WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN FINDEN SIE HIER

- www.juspax.ch/de/Dokumente/Publikationen
- www.bischoefe.ch/intern/archiv-pdf/gemeinsames-hirtenwort-der-bischoefe-von-freiburg-i.br-strassburg-und-basel
- www.palliative.ch
- www.eden-institut.net
- www.vbszo.ch/Adressen.html.

JUSTITIA ET PAX
Schweizerische Nationalkommission
Alpengasse 6
1700 Freiburg

Tel. + 41 (0)26 510 15 11
Fax + 41 (0)26 510 15 16
info@juspax.ch
www.juspax.ch

Justitia et Pax
Justice et Paix
Giustizia e Pace

Grafik: neuweiss.ch / Bilder: Cattari Pons/photocase.de, Mella/photocase.de

Justitia et Pax
Justice et Paix
Giustizia e Pace

ALTERSSUIZID ALS HERAUSFORDERUNG

ethische Erwägungen im Kontext der Lebensende-Diskurse und von Palliative Care.

Ein Diskussionsbeitrag in christlich-sozialethischer Perspektive

Herausgegeben von der
Schweizerischen Nationalkommission Justitia et Pax

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	4
1	**Enttabuisierung des Sterbens – Einleitung**	5
2	**Gegenwärtige Veränderungen**	8
2.1	Demographische Veränderungen	8
2.2	Suizidalität, Alterssuizid und Suizidhilfe	9
2.3	Sozioökonomische Aspekte	11
2.4	Bedeutung der Palliative Care	13
2.5	Gesetzliche Neuregelungen	15
3	**Diskurse zum Lebensende**	16
3.1	Sterben ist auch ein soziales Phänomen	16
3.2	Sterbe-Ideale	18
3.3	Initiativen und Strategien	20
3.4	Eine neue Sterbekultur	24
4	**Die Herausforderung(-en) des Sterbens annehmen**	26
4.1	Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten	28
4.2	Normativ-ethische Überlegungen	31
4.3	Werte, Ideale und Menschenbild	35
4.4	Eine neue Lebenskultur	38
5	**Fazit**	40
6	**Empfehlungen**	42
7	**Begriffserläuterungen**	47
8	**Literaturhinweise und Internetadressen**	48
8.1	Bücher und Artikel	49
8.2	Kirchliche Schreiben	50
8.3	Adressen im Internet	51

VORWORT

Das Sterben geschieht nicht einfach so. Dem Sterben und dem Tod gehen in der Regel vielfältige Entscheidungen und Massnahmen voraus, die das Sterben beeinflussen. Die Lebensphasen des Altwerdens und des Alt Seins werden mit zunehmender Lebenserwartung der Menschen mehr als früher zu Räumen, die gestaltet werden wollen. In der Gegenwart werden sie oft zu Projekten, für die Erfahrungen und Grundlagen weitgehend fehlen, auf die man zurückgreifen könnte. Der medizinisch-technische Fortschritt und neue Behandlungstherapien erweitern laufend unsere Handlungsmöglichkeiten. Bei diesen gilt es, kritische Punkte zu unterscheiden und zu bewerten. Neue medizinische Therapieansätze bringen häufig weitere Belastungen für die Betroffenen, so dass ihr Leben zwar verlängert, ihre Lebensqualität aber darunter leiden kann. Und nicht zuletzt spielen auch Finanzierungs- und Kostenfragen eine wichtige Rolle bei der Bewertung dieser technischen und therapeutischen Möglichkeiten. Angesichts solcher Perspektiven überlegen sich immer mehr Menschen, das Sterben selbst in die Hand zu nehmen und werden Mitglied einer «Sterbehilfeorganisation».

Vor diesem Hintergrund sind Fragen nach einem guten Sterben, nach einem selbstbestimmten Sterben immer wichtiger geworden. Inzwischen bieten in der Schweiz verschiedene Sterbehilfeorganisationen ihre Dienste an. Sie betonen vor allem den Aspekt des selbstbestimmten Sterbens, nicht nur von schwer leidenden oder sich in der Sterbephase befindlichen Personen, sondern auch von Personen, die aus Gründen des Alters oder der Lebenssattheit ihrem Leben ein Ende setzen möchten. Diese Ausweitungstendenzen in der Suizidhilfe werfen neue grundlegende, ethisch relevante Fragen auf. Aus christlicher Überzeugung ist das Leben ein Geschenk, das den gesamten Lebensbogen umfasst. Dazu gehören einerseits die Anerkennung der Endlichkeit und andererseits die Gewissheit der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens.

Wir befinden uns also in einer Phase der Um- oder Neuorientierung, wenn es um Krankheit und Sterben geht. Neue Wege und neue Orientierungen müssen gefunden werden. Die vorliegende Publikation will dazu einen Beitrag im öffentlichen Diskurs über die Themen Autonomie, Gebrechlichkeit, Sterben und Suizidhilfe leisten. Es handelt sich um eine Stellungnahme aus christlich-sozialethischer Perspektive. Sie ist an alle Personen gerichtet, die sich mit dem Thema des Alterssuizids vertiefter auseinandersetzen und Anregungen bekommen wollen.

1. ENTTABUISIERUNG DES STERBENS – EINLEITUNG

Das Sterben ist heute zu einem allgegenwärtigen Thema geworden. Nachdem es noch vor einigen Jahren normal war, über das Sterben Nahestehender oder Angehöriger in der grösseren Öffentlichkeit zu schweigen, bei Verlust eines lieben Menschen in Stille und im meist privaten Rahmen zu trauern, wird heute öffentlich darüber gesprochen. Dies geschieht sowohl vor dem Tod eines Menschen, wenn über verschiedene Massnahmen, Entscheidungen und Behandlungsziele sowie deren rechtliche Regelungen diskutiert wird; es passiert aber auch im Anschluss an den Tod eines Menschen, wie Todesanzeigen oder die häufig in den Medien stattfindenden Debatten belegen. Mehr als symbolische Wirkung hatte das öffentliche Sterben Papst Johannes Pauls II. im Jahr 2005: Der Papst wollte es nicht verbergen, sondern hat der medialen Weltöffentlichkeit gezeigt, wie Alter, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit konkret aussehen können. Ganz offensichtlich beabsichtigte er damit, persönlich zu bezeugen, wie «normal», wie menschlich auch ein langsames Abschiednehmen ist oder sein kann und wie der Mensch auch dabei seine Würde behält.

Diese neue Aufmerksamkeit für das Sterben hat Gründe. In einer technisierten Hochleistungsgesellschaft mit modernster medizinischer Versorgung ist das Sterben riskant geworden, wie Frank Mathwig zu Recht schreibt.[1] Seit die Medizin in der Lage ist, auf vielfältige Weise in den Sterbeprozess einzugreifen und in vielen Fällen das Lebensende zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern, wird der Tod nicht mehr in erster Linie als ein zu bekämpfender Feind, sondern als eine zu gestaltende Aufgabe wahrgenommen (Werner Schneider). Wie oder auf welche Weise diese gestalterische Aufgabe wahrgenommen werden soll, ist allerdings umstritten. Heute gibt es viele und durchaus sehr unterschiedliche Vorstellungen von dem, wie ein menschliches, würdiges oder gutes Sterben aussehen könnte. Antworten darauf werden von verschiedensten Seiten gegeben, angefangen von Gesundheitssendungen im Fernsehen, über Tipps von Freunden, Angehörigen und Bekannten bis hin zu Ratschlägen durch Ärzte oder auch verschiedene, auf die letzte Lebensphase spezialisierte Organisationen.

1 Für eine bessere Lesbarkeit wird nachfolgend weitgehend auf Fussnoten verzichtet. Am Ende des Textes werden unter Ziff. 8 entsprechende Literaturhinweise und weiterführende Internetadressen genannt.

Die Vielfalt der Antworten auf die Frage nach einem guten Sterben führt einerseits zur Betonung der Selbstbestimmung: Jede und jeder soll selbst darüber entscheiden, wie sie oder er aus dem Leben scheiden möchte. Andererseits aber führt sie nicht selten auch zu einer Überforderung, weil die Vielfalt der Antworten die Betroffenen verunsichert: Diese wissen zwar – und das ist inzwischen im Erwachsenenschutzrecht auch rechtlich abgesichert –, dass sie eine Patientenverfügung schreiben dürfen und dass diese im Behandlungsfall auch beachtet werden muss, jedoch bleibt dann trotzdem nicht selten die Frage offen, was sich ein Mensch in seiner Verfügung konkret und sinnvoller Weise wünschen soll. Angesichts der vielen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin wird es in zunehmendem Masse zu einer Herausforderung, die eigenen Wünsche in verständlichen und praktisch umsetzbaren Handlungsanweisungen auszudrücken.

Erschwerend kommt hinzu, dass das praktische Wissen über das Sterben seit einiger Zeit bei der grossen Mehrheit in unserer Gesellschaft abhandengekommen ist: Während das Sterben der Angehörigen in früherer Zeit von vielen Menschen konkret miterlebt wurde, kommen heute nur noch wenige Menschen damit direkt oder unmittelbar in Berührung. Gestorben wird heute meist in Institutionen wie Spitälern, Pflegeheimen oder Hospizen, hingegen kaum mehr in einer vertrauten Atmosphäre zu Hause oder im familiären Umfeld.

In dieser Situation der Verunsicherung über das angemessene und richtige Vorbereiten des eigenen Sterbens wurde im vergangenen Jahr in der Schweiz ein neuer, unkonventioneller und für viele provozierender Vorschlag vorgetragen, das eigene Sterben zu gestalten. Unter dem euphemistischen Begriff des «Altersfreitods» wird diskutiert, ob nicht Menschen in (sehr) hohem Alter frei entscheiden können sollen, ob sie unter Inanspruchnahme der Unterstützung durch eine Sterbehilfeorganisation dem eigenen Leben ein Ende setzen wollen. Neu ist hier der Umstand, dass bevor die sonst üblichen Begleitumstände des nahen Todes – Gebrechlichkeit, schwere Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Abhängigkeit – zur Realität werden, alte Menschen ihren eigenes Sterben gestalten können sollen. Also nicht die Todesnähe oder bereits vorhandene Beschwerden und Einschränkungen, sondern allein das Alter und die Perspektive eines belastenden, vermutlich unselbständigen und schmerzhaften weiteren Lebensverlaufs sollen neu eine Suizidhilfe rechtfertigen.

Die Verwendung des Begriffs «Freitod» deutet dabei auf die damit verbundene Zielsetzung hin: Menschen sollen aus freien Stücken ihre Selbsttötung planen und durchführen können (was in der Fachwelt auch als Bilanzsuizid bezeichnet wird). Darüber hinaus wird die Assoziation geweckt, es gehe um einen Akt der Befreiung aus einer misslichen, als belastend erlebten Situation.

Die öffentliche Debatte über diesen ungewöhnlich weit gehenden Vorschlag – auch aus Sicht anderer europäischer Länder – ist in der Schweiz bislang ruhig und ohne grosse Auseinandersetzungen verlaufen. Wurden Menschen in der Schweiz gefragt, ob sie dieser Idee der Suizidhilfe im Alter grundsätzlich zustimmen würden und diese Möglichkeit von Sterbehilfegesellschaften auch angeboten werden sollte, wurden überraschend häufig positive Antworten gegeben. Der vorherrschende Eindruck aus diesen Reaktionen ist, dass ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung der Möglichkeit, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, auch wenn weder Todesnähe noch eine unerträgliche Situation des Leidens gegeben sind, positiv gegenüber steht.

Von der Rolle, welche die Ärzte dabei übernehmen oder zu übernehmen haben, war bislang kaum die Rede. Das ist insofern überraschend, als Ärzte im Fall einer solchen Suizidhilfe ein todbringendes Mittel verschreiben müssen, obgleich die sterbewillige Person weder krank noch behandlungsbedürftig ist. Zur Vorgeschichte dieses Vorschlags gehört, dass es im Fall eines sterbewilligen 89-jährigen Mannes aus dem Kanton Neuenburg, der unter seinen Beschwerden litt, jedoch eine ärztliche Untersuchung verweigerte, zu einer richterlichen Entscheidung kam. Der Neuenburger Staatsanwalt brachte den Arzt zur Anklage, der das todbringende Mittel für den Mann verschrieben hatte. Der Arzt wurde in erster Instanz schuldig gesprochen, in einem Berufungsprozess im April 2014 wurde er dann aber freigesprochen. Diese Vorgänge und die anschliessende Diskussion haben dazu beigetragen, dass von einigen Personen wohl nach dem Vorbild der englischen «Society for Old Age Rational Suicide» (www.soars.org.uk) eine neue Vereinigung «Altersfreitod» (www.altersfreitod.ch) gegründet wurde.[2] Insgesamt haben die Beitritte zu den Sterbehilfeorganisationen seit dem letzten Jahr noch einmal deutlich zugenommen.

Diese Entwicklung ist Anlass und Grund, um aus Sicht der christlichen Sozialethik danach zu fragen, wie diese Idee des «Altersfreitods» bzw. der Suizidhilfe bei sterbewilligen gesunden Menschen in hohem Alter zu verstehen und einzuschätzen ist. Uns interessiert die Frage, warum die Idee des Alterssuizids heute so viel Zuspruch erfährt. Wie kommt es zu dieser Normalisierung einer Praxis, die bislang mehr oder weniger als tabu galt? Welche Bedingungen und Veränderungen haben dazu beigetragen, dass der Alterssuizid heute nicht nur als ein gravierendes gesellschaftliches Problem, sondern unter Umständen sogar als eine individuelle Lösung angesehen und eingeschätzt wird? Wie können und sollen Einzelne und gesell-

schaftliche Institutionen mit dem Wunsch nach einem «Altersfreitod» umgehen und angemessen darauf reagieren?

Nachfolgend wird deshalb die Frage beantwortet, was sich gegenwärtig im Hinblick auf die letzte Lebensphase und die Suizidalität im Alter in der Schweiz verändert hat. Anschliessend wird im dritten Kapitel der Versuch unternommen, die bisherigen gesellschaftlichen Reaktionen auf diese Veränderungen darzulegen und besser zu verstehen, bevor dann im vierten Kapitel sozialethische Orientierungen formuliert werden. Diese müssen aus christlicher Sicht die Tradition der grundsätzlichen Lebensbejahung im Blick haben und dennoch angemessen und nachvollziehbar im Hinblick auf heutige Herausforderungen formuliert werden. Im Anschluss an das zusammenfassende Fazit werden Empfehlungen an Gesellschaft, Kirchen und Gesundheitswesen formuliert, die die Herausforderungen des Sterbens in unserer modernen Gesellschaft begleiten sollten. Ganz am Ende helfen Begriffserläuterungen, Literaturhinweise und relevante Internetadressen, sich im komplexen Themenfeld von Alter, Sterben und Suizidhilfe zurecht zu finden.

2 Laut den Informationen auf der Webseite www.altersfreitod.ch handelt es sich überwiegend um «engagierte Mitglieder der Selbstbestimmungsorganisation EXIT».

2. GEGENWÄRTIGE VERÄNDERUNGEN

2.1. Demografische Veränderungen

Eine erste wesentliche Veränderung besteht zunächst in der seit einigen Jahrzehnten ständig und kontinuierlich steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung. Seit 1950 hat die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern wie Frauen in der Schweiz um ca. dreizehn Jahre zugenommen, was einer Zunahme um nahezu eine zusätzliche Generation entspricht. Diese erfreuliche Entwicklung schenkt vielen Menschen die Perspektive auf ein deutlich längeres Leben, wobei auch altersbedingte Einschränkungen und mit dem Alter einher gehende Erkrankungen erst später auftreten. Die Menschen leben also nicht nur länger, sie bleiben auch länger gesund. Viele Erkrankungen, die noch vor einigen Jahrzehnten tödlich verliefen, können heute geheilt oder zumindest soweit behandelt werden, dass die Betroffenen mehr oder weniger gut damit leben können. Dem medizinischen Fortschritt und dem zunehmenden Wohlstand ist es zu verdanken, dass viele Altersgebrechen und damit die typische Herausforderung der Multimorbidität[3] bei älteren Menschen erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Biographie relevant werden, so dass in der Altersforschung schon seit einiger Zeit zwischen einem dritten und vierten Lebensalter unterschieden wird (vgl. dazu die Beiträge im Caritas Sozialalmanach 2011 zum Thema «Das vierte Lebensalter»; daneben das Projekt «Alles hat seine Zeit» von Justitia et Pax, den reformierten Kirchen Schweiz und Pro senectute: www.alleshatseinezeit.ch).

3 «Mehrfacherkrankungen» treten mit zunehmendem Alter vermehrt auf. Sie stellen deshalb einen besonderen Schwerpunkt in der Geriatrie dar.

Diese demografischen Veränderungen ziehen eine Reihe wesentlicher sozialer Veränderungen nach sich. Viele Söhne oder Töchter von hochaltrigen, pflegebedürftigen Menschen sind heute in der Regel selbst bereits pensioniert und damit in fortgeschrittenem Alter. Der Vorstellung, dass Kinder ihre hochaltrigen Eltern pflegen und betreuen, sind von daher Grenzen gesetzt. Nicht selten leben heute vier Generationen einer Familie nebeneinander, wo es vor 40 Jahren lediglich drei waren. Aufgrund der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen spricht man auch davon, dass das vierte Lebensalter weiblich ist. Die kulturell geprägte Gegebenheit, dass häufig in den Beziehungen die Männer älter sind als die Frauen, führt nicht selten dazu, dass Frauen im hohen Alter ihre Männer bis zum Tod versorgen und begleiten, aber selbst anschliessend alleine und ohne Partner die letzte Phase ihres Lebens meistern müssen. Die Herausforderungen der Hochaltrigkeit stellen sich somit für Frauen in besonderer Weise.

Das vierte Lebensalter ist für viele Betroffene von physischen und mentalen Einschränkungen, Multimorbidität, Gebrechlichkeit und nicht selten auch von mehr oder weniger schwerwiegenden demenziellen Störungen geprägt. Die Frage nach der Gestaltung der letzten Phase im Leben eines hochaltrigen Menschen rückt daher unweigerlich ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Der Beginn der Hochaltrigkeit wird aus demografischer Sicht beispielsweise bei jenem Alter angesetzt, bei welchem die Hälfte eines Geburtsjahrgangs bereits verstorben ist. Daraus lässt sich schliessen, dass Menschen im vierten Alter in der Regel bereits Erfahrungen mit dem Sterben gleichaltriger Menschen gemacht und daher auch relativ klare Vorstellungen davon haben, wie ihre eigene letzte Lebensphase aussehen könnte oder gerade nicht sein sollte.

2.2. Suizidalität, Alterssuizid und die Suizidhilfe

Ein anderes Thema ist der Suizid. In der Schweiz sterben jährlich ungefähr 1'300 Menschen durch die eigene Hand. Umgerechnet auf einen Tag sind das durchschnittlich 3–4 Personen. Bei 90 Prozent der Betroffenen wird eine psychische Krankheit vermutet, davon bei rund zwei Dritteln eine Depression. Die Suizidrate liegt bei Männern höher als bei Frauen, steigt mit dem Alter kontinuierlich an und liegt bei Menschen über 75 Jahren am höchsten – in der Schweiz wie auch in

allen anderen Ländern weltweit. Zwischen 1990 und 2006 ging die Anzahl Suizide in der Schweiz leicht, aber stetig zurück, wobei die Reduktion hauptsächlich bei den Männern zu verzeichnen war. Frauen setzen zur Selbsttötung am häufigsten Medikamente ein, Männer wählen am häufigsten das Erschiessen oder Erhängen. Suizidversuche, die getrennt von den Suiziden zu betrachten sind, eher appellativen Charakter haben und von ihrer Anlage her nicht tödlich enden (sollen), werden etwa zehnmal häufiger praktiziert als Suizide, nehmen aber mit zunehmendem Alter stark ab und spielen bei Menschen in sehr hohem Alter keine wesentliche Rolle mehr. Wichtige Risikofaktoren für einen Suizid im Alter sind Depressionen, schwere körperliche Krankheiten, Hoffnungslosigkeit, eine subjektiv als schlecht empfundene Gesundheit, das Fehlen von Vertrauenspersonen und sozialer Unterstützung und schliesslich die Verwitwung, letztere insbesondere bei Männern (vgl. dazu die Publikationen von Gabriela Stoppe).

Die Anzahl begleiteter Suizide hat in der Schweiz in den letzten Jahren relativ stark zugenommen, und zwar von ca. 270 im Jahr 2003 auf heute über 500 (wovon allerdings gut ein Drittel der Betroffenen aus dem Ausland anreist). Das heisst, dass über ein Drittel der Menschen, die in der Schweiz einen Suizid begehen, dies begleitet, vor allem mit einer Suizidhilfeorganisation, tun. Auch wenn damit absolut gesehen lediglich ein kleiner Bruchteil der jährlich Sterbenden von der Suizidhilfe betroffen ist (ca. 0,8 %), ist es doch auffällig, dass die Anzahl der Fälle von Suizidhilfe in den letzten Jahren stetig ansteigt. Zudem hat sich erwiesen, dass etwa ein Drittel der Beihilfen von Menschen ausserhalb einer eigentlichen Sterbephase in Anspruch genommen werden. Die Mehrheit der Betroffenen ist zwischen 65 und 84 Jahre alt, nur ein kleiner Teil ist älter. Die Wahrscheinlichkeit ist somit gross, dass der so genannte «Altersfreitod» oder die Suizidhilfe bei alten Menschen ausserhalb der eigentlichen Sterbephase bereits heute eine verbreitete Realität darstellt.

Die jüngste Sterbehilfeorganisation, die in der Schweiz gegründet wurde, trägt den Namen «Lifecircle» und wurde von einer Hausärztin gegründet, die ihren Patienten gemäss eigener Aussage neben der Suizidhilfe auch Palliative Care anbietet. Ihr angeschlossen ist eine Stiftung zur Förderung der Suizidhilfe «Eternal Spirit. Selbstbestimmt leben – selbstbestimmt sterben». Die grösste Sterbehilfeorganisation, Exit Deutsche Schweiz, hat seit etwa 2014 das Problem, dass sie die vielen neuen Mitgliedsgesuche kaum mehr zu bewältigen weiss.[4] Insbesondere die Inanspruchnahme der Suizidhilfe von Exit durch den beliebten und weithin anerkannten Ständerat This Jenny im November 2014 hat den Zulauf noch einmal verstärkt.

Über die Motive der sterbewilligen Menschen ist bislang nur wenig bekannt. In kleineren Studien konnte gezeigt werden, dass aus der Sicht der beteiligten Ärzte vor allem Schmerzen, Pflegebedürftigkeit, neurologische Symptome, Einschränkungen der Mobilität und Atemnot wesentliche Beweggründe darstellen. Von den Sterbewilligen selbst werden zusätzlich zu den genannten Motiven der Wunsch nach Kontrolle über die Umstände des Sterbens, der Verlust der Würde, Schwäche, die Unfähigkeit, an Aktivitäten teilzunehmen, welche das Leben angenehm machen, Schlaflosigkeit und Verlust der Konzentrationsfähigkeit als Gründe für eine Bitte um Suizidhilfe angegeben.

Die Suizidforschung hat zudem gezeigt, dass Suizidalität, also die Neigung eines Menschen, sein Leben beenden zu wollen oder durch ein bestimmtes Verhalten den eigenen Tod in Kauf zu nehmen, nicht als eine Krankheit zu verstehen ist, auch wenn sie häufig mit Krankheiten verbunden ist. Suizidalität ist hingegen fast immer Ausdruck von einer Einengung oder Angst und persönlich erlebter grosser Not. Sie wird auch als eine krisenhafte Zuspitzung einer als ausweglos empfundenen Lebenssituation beschrieben. Bei älteren Menschen, so der deutsche Gerontopsychiater Peter Netz, liegt oft eine Kombination körperlicher und psychischer Erkrankungen sowie von Problemen im sozialen Umfeld vor, beispielsweise zwischenmenschliche Konflikte, zunehmende Isolation und Vereinsamung. Eine besondere Herausforderung ergibt sich bei Suizidalität im Kontext einer sich abzeichnenden Altersdemenz. Hier spielen offensichtlich neben Depressionen und einer zunehmenden Vereinsamung die Ängste vor dem weiteren Verlauf der chronischen Erkrankung eine wesentliche Rolle.

4 Die Sterbehilfeorganisation Exit in der Deutschschweiz hatte laut eigenen Angaben 2014 die rekordhohe Zahl von 13'413 Neubeitritten. Schweizweit zählt die Organisation über 100'000 Mitglieder (Stand 2016).

2.3. Sozioökonomische Aspekte

Diese individuellen Erfahrungen von Krankheit, Isolation oder Ängsten sind stark geprägt von sozioökonomischen Aspekten und Bedingungen. Hier spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle, dass für die Alterspflege keine Sozialversicherung aufkommt und diese darum weitestgehend privat finanziert werden muss. Im Einzelfall und bei längerer Pflegebedürftigkeit kann das dazu führen, dass durch die mehrjährige Finanzierung eines Pflegeheimplatzes das gesamte Vermögen aufgebraucht wird, welches Menschen sich während ihres Lebens angespart haben.

Es hat sich gezeigt, dass das für die stationäre Spitalversorgung 2012 eingeführte Vergütungssystem nach Fallpauschalen eine mögliche Quelle für problematische Entscheidungen bei Menschen im hohen

Alter ist. In einem Fallpauschalensystem werden Vergütungen stets auf der Grundlage von Durchschnittspatienten errechnet, so dass es aus Sicht der Spitäler stets bessere und schlechtere Risiken gibt. Aufgrund dieser Situation entstehen bei den Institutionen finanzielle Anreize, die aus Sicht der Institution «schlechten Risiken» möglichst nicht aufzunehmen oder, wenn sie sich bereits in Spitalbehandlung befinden, frühzeitig in andere Institutionen zu entlassen. Zu diesen «schlechten» Risiken gehören insbesondere ältere Menschen und Patienten mit vielfältigen Erkrankungen (Multimorbidität), Rehabilitationspatienten, Patienten am Lebensende sowie Patienten mit palliativer Betreuung. Diese Patientengruppen lassen sich nur bedingt einer bestimmten Diagnose oder Diagnose-Gruppe zuordnen, so dass die Abrechnung von Leistungen schwierig und für eine Institution unter Umständen zu einem Minusgeschäft wird. Menschen mit mehrfachen oder unklaren Diagnosen – und das betrifft quasi alle Patientinnen und Patienten in sehr hohem Alter – sind im Fallpauschalen-System per se Störfaktoren.

Auf ein entsprechendes Problem in der Behandlung alter Menschen mit demenziellen Störungen und Multimorbidität hat der Zürcher Geriater Daniel Grob hingewiesen: Er gibt zu bedenken, dass sich die stationäre Akutgeriatrie finanziell nicht mehr lohne, da die Fallpauschalen dem pflegerischen Aufwand bei kognitiv eingeschränkten Patienten zu wenig Rechnung tragen würden. Demenzkranke blieben durchschnittlich doppelt so lange im Spital im Vergleich zu anderen alten Patienten, was bei Abrechnung über Fallpauschalen problematisch sei. Zu den Gründen für den längeren Spitalaufenthalt zählen für Daniel Grob höhere Komplikationsrisiken, schlechter Ernährungszustand und der häufige Einsatz psychisch wirkender Medikamente.

Im Zuge dieser sozioökonomischen Veränderungen zeichnet sich bereits heute ab, dass sich die Pflegeheime strukturell verändern, insofern sie teilweise zu «Minispitälern» mit Stationen für die so genannte Übergangspflege werden. Hier sind neu Patienten pflegerisch zu versorgen, die früher noch im Spital weitergepflegt wurden, dort aber heute möglichst früh entlassen werden. Das hat zum einen finanzielle Folgen, insofern die Pflegekosten im Heim grösstenteils von den Betroffenen selbst zu bezahlen sind. Zum andern fehlt in den Pflegezentren normalerweise das hierfür benötigte Fachpersonal, so dass die Pflegequalität leidet. Dazu kommt, dass im Blick auf diese Veränderungen eine enorme Ungleichheit in unterschiedlichen Regionen der Schweiz zu bestehen scheint, und zwar in Abhängigkeit zur Verfügbarkeit freier Pflegeplätze.

2.4. Bedeutung der Palliative Care

Bei der Versorgung von Menschen am Lebensende ist eine Entwicklung ganz besonders hervorzuheben: die zunehmende Bedeutung der Palliative Care, der lindernden Medizin, der Pflege und Begleitung von Patienten mit unheilbaren, chronischen Erkrankungen oder im Sterben mitsamt deren Angehörigen. Der englische Begriff Palliative Care ist breit in seiner Bedeutung und lässt sich nur schwierig ins Deutsche übersetzen. Der ursprünglichere, in der englischen Hospizbewegung Ende der 1960-ziger Jahre entstandene Begriff hiess «hospice care» (Hospizpflege): dieser war allerdings bezogen auf die neu entstehenden Einrichtungen der Sterbehospize, also eigens für Sterbende eingerichtete Institutionen, und er liess sich darum nicht auf die Verwirklichung derselben Ideale im Rahmen der normalen Behandlung von Patienten zu Hause, in Spitälern oder Heimen verwenden. Die Bewegung, die vor gut 40 Jahren in England ihren Ursprung nahm, hat sich inzwischen weltweit zu einer grossen Bewegung formiert, in deren Folge eine Reihe neuer Einrichtungen entstehen und die in der Schweiz mit dem Oberbegriff «Palliative Care» bezeichnet werden. Eine eigentliche Hospizbewegung, wie sie beispielsweise in Deutschland existiert und in erster Linie aus freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besteht, hat sich in der Schweiz bis heute nicht etabliert.

Der Bundesrat hat in den Jahren 2010 bis 2015 unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) eine «Nationale Strategie Palliative Care» lanciert, die unter anderem Leitlinien verfasst hat. In diesen Leitlinien wird folgende Definition vorgegeben: «Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.» (Leitlinien 2010, S. 8)

Wesentliche Bestandteile von Palliative Care sind:

- das ehrenamtliche Engagement, das komplementär und in kritischer Distanz zur professionellen Arbeit verstanden wird (gegen Tendenzen zur Professionalisierung),
- die Interprofessionalität in den Behandlungsteams (gegen die Tendenz der Spezialisierung);

- die Förderung menschlicher Grund- und Werthaltungen bei den Professionellen des Gesundheitssystems, u.a. die Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens (gegen die Einstellung der Machbarkeit);
- zudem die Verbesserung der institutionellen Zusammenarbeit und Vernetzung bestehender Einrichtungen (gegen die Fragmentierung),
- und die Schaffung des Zugangs zu einer palliativen Versorgung für alle (gegen die Institutionalisierung und Spezialisierung).

Die in der Palliative Care vertretenen zentrale Werte und Ideale sind:

- die Selbstbestimmung des Patienten, insofern der einzelne Mensch mit seinen je eigenen Bedürfnissen im Zentrum stehen soll («Jedem sein eigenes Sterben ermöglichen» – Nina Streeck),
- eine effiziente Schmerz- und Symptomtherapie
- und eine rechtzeitig einsetzende, die kurativen Bemühungen begleitende lindernde Behandlung, deren Ziel nicht in der Heilung, sondern in der Befähigung der Patienten besteht, mit einer Einschränkung oder Krankheit und der Perspektive des nahenden Todes zu leben.

Darin enthalten ist die Infragestellung des Machbarkeitsideals in der Medizin. Gefordert wird positiv die Einsicht in die Grenzen der Machbarkeit und der Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens. Wichtig ist ausserdem die Beachtung aller Dimensionen des Menschseins (Ganzheitlichkeit), insofern neben den körperlichen Aspekten ebenfalls seelische, soziale und spirituelle Anteile wahrgenommen und berücksichtigt werden. Angestrebt wird überdies eine gute Lebensqualität bis zuletzt, auch wenn dies eine Lebensverkürzung mit sich bringen sollte, und die Begleitung eines Patienten in seinem familiären Umfeld bzw. unter Einbezug seiner Bezugspersonen; das heisst bei einem Todesfall auch, nicht nur den Patienten im Sterben zu begleiten, sondern darüber hinaus auch dessen Angehörige in ihrer Trauer. Um dies zu erreichen, wird eine möglichst intensive Vernetzung bestehender Dienste und Einrichtungen angestrebt.

Die Umsetzung dieser Ideale in den klinischen Alltag gelingt bisher lediglich in Ansätzen, es bestehen jedoch viele Initiativen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene, um die Grundanliegen zu verwirklichen. Aus kirchlicher Sicht hervorzuheben ist die Initiative der evangelisch-reformierten und römisch-katholischen Landeskirchen des Kantons Zürich, an der Universität Zürich eine neue Stiftungsprofessur für «Spiritual Care» zu schaffen und zu finanzieren (Prof. Simon Peng-Keller).

2.5. Gesetzliche Neuregelungen

Auch in politischen Diskussionen, bei Abstimmungen und gesetzlichen Regelungen ist die Lebensende-Thematik in den letzten Jahren zu einem wichtigen Themenfeld avanciert. Seit Beginn der 1990 er Jahre wird um eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe gerungen; obwohl bereits viele Einzelvorschläge gemacht und kantonale Abstimmungen durchgeführt wurden, wurde bislang keine gesetzliche Lösung für diesen sowohl ethisch als auch rechtlich umstrittenen Bereich gefunden. Im Zentrum staatlicher Regulierungsbemühungen stehen die beiden staatlichen Aufgaben zum Lebensschutz (von besonders vulnerablen Menschen) einerseits und zur Wahrung der individuellen Freiheit andererseits. In seiner letzten Stellungnahme hat der Bundesrat im Juni 2011 unter dem Titel «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» hervorgehoben, dass er die Anzahl der assistierten Suizide im Alter durch die Förderung der Palliative Care und durch die Früherkennung und Behandlung von Depressionen reduzieren möchte und insgesamt zu einer Stärkung des Selbstbestimmungsrechts beitragen wolle. Die Einführung einer neuen gesetzlichen Regelung der Suizidhilfe bringe dagegen keinen Mehrwert und sei daher abzulehnen. De facto ist es heute so, dass die Suizidhilfe in der Schweiz strafrechtlich nicht geahndet wird, insoweit der Handlung keine selbstsüchtigen Beweggründe auf Seiten der helfenden Person zugrunde liegen. Auf dieser Basis praktizieren einige Sterbehilfeorganisationen die Suizidhilfe in der Schweiz, was zusehends auch von Sterbewilligen aus dem Ausland genutzt wird.

Neben den Verfassungsgrundlagen und strafgesetzlichen Regelungen sind im paragesetzlichen Bereich, das Standesrecht und Stellungnahmen von Ethikkommissionen, insbesondere die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» (überarbeitet 2012) und diverse Stellungnahmen der Nationalen Ethikkommission (NEK) von Bedeutung. Der Europäische Menschenrechts-Gerichtshof in Strassburg hatte zudem 2013 in einem später aufgrund von Formfehlern annullierten Urteil den Schweizer Gesetzgeber aufgefordert, den Zugang zu den todbringenden Mitteln, die bei der Suizidhilfe gewöhnlich eingesetzt werden, gesetzlich klar zu regeln. Kritisiert wurde insbesondere, dass die bestehende Praxis auf den SAMW-Richtlinien beruht, die keiner gesetzlichen Regelung entsprechen und daher weder Rechtsgleichheit noch Rechtssicherheit gewährleisten könnten.

Weitreichende gesetzliche Veränderungen für Situationen und Entscheidungen am Lebensende wurden zudem durch das neue Erwachsenenschutzgesetz bewirkt, das ein Teil des Zivilgesetzbuchs und seit 2013 in Kraft ist. Hier werden erstmals auf

eidgenössischer Ebene die Institutionen der Patientenverfügung und des Vorsorgeauftrags gesetzlich geregelt. Mit der Patientenverfügung kann festgelegt werden, welchen medizinischen Massnahmen man im Fall einer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt; darüber hinaus kann bestimmt werden, welche Person im Fall einer Urteilsunfähigkeit mit dem Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll. Darüber hinaus wird in diesem Gesetz auch detailliert festgelegt, wer im Fall der Urteilsunfähigkeit eines Patienten und bei fehlender Patientenverfügung dazu berechtigt und auch aufgefordert ist, eine urteilsunfähige Person zu vertreten. Insgesamt bringen diese neuen gesetzlichen Regelungen eine markante Aufwertung der Patientenautonomie mit sich, welche auf der anderen Seite eine Relativierung der ärztlichen Entscheidungsbefugnis zur Folge hat. Auch wenn viele dieser neuen Regelungen noch nicht praxiserprobt sind, hat sich in der klinischen Praxis bereits gezeigt, dass es häufig nicht einfach ist, rechtzeitig mit den zuständigen Personen Kontakt aufzunehmen. Zwar gibt es eine eigene gesetzliche Regelung für dringliche Fälle, in denen ein Arzt nach dem mutmasslichen Willen und Interessen der urteilsunfähigen Person entscheiden soll, jedoch sind in der Praxis nicht selten Situationen zu lösen, in welchen zwar keine Notfallintervention notwendig ist, jedoch mit einer Massnahme auch nicht bis nach einem Wochenende gewartet werden kann, bis ein Beistand oder Angehörige wieder erreichbar sind.

3. DISKURSE ZUM LEBENSENDE

Bevor im nächsten Kapitel die beschriebenen Phänomene der Enttabuisierung des Sterbens und der vielfältigen Veränderungen bezüglich der Gestaltung der letzten Lebensphase aus Sicht der christlichen Sozialethik kommentiert werden, geht es in diesem Teil zunächst darum, die Veränderungen in ihren gesellschaftlichen Kontexten besser zu verstehen. Was geschieht momentan in unserer Gesellschaft im Hinblick auf das Sterben? Welche gesellschaftlichen Ideale bzw. Idealbilder entstehen? Wie wird darauf reagiert, wer reagiert und mit welchen Zielsetzungen? Was sind dabei die wichtigen Themen, die Beachtung finden? Offensichtlich ist die Idee der Suizidhilfe im (hohen) Alter nicht nur eine problematische Einzelerscheinung, sondern ist als Teil einer grösseren Entwicklung zu verstehen, welche die Vorstellungen vom Sterben in unserer Gesellschaft insgesamt betreffen. Wie lassen sich diese Entwicklungen näher bestimmen, beschreiben und deuten?

3.1. Sterben ist auch ein soziales Phänomen

Das Sterben ist zunächst etwas, was jeder Mensch in seinem näheren Umfeld und dann irgendwann auch einmal selbst erlebt. Sterben ist insofern eine individuelle und sehr persönliche Erfahrung. Einzelerfahrungen mit dem Sterben Nahestehender oder von Freunden können sehr positiv sein, sie können allerdings auch traumatisierend wirken. In beiden Fällen ist es nicht selten so, dass solche Erlebnisse Menschen dazu veranlassen, im näheren Umfeld, aber auch darüber hinaus, gesellschaftlich oder politisch tätig zu werden, sei es mit dem Ziel, möglichst vielen Menschen den Zugang zu ebenfalls guten Erfahrungen zu ermöglichen, sei es, um zu verhindern, dass andere Menschen schlechte oder sogar traumatisierende Erlebnisse durchstehen müssen. Spätestens dann, wenn jemand ein solches Engagement im Bereich der Hospizbewegung, der Palliative Care, der Vereinigung «Wachen und Begleiten» (WaBe) oder auch bei Sterbehilfeorganisationen aufnimmt, zeigt sich, dass das Sterben auch eine soziale oder gesellschaftliche Seite hat.

Das wird ebenfalls deutlich mit Blick auf die Medien, die das Sterben beispielsweise im Film, Internet, Fernsehen oder in Tageszeitungen auf vielfältigste Weise, dokumentarisch oder fiktiv, als Haupt- oder Nebenhandlung darstellen und vermitteln. Die medialen Sterbediskurse sind inzwischen so stark etabliert, dass international preisgekrönte Kinoproduktionen wie «Amour» («Liebe») des österreichischen Regisseurs und Drehbuchautors Michael Haneke aus dem Jahr 2012, der Oscar-Preisträger «Mar adentro» («Das Meer in mir») des spanischen Regisseurs Alejandro Amenábar aus dem Jahr 2004 oder der mit vier Oscars ausgezeichnete Clint Eastwood-Film «Million Dollar Baby», der 2004 in den USA entstanden ist, ethische Diskurse über das gute und schlechte Sterben darstellen, initiieren und prägen. Ähnliches gilt auch von international bekannten Fernsehserien wie «Grey's Anatomy», «Emergency Room» oder «Dr. House».

Das Sterben ist also nicht nur etwas, was individuell erlebt wird, sondern stellt primär eine soziale Erfahrung dar, die gesellschaftlich geprägt ist. Gegenwärtige Sterbediskurse hingegen stilisieren das Sterben oft als eine primär individuelle Erfahrung. «Sterben wird gemacht», formuliert es der Soziologe Werner Schneider, das Sterben ist ein auf vielfache Weise gesellschaftlich bedingtes Geschehen. Für das Erleben der letzten Lebensphase sind zum Beispiel

- persönliche Beziehungen, die Präsenz von Angehörigen, Freunden, Ärzten und Pflegenden,
- institutionelle Rahmenbedingungen wie das Wohnen, das Zurverfügungstehen von Einrichtungen wie Spitälern, Hospizen und Heimen,
- das soziale Milieu, Erwerbstätigkeit und Alter der Sterbenden und ihrer Angehörigen
- und nicht zuletzt auch verbreitete Vorstellungen oder Ideale von entscheidender Bedeutung.

In einem Vortrag an einem Kolloquium, das im August 2014 in Bern zum Thema «Das Lebensende und die totale soziale Institution. Interdisziplinäre sozialwissenschaftliche Perspektiven» von der Interdisziplinären Kommission für Medizinethnologie und Palliative CH durchgeführt wurde, hat Werner Schneider in seinem Einführungsreferat folgende drei Beobachtungen zum Sterben in der modernen Gesellschaft formuliert:

(1) Wir leben in einer Gesellschaft, in der wir heute auf vielfache Weise mit dem richtigen Umgang mit dem Sterben und Tod, Sterbenden und Toten vertraut gemacht werden sollen.
(2) Das eigene Sterben wird dabei zu einer Art Projekt, welches selbst (bestimmt) zu gestalten ist.
(3) Mit der Sorge- und Bekenntniskultur zum eigenen Sterben wird ein so genanntes gutes Sterben institutionalisiert, dessen Ungleichheitsbedingungen und -effekte wir noch kaum kennen.

Mit der ersten These hat er die vielen ethischen und moralischen Diskurse im Blick, die heute im Hinblick auf die letzte Lebensphase zu beobachten sind und unterschiedlichste Vorstellungen von richtig und falsch, gut und schlecht beinhalten. In der zweiten Beobachtung benennt er den zentralen Anspruch, der dabei erhoben wird, nämlich, dass sich Menschen heute selbst und selbstbestimmt um ihr Sterben kümmern sollten. Mit der dritten Aussage macht er darauf aufmerksam, dass wir uns über die Folgen dieser Ansprüche insbesondere für Menschen am Rand der Gesellschaft noch keine Gedanken gemacht haben. Diese soziologischen Bemerkungen sind unter anderem deshalb von Bedeutung für sozialethische Überlegungen, weil sie sozusagen den Vorgang der Moralisierung der Diskurse und deren Folgen und Nebenwirkungen beleuchten. Um ein Beispiel zu nennen, das aus ethischer Sicht zu denken gibt: Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht hat der Gesetzgeber gesellschaftlich erreicht, dass nicht mehr in erster Linie der Arzt und das Behandlungsteam, sondern neu die Angehörigen entscheiden, wenn ein Sterbender nicht mehr selbst urteilsfähig ist. Das ist einerseits ein grosser Fortschritt in Richtung Stärkung der Selbstbestimmung, kann aber andererseits auch dazu führen, dass Menschen mit einer schweren Entscheidung für ihre Nahestehenden völlig überfordert sind, beispielsweise, weil zwei Kinder das Gegenteil für ihren sterbenden Vater oder ihre sterbende Mutter wünschen, oder auch, dass Ärzte schwierige Entscheidungen auf Angehörige abschieben.

3.2. Sterbe-Ideale

Wie bereits erwähnt, bestehen verbreitete Ideale oder Werte, die heute mit einem guten oder gelungenen Sterben verbunden werden, in der Kontrolle, Planung und Sicherstellung des eigenen Sterbens. Damit ist gemeint, dass Menschen ihre letzte Lebensphase nicht verdrängen, sondern selbst vorbereiten und mögliche Vorkehrungen rechtzeitig treffen. Das zentrale Ideal, das darin zum Ausdruck kommt, ist die Autonomie oder Selbstbestimmung des Menschen, ein anderer Begriff dafür ist Freiheit. Dieses freie Bestimmen kann beispielsweise darin bestehen, dass Menschen eine Patientenverfügung formulieren und eine Person damit beauftragen, im Fall einer Urteilsunfähigkeit an ihrer Stelle zu entscheiden. Um diese Aufgaben sinnvoll zu lösen, sind Gespräche über das Sterben mit einem Hausarzt und insbesondere mit der Person oder den Personen, die einen Vorsorgeauftrag erhalten, unabdingbar.

Aufgrund der teilweise ernüchternden Erfahrungen, die im klinischen Alltag mit der Umsetzung von Wünschen gemacht wurden,[5] die Patienten in ihren Verfügungen festgehalten haben, ist das Konzept des «Advanced Care Planning», auf deutsch etwa als vorausschauende oder rechtzeitige Betreuungsplanung zu übersetzen, entstanden. Dabei geht es um einen freiwilligen Austausch zwischen Schwerkranken, Sterbenden, Betreuungsteam und unter Umständen auch Angehörigen oder Freunden des Patienten über Wünsche, Ängste, Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden dokumentiert, regelmässig überprüft und allen wichtigen Betreuungspersonen zugänglich gemacht. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass in den Verfügungen auch die für die Behandlung eines Patienten in seiner letzten Lebensphase relevanten Fragen beantwortet werden, so dass sich Ärzte, Pflegende und andere Mitglieder von Behandlungsteams daran orientieren können.

5 Im medizinischen Alltag liegen beispielsweise sich widersprechende Vorgaben vonseiten der Patientinnen und Patienten vor, so z. B. eine Zustimmung zu einer Operation, was den Anschluss an lebenserhaltende Geräte notwendig macht, und eine Verfügung, nicht an solche Maschinen angehängt zu werden. Im Einzelfall können solche Situationen für Ärzte und Angehörige zu sehr belastenden Entscheidungen führen. Ein weiteres Beispiel ist die Situation bei einem schwerverletzten und bewusstlosen Unfallopfer, dessen vermeintlicher Wille in der Eile, vielleicht weil Wochenende ist und Angehörige nicht zu kontaktieren sind, nicht bestimmt werden kann.

Ein weiteres Ideal, das heute gesellschaftlich stark verankert ist, besteht in der Erhaltung der grösstmöglichen Lebensqualität bis zuletzt, wobei namentlich der Schmerz- und Symptomfreiheit und der Selbstständigkeit im Sinne einer möglichst grossen Unabhängigkeit von Pflege sowie Hilfestellung durch andere ein wichtiger Stellenwert beigemessen wird. Lebensqualität hat sowohl objektive, die einzelne Person und ihre Vorlieben übergreifende Seiten, daneben aber auch individuell sehr unterschiedlich gewichtete Aspekte. Darum macht die Konkretisierung dieses Ideals ebenfalls wieder das Eingehen auf

die einzelne Person notwendig. Ähnliches gilt auch für die Schmerzempfindung und -bekämpfung: Schmerzen und die Einschränkung durch bestimmte Symptome werden individuell sehr unterschiedlich erlebt und bedürfen einer Abklärung bei jedem einzelnen Sterbenden.

Als Reaktion auf die Fragmentierung («Zersplitterung»), Arbeitsteilung und Spezialisierung, welche die Versorgung von Patienten am Lebensende heute prägen, ist zudem das Ideal einer ganzheitlichen Begleitung und Betreuung wichtig geworden. Während in einem Spital heute die körperlichen Aspekte im Vordergrund stehen, sollen daneben auch psychosoziale sowie spirituelle Anliegen von Sterbenden berücksichtigt werden. Die Gründerin der Hospiz-Bewegung, die englische Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders, hat in diesem Zusammenhang den Begriff der «total care», der umfassenden Sorge für Sterbende, geprägt. Während zunächst eigene Institutionen (Sterbehospize) gegründet wurden, in welchen dieses Ideal verwirklicht werden sollte, steht heute die Idee im Vordergrund, dieses Anliegen in alle bestehenden Institutionen hineinzubringen. In diesem Sinne entstehen beispielsweise an Spitälern Palliativstationen oder werden mobile Palliative Care-Teams geschaffen, welche das Sterben Zuhause ermöglichen sollen. Wichtig ist, dass die genannten Ideale inzwischen in weiten Teilen der Gesellschaft verankert sind und Vorstellungen darüber, wie diese Visionen konkret verwirklicht werden sollten, stark divergieren können. Eine Frage, bei der nach wie vor die Meinungen auseinander gehen, ist diejenige der Beurteilung eines Suizids als möglichem «Lösungsweg». Dabei ist auffällig, dass die genannten Ideale sowohl in den Palliative Care-Einrichtungen als auch im Selbstverständnis der Sterbehilfeorganisationen eine zentrale Rolle spielen.

Aus ethischer Sicht ist die Frage wichtig, die auch in den Beobachtungen von Werner Schneider bereits angeklungen ist: Was können angesichts der Betonung der Selbstbestimmung diejenigen Menschen tun, welche aufgrund ihrer Befindlichkeit die genannten Ideale nicht verwirklichen können, beispielsweise, weil sie, wie Neugeborene und Kleinkinder, noch nicht urteilsfähig sind oder, wie bei Patienten mit einer geistigen Behinderungen oder bei Menschen mit dementiellen Störungen, nicht oder nicht mehr in der Lage sind, selbst über ihr Sterben zu bestimmen? Diese Frage ist heute weitgehend unbeantwortet.

3.3. Initiativen und Strategien

Die beschriebenen Veränderungen und die damit neu entstandenen Ideale haben zu einer Reihe gesellschaftspolitischer Initiativen auf eidgenössischer, kantonaler und gemeindlicher Ebene geführt. Auch Projekte der Caritas und kirchliche Initiativen sind entstanden, Institutionen wie Sterbehospize, mobile Palliative Care-Teams oder Palliativstationen wurden geschaffen, daneben erleben auch die Sterbehilfeorganisationen gegenwärtig einen grossen Zulauf. Eine von «Exit Deutsche Schweiz» lancierte Mitgliederbefragung zur Einschätzung der Suizidhilfe bei Menschen in hohem Alter ist auf grosses öffentliches Interesse gestossen. Einzelne Initiativen fallen besonders auf und sollen hier stellvertretend für eine Vielzahl anderer erwähnt werden.

Im Bereich der nationalen Gesundheitspolitik ist die im Jahr 2010 initiierte «Nationale Strategie Palliative Care» zu erwähnen. Der Bundesrat schreibt in der Einleitung zum Strategiepapier 2013–2015: «Palliative Care ist ein innovatives Versorgungsmodell, das die Herausforderungen der Gesundheitspolitik – unsere immer älter werdende Gesellschaft sowie das Bedürfnis vieler Menschen nach Selbstbestimmung oder die Notwendigkeit einer integrierten Versorgung – aufnimmt und umsetzt. (...) Im Zentrum von Palliative Care steht der Mensch in seiner individuellen Lebenswelt. Wenn die Behandlung einer schwerkranken Person nicht mehr auf die ‚vollständige Heilung' ausgerichtet werden kann, muss es vor allem darum gehen, die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen eine qualitativ hochstehende Betreuung, Begleitung und Behandlung, so wie Palliative Care sie bietet. Dafür braucht es keine neuen Stellen oder Bildungsgänge. Vielmehr geht es darum, Palliative Care in den bestehenden Strukturen besser zu verankern.» Teilprojekte dieser Strategie betreffen die Schaffung von Versorgungsstrukturen, die Sensibilisierung für die Anliegen von Palliative Care, die Finanzierung, die Bildung, Forschung und übergreifende Fragen, beispielsweise die Erarbeitung der oben zitierten Nationalen Leitlinien. Umgesetzt wurden und werden diese Aufgaben in erster Linie auf der für die Gesundheitspolitik zuständigen kantonalen Ebene, wobei die Unterschiede im Grad der Umsetzung der Strategieziele zwischen den einzelnen Kantonen stark differieren.

Zu erwähnen ist überdies das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende», das im Auftrag des Bundesrats als NFP 67 vom Schweizerischen Nationalfonds während fünf Jahren durchgeführt wird und aus 33 Einzelprojekten besteht, die sich aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven mit Aspekten des Lebensendes befassen (unter diesen auch ein theologisches und einige ethische Forschungsprojekte). Erste Ergebnisse wurden im Herbst 2015 vorgestellt, abgeschlossen wird das Programm 2017. Erwartet werden unter anderem politisch relevante Impulse zur Verbesserung der Situation von Menschen am Lebensende (vgl. www.nfp67.ch).

Ein weiteres wichtiges Thema, das inzwischen ebenfalls im Rahmen einer Nationalen Strategie angegangen wurde, ist die Demenz, also der fortschreitende Verlust kognitiver Fähigkeiten bei Menschen im hohen Alter. In der Schweiz leben heute rund 110'000 Menschen mit einer Demenzerkrankung, welche aufgrund dieser Erkrankung einschneidende Veränderungen in ihrer Lebensgestaltung und ihren sozialen Beziehungen erleben. Im Krankheitsverlauf wird die selbständige Lebensführung zunehmend eingeschränkt und die Betreuungsbedürftigkeit nimmt zu. Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 hat zum Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, Belastungen zu verringern und die Qualität der Versorgung zu garantieren.

Mittlerweile gibt es eine kaum zu überblickende Vielfalt an Vorlagen für Patientenverfügungen in der Schweiz, darunter auch ein Angebot von Caritas Schweiz. Eine «Christliche Patientenverfügung», wie sie in Deutschland von den christlichen Kirchen angeboten wird, gibt es in der Schweiz nicht. Auffällig ist, dass unter den Anbietern eine Reihe von weltanschaulich gebundenen Organisationen sind, beispielsweise die Anthroposophen. Nach welchen Kriterien eine Auswahl aus den vielfältigen Vorlagen getroffen werden kann, bleibt ziemlich unklar, da eine Urteilsbildung eine Beschäftigung mit der übergeordneten Frage nach den wichtigen und zu regelnden Fragen voraussetzen würde, womit aber die meisten Interessierten überfordert sein dürften.

In der Arbeit von und mit Freiwilligen in der Begleitung von Menschen am Lebensende ist die Caritas Schweiz seit vielen Jahren engagiert. Aufbauend auf langjähriger Erfahrung in der Ausbildung freiwilliger Helferinnen und Helfer für die Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase hat Caritas Schweiz 2010 «Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care» geschaffen. Darin werden Qualitätskriterien formuliert, die sich am Grundverständnis der Palliative Care orientieren und den Wert der Freiwilligenarbeit in diesem Kontext aufzeigen sollen. Ziele der Begleitung bestehen im Zuhören und Dasein, um Wünsche und Bedürfnisse Sterbender wahrzunehmen. Wesentlich ist, dass Schwerkranke und Sterbende nicht alleine gelassen werden, falls sie dies nicht wünschen. Bezweckt wird, durch die Begleitung und das Dasein Lebensqualität und Würde der Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu sichern.

Die von der Caritas angebotenen Ausbildungskurse, die auf den erwähnten Standards beruhen, haben massgeblich dazu beigetragen, dass in vielen Gemeinden so genannte WaBe-Vereinigungen entstanden sind (das Akronym «WaBe» steht für Wachen und Begleiten), deren Hauptanliegen darin besteht, schwer kranke und sterbende Menschen in einer für sie schweren und belastenden Zeit zu begleiten. Ein Begleitdienst erfolgt nur auf Anfrage eines Sterbenden, dessen Angehörigen oder einer dem Betroffenen nahestehenden Person. Dieser kostenlose Freiwilligen-Dienst soll Angehörige entlasten und dafür sorgen, dass Sterbende nicht alleine sind. Aus gesellschaftlicher Sicht besteht eine wesentliche Folge dieses Engagements darin, dass die freiwillig Tätigen dabei konkrete Erfahrungen mit dem Sterben machen und dieses Wissen direkt oder indirekt auch in ihre unterschiedlichen Lebenswelten hinein vermitteln. Dadurch wird der Tendenz der Spezialisierung und Entfremdung von Sterben und Tod etwas entgegengesetzt, was in seiner alltäglichen Wirkung kaum zu überschätzen ist.

Die Aktivitäten der Sterbehilfeorganisationen sind in einem vergleichbaren Kontext zu verstehen. Sie reagieren auf die beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen und betonen die Ideale, die heute wertgeschätzt werden, allen voran die Selbstbestimmung, Freiheit und Lebensqualität. Mit der im letzten Jahr intensiv geführten Diskussion über die Suizidhilfe aus Lebensmüdigkeit im Alter, den «Lebensbilanzsuizid», wie Dorothee Vögeli es nannte (NZZ vom 17.5.2014), hat eine markante Erweiterung des üblichen Diskurses der Organisationen stattgefunden. Zwar steht auch hier die Selbstbestimmung – insbesondere von Menschen in sehr hohem Alter – im Zentrum. Gleichzeitig wurde ein neuartiger Würdediskurs eröffnet, der darin besteht, dass Äusserungen über den Lebenswert eines Lebens im hohen Alter wichtig werden. Diese Thematik war zwar schon vorher präsent, hat nun aber aufgrund der Relativierung der Leidens- oder Sterbesituation eine neue Gewichtung und Ausweitung erfahren. Als Standardbeispiel für eine plausible Situation, die eine Suizidhilfe begründen würde, wird häufig eine Einweisung in ein Pflegeheim genannt und damit auf eine Situation der Pflegebedürftigkeit angespielt. An der Generalversammlung von Exit Deutsche Schweiz im Mai 2014 wurde eine Statutenänderung mit grossem Mehr angenommen, welche das Engagement der Organisation für das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht auch von Hochbetagten festgeschrieben hat. Unter dem «Altersfreitod» versteht die Organisation gemäss einer Meldung vom 24.5.2014 auf ihrer Website «das Recht auf freiverantwortliches Sterben eines sehr alten Sterbewilligen mit erleichtertem Zugang zum Sterbemedikament im Vergleich zu einem jüngeren Sterbewilligen. Das würde bedeuten, dass ein Hochbetagter weniger medizinische Abklärungen über sich ergehen lassen muss und weniger gravierende Leiden nachzuweisen hat, als dies ein noch jüngerer Patient muss, um das Sterbemittel ärztlich verschrieben zu erhalten.» Exit geht davon aus, dass zur Realisierung dieses Ziels eine Gesetzesänderung notwendig sei, präzisiert jedoch nicht, worin diese genau bestehen könnte.

Im Sinne der Idee des Alterssuizids betont schliesslich Hans Küng im dritten Band seiner Autobiographie (Hans Küng, Erlebte Menschlichkeit, München 2013, 643–646), es gäbe keine Pflicht, unerträgliches Leiden schicksalhaft hinzunehmen. Das Leiden selbst bewertet er zwar weder positiv noch negativ, entscheidend sei vielmehr die menschliche Freiheit, unzumutbare Zustände abzulehnen und unter Umständen dem Leben von eigener Hand ein Ende zu setzen. Er zögert zwar, konkret zu benennen, worin für ihn ein solches unerträgliches Leiden bestünde, macht jedoch Anspielungen auf den Verlust bestimmter körperlicher Funktionen wie dem Hören oder Fähigkeiten wie Lesen oder Schreiben, und nennt darüber hinaus die eigene Parkinsonerkrankung bzw. im Kontext seiner Kommentare zur letzten Lebensphase seines Freundes Walter Jens die Demenz als Beispiele für nicht akzeptable gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Diese Äusserungen[6] zeigen, dass evaluative oder wertende Überlegungen zu Lebenszuständen in den Lebensende-Debatten stets die Kehrseite zur Autonomiethematik bilden. Wenn es darum geht, die Vernünftigkeit eines Bilanzsuizids im Alter aufzuzeigen, sind stets Freiheits- und Lebensqualitätsüberlegungen beteiligt. Dasselbe Phänomen widerspiegelt sich in den Beihilfe-Debatten darin, dass die helfende Person, oftmals ein Arzt, zum einen die autonome Entscheidung der sterbewilligen Person anerkennen soll (bzw. im Zweifelsfall die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person überprüft), zum andern sich aber zur Wahrung der eigenen Autonomie und der Rationalität des eigenen Handelns stets auf empathische (einfühlsame Weise) auch eine Meinung über den Schweregrad oder die Unerträglichkeit einer Leidenssituation des Sterbewilligen bilden muss, um dann aus Mitleid zu handeln. Ohne Bezugnahme auf eine bestimmte Form des Leidens, alleine aufgrund einer autonomen Entscheidung, wäre der Entschluss zur Lebensbeendigung in einem mehr oder weniger gesunden Allgemeinzustand schlicht nicht nachvollziehbar.

6 Vergleichbare Überlegungen hat Seneca in seinen Briefen an seinen Freund Lucilius bereits zur Zeit Jesu aufgeschrieben.

3.4. Eine neue Sterbekultur

Eine massgeblich aus der Palliative Care- und Hospizbewegung, daneben auch aus pastoraltheologischen und historischen Kreisen stammende Idee besteht in der Forderung nach der Schaffung einer neuen Sterbekultur, welche in Anknüpfung an die alte ars moriendi-Tradition, der spätmittelalterlichen Vorstellung von einem angemessenen oder guten Sterben, geschehen solle. Gegenwärtig erscheint beispielweise eine Buchreihe im Stuttgarter Franz Steiner Verlag unter dem Titel «Ars moriendi nova», die zum Ziel hat, Menschen auf ihr Lebensende in quasi pädagogischer Absicht vorzubereiten, allerdings ohne dabei weltanschauliche Aspekte einzubeziehen, also gleichsam auf weltanschauungsneutrale Weise Sterben und Sterblichkeit zum Thema zu machen. Die Herausgeber von Band 2, der unter dem Titel «Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova» in Stuttgart 2012 erschienen ist, schreiben zum weltanschaulich neutralen Charakter ihrer Ars moriendi nova: «Unser Vorschlag zu einer Neuorientierung der Debatte jenseits der Grabenkämpfe zwischen Sterbehilfe-Befürwortern und -Gegnern orientiert sich zwar nicht inhaltlich, aber methodisch am Prinzip der überlieferten Ars moriendi, die als Gebrauchsliteratur an der Schwelle zur Neuzeit schichtübergreifend einen hohen Verbreitungsgrad hatte. Wir möchten daher mentale, visuelle, pädagogische und pragmatische Möglichkeiten der Vorbereitung möglichst vieler Menschen auf das Sterben und auch einen differenzierten Umgang mit der eigenen Leiche thematisiert wissen. Es soll dabei von einer weltanschaulich neutralen Basis ausgegangen werden, die notwendige, aber nicht hinreichende Argumente für eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod legt, weshalb zusätzliche Elemente – etwa (moral-) philosophische Normen oder religiöse Werte – individuell darauf aufgebaut werden können. Sinngebung oder Sinnlosigkeit von Sterben, Tod und Jenseitsglaube werden deshalb hier nicht primär erwogen, auch wenn derartige Deutungen bei diesen Themen implizit immer mitschwingen und natürlich auch Konsequenzen für die Sterbepraxis haben können.» (Daniel Schäfer/Christof Müller-Busch/Andrea Frewer, Ars moriendi nova. Überlegungen zu einer neuen Sterbekultur, in: Dies., Hrsg., Perspektiven zum Sterben, Stuttgart 2012, 18–19, Hervorhebung eingefügt).

Es fragt sich, ob es hilfreich ist, an einer stark von Jenseitsängsten geprägten Sterbetradition quasi nur formal anzuknüpfen, ohne die entscheidenden Aspekte der Tradition mit neuen Inhalten zu füllen. In der mittelalterlichen Vorstellung von einem guten Sterben war der Verlauf der letzten Lebensstunden wesentlich für das Ergehen im Jenseits. So mussten die letzten Stunden möglichst bei Bewusstsein erlebt werden, so dass die Möglichkeit bestand, die Sakramente (das Viaticum oder die Wegzehrung, gemeint ist der Empfang der Eucharistie, darüber hinaus das Beichtsakrament und die letzte Ölung, heute Krankensalbung genannt) zu empfangen. Die Anwesenheit eines Priesters war dadurch unabdingbar, ein Arzt oder eine Pflegerin hätten die Authentizität der letzten Augenblicke hingegen nur gestört. Die Seele wurde gleichsam als «Schlachtfeld» der Mächte des Guten (Deus medicus und Christus medicus, Gott und Christus als Arzt, einiger Heiliger, die aufgrund ihrer Sterbe-Erfahrung bzw. ihres Martyriums als Sterbehelfer galten, dazu der heilige Antonius, der als Wüstenvater über spezielle Erfahrungen mit Anfechtungen verfügte, schliesslich der Priester)

und der Mächte des Bösen verstanden (Satan und die Sünde, verleiblicht in Form verschiedener Versuchungen und Laster, zum Beispiel der fünf Anfechtungen: vom rechten Glauben abzufallen, zur Verzweiflung, zur Ungeduld, zur Überheblichkeit und zu falscher Sorge). Das Ziel bestand darin, in der Sterbestunde, der Stunde der Entscheidung über das Schicksal der Seele des Sterbenden im Jenseits, die Mächte des Guten präsent zu machen und ihnen möglichst viel Raum zu verschaffen, damit der Sterbende den Anfechtungen des Bösen widerstehen konnte.

Auch wenn es mit Blick auf heutige Sterbeerfahrungen einige Anknüpfungspunkte geben mag (namentlich die Konfrontation mit der Angst vor einer Art Gericht und der Belastung durch Schuldgefühle, die sich durch den Rückblick auf das eigene Leben ergeben kann), ist der Kontext der damaligen ars moriendi-Kultur heute nicht mehr gegeben. Diese Diagnose dürfte sowohl für christliche als erst recht auch für nicht-christliche Kontexte zutreffen. Auch in christlicher Deutung ist die Konzentration auf das Ergehen während der letzten Lebensstunden einer Sichtweise gewichen, die sich auf den gesamten Lebenslauf richtet. Darum wird heute auch in Beiträgen, die sich aus christlicher Sicht mit einer neuen ars moriendi befassen, die Bedeutung der Lebenskunst, einer ars vivendi, ins Zentrum gerückt. In der letzten Lebensphase ergeben sich keine spezifisch neuen Aufgaben, die ein Christ während seiner letzten Lebensstunden zu erbringen hätte, um sein Heil im Jenseits zu sichern, schreibt zum Beispiel Hans Halter, sondern dasselbe, was auch sonst im Leben als Christ wichtig ist, zusammengefasst gesagt, ein Leben in Glaube, Hoffnung und Liebe zu führen. Diese Perspektive lenkt den Blick vom unmittelbaren Sterbegeschehen weg und leitet die Aufmerksamkeit auf das jeden Tag gelebte Ethos oder Leben. Die wahre Sterbekunst ist in diesem Sinne gleichzusetzen mit der Kunst, ein gutes oder erfülltes Leben zu führen.

4. DIE HERAUSFORDERUNG(-EN) DES STERBENS ANNEHMEN

Durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Sterbekontexte werden Unsicherheiten erzeugt und neuartige ethische Fragen aufgeworfen, die des weiteren Nachdenkens bedürfen. In der Ethik geht es nicht nur darum, Normen (Verbote, Gebote und Erlaubnisse) aufzustellen und diese möglichst gut zu begründen, sondern auch, angesichts neuer Möglichkeiten, Unsicherheiten und Risiken, Orientierung zu schaffen und konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

In dem gemeinsamen Hirtenschreiben der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel, das 2006 unter dem Titel «Die Herausforderung des Sterbens annehmen» erschienen ist, wurde eine solche Orientierung formuliert. Die drei Bischöfe nehmen hier erstens Bezug auf Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten, die sich mit Blick auf die letzte Lebensphase heute ergeben, sie diskutieren zweitens zentrale ethisch relevante Fragen und nehmen dabei drittens immer wieder Bezug auf Aspekte des Menschenbilds und Vorstellungen von einem gelungenen Leben und Sterben. Diese drei Aspekte oder Diskussionsebenen, die im alltäglichen Leben und Entscheiden stets eng miteinander verflochten sind und einander gegenseitig bedingen, werden im Folgenden näher dargelegt. Abgeschlossen wird das vierte Kapitel mit einigen Überlegungen zu einer «neuen Lebenskultur».

Um diese theoretischen Überlegungen verständlicher zu machen, soll zunächst an einem Beispiel aufgezeigt werden, was mit dieser Verflochtenheit der unterschiedlichen Aspekte im realen Leben gemeint ist. Wenn wir beispielsweise – ohne lange zu überlegen – davon ausgehen, dass Menschen Beziehungswesen sind, die auf vielfache Weise aufeinander angewiesen sind und wenn wir darüber hinaus voraussetzen, dass das Leben unvollkommen, theologisch formuliert erlösungsbedürftig ist, dass Krankheit, Gebrechlichkeit und Einschränkungen zum Menschsein dazugehören; gesetzt der Fall, diese beiden Bedingungen stehen ausser Frage, dann erscheinen einige Kernargumente, die immer wieder zugunsten der Suizidhilfe im hohen Alter vorgebracht werden, in einem umfassenderen Licht. Autonomie kann dann immer nur im Kontext sozialer Beziehungen, also als Beziehungsautonomie und die Angewiesenheit auf andere als Normalität aufgefasst werden. Daraus folgt allerdings nicht – und hier sollten keine Kurzschlüsse vorgenommen werden –, dass die Suizidhilfe allein deshalb falsch sei. Um diese Falschheit aufzuzeigen, bedarf es guter Argumente und nicht nur des Hinweises, dass sich aus einer bestimmten Perspektive heraus betrachtet gewisse Fragen überhaupt nicht stellen. Aber es wird doch immerhin klar, dass sich bei einem bestimmten Vorverständnis von dem, was Menschen sind, die Frage nach der Suizidhilfe normalerweise erst gar nicht stellt, die Idee überhaupt nicht aufkommt und darum auch nicht diskutiert werden muss. Der Philosoph Robert Spaemann schreibt in diesem Zusammenhang von der «normativen Natur» des Menschen, wobei «Natur» so viel meint wie «Wesen» des Menschen und «normativ», dass bereits mit diesem Wesen gewisse ethische Orientierungen gegeben seien. Dieses naturrechtliche Denken hat auch die katholische Moraltheologie und Sozialethik über Jahrhunderte und bis heute geprägt. Alle diese Überlegungen sagen allerdings nicht, dass es nicht Extremsituationen geben kann, in welchen ein Mensch derart unerträglich leidet, dass er in seiner Ausweglosigkeit nur noch im Suizid einen Ausweg sieht. Entsprechend haben auch die drei Bischöfe in

ihrem Hirtenbrief von 2006 geschrieben: «Es mag schwerste Krankheitsverläufe und Leidenszustände geben, angesichts derer ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Wege stehen soll.» (S. 15)

In den gegenwärtigen Diskursen in der Schweiz wird jedoch gerade nicht diese Extremsituation zugrunde gelegt, sie wird – im Gegenteil – relativiert: bei Hochaltrigkeit, drohender Pflegebedürftigkeit und zunehmender Demenz soll Suizidhilfe im (hohen) Alter möglich sein, so dass sie gleichsam als eine Normalität erscheint oder zumindest als eine solche verharmlosend dargestellt und damit banalisiert wird. Im Folgenden wird dagegen die Meinung vertreten, dass der Suizid eines Menschen niemals «normal» sein kann und auch nicht «normalisiert» werden sollte. Auch beim Suizid geschieht die Tötung eines Menschen, die auch dann, wenn sie in Form einer Selbsttötung geschieht, wenn überhaupt, dann ausserordentlich starker Gründe bedarf, um als alternativlos akzeptiert werden zu können. Der Hinweis beispielsweise darauf, sich lieber das Leben zu nehmen, als sich in ein Pflegeheim zu begeben, kann als plausible Begründung einer Tötungshandlung nicht überzeugen. Falls die Situation in Pflegeheimen derart schlimm sein sollte, dass Menschen sich vor einem Leben im Heim fürchten müssen und diesem eine Selbsttötung vorziehen, dann ist die notwendige Schlussfolgerung, dass die Pflegeheime verändert und verbessert werden müssen. Sie besteht jedoch nicht darin, dass eine Selbsttötung in Betracht gezogen werden sollte. Die Pflege älterer Menschen kostet unsere Gesellschaft immer mehr Geld. Aber auch solche Kostenüberlegungen dürfen niemals ein legitimer Grund sein, um eine Selbsttötung in Erwägung zu ziehen. Im Kontext demografischer Veränderungen und der Kostenentwicklung im Gesundheits- und Pflegebereich kann sich damit durch die Hintertüre die Erwartung einschleichen, dass hochaltrige Menschen die Selbsttötung ins Auge fassen sollten. Damit wird die Ernsthaftigkeit des Todes endgültig banalisiert und menschliches Leben einem finanziellen Kalkül unterstellt.

4.1. Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten

Die drei Bischöfe betonen zu Beginn ihres Schreibens, dass Menschen sich gewöhnlich vor dem Sterben ängstigen, Gläubige wie Ungläubige. Am meisten würden sie sich davor fürchten, eine lange Leidenszeit erdulden zu müssen, besondere Ängste würden zudem die Möglichkeiten der modernen (Intensiv-)Medizin hervorrufen. Die moderne Hochleistungsmedizin werde oft einseitig als Bedrohung wahrgenommen (S. 5). Damit spielen sie auf die Möglichkeiten an, die das Sterben heute zu einem Risiko machen und vor dem Menschen zu Recht Angst haben. Das wurde in der Einleitung bereits angedeutet.

Auf diese Ängste gehen beispielsweise die Initiativen zugunsten der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und auch der Möglichkeit, eine Vertretungsperson zu bestimmen, zurück. Die Befürchtung vor einer Fremdbestimmung durch die Technik ist auch ein massgeblicher Grund für die starke Betonung der Autonomie. Da kein Mensch weiss, wann für ihn die Situation kommen wird, sind diese Bedenken auch Grund dafür, dass Menschen ihr Sterben bereits sehr früh planen und die Angst verständlich wird, eine bestimmte Anweisung könnte eventuell zu spät kommen. Der Versuch, sich über einen tätowierten Hinweis auf der Brust vor einer nicht gewünschten Reanimation zu schützen (meist in Form eines «DNAR», was als englischsprachiges Akronym dafür steht, dass Reanimationsversuche unterlassen werden sollen[7]), zeigt den Grad der Angst und vielleicht sogar der Panik, den Menschen angesichts der Möglichkeiten der modernen Notfall- und Intensivmedizin empfinden.

Ängste sind auch der Grund dafür, dass Menschen ihren Arzt häufig zu einem Zeitpunkt um Suizidhilfe bitten, der lange vor der eigentlichen Sterbephase liegt, bevor Schmerzen unerträglich werden, bevor eine Pflegebedürftigkeit eintritt oder ein Selbst- oder Identitätsverlust aufgrund einer entstellenden oder entfremdenden Krankheit droht. Wenn das geschieht und dann tatsächlich eine Suizidhilfe durchgeführt wird, können Massnahmen der Palliative Care keine relevante Alternative darstellen, da sie erst später einsetzen und wirken würden. Dieser Zusammenhang wird auch durch die oben genannten Risikofaktoren bestätigt, die zu einem Suizid im Alter beitragen, nämlich Depressionen, schwere körperliche Krankheiten, Hoffnungslosigkeit, eine subjektiv als schlecht empfundene Gesundheit, das Fehlen von Vertrauenspersonen und sozialer Unterstützung und schliesslich die Verwitwung. Diese Faktoren können in Ängsten, Isolation und dem Empfinden einer Sinn- und Ausweglosigkeit resultieren bzw. diese Gefühle und Erfahrungen noch verstärken. Die oben genannten Motive von Sterbewilligen, die einen Arzt um Suizidhilfe bitten, bestätigen ebenfalls die Beobachtung, insbesondere dann, wenn Sterbewillige einen Wunsch nach Kontrolle ihres Sterbens und Angst vor dem Verlust ihrer Würde ausdrücken.

7 Do Not Attempt Resuscitation – bis 2005 war bei der American Heart Association auch DNR – Do Not Resuscitate in Verwendung. Alternativ ist auch AND – Allow Natural Death – gebräuchlich.

Dieser Blick zeigt, wo gegenwärtig wesentliche Probleme auszumachen sind und an welchen Stellen pragmatisch nach Lösungen zu suchen ist. Ein erstes grosses Problemfeld besteht heute im fehlenden Vertrauen in die medizinische Behandlung am Lebensende. Diese artikuliert sich beispielsweise in der Angst, die Kontrolle über das Geschehen zu verlieren und dann der Apparatemedizin ausgeliefert zu sein. Ein zweites Problemfeld besteht offensichtlich in der Vereinsamung, in damit zusammenhängenden Depressionen sowie dem Erleben der Sinnlosigkeit des eigenen Lebens.

Dem ersten Problemfeld ist nur beizukommen, wenn das Vertrauen in die Medizin, in deren Behandlungsmöglichkeiten und insbesondere in ihre Vertreterinnen und Vertreter gestärkt werden kann. Zugunsten der Stärkung des Vertrauens sprechen mindestens zwei gute Gründe: Erstens ist ein Handeln aus Angst in der Regel keine geeignete Basis für gute Entscheidungen, zweitens ist ein medizinisches Versorgungssystem, vor dem Menschen Angst haben (müssen), ein System, in dem einige Dinge offensichtlich falsch gemacht werden und allein darum bereits korrigiert werden müssten. Hier besteht Handlungsbedarf sowohl auf persönlicher wie auch auf institutioneller Ebene. Palliative Care gibt hierzu zahlreiche konkrete Vorschläge. Insofern kann Palliative Care in vielen Fällen zwar nicht unmittelbar eine Alternative zur Suizidhilfe bieten, indirekt jedoch sehr wohl, nämlich indem die Versorgung am Lebensende so umgestaltet wird, dass Menschen als Menschen in ihrem familiär-privaten Kontext wahrgenommen und behandelt werden sowie von den Akteuren die Endlichkeit des Lebens als ein menschliches Grunddatum anerkannt wird.

Dem zweiten Problem, der Erfahrung von Einsamkeit und Sinnlosigkeit, ist hingegen nicht unmittelbar «medizinisch» beizukommen, allenfalls dort, wo bei Menschen im hohen Alter Depressionen unbehandelt bleiben, weil fälschlicher Weise davon ausgegangen wird, es sei normal, dass Menschen im hohen Alter traurig und niedergeschlagen sind. Davon einmal abgesehen sind hier Massnahmen und Ideen gefragt, welche das Zusammenleben von Menschen im hohen Alter grundsätzlich betreffen. Der Vereinsamung, Langeweile, Hilflosigkeit und Sinnlosigkeit im hohen Alter sind Massnahmen entgegenzusetzen, wie sie beispielsweise in der so genannten «Eden Alternative» geschaffen wurden, die auch der US-amerikanische Chirurg Atul Gawande in seinem beeindruckenden Buch «Being Mortal» über die Endlichkeit menschlichen Lebens beschreibt. Auf ihrer deutschsprachigen Website gibt das «Eden Institut» folgende Beschreibung seiner Ziele: «Unser Anliegen ist es, die Weisheit und reiche Lebenserfahrung der Älteren für die Gesellschaft nutzbar zu machen. Wir sind das erste und einzige Institut weltweit, das sich integriert mit Pflegebedürftigkeit auseinandersetzt: dies beginnt bei der Vorbeugung, beim Miteinbezug der alten Menschen, ihren Angehörigen, geht über zur Aufwertung der pflegenden Berufe, zu Bau und Architektur, zu Ausbildung, Schulung, Beratung und Forschung. Pflegebedürftigkeit ist oft ‚sozial konstruiert' durch den Ausschluss der Betroffenen aus der Gesellschaft. Mit allen Beteiligten zusammen leistet das Institut einen Beitrag zur positiven Veränderung.» (www.eden-institut.com)

Ein anderes Beispiel bietet ein Literaturclub in Zürich, den Dorothee Vögeli in einem NZZ-Beitrag unter dem Titel «Der Zauber der Liebe. Eine Gruppe von Hochbetagten in einem Zürcher Altersheim befasst sich vierzehntäglich mit Lyrik» beschreibt. Entscheidend ist nicht, dass die vorwiegend über 90 Jahre alten Frauen, die sich regelmässig zum Gespräch über Literatur treffen, sich eine intellektuelle Beschäftigung ausgesucht haben; entscheidend an diesem Beispiel ist vielmehr, dass Menschen – unabhängig von ihrem Alter – gewisse Grundbedürfnisse und Interessen haben und diesen auch nachgehen möchten, unter anderem: Sich mit Gleichgesinnten zu treffen, etwas gemeinsam zu unternehmen, einander auf neue Ideen zu bringen und über wichtige Fragen zu diskutieren. So wird die 94-jährige Ruth Künzler, die körperlich sehr eingeschränkt ist, im Beitrag von Dorothee Vögeli mit folgenden Worten zitiert: «Als alter Mensch hat man das Gefühl, auf dem Abstellgleis zu sein.» Im Literaturclub würden sie hingegen ernst genommen und hätten zudem Ruhe vom «Dauergerede» über Demenz.

4.2. Normativ-ethische Überlegungen

«Nach Auffassung der christlichen Ethik gibt es keine Verpflichtung des Menschen zur Lebensverlängerung um jeden Preis und auch kein ethisches Gebot, die therapeutischen Möglichkeiten der Medizin auf ihrem jeweils neuesten Stand bis zum Letzten auszuschöpfen. Zur Endlichkeit des Lebens gehört auch, dass man das Herannahen des Todes zulässt, wenn seine Zeit gekommen ist.» (S. 13) Diese Äusserung der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel gibt auf deutliche Weise wieder, dass in der Erhaltung des Lebens nicht in allen Situationen der höchste Wert gesehen werden sollte. Die Anerkennung der Endlichkeit, das heisst, es zulassen zu können, dass das Sterben zum Leben dazu gehört, beinhaltet auch eine Relativierung des Lebens, spätestens dann, wenn das Sterben naht. Aus ethischer Sicht wird das auf vielfache Weise zum Ausdruck gebracht, ohne dass dabei das (Selbst-) Tötungsverbot tangiert wird.

Passive Sterbehilfe

Die Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens stellt medizinische Eingriffe und Therapien bei schwerer Krankheit und am Ende des Lebens vor die Frage, ob sie das Sterben verhindern oder zulassen wollen. Traditionell bekannt sind Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht, die naheliegen, wenn die Anwendung weiterer medizinischer Massnahmen sinnlos geworden ist. Unter den Begriff der passiven Sterbehilfe fallen somit Verzicht oder Abbruch einer künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Medikamentenabgabe, einer Beatmung oder Intubation, einer Dialyse oder einer Reanimation vor Eintritt des Hirntodes.

Indirekte Sterbehilfe

Ebenfalls traditionell verankert ist die Praxis, Schmerzen und Symptome wie Atemnot zu lindern, auch wenn damit unter Umständen eine lebensverkürzende Wirkung verbunden ist («indirekte Sterbehilfe»): Ziel der Behandlung ist dann die Linderung von Schmerzen und Symptomen, eine mögliche Lebensverkürzung wird als Nebeneffekt bloss in Kauf genommen. Eine weitere Massnahme, die in besonders unerträglichen Situationen zur Verfügung steht, ist die palliative Sedierung. Diese besteht darin, dass ein Patient bei Symptomen wie Atemnot oder Schmerzen, die sich nicht lindern lassen, in einen Zustand der Bewusstlosigkeit versetzt wird. Wird diese Massnahme bis zum Tod eines Patienten durchgeführt, wird sie terminale Sedierung genannt. Aus ethischer Sicht ist umstritten, ob in dieser Phase auch auf die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung verzichtet werden darf, um das Leben eines Sterbenden nicht unnötig zu verlängern. Wenn durch die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit das unmittelbar bevorstehende Sterben unnötig verlängert wird, ist es naheliegend, darauf zu verzichten, falls der Betroffene damit einverstanden ist bzw. dieses Vorgehen seinem mutmasslichen Willen entspricht.

Suizidhilfe

Die Suizidhilfe unterscheidet sich von den anderen Entscheidungen auf zweierlei Weise: Zum einen geht es um einen Akt der Lebensverfügung oder Tötung und damit um das bewusste und absichtliche Beenden eines menschlichen Lebens, zum andern ist der Handelnde hier im Unterschied zu den bisher angesprochenen Interventionsmöglichkeiten der Sterbewillige selbst, jedenfalls was die Handlung der Lebensbeendigung betrifft. Diesen beiden Kennzeichen entsprechen auf staatlicher Ebene die beiden Pflichten zum Lebensschutz einerseits und zur Sicherung der Freiheit andererseits. Diese beiden Aufgaben und der Schutz der entsprechenden grundlegenden Rechtsgüter Lebensschutz einerseits (insbesondere schwacher oder vulnerabler Personen) und der individuellen Freiheit andererseits stehen hier miteinander im Konflikt. Mit Blick auf die bestehende Praxis ist dabei nicht unbedeutend, dass die Suizidhilfe meist von Personen in Anspruch genommen wird, die eher aus privilegierten gesellschaftlichen Kreisen stammen, dagegen selten Angehörige vulnerabler Gruppen betreffen. Es ist durchaus typisch, dass Menschen, die in ihrem Leben sehr selbstbestimmt vorgegangen sind, sich auch dazu entscheiden, den Zeitpunkt ihres Lebensendes selbst zu bestimmen. Das zeigen Erfahrungen im US-Bundesstaat Oregon, in welchem die ärztliche Suizidhilfe bereits seit Mitte der 1990-ziger Jahre praktiziert wird, als auch öffentlichkeitswirksame Einzelbeispiele in der Schweiz. Da bislang keine detaillierten Studien zu den Personen vorliegen, die in den letzten Jahren in der Schweiz Suizidhilfe praktiziert haben, lässt sich dieser Eindruck jedoch nicht wirklich belegen.

Aus ethischer Sicht werden mit Blick auf die Suizidhilfe drei Themen umstritten diskutiert:

- Erstens die Frage nach der moralischen Erlaubnis, über das eigene Leben verfügen zu dürfen,
- zweitens die Frage nach der Rolle und Beteiligung der Person, die einer sterbewilligen Person beim Suizid hilft,
- drittens schliesslich die Frage nach möglichen gesellschaftlichen Konsequenzen einer etablierten Suizidhilfepraxis.

Das Verbot des Suizids, das erste der genannten Themen, wird seit Jahrhunderten mit Hinweis auf drei Argumente begründet, die auch im Katechismus der Katholischen Kirche heute aufgeführt werden: Der Suizid widerspreche erstens der Selbstliebe und dem natürlich verankerten Selbsterhaltungstrieb, er sei zweitens ein Akt gegen gemeinschaftliche Verpflichtungen und er sei drittens eine Anmassung gegenüber Gott, dem allein das Recht zustehe, über Leben und Tod zu entscheiden. Bis vor wenigen Jahrzehnten blieb diese Argumentation öffentlich weitgehend unwidersprochen, insofern sie der verbreiteten Intuition entsprach, dass die Selbsttötung ein sittenwidriger Akt sei. Diese Intuition ist in den letzten Jahrzehnten weitgehend verschwunden. An ihre Stelle ist die Überzeugung getreten, dass der Suizid unter gewissen Umständen verständlich und moralisch akzeptabel sei. Entsprechend hat sich auch die kirchliche Praxis geändert, betroffene Menschen wie alle anderen Verstorbenen zu beerdigen, obwohl der Suizid von der katholischen Kirche bis heute als sittenwidriger Akt verurteilt wird. Auch in Todesanzeigen ist es heute kaum mehr ein Tabu, darauf hinzuweisen, dass ein Mensch sich selbst das Leben genommen hat.

Hinsichtlich der Überzeugungskraft dieser drei traditionell vertretenen Argumente ist offenkundig, dass diese mit näher rückendem Lebensende eines sterbewil-

ligen Menschen schwächer wird. Liegt ein Mensch im Sterben, schwindet die Bedeutung des Selbsterhaltungstriebs und der schwächer werdende Selbsterhaltungstrieb kann geradezu eine Facette des Sterbens sein. Ebenso verlagert sich die Bedeutung gemeinschaftlicher Verpflichtungen, und eine Entscheidung über Leben und Tod wird auch kaum mehr Gott abgenommen, da der Tod ohnehin kurz bevorsteht. Das Gegenteil ist der Fall, wenn es um die Beurteilung eines Suizids geht, der nicht am Lebensende ausgeführt wird.

Das zweite Thema betrifft die Rolle der Helfenden. Hier ist zum einen sehr fraglich, ob es eine ärztliche Aufgabe sein kann, einem Patienten dabei zu helfen, sein Leben zu beenden. Die Aufgaben eines Arztes bestehen seit jeher im Heilen und Lindern von Leiden, hingegen nicht im Beenden des Lebens eines Leidenden. Schon im Eid des Hippokrates wird Sterbehilfe explizit untersagt. Auch vom christlichen Standpunkt aus ist es gerade nicht die Aufgabe des Arztes, Menschen zu helfen, das Leben zu beenden, wohl aber sie mit allen angemessenen Möglichkeiten der medizinischen Kunst beim Sterben zu begleiten. Dazu kommt die Herausforderung, dass ein Mensch, der einem anderen dabei hilft, einen Suizid zu begehen, auch selbst zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Suizid die einzige verbleibende sinnvolle Handlungsmöglichkeit des Betroffenen darstellt. Zu einer solchen Einsicht zu kommen, setzt eine sehr intensive Beziehung der helfenden Person mit dem Sterbewilligen voraus. Die Frage ist, ob in der alltäglichen Praxis Raum und Zeit für eine solche Beziehung tatsächlich gegeben sind. Darüber hinaus besteht eine Gefahr darin, dass sich eine helfende Person dem Sog einer Depression oder Niedergeschlagenheit des Sterbewilligen nicht entziehen kann, so dass es zu irrationalen Handlungen kommt, die im Nachhinein und mit etwas Abstand zur Dramatik eines Geschehens dann nicht mehr plausibel erscheinen. In der Diskussion um Suizidhilfe ist die Rolle der Assistierenden insgesamt noch zu wenig kritisch bedacht: Wie gehen sie mit der Macht um, an Entscheidungen über Leben und Tod beteiligt zu sein? Wie lassen sich Zweifel auffangen, wenn sich durch die Dynamik der Situation der eingeschlagene Weg nicht mehr ändern lässt? Lassen sich Entscheidungen und Arrangements für einen Suizid auch im letzten Moment noch revidieren oder gibt es nicht einen verhängnisvollen Zwang aus der Situation heraus?

Das dritte Thema betrifft die zu erwartenden gesellschaftlichen Folgen einer etablierten Praxis der Suizidhilfe. Die Entwicklung der Debatte in der Schweiz ist beispielsweise von einer sukzessiven Ausweitung der Indikation gekennzeichnet: Während zu Beginn dieser Debatte in den neunziger Jahren, vergleichbar mit der aktuellen deutschen Diskussion, betont wurde, es ginge bei der Suizidhilfe ausschliesslich um extreme Einzelfälle, wird heute die Suizidhilfe aus Lebensmüdigkeit oder zur Verhinderung eines Pflegeheimeintritts diskutiert und praktiziert. Es lassen sich also klar Ausweitungstendenzen feststellen, deren weitere Entwicklung nicht abzusehen ist. Angesichts der bereits genannten demografischen Veränderungen, der hohen Kosten intensiver Pflege und einer Heimunterbringung dürften vermehrt Situationen eintreten, wo Suizidhilfe von den Betroffenen selbst oder deren Angehörigen als Möglichkeit gesehen wird, solchen Belastungen und Gefahren aus dem Weg zu gehen.

Von den Ausweitungsargumenten sind Missbrauchsargumente zu unterscheiden: Wenn es zu einer Normalisierung der Suizidhilfe kommt, lassen sich auch Missbräuche kaum ausschliessen. Diese haben im Fall eines Suizids allerdings fatale Folgen, insofern ein im Nachhinein festgestellter Missbrauch in keiner Weise mehr rückgängig gemacht oder entschädigt werden kann. Missbräuche im Bereich der Suizidhilfe betreffen beispielsweise die Suizidhilfe bei psychisch kranken Patienten oder auch die Suizidhilfe bei so genannten Doppelsuiziden, bei welchen typischerweise eine Ehefrau mit ihrem Mann zusammen einen Suizid begeht, um ihren Mann auch auf dem letzten Weg «zu begleiten».

Mit Blick auf diese nur kurz erörterten problematischen Aspekte der Suizidhilfe ist unschwer festzustellen, dass die Diskussion dieser Praxis in der Schweiz einseitig (ideologisch) und oftmals ohne den nötigen Ernst und Tiefgang geführt wird.

4.3. Werte, Ideale und Menschenbild

Wie bereits in der Einleitung zu diesem vierten Kapitel angedeutet, ist zur Herausbildung von Werten und Idealen das Menschenbild von grosser Bedeutung. Wird vorausgesetzt, dass Menschen relationale (Beziehungs-) Wesen sind, die von Geburt bis zum Tod aufeinander und auf Anerkennung durch andere angewiesen sind, die sich als gläubige Menschen zudem stets in Bezogenheit auf ihren Schöpfer und Retter verstehen, ist ein Argument, das die Abhängigkeit von anderen ausschliesslich negativ interpretiert, nicht mehr nachzuvollziehen. Aus christlicher Perspektive ist das Verwiesensein des Menschen auf andere geradezu ein zentrales Element zum Verständnis des Menschen. Dasselbe gilt für die grundsätzliche Verdanktheit des Lebens: Wird das Leben als Geschenk verstanden, als etwas, das Menschen ihrem Schöpfer im positiven Sinne verdanken, wird es widersprüchlich, dieses Geschenk aus eigenen Stücken aufgrund bestimmter Konditionen abzulehnen. In dieser Pers pektive ist es nur bedingt nachvollziehbar, warum Abhängigkeit von der Hilfe und Pflege anderer Menschen ein grundsätzliches Problem darstellen und in der

Selbsttötung eine bessere Lösung als die Annahme der Pflegebedürftigkeit bestehen sollte.

Gehen dagegen Werte und Ideale wie Kontrolle, Sicherstellung und Autonomie während der letzten Lebensphase auf Ängste und konkrete Befürchtungen zurück, werden diese auch unabhängig von diesem Menschenbild verständlich und müssten dann an ihrer Quelle angegangen werden: Dem Misstrauen gegenüber der modernen Medizin und den Tendenzen zur Vereinsamung, Langeweile und Isolation im hohen Alter.

Mit Blick auf das Menschenbild sind weitere Vorbehalte anzubringen: Zum einen verkennt eine übertriebene Betonung des Ganzheitlichkeitsideals die Fragmentarität oder das Unvollkommene des menschlichen Lebens. Menschliches Leben ist stets unvollkommen, theologisch ausgedrückt erlösungsbedürftig. Diese Erfahrung der Vorläufigkeit, des Begrenzten und der Unvollkommenheit im menschlichen Leben könnte auf den ersten Blick auch als Argument für Suizid und Suizidhilfe verstanden werden: Wenn das Leben immer schon unvollkommen ist, dann könnte man in eben dieser Unvollkommenheit der Fragmentarität ein auch Ende setzen. Die Sichtweise verkennt aber, dass das eigene Urteil zum Suizid immer auch den Charakter des Unvollkommenen besitzt, der Tod selber aber als Ergebnis dieser Entscheidung zum Suizid unumkehrbar und definitiv ist. Die Entscheidung zum Suizid muss in ihrer ganzen Unvollkommenheit und Fragmentarität ernst genommen werden. Angesichts der existenziellen Ernsthaftigkeit des Todes – der Tod ist endgültig und geschieht nur einmal im Leben – erscheint sie aber gerade deshalb unangemessen.

Erfahrungen des Leidens, verpasste Ziele und gescheiterte Projekte, aber auch Schmerzen, Isolation, Depression und die Konfrontation mit der Endlichkeit erinnern uns das ganze Leben hindurch an Unvollkommenheit und Fragmentarität des menschlichen Lebens. Eine Gefahr besteht darin, dass Erwartungen an Palliative Care an dieser «condition humaine» vorbei gehen und unrealistisch werden, sowohl was die Linderung des Leidens, als auch was die Verwirklichungsmöglichkeit des Ideals der Ganzheitlichkeit betrifft. Überzogene Erwartungen können nur enttäuscht werden und das Leiden dann noch verstärken. Zum andern kann ein einseitiges Fixiertsein auf Machbares das Gegenteil dessen herbeiführen, was eigentlich angestrebt war: Ein verkrampftes Festhalten an dem, was einem wichtig scheint, kann zu einer Blockade führen, dazu, dass eine Offenheit dafür fehlt, was das Leben mit sich bringt oder bringen könnte. Wichtige Erfahrungen im Leben sind häufig Widerfahrnisse, Dinge, mit der Menschen konfrontiert oder von denen sie überrascht werden, wie der Frankfurter Philosoph Martin Seel auf vielfache Weise beschrieben hat. Dies gilt nicht nur für Begegnungen von aussen, sondern durchaus auch für Selbsterfahrungen, im Denken wie im Fühlen und Erleben ganz allgemein. Vor diesem Hintergrund kann das gegenwertig einseitig hochgehaltene Ideal der Autonomie alleine letztlich keine angemessene Orientierung für die Herausforderungen am Lebensende bieten. Der Wunsch, alles im Griff haben zu wollen, oder die Überzeugung, alles selbst entscheiden zu müssen, führen letztlich am Leben vorbei. Werden Kontrolle und Selbstbestimmung zu zentralen Kategorien am Lebensende, dann werden grundlegende Bedingtheiten menschlichen Lebens wie das Angewiesensein auf andere, die sozialen Dimensionen menschlichen Lebens missachtet.

In gewisser Weise nimmt sich ein Mensch durch einen Suizid die Möglichkeit, dass ihm während der letzten Wochen oder Monate im Leben etwas widerfährt, mit dem er überhaupt nicht gerechnet hat. Selbstverständlich kann das sowohl negativ wie positiv, eine zusätzliche Belastung oder auch eine Glückserfahrung sein, die dann überdies nicht nur für ihn, sondern auch für andere Personen sehr wichtig werden und bleiben kann. Diese Offenheit kennzeichnet ein Leben in Vertrauen und Erwartung, zwei wesentliche christliche Grundhaltungen oder Tugenden, die in der spätmodernen Gesellschaft aufgrund der vielfältigen Gefahren, Risiken und Ängste grundsätzlich gefährdet zu sein scheinen.

Unmittelbar an diese Beobachtung knüpft die Beobachtung der heutigen Schicksalsvergessenheit an, die der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio in seinen zahlreichen Schriften betont: Der ambivalente Begriff des Schicksals ist heute nahezu abhandengekommen und durch den der Selbstbestimmung und Autonomie ersetzt worden. Der Grad der heutigen Verdrängung des Unverfügbaren, Unbestimmten, Unvorhersehbaren, ist in seiner Einseitigkeit zu kritisieren, bringt aufgrund des verkrampften Sich-selbst-sein-wollens selbst wiederum viel Leid hervor. Es verhindert gleichzeitig die Offenheit für Lebensprozesse, die womöglich neue Wege aufzeigen und eröffnen würden, wo zunächst nur Ausweglosigkeit vermutet wurde. Ein Beispiel für den unerhörten Reichtum dessen, was in einem existenziellen und körperlichen Kampf gegen eine tödliche Krankheit alles geschehen kann, bietet das Tagebuch von Christoph Schlingensief, erschienen unter dem Titel «So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein». Der deutsche Regisseur, Autor und Aktionskünstler, der 2010 an den Folgen eines Lungenkrebs im Alter von 50 Jahren gestorben ist, hat gekämpft, auch mit den Institutionen und ihren Vertretern, in denen er diese Zeit teilweise verbracht hat: «Sie bekommen mitgeteilt, dass sie krank sind, und geraten dann in einen Prozess, der sie völlig entmündigt. Nicht die Krankheit ist das Leiden, sondern der Kranke leidet, weil er nicht fähig ist zu reagieren, weil er nicht die Möglichkeit hat, mitzu-

machen. Er ist dem System ausgeliefert, weil niemand in diesem System bereit ist, ernsthaft mit ihm zu sprechen.» (S. 88) Er war gleichzeitig davon überzeugt, dass er das Leiden aushalten müsse und hat das (sein) Sterben als einen sinnvollen Teil des (seines) Lebens begriffen (S. 62).

4.4. Eine neue Lebenskultur

Die zuletzt erörterten Beobachtungen zu Menschenbild und Grundhaltungen zeigen deutlich, dass es in der Beschäftigung mit dem Sterben heute im Kern um Lebensfragen geht. Am Ende des Lebens werden offensichtlich Dinge offenbar(er) und treten deutlicher zutage als im Getriebe des Alltags, die im Leben generell wichtig sind. Darum liegt nahe, was oben zur Idee einer Ars moriendi nova angemerkt wurde: Die Sterbekunst hat wesentlich zu tun mit der Kunst, ein gutes oder erfülltes Leben zu führen. Daher liegt es nahe, an eine Erneuerung der Lebenskunst zu denken, an eine Ars vivendi nova, um im Wortlaut der einschlägigen Literatur zu bleiben.

Hinsichtlich des Sterbens könnte das beinhalten, dass diese Lebensphase neu wieder für viele Menschen erfahrbar gemacht werden sollte, indem ihr mehr Raum und Zeit gewidmet werden sollte. Sterbebetten sind offensichtlich nicht nur Orte, an denen gelitten, sondern an denen auch gelernt wird, nämlich das, auf was es im Leben tatsächlich ankommt. Das hat auch Hilde Domin (1909–2006), die selbst in sehr hohem Alter gestorben ist, in ihrem Gedicht «Unterricht» auf tiefe und einfache Weise zum Ausdruck gebracht. Dem Sterben architektonisch mehr Raum und physisch mehr Zeit zu widmen, bedeutet nicht, es an das Licht der Öffentlichkeit und der Massenmedien – auch nicht in ein Museum, wie vom deutschen Installationskünstler Gregor Schneider angeregt – zu zerren. Geburt und Sterben sind Momente und Erfahrungen der Intimität und des Privaten, angesichts der Tendenzen zur Aufhebung des Privaten in den Sozialen Medien sozusagen letzte Refugien, die als solche geschützt werden sollten. Mehr Raum und Zeit könnte vielmehr bedeuten, dass Menschen anwesend sind und sein können, wenn gestorben wird, so dass das Sterben gleichsam aus einer Welt der Experten und speziellen Institutionen zurückgeholt wird in die alltägliche Lebenswelt der Menschen. Das hätte konkrete Konsequenzen für das Wohnen (der genannte Gregor Schneider hat sich beispielsweise einen speziellen Raum mit viel Licht gebaut, in dem er selbst sterben möchte), vor allem aber für den Umgang mit der Zeit. Durch das Sterben wird, ähnlich wie bei einer Geburt, die Zeit vorgegeben, sie ist letztlich nicht plan- oder gestaltbar. Das Warten und Erwarten sind eine Grundhaltung, die genauso wie das Machen und Planen auf eine menschliche Grunddimension verweisen. Wird das eine zuungunsten des anderen gleichsam ausgeschaltet, geht etwas Wesentliches verloren. Wenn die Gründe für ein Abbrechen des Wartens oder die Entscheidung für einen Suizid in beruflichen oder finanziellen Verpflichtungen der Angehörigen oder deren Terminstress liegen, wird nicht nur die Banalisierung des Sterbens, sondern die Banalisierung des Lebens offenbar. Aristoteles hat seine Ethik auf der Erkenntnis aufgebaut, dass allem menschlichen Tun ein Streben nach etwas zugrunde liege, und dass das letzte Ziel, auf das alles Streben hinauslaufe, das menschliche Glück sei. Arbeiten, Effizienz steigern, Wachstum schaffen, das ganze Leben rational zu planen und dabei möglichst alle Risiken zu minimieren, sind zunächst einmal sinnvolle Ziele. Das oberste Ziel, ein geglücktes oder gelungenes Leben zu führen, lässt sich allerdings nicht ausschliesslich auf diesem Weg erreichen.

Der Philosoph Martin Seel kommentiert dies folgendermassen: «Im Schlechten wie erst recht im Guten übersteigt der Verlauf eines Lebens jede Antizipation dieses Verlaufs. (…) Das Ideal eines rational geordneten Lebens (…) ist hoffnungslos einseitig. (…) Autonom lebt nur, wer frei dafür ist, sich von der Welt, von den anderen und erst recht von sich selbst überraschen zu lassen.» (Hervorhebung eingefügt) Die Idee, bis zum Ende alles aktiv zu planen und rational zu bestimmen, geht in dieser Einseitigkeit am Menschen vorbei. Im Sterben dürfte das nicht anders sein als auch sonst im Leben.

Mit diesen Gedanken soll nicht verharmlost werden, was im Sterben existenziell geschehen kann. Aber auch hier gilt: Was Menschen angesichts des Sterbens widerfährt, ist dasselbe, was auch sonst im Leben von Bedeutung ist. Auf körperliche und seelische Attacken wie heftige Schmerzen, Atemnot, Depressionen kann die moderne Medizin lindernd reagieren, im Notfall auch mit einer palliativen Sedierung. Anders ist es bei existenziellen Abgründen und dem dazu gehörenden Leiden, die sich angesichts des Sterbens auftun können: Warum gerade ich? Warum mein Kind? Warum schon jetzt? Warum diese schreckliche Krankheit? – Auf solche Fragen gibt es meist keine Antworten, keine Medizin, auch nicht vom Seelsorger oder Seelsorgerin, wie es Erhard Weiher in seinen wertvollen Beiträgen zur spirituellen Begleitung betont, und wie es auch die Bischöfe von Freiburg i.Br., Strasbourg und Basel, im Jahr 2006 waren es Robert Zollitsch, Joseph Doré und Kurt Kardinal Koch, am Ende ihres Hirtenworts schreiben: «Wie wir das eigene Sterben bestehen werden, ob voller Hoffnung oder in tiefer Verzweiflung, kann keiner von uns vorhersehen. (…) Weder die Medizin, noch irgendeine Weltanschauung und auch nicht unser christlicher Glaube geben auf diese Fragen eine abschliessende Antwort. Wir müssen es vielmehr lernen, angesichts

des Todes mit offenen Fragen zu leben. Vor der dunklen Wirklichkeit des Todes endet vielmehr jedes nur theoretische Bescheid-wissen-Wollen.» (S. 18f, Hervorhebung eingefügt)

Was angesichts des Todes wichtig ist, nämlich Ängste und Unsicherheiten auszuhalten, die Herausforderung des Sterbens annehmen und in Zuversicht und Hoffnung mit offenen Fragen zu leben, ist auch angesichts des Lebens entscheidend. Vorschnelle Antworten auf existenzielle Fragen sind mitten im Leben genauso fad, nichtssagend und manchmal sogar verletzend wie unmittelbar am Ende des Lebens und angesichts des Sterbens.

5. FAZIT

Die Beschäftigung mit Fragen des Sterbens hat gezeigt, dass einerseits eine Banalisierung des Sterbens charakteristisch ist für unseren heutigen Umgang mit dem Sterben: Das Sterben ist Thema in den Medien und politischen Debatten, Suizidhilfeangebote fungieren als eine «natürliche», zur Normalität gewordene Alternative zum Sterben als unverfügbarem Teil des Lebens. Zudem sollen diese Angebote auch ausgeweitet werden auf Menschen, die nicht kurz vor dem Tod stehen und unter unerträglichen Schmerzen leiden. Diese Tendenz zur Normalisierung und damit zur Banalisierung des von Menschen gemachten Sterbens lehnen wir aus christlicher Sicht entschieden ab.

Andererseits ist uns heute eine Kultur des Sterbens, in der das Sterben mit all seinen Herausforderungen seinen Platz hat und erfahrbar ist, weitgehend abhandengekommen. Für viele besteht heute kaum mehr die Möglichkeit, auf bewährte Traditionen zurückzugreifen. Dafür hat sich zu vieles verändert, in unserer Gesellschaft, in der Arbeits- und Lebenswelt und im Gesundheitswesen. Kaum mehr jemand stirbt heute einfach so. Sterben wird immer mehr zum Projekt. Es wird erwartet, dass Abklärungen, Absprachen, Vorentscheidungen und Verfügungen getroffen werden, was nicht wenige überfordert und zu Verunsicherung führt.

Vor diesem Hintergrund stossen die Angebote der Suizidhilfe im Alter auf zunehmendes Interesse. Sie entsprechen offensichtlich dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Auch das Lebensende will heute vermehrt in die eigenen Hände genommen werden. Das Wie und Wann soll nicht dem Schicksal überlassen sein.

Die Forderung nach einem erleichterten Zugang zur Suizidhilfe für alte Menschen, auch ohne dass sie an unerträglichen Schmerzen leiden und ohnehin kurz vor dem Tod stehen, stellt eine Ausweitung der bisher gepflegten Praxis bei den Sterbehilfeorganisationen dar. Dies wirft erhebliche, ethisch relevante Fragen auf. Der dabei häufig benutzte Verweis auf ein Selbstbestimmungsrecht der Menschen stilisiert Sterben und Tod zu einer isolierten Angelegenheit eines Einzelnen. Bei genauerem Hinschauen wird aber deutlich, dass das Sterben immer auch eine soziale Angelegenheit ist, niemand stirbt für sich allein. Angehörige, Freunde und Bekannte, Ärzte und Pflegende sind immer auch als Zurückbleibende davon betroffen. Der Umgang mit Sterben und Tod prägt eine Gesellschaft und die gesellschaftlich vorherrschenden Vorstellungen zu Leben, Krankheit, Alter, Sterben und Tod wiederum bestimmen unser Bild vom «richtigen» Sterben. Wenn in unserer Gesellschaft vor allem Gesundheit, Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit und Erfolg zählen, dann bleiben alte, gebrechliche und behinderte Menschen zusehends aussen vor, sie werden die Messlatte dieser Ideale nicht erreichen. Einer Gesellschaft, die hier nicht sensibel genug ist, die Kehrseite dieser Medaille zu sehen, droht die Inhumanität.

Die vorliegende Untersuchung zu Fragen des Alters und des Sterbens zeigt deutlich, dass es in der Beschäftigung mit dem Sterben heute im Kern um Lebensfragen geht: An welchen Werten, an welchen Zielen und an welchem Menschenbild orientieren wir uns? Die Antworten auf diese Fragen werden auch unseren Umgang mit dem Sterben prägen. Stehen im Leben Kontrolle und Selbstbestimmung im Vordergrund und geht es zusehends vergessen, dass der Mensch sich nur in sozialen Beziehungen umfassend entfalten kann, dann ist es nicht verwunderlich, wenn auch beim Sterben Kontrolle und Selbstbestimmung im Vordergrund stehen. Das Ideal eines «rational geordneten Lebens» bis hin zum Sterben lässt für Unverfügbares und Unerwartetes keinen Platz. In dieser Einseitigkeit geht es an den wirklichen Herausforderungen des Lebens vorbei. Eine neue Sterbekunst (ars moriendi nova) muss deshalb immer auch eine neue Lebenskunst (ars vivendi nova) umfassen.

Aus christlicher Sicht ist das Leben jedes Menschen ein von unserem Schöpfer gewolltes Geschenk. Jeder Mensch ist dabei eingebunden in ein soziales Netz, von Geburt an bis zum Tod. Das Verwiesensein auf andere ist dabei kein Makel, sondern vielmehr ein elementarer Aspekt unseres Menschseins. Ebenso elementar ist nach christlicher Überzeugung die Fragmentarität menschlichen Lebens. Menschliches Leben bleibt stets unvollkommen und bruchstückhaft. Jeder Versuch, sein Leben in die eigene Hand zu nehmen, wird daran scheitern müssen.

Eine christliche Grundhaltung dem Leben und dem Sterben gegenüber weiss um diese Bedingtheiten menschlichen Lebens, sie zeichnet sich deshalb aus durch vertrauensvolle Offenheit gegenüber dem,

was das Leben und auch das Sterben einem noch schenken mag. Dabei können durchaus Situationen eintreten, die das Leben und vor allem das Sterben nicht mehr erträglich erscheinen lassen. In solchen Situationen der Verzweiflung dürfen Menschen nicht allein gelassen werden. Die Möglichkeiten von Palliative Care können dabei in vielen Fällen eine Hilfe sein. Leider sind deren Angebote und Möglichkeiten noch zu wenig bekannt und nicht flächendeckend verbreitet. Hier besteht weiterhin grosser Handlungsbedarf. Darüber hinaus müssen die in unserer spätmodernen Gesellschaft verbreiteten Ideale von Autonomie, Leistungsfähigkeit und Machbarkeit infrage gestellt werden. Diese sind letztlich nicht in der Lage, angemessen Orientierung für die Herausforderungen im Alter und am Ende des Lebens zu bieten. Grundlegend für eine christlich geprägte Einstellung zum Alter und zum eigenen Sterben ist vielmehr eine Haltung der Offenheit, die ein Leben und Sterben auch in schwierigen Situationen in Vertrauen und Erwartung auszuhalten erlaubt.

6. EMPFEHLUNGEN

Die vorausgehend angestellten Betrachtungen und Überlegungen zum Umgang mit dem Sterben in unserer modernen Gesellschaft haben gezeigt, dass dem Sterben selbst, aber auch den Erfahrungsräumen beim Sterben in unserer modernen Gesellschaft wieder mehr zeitlicher und räumlicher Platz eingeräumt werden sollte. Dafür braucht es konkrete Rahmenbedingungen, Offenheit und Sensibilität im Umgang mit alten und sterbenden Menschen, aber auch Mut, neue Wege zu gehen. In diesem Sinne werden nachfolgend einige Empfehlungen gemacht, die helfen können, die Herausforderungen des Sterbens so anzunehmen, dass weder Banalisierung noch Tabuisierung des Sterbens im Vordergrund stehen. Denn letztlich zeigt sich in unserem Umgang mit dem Sterben auch unsere Fähigkeit, ein gutes und gelingendes Leben zu führen.

Empfehlungen für die Gesellschaft:

Das Sterben muss wieder als Teil des Lebens erfahrbar werden!

Es darf in den öffentlichen Diskussionen nicht bloss als Bedrohung wahrgenommen und unter dem Aspekt eines selbstbestimmten, unabhängigen Lebens diskutiert werden. Natürlich ist das Sterben eine existenzielle Herausforderung für alle Menschen, aber auch das Sterben ist Teil des Lebens. Sterben meint immer auch ein schrittweises Loslassen und kann so grundlegende Aspekte menschlichen Lebens in besonderer Weise erfahrbar machen: Das Angewiesensein auf andere, die Unvollkommenheit und Begrenztheit, das Leben als letztlich unverfügbare Gabe.

Das Sterben ist in erster Linie eine soziale Angelegenheit!

Eine zentrale Kategorie modernen Lebens ist zu Recht die Selbstbestimmung. Selbstbestimmung darf aber gerade nicht als reine Selbstbezogenheit verstanden werden. Menschen sind zeit ihres Lebens auf andere angewiesen, niemand lebt für sich allein (Beziehungsautonomie). Insofern ist auch das Sterben eine soziale Angelegenheit, niemand stirbt für sich allein. Ein humaner Umgang mit dem Sterben muss dies berücksichtigen.

Die Gesellschaft darf alte Menschen nicht ausgrenzen!

Wenn die Gesellschaft das Alter vorwiegend als Problem und einseitig unter Kostengesichtspunkten wahrnimmt, verhindert sie, dass andere, bereichernde Aspekte des Alters zur Sprache kommen. Sie setzt sich als Ganze unter Druck, wenn nur Leistungsfähigkeit, Jugendlichkeit und Selbstständigkeit zählen. Eine Gesellschaft, die das Schwache, das Alte und das Unselbständige ausgrenzt, wird inhuman. Angebote der Sterbehilfe für alte und gebrechliche Menschen passen in dieses Ideal einer erfolgreichen Gesellschaft, sie bietet denen, die nicht mehr können, sich überflüssig, weil nutzlos fühlen und die in so einer Gesellschaft an Vereinsamung leiden, den Tod als Ausweg an.

Eine neue Kultur des Lebens ist notwendig!

Eine neue Kultur des Sterbens kommt nicht umhin, eine neue Kultur des Lebens zu fördern, in der auch Aspekte der Vorläufigkeit, des Unvollkommenen und des Eingeschränkten ihren geschätzten Platz haben. Eine humane Gesellschaft zeichnet sich gerade dadurch aus, dass vor allem Schwache und Benachteiligte einen besonderen Schutz erfahren.

Der Dienst der Angehörigen muss eine grössere Wertschätzung erfahren!

Der wichtige Dienst der Angehörigen für Sterbende muss gesellschaftlich eine grössere Wertschätzung erfahren. Es braucht dafür vor allem eine bessere Vereinbarkeit mit anderen, insbesondere beruflichen Verpflichtungen der Angehörigen (Freistellungen, Pflegeurlaub etc.). Sowohl in den Spitälern als auch in den Pflegeheimen müssen die Angehörigen in ihrem Dienst für Sterbende stärker in den Blick genommen werden. Und es braucht für die Angehörigen, die Sterbende betreuen, einen einfachen Zugang zu Beratung, Begleitung und Unterstützung. Ihr Dienst muss auch eine adäquate finanzielle Entschädigung erfahren. Eine Unterbringung in einem Pflegeheim ist allemal teurer.

Es braucht andere und neue Finanzierungsgrundsätze für hochaltrige Menschen in den Spitälern und Pflegeheimen!
Die Abrechnung medizinischer Leistungen über Fallpauschalen wird den komplexen Situationen im Bereich Therapie und Palliative Care im hohen Alter (v. a. demenzielle Störungen und Multimorbidität) nicht gerecht. Sie setzen falsche Anreize, alte Menschen als sog. «schlechte Risiken» möglichst rasch an andere Einrichtungen zu überweisen. Oftmals fehlen dort dann die notwendigen medizinischen Fachkenntnisse. Für die Finanzierung einer ausreichenden Betreuung, Pflege und Therapie alter Menschen braucht es ein grösseres Spektrum an Finanzierungsgrundsätzen mit mehr Spielraum für individuelle Bedürfnisse.

Es braucht eine umfassende Sicht auf den Menschen!
Nur eine integrale Sicht auf den Menschen mit seinen körperlichen, seelischen und geistlichen Bedürfnissen und in seinem Verwiesensein auf andere kann älteren Mitmenschen gerecht werden. Die medizinischen, pflegerischen und sonstigen Angebote für alte und sterbende Menschen und ihre Angehörigen müssen diese integrale Sicht des Menschen teilen (vgl. Philosophie und Zielsetzungen des Eden-Instituts, www.eden-institut.net).

Empfehlungen für die Kirchen:

Die neuen Herausforderungen des Sterbens annehmen!
Auch die Kirchen müssen sich den Herausforderungen des Alters und des Sterbens in unserer modernen Leistungsgesellschaft neu stellen. Dazu gehört, dass sie nicht von vorneherein verurteilen, sondern die Anliegen, Ängste und Bedürfnisse der Menschen ernstnehmen. Die Suche nach einem guten Sterben braucht heute neue, glaubwürdige Antworten. Auch hinter der Mitgliedschaft bei einer Sterbehilfeorganisation oder dem Wunsch nach Sterbehilfe müssen die Kirchen den Wunsch nach einem guten Sterben erkennen.

Die Kirchen müssen Anwältin der Alten und Schwachen sein!
Um einer Banalisierung oder Tabuisierung des Sterbens entgegenzutreten, müssen sich die Kirchen zur Anwältin der Alten, der Gebrechlichen und Sterbenden machen. Eine zentrale Verantwortung der Kirchen liegt darin, die Schattenseiten unserer Leistungsgesellschaft zur Sprache zu bringen und sich für eine grössere Wertschätzung alter und gebrechlicher Menschen einzusetzen.

Im Bereich Palliative Care müssen sich die Kirchen stärker engagieren!
Palliative Care mit ihrem integralen Blick auf den Menschen ist ein richtiger Weg hin zu einem verantwortlichen und guten Sterben. Aufgrund der Tatsache, dass ältere Menschen in den Kirchen vergleichsweise stärker vertreten sind als jüngere, stehen die Kirchen in einer besonderen Verantwortung, über die heutigen Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care zu informieren. Eine besondere Herausforderung für die Kirchen dürfte dabei der Umstand sein, dass das Angebot von Palliative Care nicht alle Aspekte der Suizidhilfe auffangen kann. Der Angst vor Schmerzen und des Alleingelassenseins kann mit den Möglichkeiten von Palliative Care begegnet werden. Dem Wunsch, anderen nicht zur Last fallen zu wollen und selbstbestimmt zu sterben, muss aber mit anderen Antworten und einer neuen Kultur des Sterbens bzw. einer neuen Kultur des Lebens begegnet werden. Die Kirchen haben hierfür einen reichen Fundus an bewährten Lebenserfahrungen, in denen Fragmentarität oder das Unvollkommene ihren festen Platz haben. Diese Aspekte gilt es vermehrt in die öffentlichen Debatten einzubringen.

Die Kirchen müssen mehr Gesprächsangebote zu Leben und Sterben anbieten!
Eigentlich wären die Kirchen «geborene» Gesprächspartner für Fragen des Lebens und Sterbens. Leider haben sie durch ihre traditionellen Kulturen, ihre mitunter grundsätzlichen moralischen Urteile und zahlreiche Skandale viel Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit verloren. Deshalb sollten gut ausgebildete Gesprächspartner und angemessene Gesprächsmöglichkeiten auch ausserhalb von traditionellen kirchlichen Strukturen unterstützt werden.

Auch die Kirchen brauchen neue Angebote!
Eine Kultur offener Fragen, die letztlich im Diesseits unbeantwortet bleiben, die Gebrechlichkeit und Sterben zulässt, ohne die Menschen darin allein zu lassen, braucht auch neue kirchliche Angebote. Hochaltrige Menschen wollen nicht nur unter der Etikette «Alters- oder Krankenbesuch» wahrgenommen werden. Sie haben eigene Bedürfnisse, die auch neue Formen kirchlicher Angebote brauchen. Sterbende Menschen brauchen im Rahmen palliativer Unterstützung vor allem Angebote des Begleitens und Wachens. Demenzielle Erkrankungen, Multimorbidität, lange Heimaufenthalte und das Sterben in Institutionen sind auch für kirchliche ehrenamtliche und professionelle Dienste eine Herausforderung, damit sich die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht allein gelassen fühlen.

Empfehlungen für das Gesundheitswesen:

Auch die Medizin muss sich dem Thema Sterben weiter öffnen!
Die zunehmende Attraktivität von Sterbehilfeorganisationen ist auch eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. Offensichtlich bestehen immer noch

mehr oder weniger begründete Ängste gegenüber einer Medizin und ihren Möglichkeiten, die ein humanes oder gutes Sterben verhindern. Allzu häufig wird im medizinischen Alltag das Sterben als Niederlage verstanden, was dazu führt, dass das Sterben eher verhindert als erleichtert wird. Dies ist die Kehrseite der wachsenden medizinischen Möglichkeiten, das Leben zu verlängern.
Das wahre Ziel der Medizin darf nicht Erfolg oder medizinischer Fortschritt sein, sondern das Wohl der Menschen. Dazu gehört, dass das Sterben als Teil eines zu Ende gehenden Lebens akzeptiert wird. Der Tod ist keine Niederlage für die Medizin, sondern eine Herausforderung für alle Beteiligten. Für alte und sterbende Menschen ist es eine Hilfe, wenn dieser Aspekt nicht ausgegrenzt wird. Auch persönliche Ansichten zu Sterben und Tod vonseiten der Ärzte und Pflegenden dürfen hier ihren Platz haben.

Palliative Care muss in der Hochleistungsmedizin einen höheren Stellenwert erhalten!

Die Fachpersonen des Gesundheitswesens, Ärztinnen, Pflegende und Therapeutinnen, brauchen eine hohe Sensibilität für die Bedürfnisse und Leiden alter und sterbender Menschen. Diesen Erfordernissen muss in der Ausbildung und im medizinisch-therapeutischen Alltag umfassender Rechnung getragen werden. Kompetenzen in Palliative Care müssen deshalb in Aus- und Fortbildung ein fester Bestandteil sein. Nur so können vorhandene Ängste vor einem qualvollen Ende mit Schmerzen abgebaut werden. Palliative Care kann hier in den meisten Fällen helfen.

Die Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care müssen weiter erforscht werden!

Das Konzept von Palliative Care ist im Hinblick auf soziale, gesellschaftliche und auch medizinische Erfordernisse noch zu wenig erforscht. Die palliative Begleitung am Lebensende braucht das Zusammenspiel von verschiedenen Fachpersonen (Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen etc.) und Laien. Dieses Zusammenspiel ist noch nicht hinreichend erkundet. Wo liegen die Grenzen für die Spezialisten und wo für die Laien? Diese Fragen bedürfen weiterer Antworten, damit das Sterben wieder einen angemessen Platz im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft bekommt.

Palliative Care-Angebote müssen weiter ausgebaut werden!

Es gibt bereits heute zahlreiche Palliative Care-Angebote. Allerdings stehen die Angebote auf dem Land noch weit hinter den Angeboten in den Städten zurück. Hier braucht es eine bessere Integration von verschiedenen Palliative Care-Angeboten in bestehende Strukturen.

7. BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN

Suizid von lateinisch suicidium, aus sui – seiner [selbst], und caedere – (er)schlagen, töten, morden. Auch Selbsttötung oder (moralisierend) Selbstmord oder euphemistisch Freitod genannt, es meint die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens. Ein Suizid kann entweder aktiv geschehen, indem man sich Schaden zufügt (etwa durch tödliche Selbstverletzung oder die Einnahme von Giften), oder aber passiv, indem man nicht mehr für sich sorgt und beispielsweise lebensnotwendige Medikamente, Nahrungsmittel oder Flüssigkeiten nicht (mehr) zu sich nimmt.

Alterssuizid meint die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens im Alter und aus Gründen des Alters. Entsprechend vielfältig können die individuellen Beweggründe sein: Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Verlust der Autonomie, Schmerzen, Einsamkeit, Verlust des Partners/der Partnerin, Depression, fehlende Leistungsfähigkeit, ein Gefühl, das Leben habe einem nichts mehr zu bieten, sowie gesellschaftlich geprägte Vorstellungen über die negativen Seiten des Altseins, des Alters und der Gebrechlichkeit.

Suizidhilfe/Beihilfe zum Suizid ist (Mit-) Hilfe beim Suizid des Suizidwilligen. Der Suizid wird durch Hilfe von Dritten ermöglicht, die Herrschaft über das Tatgeschehen liegt aber bei der sterbewilligen Person. Das Sterben ist somit kein natürliches Ereignis. Suizidhilfe ist in der Schweiz nicht strafbar, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen (persönlicher Vorteil) erfolgt.

Sterbehilfe im engeren Sinn ist Hilfe beim Sterben für den Sterbenden. In diesem Sinn der Sterbehilfe steht der Tod nach menschlichem Ermessen kurz bevor, das Sterben ist somit nicht Ergebnis eines vorsätzlichen Entscheids der betroffenen Person, sondern ein natürliches Ereignis. Die Herrschaft über das Tatgeschehen liegt allerdings bei Dritten, die direkt oder indirekt bzw. aktiv oder passiv Einfluss auf den Sterbeprozess nehmen. Sterbehilfe im weiteren Sinn umfasst

Direkte aktive Sterbehilfe (im weiteren Sinn auch Euthanasie genannt) bezeichnet die gezielte Tötung eines Sterbenden durch einen Dritten, mit dem Ziel, den Tod früher als unter natürlichen Umständen herbeizuführen. Unabhängig von der Motivation derer, die direkte aktive Sterbehilfe leisten, ist diese wie jede andere Fremdtötung in der Schweiz unter Strafe gestellt (Art. 115 StGB). Dies gilt unabhängig davon, ob das Leben des Sterbenden für die Angehörigen, für die Ärzte oder die Gesellschaft als nicht mehr lebenswert erscheint oder ob der Sterbende seine Tötung selbst verlangt.

Indirekte aktive Sterbehilfe ist eine ärztliche Intervention, die eine Schmerzminderung zum Ziel hat, welche als Nebenwirkung das Sterben verkürzen kann. Die Sterbehilfe erfolgt hierbei also nur indirekt. Gerade bei sterbenden Menschen bezieht sich die ärztliche Aufgabe vor allem auf die Schmerzlinderung. Der Einsatz solcher palliativer Techniken mit dem Risiko der Lebensverkürzung setzt voraus, dass schwerste, kaum erträgliche Schmerzen bestehen und ist deshalb auch strafrechtlich erlaubt. In der Praxis ist die Abgrenzung der indirekten von der direkten aktiven Sterbehilfe nicht immer einfach, insbesondere bei nicht mehr urteilsfähigen Sterbenden und bei an schweren Missbildungen oder Geburtsschäden leidenden Neugeborenen.

Passive Sterbehilfe besteht im Unterlassen oder im Abbruch des Einsatzes von ärztlichen Mitteln, welche das Leben der sterbenden Person verlängern könnten. Allerdings muss der Sterbevorgang unumkehrbar sein, so dass zeitweise lebensverlängernde Massnahmen die Unabwendbarkeit des nahenden Todes nicht beeinflussen können. Voraussetzung für die Straflosigkeit solcher Massnahmen ist die Einwilligung oder die mutmassliche Einwilligung der sterbenden Person.

Palliative Care (aus lat. palliare – mit einem Mantel bedecken, und engl. care – Versorgung, Betreuung, Aufmerksamkeit) ist der Oberbegriff für alle Bereiche der Versorgung unheilbar Schwerkranker und Sterbender, die das Leiden lindern und so eine bestmögliche Lebensqualität für die Betroffenen (Patienten und Angehörige bzw. Bezugspersonen) bis zum Tod gewährleisten wollen. Der Schwerpunkt von Palliative Care liegt in der Zeit, in der die Kuration (Heilung, engl. cure) der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt (vgl. www.palliative.ch).

8. LITERATURHINWEISE UND INTERNETADRESSEN

8.1. Bücher und Artikel

Bundesamt für Gesundheit/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (Hrsg.), Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2010.

Borasio Gian Domenico, selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München 2014.

Bormann Franz-Josef, Borasio Gian Domenico (Hrsg.), Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin 2012.

Caritas Schweiz, Begleitung in der letzten Lebensphase. Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care, Luzern 2010.

Caritas Schweiz, Caritas Sozialalmanach 2011. Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz, Schwerpunkt: Das vierte Alter, Luzern 2011.

Domin Hilde, Nur eine Rose als Stütze, Frankfurt a.M. 1959.

Gawande Atul, Being Mortal. Medicine and What Matters in the End, New York 2014.

Halter Hans, Leben dürfen – sterben müssen. Christliche Meditation über das Leben und Sterben und die Sterbehilfe, Fribourg 1994.

Küng Hans, Erlebte Menschlichkeit, München 2013.

Maio Giovanni (Hrsg.), Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit, Freiburg i.Br. 2011.

Mathwig Frank, Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht, Zürich 2010.

Meireis Torsten (Hrsg.), Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter, Zürich 2013.

Schäfer Daniel/Müller-Busch Christof/Frewer Andreas (Hrsg.), Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova, Stuttgart 2012.

Schlingensief Christoph, So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein, Köln 2009.

Schneider Werner, Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes, in: Ingo Bauernfeind/Gabriela Mendl/Kerstin Schill (Hrsg.), Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens, München 2005, 30–54.

Schweizerischer Bundesrat, Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bern 2011.

Seel Martin, Aktive und passive Selbstbestimmung, in: Merkur 54 (2000) 626–632.

Spaemann Robert, Euthanasie. Wer Sterbehilfe erlaubt, macht über kurz oder lang den Selbstmord pflegebedürftiger Personen zur Pflicht. Die öffentliche Debatte um den Suizid auf Verlangen hat sich in heillose Widersprüche verstrickt, in: Die Zeit vom 12.2.2015, 40.

Stoppe Gabriele, Depressionen im Alter, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51 (2008) 406–410.

Suizidhilfe in der Schweiz – zur Kontroverse um eine angemessene ärztliche Rolle. Beiträge von Samia A. Hurst und Frank Mathwig, mit einem Editorial von Christian Kind, Folia Bioethica, Basel 2013.

Vögeli Dorothee, Der Zauber der Liebe. Eine Gruppe von Hochbetagten in einem Zürcher Altersheim befasst sich vierzehntäglich mit Lyrik, in: NZZ vom 13.10.2012, 20.

Weiher Erhard, Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart 2008.

Zimmermann-Acklin Markus, Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009) 221–233.

8.2. Kirchliche Schreiben

Die Schweizer Bischöfe, Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoralschreiben zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung, Freiburg/Schweiz 2002.

Gemeinsames Hirtenwort der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel, Die Herausforderung des Sterbens annehmen, Freiburg i.Br./Strasbourg/Basel 2006.

Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, Rom 1980.

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund SEK, Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive, Bern 2007.

Barbarin Philippe (cardinal, archevêque de Lyon)/Clavairoly François (président de la Fédéeration protestante de France)/monseigneur Emmanuel (métropolite de France, président de l'Assemblée des évêques orthodoxes der Frances)/Korsia Haïm (grand rabbin de France)/Moussaoui Mohammed (président de l'Union des mosquées de Frances et président d'honneur du Conseil francais du culte musulman), L'interdit de tuer doit être préservé. Stellungnahme von Repräsentanten der drei grossen monotheistischen Religionstraditionen zur Frage der Suizidbeihilfe in Frankreich, in : Le Monde vom 09.03.2015, www.lemonde.fr/idees/article/2015/03/09/nous-hauts-dignitaires-religieux-demandons-a-ce-que-soit-preserve-l-interdit-de-tuer_4589691_3232.html (zuletzt kontrolliert 07.07.2015).

8.3. Adressen im Internet

Informationen zur gemeinsamen Kampagne von Justitia et Pax, Reformierte Kirchen der Schweiz und Pro Senectute «Alles hat seine Zeit»: www.alleshatseinezeit.ch.

Bioethik-Kommission der Schweizerischen Bischofskonferenz: www.kommission-bioethik.bischoefe.ch.

Caritas Schweiz, Begleitung in der letzten Lebensphase: www.caritas-luzern.ch/begleitung.

Christliche Patientenvorsorge (Deutschland): www.dbk.de/themen/christliche-patientenvorsorge/.

Eden Alternative: www.eden-institut.net/de/.

Justitia et Pax Schweiz: www.juspax.ch.

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW: www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html.

Nationale Demenz-Strategie: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de.

Nationale Strategie Palliative Care: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de.

Nationales Forschungsprogramm Lebensende: www.nfp67.ch.

Palliative ch: www.palliative.ch.

Patientenverfügung Caritas Schweiz: www.caritas.ch/de/hilfe-finden/alter-und-betreuung/im-alter-das-richtige-tun/patientenverfuegung-und-vorsorgeauftrag/.

Stellungnahmen der Nationalen Ethikkommission NEK-CNE: www.nek-cne.ch/de/themen/stellungnahmen/index.html.

WABE Deutschfreiburg: www.wabedeutschfreiburg.ch.

Für dieses Grundlagenpapier zum Altersuizid aus christlich-sozialethischer Perspektive hat Prof. Dr. Markus Zimmermann, Lehr- und Forschungsrat an der Universität Freiburg einen Entwurf geschrieben. Dr. Regula Schmitt-Mannhart, leitende Ärztin der Tilia-Stiftung und ehemaliges Mitglied der Kommission Justitia et Pax hat Konzept und Vorentwurf einer ergänzenden Lektüre unterzogen. Die Kommission Justitia et Pax hat die Entstehung des Papiers kritisch begleitet. Verantwortlich für die Einarbeitung von Anregungen und Ergänzungen sowie für die Texterstellung war Wolfgang Bürgstein, Generalsekretär der Kommission Justitia et Pax.