

# Begleitung im Sterben - Eine Orientierungshilfe der Evangelischen Landeskirche und des Diakonischen Werks Baden

## Worum geht es?

„Mein Wille geschehe“, „Ich will mir nicht vorschreiben lassen, wie ich zu sterben habe“, „Glücklich sterben“ - so sind Zeitschriftenartikel und Bücher überschrieben. „Liebe“ heißt ein Spielfilm, in dem ein überforderter Ehemann seine schwerkranke Frau mit einem Kissen erstickt, um ihr die Einweisung ins Krankenhaus zu ersparen. Der Gedanke an fremdes und eigenes Sterben macht Angst. Menschen fürchten sich vor Einsamkeit und sozialer Entwertung, Ichverlust, Kontrollverlust und Schmerz. Das Gesundheits- und Pflegesystem wird oft als schwer durchschaubar und anonym empfunden; es kann metaphorisch für Abhängigkeit und Fremdbestimmung stehen. Andererseits fürchten pflegebedürftige alte Menschen, als „Last“ angesehen zu werden und zu einem schnellen Tod gedrängt zu werden.

Angesichts dessen möchten viele ihre Selbstbestimmung und Autonomie wahren, um ihr eigenes Sterben nach ihren Wünschen gestalten zu können. Gegenwärtig wird diskutiert, welche rechtlichen Regelungen dazu nötig sind und ob „der eigene Tod“ auch eine aktive Lebensbeendigung mit Hilfe anderer Menschen bedeuten könne, die es zu legalisieren gelte.

Den Positionierungen zur Sterbehilfe liegen oft unterschiedliche Menschenbilder zugrunde. In der Frage: „Wie wollen wir sterben“ schwingt auch immer die Frage „Wie wollen wir leben“ mit. Es geht nicht allein um eine gesetzliche Regelung, sondern um Fragen der Selbstbestimmung, der Würde, der gegenseitigen Angewiesenheit des Menschen.

## Wovon reden wir? - eine Begriffsklärung

Es gibt verschiedene Formen von Sterbehilfe und Sterbebegleitung, die klar zu unterscheiden sind und verschiedener ethischer und juristischer Beurteilung unterliegen. Wir verwenden hier die Terminologie, die der „Nationale Ethikrat“ vorgibt, in Klammern sind die umgangssprachlichen Bezeichnungen angeführt.

- **Sterbebegleitung** - Gelegentlich wird auch die Hospizarbeit umgangssprachlich als „Sterbehilfe“ bezeichnet. Dies ist aber falsch. In Bezug auf Hospizarbeit ist immer von „Sterbebegleitung“ zu reden, also von begleitender Hilfe *beim* Sterben. Hospizliche Sterbebegleitung ist individuelle Zuwendung und psychosoziale Begleitung in der Zeit des Abschiednehmens. PalliativCare bezeichnet das fachlich qualifizierte Miteinander aller medizinischen, pflegerischen, seelsorglichen und begleitenden Maßnahmen, um sterbenden Menschen körperliche und seelische Schmerzen zu nehmen. „Sterbehilfe“ dagegen ist Hilfe *zum* Sterben.
- **Therapien am Lebensende („indirekte Sterbehilfe“)** beinhaltet die Gabe von hochdosierten Schmerzmitteln in der Endphase des Sterbeprozesses mit dem Risiko, den Sterbevorgang damit zu beschleunigen; bis hin zur „terminalen Sedierung“, also der Versetzung eines Menschen in einen Komazustand, um ihm dadurch Schmerzen zu ersparen, die auf andere Weise nicht gelindert werden können. Da in der Endphase des Sterbeprozesses Schmerzfreiheit höher zu bewerten ist als eine mögliche Lebensverlängerung ist diese Maßnahme ethisch geboten und auch juristisch zulässig.
- **Sterbenlassen („passive Sterbehilfe“)** - Beendigung oder Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, ohne die ein Weiterleben nicht möglich ist. - Dies darf nur unter klar definierten Bedingungen geschehen: Eine realistische Hoffnung auf Besserung besteht nach medizinischer Einsicht nicht; der Patient selbst (Patientenverfügung!) oder stellvertretend die Angehörigen, Vorsorgebevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer

haben zugestimmt. Obwohl auch bei passiver Sterbehilfe die Gefahr eigennütziger Motive der Angehörigen oder ökonomischer Zwänge bestehen kann, ist ihre Grundidee doch, ohne den Patienten quälende Maßnahmen Sterben geschehen zu lassen. Gerade auch die PalliativeCare vertritt den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, wo sie den natürlichen Sterbeprozess stören. Auch hier handelt es sich um eine legale Form der Hilfe beim und zum Sterben.

- **Tötung auf Verlangen:** Der Patient, der vielleicht selbst nicht mehr handlungsfähig ist, wird durch ein aktives Handeln eines anderen getötet. Dies ist in Deutschland strafbar.
- **Beihilfe zur Selbsttötung („assistierter Suizid“):** Diese gilt nicht als aktive Tötung wie bei der strafrechtlich verfolgten „Tötung auf Verlangen“, sondern liegt dann vor, wenn eine Substanz zur Selbsttötung besorgt und zur Verfügung gestellt wird. Dies ist nicht strafbar - es kann aber eine Person, die der Selbsttötung beiwohnt wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft werden. Evtl. kann der Person, die die Substanz besorgt hat, auch ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz/Betäubungsmittelgesetz vorgeworfen werden. Die bloße Beihilfe zur Selbsttötung - durch Angehörige oder nahe stehende Personen - ist aber nicht strafbar. Die Musterberufsvereinbarung der Bundesärztekammer verbietet allerdings den assistierten Suizid durch Ärzte, diese würden bei Zuwiderhandlung nicht strafrechtlich verfolgt, würden aber ihre Zulassung verlieren. Diese Regelung variiert allerdings von Bundesland zu Bundesland.

In der *Schweiz* ist Suizidhilfe nur strafbar, wenn „selbstsüchtige Motive“ vorliegen. Dort haben sich Sterbehilfeorganisationen etabliert, die manchmal auch von Deutschen in Anspruch genommen werden

Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid werden gelegentlich auch unter dem Stichwort „aktive Sterbehilfe“ zusammengefasst.

## Was wird gegenwärtig diskutiert?

Im Bundestag wurde 2014 darüber diskutiert, den „gewerbsmäßigen“, gewinnorientierten assistierten Suizid unter Strafe zu stellen, d.h. organisierte Beihilfe z.B. durch Vereine. Dies wirft aber die Frage auf, wie es dann mit „nicht gewerbsmäßiger“ Assistenz steht. Ist es nicht absurd, dass Ärzte oder Angehörige zwar ein tödliches Medikament zur Verfügung stellen können, aber dann den Patienten alleine lassen müssen, um sich nicht der unterlassenen Hilfeleistung schuldig zu machen? Die Debatte um „gewerbliche“ Sterbehilfe hat somit eine Diskussion über eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“ allgemein mit sich gebracht.

Als mögliche gesetzliche Regelungen wurden vorgeschlagen:

1. Ein Verbot der kommerziellen Sterbehilfe, bei der Organisationen gegen Bezahlung todbringende Medikamente bereitstellen für einen assistierten Suizid (Modell Schweiz). Bisher gibt es in Deutschland bereits einzelne Personen, die gegen Entgelt todbringende Medikamente zur Verfügung stellen.
2. Die Änderung des ärztlichen Standesrechts, damit ein assistierter Suizid für Ärzte möglich wird.
3. Dass bei einem assistierten Suizid begleitende Menschen nicht mehr wegen unterlassener Hilfeleistung belangt werden können.
4. Unter klar definierten Bedingungen (z.B. Krankheit, die zum Tode führt, mehrere medizinische Gutachten - auch über die Zurechnungsfähigkeit des Betroffenen) die Tötung auf Verlangen straffrei zu stellen.

Diese Optionen werden auch in der Öffentlichkeit und in den Medien breit diskutiert.

## Welche Positionen zur Sterbehilfe gibt es?

### 1) Grundsätzliche Ablehnung aktiver Sterbehilfe

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich gegen jede Form des assistierten Suizids ausgesprochen.

Die Hospizbewegung, vertreten durch den „Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V.“ und die „Deutsche Stiftung Patientenschutz“ lehnen sowohl die Tötung auf Verlangen wie einen ärztlich assistierten Suizid ab. Es gebe ein Recht auf Leben und Recht auf Sterben, aber kein Recht, durch andere getötet zu werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dürfe nicht zerstört werden. Diese Position bietet Palliativmedizin und PalliativeCare als Alternative an. Von einer Lockerung des Strafrechts befürchtet diese Position einen steigenden sozialen Druck auf schwer kranke, pflegebedürftige und alte Menschen, anderen „nicht zur Last zu fallen“.

### 2) Unter besonderen Bedingungen zu erlaubende ärztliche Suizidhilfe (sog. „Indikatorenlösung“)

Im August 2014 traten einige Palliativmediziner und Medizinethiker (u.a. Gian Domenico Borasio, Urban Wiesing, Jochen Taupitz/Heidelberg) mit einem eigenen Vorschlag an die Öffentlichkeit. Assistierter Suizid solle straffrei bleiben, wenn er

- a) auf freiwilligen Wunsch einer volljährigen, einsichtsfähigen Person erfolge,
- b) strenge Sorgfaltspflichten eingehalten würden. D.h.: Wenn der Wunsch des Patienten freiwillig sei, er über andere, v.a. palliativmedizinische Möglichkeiten aufgeklärt wurde und ein weiterer unabhängiger Arzt mit ihm gesprochen habe. In Frage käme der assistierte Suizid nur bei unheilbar Erkrankten mit begrenzter Lebenserwartung.

Begründet wird dieser Vorschlag damit, dass Palliativmedizin zwar zur Schmerzlinderung beitrage, Suizidwünsche aber nicht allein auf Schmerzen zurückzuführen seien. Es gäbe seelische Schmerzen, Verzweiflung und als unwürdig erlebte Situationen, in denen nur sehr begrenzt geholfen werden könne. Die Autoren betonen, mit dieser Gesetzesregelung allen anderen Formen aktiver Sterbehilfe einen Riegel vorschieben zu wollen.

### 3) Grundsätzliche Selbstbestimmung und Autonomie

Für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe treten humanistische Verbände (Humanistische Union/DGHS) ein. Ihre Position ist oft bewusst „anti-kirchlich“ ausgerichtet. Unter „Sterben in Würde“ verstehen diese Organisationen „selbstbestimmtes Sterben“. Als Argumentation wird auf die erlaubte ärztliche Suizidbeihilfe im Staat Oregon verwiesen. Menschen, die sie in Anspruch nahmen, sollen dies vor allem mit dem „Verlust der Selbständigkeit“, der Unfähigkeit, Dinge zu tun, die „das Leben lebenswert machen“ und der „Würdelosigkeit“ ihres Zustandes begründet haben. Dies bedeutet: jeder Mensch hat das Recht, selbst zu definieren, was für ihn würdelos ist und hat das Recht, über seinen Tod selbst zu bestimmen.

Theologisch wurde die Möglichkeit freiwilligen, ärztlich assistierten Suizids spektakulär durch Harry N. Kuitert und Hans Küng vertreten. Küng geht es dabei nicht um eine Freigabe der Sterbehilfe. Er will eine Mittelposition zwischen einem „unverantwortlichen Libertinismus“ und einer „dogmatischen“, rigorosen Verurteilung jedes individuellen Suizidwilligen finden. Heikel wird diese Positionierung allerdings, wo die „Würde“ des Menschen an bestimmten Eigenschaften festgemacht wird und wo z.B. die Angst vor einer beginnenden Demenz als Selbsttötungsgrund erwogen wird.

## Wie positionieren sich Kirche und Diakonie?

Das Thema „Sterben“ ist zu komplex, als dass sich einfache Antworten finden ließen. Als Evangelische Kirche argumentieren wir theologisch, aber ebenso aus der Erfahrung heraus, die Hospizmitarbeitende, Krankenhauseelsorgerinnen, Altenheimseelsorger, Gemeinde-seelsorgerinnen, Mitarbeitende in diakonischen Einrichtungen und die beruflich und ehrenamtlich in der Seelsorge Engagierte machen.

*Gemeinsam mit der EKD und der Diakonie Deutschland befürworten die Evangelische Landeskirche in Baden und das Diakonische Werk Baden ein generelles Verbot organisierter Sterbehilfe und lehnen eine Beihilfe zum Suizid als potentielle ärztliche Aufgabe ab. Wir befürchten, dass durch eine Legalisierung der Beihilfe zum Suizid dieser zu einer unhinterfragten, normalen Variante des Sterbens werden könnte und auch bei einer gesetzlichen Einschränkung auf einen kleinen Kreis von Patienten ein moralischer Druck auf depressive, alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen entsteht, diesen Ausweg zu wählen. Die viel berufene „Selbstbestimmung“ würde dadurch konterkariert. Unsere Ablehnung organisierter aktiver Sterbehilfe bedeutet nachdrücklich nicht, dass wir Menschen aus religiösen Gründen leiden lassen wollen oder suizidwillige Menschen moralisch verurteilen - es muss vielmehr alles getan werden, um die Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern, Hilfsmöglichkeiten zur Linderung auch öffentlich bekannt zu machen und Begleitung und Seelsorge an einsamen, depressiven, kranken und sterbenden Menschen auszubauen. Es gibt Wege der indirekten und passiven Sterbehilfe, so dass die bestehende Gesetzgebung ausreicht. Wir geben zu, dass es einzelne Schicksale gibt, bei denen Palliativmedizin und Begleitung keine Linderung bringen - es kann aber kein Recht auf Tötung eingefordert werden und es kann auch nicht allgemeinverbindlich geregelt werden.*

## Was muss diskutiert werden - auch theologisch?

Die Debatte um ein generelles Verbot bzw. die Legalisierung der Sterbehilfe wurde auch mit religiöser Metaphorik geführt. In der Debatte geht es nicht allein um gesetzliche Regelungen - es geht auch um die Fragen nach Gott und dem, was Menschen letztendlich trägt, nach Autonomie, Menschenwürde und Sozialität des Menschen.

### „In Gottes Hand“ - Die Frage der Selbstbestimmung

Zunächst: Es kann nicht darum gehen, sterbewillige Menschen zu verurteilen. Einige biblische Figuren sterben nicht „lebens satt“ sondern sind lebensmüde: Der alte Jakob findet sein bisheriges Leben sinnlos (Gen.47,8-10), der durch Blindheit arbeitsunfähige Tobit will sterben und betet - ganz fromm - darum (Tob.3,6). Hiob will sein Leiden nicht länger ertragen (Hi.3,20-22).

Als allumfassende Wirklichkeit hält Gott menschliches Leben zu jeder Zeit in Händen und die Sterbenden fallen in Gottes aufgehaltene Hand - so die Grundüberzeugung des christlichen Glaubens. Dennoch gibt es bezüglich des Lebensendes viele den Menschen auferlegte Entscheidungen, die sich nicht so einfach lösen lassen: Soll eine Behandlung durchgeführt oder unterlassen werden oder gilt es sie gar abubrechen? Wenn wir also vom „Leben und Sterben in Gottes Hand“ sprechen, enthebt das Menschen nicht - möglicherweise falscher - Entscheidungen, wohl aber entzieht es individuelles menschliches Leben und Sterben jeder Bewertung und Verfügbarkeit durch andere. Jeder Mensch kann über das „Wie“, aber nicht über das „Dass“ seines und anderer Leben bestimmen. Die Argumentation der „Selbstbestimmung“ geht von einem Ideal aus, in dem der Mensch als Herr/in seines Schicksals fortwährend Entscheidungen trifft und Partnerschaft, Familie, Karriere, Vermögensanlage, Alterssicherung und schließlich auch das Sterben „plant“. Abgesehen davon, dass die entscheidendsten und tiefsten Momente im Leben sich jeder

Planbarkeit entziehen, ist diese angebliche Souveränität ein Phantom, wenn nicht gar eine Täuschung.

Das Beharren auf das „Selbstbestimmungsrecht“ des Menschen übersieht, dass jeder menschliche Willensakt in biographische, soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Koordinaten eingebunden ist. Auch wenn Befürworter der aktiven Sterbehilfe ökonomische Motive vehement abstreiten, findet die Diskussion doch nicht in einem neutralen Raum statt, sondern im Umfeld gravierender Einschnitte in das Gesundheitswesen, der Rentendiskussion und eines zunehmenden Fachkräftemangels in der Altenpflege. Aus der gewünschten Sterbehilfe kann in diesem Kontext rasch eine gesellschaftlich erwünschte werden.

Wenn das Recht auf Selbstbestimmung absolut gesetzt wird, dann muss das Recht auf Beihilfe zum Suizid oder auf Tötung auf Verlangen auch Menschen zugestanden werden, die „lebensmüde“ sind, also zum Beispiel in ihrer Depression den Tod herbei sehnen. Wie aber soll ein durch eine psychische Erkrankung verursachter Todeswunsch von einem Todeswunsch unterschieden werden, der auf der Basis selbstbestimmter Entscheidung getroffen wurde? Hierzu gibt es kaum klare psychiatrische Verfahren.

### **Die Frage nach Autonomie, Abhängigkeit und Fürsorge**

In der Diskussion ist oft von „Sterben in Würde“ die Rede, ohne dass näher thematisiert wird, wie denn solch ein Sterben gestaltet werden könnte. „Würde“ wird vielmehr vorschnell mit einem „selbstbestimmten“ Ende, einer assistierten Beendigung des Lebens gleich gesetzt. Wer so argumentiert, macht Sterben zu einem medizinischen Problem und liefert Sterbende damit einer Logik aus, die er gleichzeitig mit dem Pathos der Selbstbestimmung zu bekämpfen vorgibt. Die Gleichsetzung von „Würde“ mit „Selbstbestimmung“ spielt mit der Angst vieler Menschen, einmal ausgeliefert und abhängig zu sein. „Abhängigkeit“ ist das neue gesellschaftliche Tabu.

Dagegen ist deutlich zu machen, dass im Menschsein gleichursprünglich zur Individualität auch die Sozialität gesetzt ist - geschaffen als Mann und Frau (Gen.1,27), aufeinander als Hilfe verwiesen (Gen.2,18). Nach biblischem Zeugnis wird der Mensch als der Hilfe bedürftiges und Hilfe gebendes Wesen geschaffen. Gerade der offensichtlich abhängige, auf Hilfe angewiesene Mensch präsentiert die volle Menschlichkeit und deren Würde, nicht deren Verlust.

### **Die Frage der Ausweglosigkeit**

Auch in der hospizlichen Begleitung, in der Altenheimseelsorge, in Kliniken und Gemeinden begegnen immer wieder Menschen, die sich ein Ende ihres Leidens wünschen. „Ich möchte so nicht mehr weiterleben“, klagen schwer Kranke und verbitterte alte Menschen. Diese Sterbewünsche sind ernst zu nehmen und sind keinesfalls moralisch abzuurteilen. In ausweglosen Situationen - nicht nur am Lebensende, sondern während des ganzen Lebens - kann der Gedanke an die eigene Sterblichkeit mitunter auch entlastend sein, indem er gegenwärtig quälende Gegebenheiten relativiert und zumindest eine radikale Alternative in ansonsten aussichtslos erscheinenden Lebenslagen anzubieten scheint - ohne dass die Betroffenen dann wirklich Suizid begehen oder wirklich sterben wollen.

Viele Menschen, die fern vom Tod ganz deutlich geäußert haben, im Falle von Siechtum oder Demenz schnell sterben zu wollen, ändern diese Meinung, wenn sie real in einer solchen Situation sind oder solchen Situationen näher kommen. Die Erfahrung in Hospizen zeigt, dass sich Sterbewünsche bald legen, sobald Menschen bei einer intensiven palliativen Betreuung und Begleitung erfahren, dass sie nicht allein sind.

Erschreckend viele alte Menschen äußern Suizidwünsche, weil sie für sich eine negative „Lebensbilanz“ ziehen. Die christliche Botschaft, die in Seelsorge und Begleitung vermittelt werden kann lautet dagegen: Kein Mensch ist Richter seiner selbst und Gott ist

größer als unser Herz. Menschen müssen sich nicht selbst vollenden oder ihr Leben abrunden, sondern dürfen getrost als Fragment leben.

Der Wunsch „ich möchte sterben“ kann ein Gesprächsangebot „ich möchte über mein Leben und Sterben reden!“ sein, er kann nicht nur Ausdruck von körperlichen Schmerzen, sondern auch seelischer Qual sein. Eine gute palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung kann Schmerzen beseitigen oder lindern - dennoch bleiben seelische Schmerzen - Selbstzweifel, Selbstekel, Angst - bestehen. Obwohl Befürworter/innen der aktiven Sterbehilfe gerade auf diese medizinisch nicht zu lindernden Schmerzen hinweisen, geht aktive Tötung eben nicht auf diese Fragen ein, sondern bietet allein eine schnelle Lösung an.

Seelsorglich ist es unbedingt zu vermeiden, den Weg, den ein Mensch für sich selbst einschlägt, zu verurteilen. Statt Ver- oder Beurteilung ist in seelsorglicher Situation unbedingt Anteilnahme und Begleitung gefordert.

### **Die Frage nach der Würde**

Die Diskussion über den assistierten Suizid hat auf den ersten Blick nichts mit dem Lebensalter von Menschen zu tun. Dennoch besteht die Gefahr, dass durch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, ja bereits durch die heftig geführte Diskussion der Druck auf alte, pflegebedürftige Menschen erhöht wird, „anderen nicht zur Last zu fallen“. Die aus Angst vor Demenz begangenen Suizide prominenter Menschen, auch Hans Küngs Bekenntnis („So möchte ich einmal nicht leben“) erweitern in der Diskussion die Reichweite des assistierten Suizids von todkranken auf Menschen mit mentalen Einschränkungen. Ist selbstvergessendes Leben mit einer Demenz noch „würdig“ oder ist sie „Verlust der vollen Menschlichkeit“?

Menschenwürde ist nach christlichem Verständnis nicht begründet in der Autonomie, Fähigkeit zur Glücksempfindung oder Leistungsfähigkeit des Menschen, sondern kommt ihm passiv aufgrund der menschlichen Gottesebenbildlichkeit (Gen.1,27) durch seine bloße Existenz zu. Man kann „Demenz“ als beschädigtes Leben begreifen - aber auch als eine Lebensphase mit ganz eigenen Aufgaben und Erfahrungen! Dementes Leben oder Leben in Krankheit und Schmerz ist deshalb nicht menschenunwürdig. Menschen mit einer Demenz erleben Momente des Elends wie Momente des Glücks - wie alle anderen Menschen auch. Aussagen, die dementes Leben oder Leben in Krankheit und Schmerz abqualifizieren, sind implizit auch immer Aussagen über behindertes Leben.

Wenn assistierter Suizid oder gar Tötung auf Verlangen zu Handlungsoptionen werden, entsteht ein zusätzlicher Druck auf pflegebedürftige Menschen, anderen nicht zur Last zu fallen oder immense Kosten für ihre Betreuung und Pflege zu beanspruchen. Aus dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben wird so relativ schnell ein Zwang zur Selbstlegitimation. Menschenwürde besteht aber gerade darin, dass menschliches Leben nicht legitimiert und begründet wird, sondern jeder Mensch ein Lebensrecht hat, das er selbst nicht begründen muss. Im Namen der Menschenwürde das Recht auf Sterbehilfe zu eröffnen, kann also unbeabsichtigt dazu führen, die Menschenwürde in Frage zu stellen.

Eine ähnliche kontraproduktive Wirkung kann sich auf das Verhältnis zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en ergeben. Wenn Mediziner/innen auch für assistierten Suizid oder gar Tötung auf Verlangen zuständig werden, kommen sie in Konflikt mit ihrem unbedingten Auftrag, Leben zu bewahren. Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en könnte gestört werden.

### **Gibt es ein christliches Sterben?**

Die breite Diskussion über „Sterbehilfe“ macht deutlich: wir müssen über die Kultur des Sterbens sprechen! Gerade als Kirche haben wir einen Schatz an Traditionen, um Sterben und Trauer zu begleiten und eine menschenfreundliche Sterbekultur zu gestalten. In einer

multikulturellen und multioptionalen Gesellschaft ist dabei zu akzeptieren, dass Menschen zu verschiedenen ethischen Urteilen kommen. Wo aber Sterben und Tod ein planbares, medizinisches zu lösendes Problem werden, werden sie gerade ihres Mysteriums beraubt. Das vorgeblich „autonome“ Sterben ist das schnelle, saubere Sterben. Es gibt versöhntes, dankbares, zorniges, kämpferisches und sich ergebendes Sterben, das nicht unter ein Diktat „glücklichen“ Sterbens gezwängt werden sollte.

Die traditionelle christliche ars moriendi (Kunst des Sterbens) versteht Sterben als ein zustimmendes Geschehen-Lassen am Ende des Lebens; Sterben ist damit weder ein rein aktiver noch ein rein passiver Prozess. Gerade Martin Luthers „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ (1519) bietet eine erfahrungsgesättigte, auch heute noch zu bedenkende Anleitung:

- Der Mensch soll „sein Haus bestellen“, d.h. so weit es geht seine irdischen Angelegenheiten regeln. Selbstbestimmung und Planung haben hier also durchaus einen Ort.
- Der sterbende Mensch hat das Recht, sich auf sich selbst zu konzentrieren und gegebenenfalls sich in sich zurück zu ziehen. Dies heißt in heutiger Sprache: auch dem „nicht mehr kommunikationsfähigen“, komatösen Mensch darf nicht das Recht auf Leben abgesprochen werden.
- Der sterbende Mensch soll anderen und sich selbst vergeben und vergeben lassen. Er fällt damit auch kein abschließendes Urteil über sein eigenes Leben wie auch über das Leben anderer, sondern überlässt Gott das Urteil. Dem widerspricht ein Bilanzsuizid, der selbst zu dem abschließenden Urteil kommt, dass ein Weiterleben sinnlos sei.
- Der Mensch soll sich beizeiten „Bilder sammeln gegen den Tod“ - schöne Erinnerungen, Vorbilder, nach Luther auch das Bild des menschenfreundlichen und des leidenden Christus. Gerade aus kreuzestheologischer Perspektive ist festzuhalten, dass Leid und Schmerz Leben nicht sinnlos machen.
- Besonderen Wert legt Luther auf den Empfang des Abendmahls, also der nonverbalen, sinnlich erfahrenen Heilzusage Gottes. Hier behauptet sich der Mensch nicht bis zuletzt und hält an sich fest, sondern gibt sich hin: „Nicht mein Wille, sondern dein Wille geschehe“ (Mark.14,36). Menschen, die ihr Leben aus Gottes Hand empfangen und in Gottes Hand zurückgeben, sehen nicht sich selbst, sondern Gott als die letztlich entscheidende Instanz ihres Lebens an. Menschen müssen nicht durch einen geplanten Tod ihrem Leben einen „würdigen“ Abschluss geben oder durch Umgehung von Schmerzen und Siechtum ein Idealbild ihrer selbst bis zuletzt zu präsentieren. Die Hoffnung auf Auferstehung und ewiges Leben besagt auch, dass Schmerz und Verfall oder die Verzweiflung über die eigene Lebensbilanz nicht das letzte Wort haben.

## Was bedeutet dies für unsere Gemeinden?

Kirche und Diakonie müssen nicht defensiv auf die Initiativen von Befürwortern aktiver Sterbehilfe und des assistierten Suizids reagieren. Sie können dem Ideal von Selbständigkeit und Autonomie bis zum Schluss eine Anthropologie entgegensetzen, die das Angewiesensein von Menschen aufeinander ihre gegenseitige Abhängigkeit betont. Diese theologischen und anthropologischen Fundierung hat praktische Konsequenzen:

Mit der EKD und Diakonie Deutschland treten wir als Evangelische Landeskirche und Diakonisches Werk Baden für eine flächendeckende Umsetzung stationärer und ambulanter Palliativversorgung und die weitere Förderung der Hospizarbeit ein. Der Verweis auf die vorbildliche Hospizarbeit reicht aber nicht aus, wo Sterben an sie delegiert wird. Gestorben wird allein, in der Familie, im Krankenhaus, im Pflegeheim - hier ist neben fachlicher Begleitung die Entwicklung einer Sterbe- und Trauerkultur gefragt, wie es sie in den meisten diakonischen Einrichtungen schon gibt. Neben Hauptamtlichen leisten in

Gemeinden, Kliniken und Altenpflegeheimen zunehmend qualifizierte Ehrenamtliche im Seelsorgedienst oder in Besuchs- und Hospizdiensten Begleitung in Sterben und Trauer. Die Vernetzung lokaler Seelsorgeteams aus Haupt- und Ehrenamtlichen mit den diakonischen Einrichtungen, Krankenhäusern und Heimen und Anbietern ambulanter Pflege vor Ort kann eine „aufsuchende Seelsorge“ für alte, kranke und sterbende Menschen fördern.

Gemeinden können zudem viel zur Aufklärung beitragen, indem sie in Veranstaltungen über die Möglichkeiten der Palliativversorgung und Hospizbegleitung informieren. Hierzu ist eine enge Vernetzung mit der örtlichen Sozialstation/Diakoniestation hilfreich.

Ebenso brauchen wir aber auch angstabbauende Informationen über Depression, Demenz und gemeindliche Netzwerke, die einsame, depressive, pflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen besuchen und diese am Gemeindeleben teilhaben lassen.

Die Seelsorge mit kranken und alten Menschen, aufsuchende Besuche bei Einsamen und Isolierten, die Seelsorge in Krankenhaus und Altenpflegeheim und die Hospizarbeit sind zu pflegen und auszubauen. Dies gilt insbesondere für die Begleitung von Angehörigen, die oft auch schwere Entscheidungen über die Weiterführung oder Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen treffen müssen.

## Zusammenfassung

Die Evangelische Landeskirche und das Diakonische Werk Baden lehnen eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder eines assistierten Suizids ab. Gesetze garantieren kein „gutes Sterben“. Es ist eine zusätzliche Belastung Sterbender, ihrer Angehörigen und der Pflegenden, ihnen auch noch ein „schönes Sterben“ abzuverlangen. Auch ein assistierter Suizid kann den Abschiedsschmerz nicht nehmen. Die Frage, was würdevoll sei, muss immer wieder neu thematisiert werden. Wir setzen uns in unseren diakonischen Diensten und Gemeinden durch Seelsorge, Hospizarbeit, Besuchsdienste für kranke, alte und sterbende Menschen ein.

Daraus leiten wir ab:

Töten darf keine ärztliche Aufgabe werden. Es kann von heilenden und pflegenden Berufsgruppen nicht verlangt werden, Menschen zu töten- auch nicht von den sterbewilligen Menschen selbst.

Wir befürchten, dass durch eine Legalisierung der schnelle Tod als „normale“ Variante des Sterbens gelten könne und dadurch sozialer Druck auf pflegebedürftige, kranke oder alte Menschen ausgelöst wird. Dies widerspricht wahrer Selbstbestimmung.

Die geltenden Regelungen hinsichtlich indirekter und passiver Sterbehilfe sehen wir als ausreichend an.

Wir erkennen an, dass sich auch in diesem Rahmen Menschen irren und falsche Entscheidungen treffen können. Eine alles regeln wollende Gesetzgebung würde daran allerdings nichts ändern.

Wir setzen uns für einen weiteren Ausbau der stationären vor allem aber auch ambulanten palliativen Versorgung.

Wir setzen uns für den Ausbau und die Förderung von haupt- und ehrenamtlichen Initiativen zur Suizidprophylaxe, gerade auch im Alter, ein Neben gezielter Suizidprophylaxe leisten Gemeindeseelsorge, Krankenhaus- und Altenheimseelsorge einen Beitrag, kranken und alten Menschen beizustehen. Dies bedeutet aber auch, dass Sterbe- und Trauerbegleitung nicht delegiert werden können - beides sind genuine Aufgabe unserer Gemeinden.



## Leseempfehlungen

ACK Baden Württemberg, Krankheit, Leiden, Sterben, Tod. Eine Handreichung der Kirchen für Pflege, soziale Arbeit, Beratung und Seelsorge. Stuttgart 2015.

Bedford-Strohm, Heinrich, Leben dürfen. Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe. München 2015.

Berner, Knut, Kein Tod ist besser als der andere. Anmerkungen zur Debatte um „selbstbestimmtes Sterben“. Deutsches Pfarrerblatt 2 (2015), S. 64-68.

Diakonie Deutschland, Grenzen des Helfens oder Hilfe an der Grenze? Position der Diakonie Deutschland zur aktuellen Debatte um die Beihilfe zur Selbsttötung (sog. „Assistierter Suizid“). Berlin 29. Sept. 2014.

Klie, Thomas/Student, Johann Christoph, Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg. 2007.

Informationen zu Begrifflichkeiten: [www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf)

Basisinformationen, Statistiken, Hilfe: [www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de) (Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe)

Urte Bejick, Matthias Kreplin - Februar 2015