. Der Mensch, der nach dem Philosophen *Friedrich Nietzsche* Gott getötet hat, ist sein eigener Schöpfer und Herr und bestimmt deshalb auch selbst, wann er sich von dieser Welt verabschiedet. Er soll den schicksalhaft-naturbedingten Tod durch eine Tat der Freiheit ersetzen, so dass der Tod kommt, weil und wann der Mensch will und nicht wenn es die »Natur« oder ein »Gott« es will.

Ein eindeutiges Verbot jeder Beihilfe zur Selbsttötung hätte die hier vorgetragene ethische Zielsetzung am stärksten unterstrichen. Es hätte die Türen zu anderen Formen der »aktiven Sterbehilfe«, zur Tötung auf und ohne Verlangen verschlossen gehalten. Von dem Verbot der Beihilfe zum Suizid abweichende Gewissenentscheidungen in tragischen Grenz- und Konfliktfällen müssten dadurch nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein. Bei ihnen kann, wie es in England der Fall ist, seitens der Staatsanwaltschaft auf strafrechtliche Sanktionen verzichtet werden. Da die eindeutige Mehrheit des Bundestags diesen eigentlich konsequenten Weg eines generellen Verbots der Beihilfe zur Selbsttötung nicht gehen wollte, sollte der Staat, vor allem die Rechtsprechung, Sorge dafür tragen, dass die mit dem neuen Gesetz geöffnete Tür zur Ausweitung der Beihilfe zur Selbsttötung auf alle möglichen Zustände schweren Leidens und bis hin zur Tötung auf und ohne Verlangen möglichst verschlossen bleibt. Ein entscheidender Schritt dazu könnte darin bestehen, dass im Berufsrecht der Ärzte deutlich bleibt, dass die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen nicht nur keine ärztliche Aufgaben sondern auch *verboten* sind, auch dann, wenn ein Arzt als »Privatperson« und ohne Bezahlung handelt. Diejenigen Landesärztekammern, die ein solches eindeutiges Verbot noch nicht in ihre Berufsordnung aufgenommen haben, sollten diese entsprechend ändern. Abweichende Gewissenentscheidungen in »tragischen Grenzfällen« müssen durch ein solches Verbot nicht ausgeschlossen werden.

Da der neue § 217 StGB nur die »geschäftsmäßige« und die auf Gewinn ausgerichtete Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellt, sollten – um Gewissenentscheidungen nicht der Beliebigkeit

auszuliefern – verbindliche Grenzen und Kriterien formuliert werden für alle Personengruppen, die das neue Gesetz als mögliche Helfer zum Suizid im Blick hat (Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte). Die Ausgangsbasis für solche Begrenzungen ergibt sich aus der Kombination des neuen §217 StGB mit dem neuen *Gesetz zur palliativen Versorgung*, dessen Ziel es auch ist, die Beihilfe zum Suizid und die Tötung auf Verlangen durch die Hilfen der Palliativmedizin nicht mehr notwendig werden zu lassen, um das Leiden an Krankheiten und im Sterben erträglich zu gestalten. Es legt sich daher nahe, die Beihilfe zur Selbsttötung auf

diejenigen Leiden zu begrenzen, die durch die *Mittel der Palliativmedizin* nicht oder ganz unzureichend gelindert werden können und diesen Grundsatz zur Ausgangsbasis weiterer hilfreicher Orientierungen zu machen. Damit würde deutlicher, dass es kein Recht auf Selbsttötung und Beihilfe zur Selbsttötung gibt, das andere Menschen zu beachten haben. Wie und wo solche orientierende Richtlinien im Standesethos und Standesrecht der Ärzteschaft und der Pflegekräfte verankert werden können, müsste noch geklärt werden. **D**

Jahrgang 2015

9/15 – »Pegida« – Stimmen aus der evangelischen Kirche zu einem gesellschaftlichen Phänomen
28 Seiten / 3,40 €

10/15 – Themen: **Organspende** (Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Beitrag von Prof. Axel Bauer)
Stammzellforschung (Prof. Klaus Tanner)
32 Seiten / 4,10 €

11/15 – **Diakonische Unternehmenskultur heute. Eine Standortbestimmung zwischen Theorie und Praxis** (Fachtagung der Führungsakademie für Kirche und Diakonie) – 28 Seiten / 3,40 €

12/15 – **Neues aus Afrika – Ein Kontinent bricht auf ins 21. Jahrhundert** (Tagung der evangelischen Akademie im Rheinland) – 24 Seiten / 3,40 €

13/15 – Themen: **Wenn die Welt verlernt wird – Umgang mit Demenz als gemeinsame Aufgabe** (Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD)
Bibelarbeit zu Psalm 31 (Dr. Hermann Barth)
28 Seiten / 3,40 €

14-15/15 – **Für uns gestorben – Die Bedeutung von Leiden und Sterben Jesu Christi** (Grundlagentext des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland – Auszüge) – 24 Seiten / 3,40 €

16/15 – »Pilgrimage« und »Just Policing«. **Das ökumenische Ringen um den Frieden** (Tagung der Evangelischen Akademie Baden) – 40 Seiten / 4,60 €

17/15 – Themen: **Tierethik** (Prof. Dr. Jean-Claude Wolf, Dr. Rainer Hagencord) **25 Jahre KonsULT** (Landesbischof Gerhard Ulrich) – 28 Seiten / 3,40 €

18/15 – Themen: **Ökumenischer Gottesdienst und staatlicher Trauerakt für die Opfer des Flugzeugabsturzes in Frankreich** (Ansprache Präses Kurschus, Predigt Kardinal Woelki, Rede Bundespräsident Gauck)
Luthers Erneuerung der Kirche und sein Judenhass (Prof. Dr. Martin Stöhr) **200. Geburtstag von Otto von Bismarck** (Dr. Volker Ulrich) – 32 Seiten / 4,10 €

19/15 – Themen: **70. Todestag Dietrich Bonhoeffers** (Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber, Dr. Heinrich Bedford-Strohm) **Reformationsjubiläum** (Ökumenischer Arbeitskreis evangelischer und katholischer Theologen, Dr. Thies Gundlach) – 28 Seiten / 3,40 €

20/15 – Themen: **Solidarität und Selbstbestimmung im Wandel der Arbeitswelt** (Denkschrift des EKD-Rates) **Gedenken an den Völkermord an den Armeniern** (Ökumenischer Gottesdienst, Reden von Bedford-Strohm, Gauck, Predigt Kardinal Marx)
24 Seiten / 3,40 €

21/15 – **Synodentagung 2015** (EKD, VELKD, UEK) – Hauptversammlung des Reformierten Bundes
40 Seiten / 4,60 €

22/15 – **Reform des kirchlichen Arbeitsrechts** (Sozialethisch-theologische Fachtagung)
56 Seiten / 5,10 €

23/15 – Texte aus der **Debatte über die Thesen von Prof. Slenczka zum Alten Testament**
52 Seiten / 5,10 €

24/15 – Social Talk 2014: **Was kann Fundraising noch in einem modernen Finanzmanagement leisten?** (Tagung des Instituts für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft)
64 Seiten / 5,40 €

25/15 – **35. Deutscher Evangelischer Kirchentag (1)**:
44 Seiten / 4,60 €

26/15 – **Unser tägliches Brot gib uns heute. Neue Weichenstellung für Agrarentwicklung und Welter-nährung** (Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung- Auszüge) – 40 Seiten / 4,60 €

27/15 – **35. Deutscher Evangelischer Kirchentag (2)**:
44 Seiten / 4,60 €

28/15 – **35. Deutscher Evangelischer Kirchentag (3)**:
44 Seiten / 4,60 €

29/15 – **Sterbehilfe**. Das Ringen um eine Neuregelung der Suizidbeihilfe – 60 Seiten / 5,40 €

30/15 – **Dietrich Bonhoeffer – Orientierung für Analyse und Widerstand** (Evangelische Akademie der Nordkirche) – **Christlicher Glaube und religiöse Vielfalt in evangelischer Perspektive** (Grundlagentext des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland – Auszüge) – 28 Seiten / 3,40 €

31/15 – **Fundraising-Forum Frankfurt 2015**
32 Seiten / 4,10 €

32/15 – **Schöne neue Datenwelt? Chancen und Risiken der Wirtschaft 4.0** (Forum Kirche Wirtschaft Arbeitswelt) – 32 Seiten / 4,10 €

33/15 – **Welche Hilfe beim Sterben wollen wir? Menschenwürde am Lebensende** (Evangelische Akademie Villigst und Evangelische Akademien in Deutschland (EAD) e.V.) – 40 Seiten / 4,60 €

34/15 – **Zugang nach Europa – Aufnahme in Deutschland** (15. Berliner Symposium zum Flüchtlingsschutz) – 40 Seiten / 4,60 €

35/15 – »**Bürgersein in der digitalen Gesellschaft**« (Medienkonzil der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern und der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) – 40 Seiten / 4,60 €

36/15 – **Theologie der Stadt – Berichte aus dem Theologischen Labor Berlin** (Beiträge der Fachtagungen »Theologie der Stadt. Auftaktveranstaltung des TheoLab Berlin« und »Stadttraum und Religion. TheoLab Berlin 02«) – 56 Seiten/ 5,10 €

37/15 – **Selig sind, die Frieden stiften** (Präses Kurschus, Brahms, Füllkrug-Weitzel) **70. Jahrestag des Atombombenabwurfs auf Hiroshima** (EKD-Ratsvorsitzender Bedford-Strohm) – 24 Seiten / 3,40 €

Gemeinschaftswerk der
Evangelischen Publizistik gGmbH
Verlag/Vertrieb
Postfach 50 05 50
60394 Frankfurt am Main

Jahrgang 2015

38/15 – **Menschenwürdig sterben. Theologische, philosophische und juristische Perspektiven im Gespräch** (20. Heidelberger Ökumenisches Forum) 52 Seiten/5,10 €

39/15 – **Reformator, Ketzer, Judenfeind. Jüdische Perspektiven auf Martin Luther** (Evangelische Akademie zu Berlin) – 80 Seiten / 6,40 €

40/15 – **Abgeschlossen? Stand und Folgen der Aufarbeitung der Geschichte der Kirchen in der DDR** (Tagung an der Theologischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) 76 Seiten / 5,90 €

41/15 – **50 Jahre EKD-Ostdenkschrift** 36 Seiten / 4,10 €

42/15 – **Kirchenbilder – Lebensräume** (3. Land-Kirchen-Konferenz der EKD; Beiträge der 2. Fachtagung zur Land-Kirchen-Konferenz) 76 Seiten / 5,90 €

43/15 – **Kirchenzugehörigkeit als Voraussetzung zur Begründung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses in der evangelischen Kirche** (Fachtagung der FEST und des Kirchenrechtlichen Instituts der EKD) – 56 Seiten / 5,10 €

44/15 – **Flucht- und Migrationsursachen bekämpfen, nicht die Flüchtlinge – was können wir tun?** (Füllkrug-Weitzel) **Kirche nach dem Sozialismus und vor dem Reformationsjubiläum** (Ueberschär) **»Verfilzte Dinge« Wie evangelische Christen seit 1948 um eine verantwortliche Haltung zum Staat Israel und zum Nahostkonflikt ringen** (Gronauer) 32 Seiten / 4,10 €

45/15 – **»... damit sie das Leben und volle Genüge haben sollen«. Ein Beitrag zur Debatte über neue Leitbilder für eine zukunftsfähige Entwicklung** (Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung – Auszüge) – 44 Seiten / 4,60 €

46/15 – **»Religiöse Atheisten« – Ein neuer Trend?** (Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar und der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald) 76 Seiten / 5,90 €

47/15 – **Sterbehilfe** (Debatte und Beschluss im Bundestag zur Neuregelung der Suizidbeihilfe) 32 Seiten / 4,10 €

48/15 – **Synodentagung 2015 (1)** (Berichte, Beschlüsse) – 68 Seiten / 5,40 €

49/15 – **Synodentagung 2015 (2)** EKD-Synode (Schwerpunktthema und Beschlüsse) VELKD-Generalsynode (Schwerpunktthema) 48 Seiten / 4,60 €

50/15 – **Eröffnung des Themenjahres 2016 »Reformation und die Eine Welt« und Verleihung der Martin-Luther-Medaille 2015 in Straßburg** 32 Seiten / 4,10 €

51-52/15 – **Synodentagung 2015 (3)** VELKD-Generalsynode (Bericht, Referat, Entschließungen) UEK-Vollkonferenz (Bericht, Einbringungsreferat, Votum) – 52 Seiten / 5,10 €

Jahrgang 2016

1/16 – GKKE: **Rüstungsexportbericht 2015** – 78 Seiten / 5,90 €

2/16 – **Kinder, Medien, Religion – Medienhandeln und religiöse Sozialisation bei Kindern** (Evangelische Akademie Thüringen) – 44 Seiten / 4,60 €

3/16 – **Frieden kann nicht mit Waffen gewonnen werden** (Stellungnahmen und Äußerungen zum Einsatz der Bundeswehr in Syrien) – 36 Seiten / 4,10 €

4/16 – **»... dem Frieden der Welt zu dienen«** (Abschlussstagung des Diskursprojekts der Ev. Akademien in Deutschland) **Am gerechten Frieden orientieren** (Fachgespräch der EKD zum Weißbuch-Prozess) 48 Seiten/ 4,60 €

5/16 – **Schmerz und Leid – Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft** (41. Workshop Medizinethik) **Zwischen Gesetz und Gewissen – Folgen des assistierten Suizids für die ärztliche Rolle und die Gesellschaft** – 48 Seiten / 4,60 €

Der Informationsdienst **epd**-Dokumentation (ISSN 1619-5809) kann im Abonnement oder einzeln bezogen werden. Pro Jahr erscheinen mindestens 50 Ausgaben.

Bestellungen und Anfragen an: GEP-Vertrieb Postfach 50 05 50, 60394 Frankfurt, Tel.: (069) 58 098-191. Fax: (069) 58 098-226. E-Mail: vertrieb@gep.de Internet: <http://www.epd.de>

Das Abonnement kostet monatlich 28,25 € inkl. Versand (mit Zugang zum digitalen Archiv: 32,95 €). E-Mail-Bezug im PDF-Format 26,70 €. Die Preise für Einzelbestellungen sind nach Umfang der Ausgabe und nach Anzahl der Exemplare gestaffelt.

Die Liste oben enthält den Preis eines Einzel-exemplars; dazu kommt pro Auftrag eine Versandkostenpauschale (inkl. Porto) von 2,50 €.

epd-Dokumentation wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.