

---

# Wenn Menschen nicht mehr leben wollen

## Sterbewünsche als ethische Herausforderung

Florian-Sebastian Ehlert

---

*Zusammenfassung:* Sterbewünsche sind umfassender als die Debatten über Sterbehilfe vermuten lassen. Sie werden als Grenzerfahrungen beschrieben und als Ausdruck von Schamerfahrungen gedeutet. Möglich sind Prägungen nationalsozialistischer Erziehung, in der Krankheit und Hilflosigkeit entwertet wurden. Die klassische normative Ethik stößt hier an Grenzen. Es werden verschiedene theologische und biomedizinische Ansätze diskutiert. Insbesondere wird eine Ethik der Scham auf der Grenze von Individualität und sozialer Dimension skizziert.

*Abstract:* This article describes the difference between wishes to die and discussions about euthanasia. These wishes are interpreted as expressions of shame. Several theological and biomedical ethics are discussed.

### 1 Einleitung

Immer wieder äußern kranke Menschen, nicht mehr leben zu wollen. Dies stellt Angehörige, aber auch Ärzte und Pflegende, vor besondere Herausforderungen. Sterbewünsche werden in der Regel sehr real verstanden. Als Antwort werden dann mit großem Engagement Debatten über die Sterbehilfe geführt. Darin zeigt sich, dass viel auf dem Spiel steht. Aber ist diese selbstverständliche Kopplung der Sterbehilfedebatte an die Äußerungen von Sterbewünschen berechtigt? Manche Patienten finden sich in diesen Exkursen nicht wieder. Denn Sterbewünsche sind umfassender, als es die üblichen Debatten über Sterbehilfe vermuten lassen. Eine Differenzierung kann weiterhelfen: Was meinen Patienten, die nicht mehr leben wollen? Es wird sich zeigen, dass diese hermeneutische Übung Einfluss auf die Ethik nehmen wird, weil die klassische normative Ethik dem Phänomen der Sterbewünsche nicht gerecht werden kann.

Ich möchte dies ausgehend von einem Beispiel aus der Seelsorge verdeutlichen. Mir geht es dabei nicht darum, die Seelsorge als Maßstab zu etablieren, sondern vielmehr, den Blick, die Wahrnehmung sowie die Deutung des Wahrgenommenen aus der Seelsorge in die ethischen Diskurse im Krankenhaus und in der Gesellschaft einzubringen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. zum Folgenden: *Florian-Sebastian Ehlert*, Ethik und Realität. Pastoralpsychologische Aspekte zur Ethikberatung, in: *WzM* 65 (2013), 433–446, bes. 439–441.

## 2 Fallgeschichte

Es geht um eine Patientin, Mitte 70, seit Jahrzehnten asthmakrank, die notfallmäßig mit einer Divertikulitis in die Klinik kam. Die Operation gelang, allerdings musste der Patientin ein künstlicher Darmausgang gelegt werden. Unter der Operation gab es offenbar eine Komplikation. Die operierende Ärztin ließ mich als Seelsorger rufen. Was genau passiert war, habe ich nicht erfahren.

Ich besuchte die Patientin. Sie sollte mobilisiert werden. Das erste Sitzen erlebte sie als eine Zumutung. Voller Panik bat sie darum, wieder liegen zu können. Danach weigerte sie sich immer wieder, sich aufzusetzen. Die Ärzte redeten ihr zu, und auch ich wollte ihr eine Mitarbeit schmackhaft machen. Aber es ging nicht. Irgendwann erzählte sie, leicht verschämt, dass ihre Mutter wohl gesagt hätte: Streng dich ein wenig an, dann wird es schon gehen. Die Patientin sagte, dass sie selbst bis zuletzt nach diesem Motto gelebt habe. Aber jetzt ginge es nicht. Ihr Mann, vor allem aber beide Kinder setzten sie unter Druck, sie solle sich mehr zusammenreißen. Wir sprachen darüber, dass sich diese Haltung für sie lange Zeit bewährt hätte. Aber dass es sein könne, dass sie jetzt nicht weiterhelfen könnte.

So ging das viele Wochen lang. Immer wieder die Mühe der Mobilisierung und ihr Leiden daran. Dann berichtete sie von ihren Bildern vom Sterben: das erschien ihr als ein letzter Ausweg, ja, als eine Erlösung aus diesem Zustand, den sie selbst nicht verstehen konnte. Meine Aufgabe sah ich vor allem darin, aufmerksam zu sein und dieses Spannungsfeld mitzutragen. Moralischem Druck war sie ohnehin im Übermaß ausgesetzt. Mein Gefühl war, dass sie mir mit diesen Gedanken etwas beichten würde, was sie ansonsten vor den anderen verborgen hielt.

Aus der Blockade konnte sich die Patientin nicht mehr befreien. Nach einigen Monaten wurde sie dann in die Reha-Klinik entlassen, das Krankenhaus konnte ihr nicht mehr weiterhelfen. Von der Reha aus ging sie dann in ein Pflegeheim. Dort ist sie einige Monate später verstorben.

Die Kinder der Patientin suchten mich später noch einmal auf und erzählten, dass sie und ihre Mutter zum Ende des Lebens einander zunehmend fremd geworden waren und sie sich kaum noch etwas zu erzählen hatten. Den Kindern gelang es nicht, sich von dem Vorwurf an ihre Mutter zu lösen, sie hätte mehr aus der Situation machen können. Wir haben uns dann noch einmal diese zwiespältige Zeit vergegenwärtigt, so dass die Kinder zumindest im Nachhinein etwas von ihrer Mutter verstehen konnten. Mir wurde in diesen Nachgesprächen deutlich, dass keiner zu Lebzeiten der Patientin auf die Idee gekommen war, sich an eine solche Verstehensübung heranzuwagen. Ich selbst übrigens auch nicht.

Die Patientin war sich, so ist mein Eindruck, über ihre eigene Situation nicht im Klaren. Die Patientin bewegte sich in einem Zwischenbereich: Zwischen den Impulsen, etwas für die weitere Genesung tun zu wollen, und der Erkenntnis,

der eigenen Erkrankung hilflos ausgeliefert zu sein. Sie bewegte sich zwischen den widersprüchlichen Bildern vom Sterben: vom Sterben als Ausweg, aber auch vom Sterben als offenkundig vor ihr liegender Realität, aber auch vom Wunsch nach Leben. In diesem Zwischenraum gab es keine klare Grenze. Ich wusste oft nicht, woran ich mit ihr war: Wollte sie sterben oder sah sie das Sterben als unweigerlichen Weg vor sich? Wollte sie um das Leben kämpfen oder hatte sie sich aufgegeben? Dieser grenzenlose Zustand war auch für die Mitarbeitenden auf der Station und für die Angehörigen eine Herausforderung. Gerne hätten sie ihr viele Hilfestellungen gegeben. Aber die Patientin konnte diese nicht für sich nutzen. So standen sie alle vor einem Rätsel.

### 3 Deutungen

#### 3.1 Grenzen

Die geschilderte Patientin mag als ein Beispiel gelten, das Hinweise auf grundsätzliche Fragen im Umgang mit Sterbewünschen geben kann. Neben zahlreichen Einzelmaßnahmen, die z. B. aus palliativmedizinischer Sicht sinnvoll erscheinen (Symptomkontrolle, Pflegerische Maßnahmen, soziale Hilfen, Gespräche, u. v. a. m.), soll es hier um einige pastoralpsychologische Beobachtungen gehen.

Im Leben braucht es Grenzen. Eine Grenze hat die Funktion, einen Bereich von einem anderen zu differenzieren. Zum Beispiel spielt die Differenz zwischen der inneren Welt und der äußeren Realität eine große Rolle. Nur wenn wir hier unterscheiden können, sind wir einigermaßen fähig zu leben. Es funktioniert nämlich nicht, wenn jemand z. B. die inneren Bilder, Phantasien und Vorstellungen für das wirkliche Leben hält. Das ist ganz alltäglich: Ich kann mich in meinen Bildern über die anderen Menschen so festlegen, dass ich dann gar nicht mehr offen bin für das, was denn wirklich ist. Das ist wie gesagt ganz alltäglich. Wenn die Grenzen zwischen Innen und Außen verschwinden, zeigen sich schwere krankhafte Zustände wie Verwirrungen, Psychosen oder ähnliches: Diese Zustände sind auch dadurch gekennzeichnet, dass die Grenze zwischen den inneren (Wahn-)Bildern und der äußeren Realität nicht mehr vorhanden ist.

Im somatischen Krankenhaus kommt der Körper noch mit in die Betrachtung hinein. Den Körper kann man als einen intermediären Raum verstehen, er bildet so etwas wie einen Zwischenbereich zwischen Innen und Außen. Es gibt eine Kommunikation des Körpers mit der inneren Welt des Menschen, denn er wirkt auf die Seele und den Bereich der inneren Bilder ein. Der Körper ist die Genese der Affekte und des Ichs.<sup>2</sup> In der späteren Entwicklung kommt

---

<sup>2</sup> Thomas Hartung/Michael Steinbrecher, Der Körper im Psychoanalytischen Feld, in: Thomas Hartung/Laura Viviana Strauss (Hg), Tauchgänge. Psychoanalyse der äußeren und inneren Realität, Göttingen 2013, 65–96, 66.

zu dieser genetischen Funktion des Körpers noch eine Gegenbewegung hinzu, indem der Körper als Träger seelischer Konflikte fungiert und dann im Sinne der Psychosomatik diese Konflikte in körperlichen Symptomen zum Ausdruck bringt.<sup>3</sup> *Thomas Hartung* und *Michael Steinbrecher* beschreiben die Funktion des Körpers „als Zwischenspeicher für unerträgliche Affektbeträge, die weder zur Integration ins Ich noch zur Kommunikation mit der Außenwelt zugelassen werden können.“<sup>4</sup> Am Beispiel der Schmerztherapie zeigt sich das Wechselspiel zwischen seelischen und körperlichen Stressmomenten.<sup>5</sup> Somatische, psychosoziale und psychische Faktoren greifen ineinander. Schmerz kann dabei unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Es gibt einen Wahrnehmungscharakter, einen Willensaspekt (im Umgang mit Schmerzempfinden): Das Empfinden ist subjektiv. Es braucht aber eine Form der Verständigung, weil die „Sprache“ des Schmerzes<sup>6</sup> entschlüsselt werden muss. Der Phantasie kann dabei die Funktion zukommen, sich mit den Realitäten auseinander zu setzen.

Schließlich schafft ein kranker Körper unweigerlich Realitäten im Leben. Bei der geschilderten Patientin ist ihr jahrelanges Leiden unter ihrem Asthma zu erwähnen, einer Krankheit, bei deren Entstehung psychische Anteile oft eine wichtige Rolle spielen.<sup>7</sup> Vor allem nach langer und schwerer Erkrankung können dann die Zuordnungen ins Wanken geraten und die Grenzen kaum mehr erkennbar sein.<sup>8</sup>

Mein Eindruck ist, dass bei vielen Patienten, die über das Sterben nachdenken, ebenfalls diese Grenzen unscharf geworden sind. Denn Patienten mit Sterbewünschen bewegen sich in Zwischenbereichen: zwischen den Bildern der inneren Welt, ihren Phantasien und Träumen einerseits und der äußeren Realität andererseits. Sie bewegen sich in einer Ohnmacht der Krankheit gegenüber und dem Wunsch, autonom eigene Entscheidungen treffen zu können.

3 Z. B.: *Joachim Küchenhoff*, Psychosomatik, in: *Wolfgang Mertens/Bruno Waldvogel* (Hg.), Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, Stuttgart<sup>2</sup> 2002, 588–594.

4 *Hartung/Steinbrecher*, Körper, 66.

5 *Anette Delbrück*, Schmerz in der Palliativmedizin, in: *Hubertus Kayser/Karin Kieseritzky/Hans-Bernd Sittig* (Hg.), Kursbuch Palliativ Care – Angewandte Palliativmedizin und -pflege, Bremen 2009, 236–295, bes. 236–244 sowie *H. Christof Müller-Busch*, Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens, Berlin<sup>4</sup> 2013, 138–153.

6 *Müller-Busch*, Abschied, 139.

7 „Asthma Bronchiale ist eine chronisch verlaufende, durch intermittierende Atemnotfälle gekennzeichnete Erkrankung, bei der in rund einem Drittel der Fälle psychische Probleme, insbesondere Nähe-Distanz-Probleme, der Entstehung, Auslösung und im Verlauf maßgeblich beteiligt sind.“ *Michael Erdmann*, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, Stuttgart<sup>5</sup> 2007, 339.

8 Meine Beobachtungen stützen sich auf Erfahrungen eines somatischen Krankenhauses, in dem viele ältere Patienten, oft mit Krebsleiden, behandelt werden. Für den Bereich der Unfallchirurgie mit eher jüngeren Patienten sowie für die Psychiatrie oder auch der Sozialpsychiatrie müssten diese Aspekte modifiziert werden.

### 3.2 Normativität

Vordergründig gibt es bei der Patientin und ihren Angehörigen einen Normenkonflikt. Es gab die Familiennorm, die besagte, dass man sich anzustrengen und sich auch bei körperlichen Beschwerden zusammen zu reißen hat. Sie hat, wie sie berichtete, diese Haltung von ihrer Mutter übernommen. Lange Zeit wird sie mit dieser Norm im Leben gut zu recht gekommen sein. Allerdings gehe ich davon aus, dass die langjährige Vorerkrankung unweigerlich Folgerungen für die Bindungen und Beziehungen zu den anderen Familienmitgliedern hat. Mit dieser genannten Familiennorm geht es weniger darum, Autonomie und Selbstentwicklung zu befördern, sondern es geht eher um ein Funktionieren, das dann möglicherweise eine Autonomie eher behindert als befördert.

Im Krankenhaus hat bei ihr ein Wandel ihrer Lebensnormen begonnen. Die geschilderte Patientin erlebte eine Transformation ihrer eigenen Normen. Das Sterben rückte in größere Nähe, für sie war es real vorstellbar, mitunter sogar erwünscht, auf jeden Fall nicht mehr mit einem Scheitern verbunden. Dieser Wandel war eine Herausforderung für ihr ganzes Umfeld. Sie hat nicht mehr „mitgespielt“ und war aus der normativen Übereinkunft in der Familie ausgesichert. Unter diesem Wandel hat die Beziehung zu den Kindern und dem Ehemann gelitten: Sie wollten das alte Familienethos aufrecht halten. Alle waren verstört, weil die alten Normen ihre Plausibilität eingebüßt haben. Dieser Verstörung kann als ein ethisches Dilemma verstanden werden.

### 3.3 Scham

Der im Hintergrund stehende Schamkonflikt verdient eine eigene Wahrnehmung. Der von der Patientin phantasierte Vorwurf ihrer Mutter, sie solle sich mehr zusammenreißen, löste offenbar Schamgefühle aus. Mein Eindruck, dass die Patientin mir etwas „beichtete“, was sie vor anderen geheim hielt, weist in diese Richtung. Es kann auch sein, dass die Patientin ihre aktuelle Erkrankung als einen beschämenden körperlichen Mangel erlebte. Sie, die sie es geschafft hatte, trotz ihres Asthma die Familiennorm aufrechtzuerhalten, sieht sich nun einer Situation ausgesetzt, in der sie der Norm nicht mehr gerecht werden kann.

Schamgefühle spielen bei körperlicher Erkrankung, aber auch in der Nähe des Todes eine besondere Rolle.<sup>9</sup> In besonderer Weise wirken sie in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen oder Krankenhäusern. Es sind dabei nicht

<sup>9</sup> Müller-Busch, Abschied, 154–170; Mischa Hilgers, Scham. Gesichter eines Affekts, Göttingen 2012, bes. 129–146; Joachim Küchenhoff/Petra Strasser, Der Körper, der Mangel, die Scham, in: Joachim Küchenhoff/Joachim Pfeiffer/Carl Pietzcker (Hg.), Freiburger literaturpsychologische Gespräche. Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse, Band 32: Scham, Würzburg 2013, 77–92; Meinolf Peters, Narzisstische Konflikte im Alter – Zur Bedeutung des Ichideals und der Scham, in: PiA 4 (2007), 75–86.

nur beschämende Erfahrungen in der Krankheit, wie der Umgang mit einem künstlichen Darmausgang. Vielen fällt es schwer, überhaupt um Hilfe zu bitten und die Rufklingel zu betätigen. Die körperliche Gebrechlichkeit kann durch die mit ihr verbundene Hilflosigkeit und Abhängigkeit größte Schamgefühle auslösen.<sup>10</sup> Wie ist es zu verstehen, wenn Patienten aus Scham heraus nicht mehr sein wollen? *Léon Wurmser* schreibt dazu: „*Das Ziel der Scham ist das Verschwinden*: Dies kann am einfachsten durch das Verstecken geschehen, am radikalsten durch die Auflösung (Suizid).“<sup>11</sup> Sterbewünsche von Patienten können auch vor dem Hintergrund von Schamgefühlen verstanden werden. Der phantasierte Tod ist als eine Form zumindest gedanklichen Verschwindens zu verstehen.

Vor dem Hintergrund der deutschen Zeitgeschichte könnte außerdem die Abhängigkeit andere traumatische Erfahrungen aus früheren Zeiten reaktivieren. „Gerade eine ausgeprägte Hilfs- und dazu Pflegebedürftigkeit kann bei entsprechender Vorgeschichte die lebenslang bestehende Angst vor hilflosem Ausgeliefertsein bei gleichzeitiger Befürchtung unzuverlässiger Unterstützung durch andere wieder wachrufen.“<sup>12</sup> Ein um jeden Preis funktionierender Körper hat in den Kriegs-, aber auch in den ersten Nachkriegsjahren das Leben ertragen geholfen oder das Überleben überhaupt erst ermöglicht. Mit zunehmendem Alter kommt dieser Funktionsanspruch an den Körper an seine Grenzen. Ältere Menschen stehen dann vor besonderen Herausforderungen, wenn der Körper nicht mehr die Autonomie und Unabhängigkeit ermöglichen kann, die zu früheren Zeiten selbstverständlich war. Es wird zu einer besonderen Herausforderung, wenn diese Menschen nicht mehr durch Willensanstrengung und Pflichterfüllung ihrem Körper jenes für eine Selbstbestimmung erforderliche Funktionieren abverlangen können.

Viele der älteren Patienten sind in der Zeit des 3. Reiches sozialisiert worden.<sup>13</sup> Es war die Zeit, in der in besonderer Weise Härte und Stärke gefordert wurden. Schwäche, Schmerzempfindlichkeit und Weichheit wurden dagegen als unwert verteufelt. Die Erziehung begann bereits im Säuglingsalter, denn hier werden bereits die ersten Weichen für die Entwöhnung von der Mutter im Dienste des „groß angelegten Feldzuges unserer Staatsführung“<sup>14</sup> gestellt. Das bedeutete z. B.: Der Säugling wurde nach der Geburt 24 Stunden von der Mutter entfernt in ein Bett gelegt, erst dann begann das erste Stillen. Eine Mutter sollte ihren schreienden Säugling auf keinen Fall auf den Arm neh-

10 *Peters*, Narzisstische Konflikte, 79.

11 *Léon Wurmser*, *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*, Eschborn 42008, 147, kursiv im Original.

12 *Hartmut Radebold*, *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter*, Stuttgart 42011, 122.

13 Vgl. zum Folgenden *Sigrid Chamberlain*, *Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher*, Gießen 52010.

14 *Johanna Haarer*, *Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind*, München 1938, 7, zit. in: *Chamberlain*, *Hitler*, 16.

men, nicht stillen oder trösten. Dies vermerkte die NS-Ärztin *Johanna Haarer* in dem von ihr verfassten Erziehungsratgeber „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“. Er wurde auch nach 1945, wenn auch in abgeänderter Form,<sup>15</sup> unter dem Titel „Die Mutter und ihr erstes Kind“ als Standardwerk in Berufs- und Fachschulen genutzt. Die letzte Auflage erschien 1987. Die Autorin arbeitete nach 1945 bis zu ihrer Pensionierung 1965 weiter in verschiedenen deutschen Gesundheitsämtern.<sup>16</sup>

Das nationalsozialistische Interesse an der Säuglingspflege richtete sich gegen die alltägliche Abhängigkeit des Säuglings von haltenden und spiegelnden Beziehungen. Stillen im Vierstundentakt, kein Dialog der Augen, Essen als Machtmittel: Es ging darum, den Säugling von klein auf der Mutter zu entwöhnen und an die Forderungen des Volkskörpers zu gewöhnen. *Chamberlain* fügt hinzu, „daß eine nationalsozialistische Erziehung immer auch eine Erziehung durch Bindungslosigkeit zu Bindungsunfähigkeit ist.“<sup>17</sup>

Dies drückte sich auch in der Praxis aus, wie mit erkrankten Kindern umgegangen wurde. Krankheit galt als Versagen. In den Kinderlandverschickungslagern wurden Krankheiten und Schmerzen ignoriert, bis einige Kinder sterbenskrank in Krankenhäuser gebracht werden mussten. *Chamberlain* resümiert: „In der Realität empfanden viele kranke Kinder ihren Zustand als etwas strafwürdiges, das es zu verheimlichen galt. Dazu mag beigetragen haben, dass ihnen sehr früh abgewöhnt wurde, Schmerzen zu zeigen.“<sup>18</sup> Diese Ideologie von Beziehungsverweigerung war ein totaler Angriff auf die elementaren Fürsorgehaltungen von Müttern und Vätern. Aber es war ebenso ein Totalangriff auf die ethische Grundfähigkeit, sich von elementarer Hilfslosigkeit und Bedürftigkeit berühren zu lassen.

Die in den späten 1930er Jahren geborenen Kinder haben noch zu hören gekriegt: „Der deutsche Junge weint nicht“. Natürlich haben sie geweint, aber nur heimlich und dann ohne Trost und ohne den Kummer teilen zu können.

Die Erziehungsideale des Dritten Reiches: Stärke, Verschmelzung mit dem Volkskörper, Vermeidung von Schwäche und Abhängigkeit haben offenbar bis in die ersten Jahrzehnte der Bundesrepublik hinein gewirkt. Man kann davon ausgehen, dass diese Ideale lange Zeit mentalitätsbildend waren und die Selbstbilder der Heranwachsenden geprägt haben.

Diese Prägungen werden sehr unterschiedlich und individuell gewesen sein. Aus heutiger Sicht ist weiterhin ein Unbehagen angesichts von Hilflosigkeit oder Autonomieverlusten zu beobachten. Dies wiegt schwer in einer Gesellschaft, die auf Leistungsfähigkeit aufbaut. Es kommt dann unweigerlich zu nahezu unlösbaren inneren Dilemmata, wenn diese internalisierte Ent-

15 Z. B. verzichteten die Nachkriegsauflagen auf die Propagierung des 4-Stunden-Rhythmus beim Stillen. *Gregor Dill*, Nachwort. Notizen zur Geschichte der Haarer-Bücher im Dritten Reich und nach Kriegsende, in: *Chamberlain*, Hitler, 207–210.

16 Nach Wikipedia: [http://de.wikipedia.org/wiki/Johanna\\_Haarer](http://de.wikipedia.org/wiki/Johanna_Haarer), Abruf am 12. 2. 2014.

17 *Chamberlain*, Hitler, 11.

18 Ebd., 114.

wertung aller Hilflosigkeit und Krankheit mit der erlebten oder phantasierten Abhängigkeit bei Krankheit oder im Alter eine Allianz eingeht.

#### 4 Folgerungen für das ethische Verständnis

##### 4.1 Die Grenzen der Normativität

In der Regel werden Sterbewünsche im Kontext von Sterbehilfe diskutiert.<sup>19</sup> Sterbewünsche werden hier sehr real und als klare Handlungsaufforderung verstanden. Entsprechend stehen Fragen wie diese im Mittelpunkt der Diskussionen: Was ist erlaubt und was geboten? Es geht auch um rechtliche Fragen, auch das ärztliche Standesrecht ist berührt. Es geht um Argumente, die das Für und Wider der Sterbehilfe bzw. des assistierten Suizids begründen. Aus dem zuvor Gesagten ist deutlich geworden, dass diese Haltung eine Reduktion bedeutet, die der Komplexität und der Ambivalenz der geäußerten Sterbewünsche nicht gerecht wird. Diese allein auf die äußere Handlungsebene bezogene Sichtweise hat die anderen Aspekte aus dem Blick verloren: Zum Beispiel kommt die Welt der Phantasien und inneren Bilder nicht vor. Ebenso wenig kann sie ein Verständnis der zeitgeschichtlichen Prägungen und Haltungen zu Abhängigkeiten und Pflegebedürftigkeit entwickeln.

Die Ethik von *Wilfried Härle*<sup>20</sup> kann als ein klassisches Werk normativer theologischer Ethik verstanden werden. In dem Kapitel „Medizinethische Probleme am Lebensende“<sup>21</sup> setzt er sich mit der Sterbehilfe auseinander. Er beklagt, dass ein „hoher Prozentsatz“ in der Bevölkerung Tötung auf Verlangen bzw. assistierten Suizid als „gute Wege zu einem würdigen Sterben“ halten und entsprechende gesetzliche Regelungen fordern würden. Angesichts dieser Haltung seien jene, die diese Haltung nicht teilten, vor eine besondere Aufgabe gestellt. Sie müssen sich „um eine sorgfältige, d. h. einfühlsame und argumentativ nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Motiven und Gründen bemühen, durch die Menschen veranlasst werden, nach aktiver Sterbehilfe oder nach ärztlich assistiertem Suizid zu rufen“. Diesem Anspruch wird Härle selbst nicht gerecht. Er benennt vielmehr Gründe, warum diese beiden Wege kein richtiger Weg für ein Sterben in Würde sind, um dann auf die Lebenshilfe im Sterben einzugehen. Im Kontext von Sterbehilfe geht es ihm um Argumente, nicht um Verständnis der vielfältigen Motive. Sein wichtigstes Argument besteht in der Befürchtung, dass bei einer Legalisierung der Tötung auf Ver-

19 Beispielhaft sei ein Vortrag des Münchner Palliativmediziners und Medizinethikers *Ralf J. Jox* genannt, der am 15. April 2013 auf Sylt einen Vortrag unter den Titel „Umgang mit Suizidwünschen“ hielt und darin die ganze Sterbehilfedebatte mit den Erfahrungen aus der Schweiz, den Niederlanden und dem US-Bundesstaat Oregon erläuterte, die ppt-Folien finden sich unter [http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/jox/vortraege/sylt-13\\_04\\_2013.pdf](http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/jox/vortraege/sylt-13_04_2013.pdf), Abruf am 16. 1. 2014.

20 *Wilfried Härle*, Ethik, Berlin/New York 2011.

21 Ebd., 297–303. Alle folgenden Zitate 297 f.

langen bzw. einer Institutionalisierung des assistierten Suizids jene unter einen Rechtfertigungszwang geraten würden, die weiterleben wollten.

Damit kann er aber der Begegnung von Menschen in ihren Sterbewünschen nicht gerecht werden. Moralische Kategorien sind kaum geeignet, Menschen in diesen Lebenslagen angemessen zu begegnen. Es erscheint als unangemessen und wenig dienlich, auf Sterbewünsche mit der Überlegung zu reagieren, ob sie moralisch geboten oder moralisch falsch sind.

Es gibt aber auch andere bioethische Ansätze: In einer großen Interviewstudie<sup>22</sup> haben *Christoph Rehmann-Sutter*, *Heike Gudat* und *Kathrin Ohnsorge* onkologische Palliativpatienten zu ihren Bildern über das Sterben und den Tod befragt. Die Autoren weisen auf die besondere Vielschichtigkeit von Sterbewünschen hin. Sie betonen, dass „die Wünsche nach Sterbehilfe oder ärztlich assistiertem Suizid grundsätzlich durch eine schwankende, ambivalente, hypothetische und zukunftsorientierte Natur charakterisiert sind.“<sup>23</sup> Sie verweisen auf die besondere Bedeutung der Hermeneutik als Teil der ethischen Urteilsbildung. Dabei beschreiben sie die Prozesse ethischer Meinungsbildung durch soziale Interaktionen. „Diese beiden Aspekte – das Selbstverständnis der Patienten und das Verständnis der Anderen – sind im hermeneutischen Sinn immer miteinander verbunden.“<sup>24</sup> Sie beschreiben die ethische Folgerung: „Einer solchen Ethik geht es nicht nur um ‚Beurteilung‘ oder ‚Bewertung‘ von Handlungen, sondern um ein vertieftes und erweitertes Verständnis komplexer moralischer Zusammenhänge.“<sup>25</sup> Sie geben zu bedenken, dass sowohl der Autonomiebegriff, aber auch schon der Begriff des Wunsches zu vielschichtig sei, um ihn im rein normativen (Handlungs-)Sinn zu verstehen.

Für *Johannes Fischer* greift die Normativität ebenfalls zu kurz. Seine Überlegungen zum Suizid lassen sich gut auch auf das Phänomen der Sterbewünsche übertragen.<sup>26</sup> Er kritisiert, dass in den gängigen Diskussionen über Suizid und Suizidbeihilfe die Bedeutung, die ein Suizid hat, ausgeblendet wird. Denn ein Suizid hat nicht nur für den, der sein Leben beenden will, eine Bedeutung,

22 Die Studie wurde an der Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften der Universität Basel erarbeitet unter dem Titel: *Terminally ill Patients wish to die. The Attitudes and concerns of patients with incurable cancer*. Vgl. dazu *Kathrin Ohnsorge/Heike R Gudat Kelle/Guy AM Widdershoven/Christoph Rehmann-Sutter*, ‚Ambivalence‘ at the end of life. How to understand patients’ wishes ethically, in: *Nursing Ethics* 19 (2012), 629–641; sowie: *Kathrin Ohnsorge/Christoph Rehmann-Sutter*, Menschen, die sterben möchten. Empirische Studien in der Palliativmedizin und ihre ethischen Implikationen, in: *Annette Hilt/Isabella Jordan/Andreas Frewer* (Hg.), *Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik*, Stuttgart 2010, 249–270.

23 *Ohnsorge e. a.*, *Ambivalence*, 630. „wishes for euthanasia, or physician-assisted suicide are generally characterized by a fluctuating, ambivalent, hypothetical and future oriented nature“ Übers. FSE.

24 Ebd., 637: „These two aspects – patients’ self-understanding an understanding of others – are in a hermeneutical sense always intertwined.“ Übers. FSE.

25 *Ohnsorge e. a.*, *Menschen*, 263.

26 *Johannes Fischer*, Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe, in: *ZfmE* 55 (2009), 243–256.

sondern ebenso für sein gesamtes Umfeld einschließlich der Gesellschaft. Dieser Bedeutungshorizont aber wird ausgeblendet, wenn Suizid nur im Kontext eines engen Begriffs von Autonomie diskutiert wird. Er führt dies darauf zurück, dass sich ethische Orientierungen nicht mehr an den Situationen, sondern an moralischen Bewertungen orientieren und damit der Sinn eines Gebotes verloren geht. *Fischer* mahnt an: „Die Frage nach der *Bedeutung* eines Ereignisses, einer Situation oder einer Handlung zielt auf diesen Sinnhorizont, innerhalb dessen sich die Einsicht in das moralisch Richtige oder Gebotene verdichtet. Demgegenüber hat die Reduktion der Moral auf die Orientierung an moralischen Bewertungen zur Folge, dass sich ihr Sinn in der Befolgung des Gebotenen um seiner selbst willen erschöpft. Die Kantische Pflichtenethik ist das eindruckliche Beispiel für einen derartigen säkularen Gebotsglauben.“<sup>27</sup>

Beide Ansätze vertreten die Ansicht, dass sich Sterbewünsche bzw. Wünsche nach Suizid als Narrative verstehen lassen. *Fischer* meint damit zunächst die Schilderung der Situation, die dann jeweils eine Bedeutung entfaltet und entsprechendes Handeln erfordert. *Ohnsorge e. a.* schlagen vor, „vielmehr zu fragen, welche Bedeutung ein Sterbewunsch innerhalb der Narration eines Lebens und vor dem Hintergrund der verbliebenen Handlungsspielräume hat.“<sup>28</sup> Diese ethischen Ansätze lassen sich sehr gut in ein pastoralpsychologisches Konzept von Ethik integrieren. Sie zeigen, dass die Zuordnungen von Ethik und Seelsorge sich verändern und produktive Diskussionen die jeweiligen Blickwinkel auf menschliche Lebenslagen und deren Deutung erweitern.<sup>29</sup>

#### 4.2 Sterbewünsche als Äußerungen auf der Grenze

Sterbewünsche sind hier in vielfacher Weise als Äußerungen auf der Grenze verstanden worden: Auf der Grenze von Phantasie und äußerer Realität, von phantasiertem und realisiertem Tun, von Abhängigkeit von körperlichen Zuständen und seelischen Ängsten sowie dem Wunsch nach Selbstbestimmung. So kann eine wesentliche Herausforderung für alle Beteiligten darin bestehen, sich in diesen Zwischenräumen zu bewegen und die Spannung zwischen den verschiedenen Polen zu balancieren. Zumindest ist es besonders dann am schwierigsten, den Patienten zu begegnen, wenn die Grenzen an Schärfe und Erkennbarkeit verloren haben. Es sind Grenzwanderungen, bei denen aber die Grenze undeutlich geworden ist. Die Herausforderung besteht dann

27 Ebd., 246 f., kursiv im Original.

28 *Ohnsorge e. a.*, Menschen, 267.

29 *Udo Schlaudraff* beschreibt die oft problematische Beziehung von Ethik und Seelsorge: „Es gibt einen natürlichen Konflikt zwischen Seelsorge und Ethik. Die Seelsorge wendet sich dem einzelnen zu. (...) Ethik dagegen verallgemeinert.“ Dass sich diese Zuordnung deutlich verändert, war das Anliegen von *Schlaudraff*. *Udo Schlaudraff: Krankenhausseelsorge und Ethik*, in: *Michael Klessmann* (Hg.), *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, Göttingen<sup>3</sup>2008, 209–220, 209.

darin, selbst für eine hinreichende innere Ordnung zu sorgen und zugleich bereit zu sein, diese in der Begegnung mit Patienten durcheinanderbringen zu lassen.

Schließlich bewegt sich die Auseinandersetzung auf der Grenze von phantasierten Äußerungen und konkreten Taten. Auch wenn etwa 95 % derer, die Sterbewünsche äußern, keine konkreten Schritte unternehmen, sondern etwas über sich und ihr momentanes Erleben zum Ausdruck bringen, bleiben doch etwa 5 %, die konkret Schritte unternehmen.<sup>30</sup> Zu ihnen zähle ich jenen Arzt, der mit einem Bauchspeicheldrüsen-Krebs im Krankenhaus lag. Ich traf ihn eher zufällig. Er fragte mich, welche Erfahrungen ich denn damit hätte, wie man am besten sterben könnte. Meine Rückfrage, dass das ja eine eigentümliche Frage sei, erwiderte er mit der Bemerkung, mit den Ärzten könne er nicht darüber sprechen. Ich sollte doch sehen, welche Erfahrungen ich an seinem Beispiel sammeln könnte. Er fügte hinzu, dass alles geregelt sei, seine Frau und die Kinder wüssten Bescheid. Es ginge nämlich darum, dass er noch eine Chemotherapie bekommen sollte. Ich wand ein, dass ich manchmal den Eindruck hätte, dass eine Chemotherapie bei fortgeschrittener Erkrankung mit besonderen Belastungen verbunden sei. Es sagte, er sei dazu fest entschlossen. Zwei Tage später bekam er die Chemotherapie, am Tag danach war er wegen Übelkeit und Erbrechen nicht ansprechbar, zwei weitere Tage später war der Patient verstorben. Mein Eindruck war, dass er mich als Zeugen gesucht hatte, und dass er als Arzt genau wusste, dass die Chemotherapie für ihn zu einem Sterbemittel werden würde. Aber das ist eine Deutung.

Zu ihnen zählt auch jene Frau, die *Michael Brems* bis in ihren Suizid hinein begleitet hat.<sup>31</sup> Zu ihnen lässt sich auch der Schriftsteller *Wolfgang Herrndorf* zählen, der in einem Internet-Blog viele Menschen an der Entstehung seines Suizides teilhaben ließ.<sup>32</sup> „Was ich brauche ist eine Exitstrategie. Ich hatte Cornelius gegenüber schon mal angefangen, (...) und da war ich noch vollkommen sicher, dass es nur eine Waffe sein könnte.“<sup>33</sup> Zwischendurch bemerkt er: „Ich schlafe mit der Waffe in der Faust, als sicherer Halt, als habe jemand einen Griff an die Realität geschraubt.“<sup>34</sup> In einem Nachruf, „bei Bedarf zu verfassen“, soll sein Tod beschrieben werden: „Wie es gemacht wurde, wie es zu machen sei. Kaliber, Schusswinkel, Stammhirn etc., für Leute in vergleichbarer Situation. Das hat mich so viele Wochen so ungeheuer beun-

30 *Barbara Schubert*, mündliche Mitteilung. Die Zahlen entstammen einer Auswertung der von ihr als Chefarztin geleiteten der Abteilung für Palliativmedizin in dem St. Josephs-Krankenhaus in Dresden.

31 *Michael Brems*, „Sagt allen, dass ich aufrecht gegangen bin“. Das Tötungsverbot und das Recht, sterben zu dürfen, in: *WzM* 63 (2011), 572–576.

32 *Wolfgang Herrndorf*, *Arbeit und Struktur*, Berlin 2013.

33 Ebd., 50.

34 Ebd., 247.

ruhigt, keine exakten Informationen zu haben.“<sup>35</sup> Genau so hat er es dann gemacht.

Sicher ist, dass es Menschen gibt, die bewusst entschieden haben, zu gehen. Das sollte eine gesellschaftliche Regelung in den Blick nehmen können.

### 4.3 Die ethische Bedeutung der Scham

Aus der Schamerfahrung selbst kann eine ethische Frage werden.<sup>36</sup> Die zentrale Erfahrung der Scham kann darin gesehen werden, Situationen wehrlos ausgeliefert zu sein: Zunächst dem beschämendem Moment: Gesten, Bemerkungen, Handlungen, und körperlichen Zuständen, aus denen es kein Entkommen gibt. Wehrlos ausgeliefert ist man auch den Schamaffekten, die sich unkontrolliert in einem entfalten können.<sup>37</sup> Dies wirft ein besonderes Licht auf die Frage nach der Selbstbestimmung. Sie ist untrennbar verbunden mit der Haltung des Umfeldes, ja der ganzen Gesellschaft.

Beschämung geschieht immer vor den Augen anderer: Realer äußerer Augen, oder aber verinnerlichter Augen, die frühere äußere Augen im Innern repräsentieren. Dies führt in eine Spannung, bei der in dem „konfliktbehafteten Verhältnis zwischen Individualität und Sozialität (...) dem Affekt Scham eine zentrale Bedeutung als Dreh- und Angelfunktion zukommt.“<sup>38</sup> Insofern kann die Scham auch im Sinne einer Grenze oder einer Membran zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft verstanden werden.

Scham lässt sich als ein Grenzphänomen verstehen, das die Grenze zwischen den Einzelnen und der Gemeinschaft markiert: Scham stellt eine „innere Grenze“ dar, „die eine unentbehrliche Wächterin der Privatheit und der Innerlichkeit, eine Wächterin, die den Kern unserer Persönlichkeit schützt. (...) Ohne diese Hülle der Scham fühlt man sich der Würde beraubt.“<sup>39</sup> Scham ist die Hüterin der Würde.

Für *Dietrich Bonhoeffer* drückt die Scham die Entzweiung mit dem Ursprung aus: Scham „ist der Schmerz über diese Entzweiung und das ohnmächtige Verlangen, sie rückgängig zu machen.“<sup>40</sup> Weiter schreibt er: „Weil Scham das Ja und das Nein zu der Entzweiung enthält, darum lebt der Mensch zwischen Verhüllung und Enthüllung, zwischen Sich-Verbergen und Sich-Offenbaren, zwischen Einsamkeit und Gemeinschaft. (...) Auch die engste Gemeinschaft darf das Geheimnis des entzweiten Menschen nicht zerstören.“

35 Ebd., 445.

36 Vgl. *Klaas Huizing*, Shame on you! Scham als Grundbegriff einer protestantischen Ethik, in: ZEE 57 (2013), 89–101.

37 *Wurmser*, Scham, 127–150.

38 *Nicola Hawkins*, Scham in gruppenanalytischer Psychotherapie, in: Gruppenanalyse 21 (2011), 38.

39 *Wurmser*, Scham, 74.

40 *Dietrich Bonhoeffer*, Ethik, München <sup>8</sup>1975, 22. Hier ist nicht der Ort, die Frage nach der ursprünglichen Ganzheit zu diskutieren.

(...) Auch tiefste eigenste Freude und tiefster eigener Schmerz duldet nicht die Enthüllung im Wort. Ebenso bewahrt die Scham vor jeder Schaustellung des Verhältnisses zu Gott.<sup>41</sup>

Auf die Frage nach dem ethischen Umgang mit Sterbewünschen übertragen kann dies heißen: Die Gemeinschaft hat ein Interesse an gemeinsamen verbindlichen Normen und Werten. Zu ihnen gehören der Schutz des Lebens und das Tötungsverbot als kulturelle Errungenschaften. Aber unabhängig davon gibt es eine Auslegung und eine Praxis der Einzelnen, die sich dem Zugriff der Gemeinschaft entziehen. Die Dialektik der Ethik bleibt bestehen, denn „Überwindung der Scham gibt es nur im Ertragen eines Aktes letzter Beschämung, nämlich des Offenbarwerdens des Wissens vor Gott.“<sup>42</sup>

Die kanadische Literaturnobelpreisträgerin *Alice Munro* beschreibt in der autobiographischen Erzählung „Nacht“<sup>43</sup> ein vierzehnjähriges Mädchen, das eines nachts nicht schlafen kann, weil sich ein Gedanke in ihr festgesetzt hat: „Der Gedanke, dass ich meine kleine Schwester, die im Bett unter mir lag und schlief und die ich mehr liebte als sonst jemanden auf der Welt, erwürgen könnte.“<sup>44</sup> Der Gedanke wird immer drängender, und mehrere Nächte schleicht sie unruhig durch das Haus und den nächtlichen Garten. Als sie bereits das Gefühl für die Zahl der durchwachten Nächte verloren hatte, traf sie völlig unerwartet auf ihren Vater, der sich auf den kommenden Arbeitstag vorbereitete. „Probleme mit dem Schlafen?“<sup>45</sup> fragte er. Dann begann ein Gespräch, vorsichtig tastend, der Ausgang völlig offen, aber nach und nach erzählt die Tochter ihrem Vater, was sie umtreibt. Und dann erzählte sie, dass sie Angst hätte, ihre Schwester zu erwürgen.

„Er sagte: ‚Tja.‘

Dann sagte er, kein Grund zur Sorge.

„Menschen haben manchmal solche Gedanken.“<sup>46</sup>

Und dann spürt man die Erleichterung der Tochter, dass ihr all die beschämenden und inquisitorischen Fragen erspart geblieben sind, die durchaus hätten kommen können, Vorwürfe, wie sie so etwas überhaupt nur denken könnte. „Er holte mich, und das ohne Spott oder Aufregung, herunter in die Welt, in der wir lebten.“<sup>47</sup> Die Erzählung schließt mit den Worten: „Von da an konnte ich schlafen.“<sup>48</sup> Es macht einen Unterschied aus, in der Phantasie die Schwester zu erwürgen oder das eigene Sterben zu wünschen. Es geht aber darum, Auswege aus der Beschämung zu finden.

41 Ebd., 24.

42 Ebd., 25.

43 *Alice Munro*, Nacht, in: *dies.*, Liebes Leben. Erzählungen, Frankfurt a. M. 2013, 316–330.

44 Ebd., 321.

45 Ebd., 327.

46 Ebd., 328.

47 Ebd., 329.

48 Ebd., 330.

#### 4.5 Die Orientierungshilfe der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und die Empfehlungen der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Die Auseinandersetzung mit den Argumentationslinien in der Sterbehilfedebatte kann dazu beitragen, dass Begleiter von Menschen in ihren Phantasien über das Sterben die eigene Haltung klären. Sie kann die inneren Spielräume abklären und die eigenen inneren Grenzen erkennen und markieren helfen. Dazu sollen im Folgenden zwei unterschiedliche Stellungnahmen diskutiert werden: Zu einen geht es um einen Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) unter dem Titel: „Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung“<sup>49</sup> sowie um die „Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe“ der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).<sup>50</sup>

Der Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD benennt ein wichtiges Spannungsmoment, das bei der Frage der Beihilfe zur Selbsttötung auftreten kann. Da ist auf der einen Seite ein „Verständnis von der Bestimmung des menschlichen Lebens, und von der gemeinsamen Aufgabe, Menschen nach Möglichkeit zum Leben zu helfen.“ Diese Haltung steht in einer Spannung zu der „Selbstbestimmung eines Menschen, der sein Leben beenden möchte“. Die Orientierungshilfe legt ein besonderes Schwergewicht auf die ethischen und juristischen Begründungen einer ärztlichen Haltung zur Beihilfe, zum Suizid. In dieser ärztlichen Haltung drückt sich nach Meinung der Autoren ein gesellschaftlicher Konsens aus, dass Leben zu schützen und Hilfsbedürftigen zu helfen sei. Allerdings kann es sein, dass trotz des Ausbaues der Palliativmedizin Menschen zu dem Entschluss kommen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Dazu die Schrift: „Ein Urteil darüber steht niemandem zu.“<sup>51</sup> Und sie fügt hinzu: „Ja, es mag Grenzfälle geben, in denen Menschen sich um eines anderen willen genötigt sehen können, etwas zu tun, das ihrer eigenen Überzeugung und Lebensauffassung entgegen steht.“<sup>52</sup> Damit ist grundsätzlich der Schutz des Lebens beschrieben, aber die Möglichkeit auch für Ärzte eröffnet, in Grenzfällen bei einem Suizid mitzuwirken.

Die „Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe“ der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) „tragen dem Umstand Rechnung, dass Wünsche nach Suizidhilfe geäußert werden und sich deshalb einzelne Personen, Berufsgruppen und die Gesellschaft insgesamt zu diesen Wünschen verhalten müssen. (...) Sie (...) stellen Kriterien zur Strukturierung der je ei-

49 Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, EKD-Texte 97, 2008.

50 Gerald Neitzke/Michael Coors/Wolf Diemer/Peter Holtappels/Johann F. Spittler/Dietrich Wördehoff (Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)), Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe, in: Ethik Med 25 (2013), 349–365.

51 EKD 28.

52 Ebd., 29.

genen Urteilsfindung dar.<sup>53</sup> Hat die Denkschrift der EKD den Schwerpunkt auf die gesellschaftliche Aufgabe gerichtet, das Leben zu schützen, liegt hier der Schwerpunkt auf der Einschätzung, dass Suizidwünsche selbstbestimmte Äußerungen von Menschen sind und als solche respektiert werden müssen. Bemerkenswert ist, dass die Empfehlungen der AEM großen Wert auf die Beziehungen zwischen Suizidwilligen und Angehörigen bzw. Hilfspersonen legen. Neben einer umfangreichen Differenzierung möglicher Suizidmotive sowie institutioneller Aspekte von Suizidhilfe gibt es differenzierte Gesichtspunkte der Entscheidungsfindung, wobei die Umstehenden in ihren jeweiligen sozialen Rollen gesehen werden, was zu je unterschiedlichen Dilemmata führen kann.

Ein besonderes Augenmerk legen die Empfehlungen auf die Suizidprävention. Dabei sind ergebnisoffene Gespräche ein zentrales Moment. Denn „nur so besteht die Chance, mit Menschen in einer möglicherweise verengten, isolierten und ausweglos erscheinenden Situationen ein vertrauensvolles Gespräch einzutreten“<sup>54</sup> und sie, füge ich hinzu, vor einer weiteren Beschämung zu bewahren.

Die Empfehlungen der AEM beschreiben „Veränderungen im Verständnis von Menschsein“: „Vorstellungen der Machbarkeit und Handhabbarkeit würden sich dann auch auf die Art und Zeitpunkt des Todes erstrecken.“ Hier liegt die deutlichste Differenz zwischen den beiden Schriften. Die EKD beschreibt das Leben als Gabe Gottes. Dazu heißt es: „Wird das Leben in diesem Sinne begriffen, dann heißt Führung des eigenen Lebens: sich führen lassen durch den, dem es sich verdankt. Das betrifft insbesondere die Kontingenzerfahrungen, die dem Leben eine eigene Richtung geben. (...) Sich führen lassen bedeutet hier: solche Erfahrungen nicht bloß als Störungen des eigenen Lebensentwurfs zu begreifen, sondern sie anzunehmen und nach Möglichkeit in das eigene Leben zu integrieren. Das ist etwas anderes als ein bloß passives Hinnehmen. Es nimmt den Menschen die eigene Entscheidung nicht ab, sondern ist seinerseits ein Akt der Selbstbestimmung.“<sup>55</sup>

Die EKD-Schrift ist am Grundsatz orientiert, das Sterben und den Tod als letztlich unverfügbar zu beschreiben und im Gegenzug das Leben als höchstes zu schützendes Gut zu verstehen. Hervorzuheben ist die Offenheit für Ausnahmen, die auf Gewissensentscheidungen der Betroffenen basieren. Wenn jemand – notfalls gegen seine eigene ethische Überzeugung – einem leidenden Menschen in seiner Not bei einem Suizid assistiert, sollte dies frei von juristischen und – im Falle von Ärzten – frei von standesrechtlichen Konsequenzen möglich sein.

In den Empfehlungen der AEM kommen die Erfahrungen der klinischen Ethikberatung zum Ausdruck. Hier geht es weniger um Beratung im Sinne

53 AEM 351.

54 Ebd., 359 f.

55 EKD 27 f.

des moralisch Gebotenen oder zu Unterlassenen, sondern es geht darum, Räume zur Verfügung zu stellen, in denen Dilemmata in ihrer Konfliktstruktur benannt und verstanden werden können, um zu pragmatischen Lösungen zu gelangen. Der Weg der gemeinsamen Entscheidungsfindung, in dem die konträren Gesichtspunkte zur Sprache kommen können, ist dabei wichtiger als das Ergebnis. Dafür gibt es verabredete Verfahrensabläufe, wie z. B. bei einer ethischen Fallbesprechung.

Sie spiegeln Prozesse der Säkularisierung wieder, die das Sterben und letztlich auch der Tod durchlaufen. Durch die große mediale Aufmerksamkeit, durch umfangreiche Literatur, aber auch durch die Entwicklungen der Palliativmedizin sind diese Lebensbereiche viel stärker der menschlichen Wahrnehmung und damit verbunden auch den Handlungsmöglichkeiten geöffnet worden. Dies wirkt sich unweigerlich auch auf die individuelle Meinungsbildung aus. Sterben und Tod sind ein gutes Stück enttabuisiert worden. Eine Entwicklung, die sich durch die sich abzeichnende demografische Entwicklung verstärken wird: Wenn der Anteil der alten Menschen steigt, gibt es entsprechend auch mehr Tode als Geburten. Das wird die Wahrnehmung des Todes noch vertiefen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass das Sterben eben auch nach den Handlungsmöglichkeiten, die es darin gibt, hin befragt wird.

Hier klingt die alte Dialektik von Widerstand und Ergebung an. Was muss ein Mensch hinnehmen? Gegen was muss er sich auflehnen? Und welche Realitäten gilt es anzuerkennen? Die Zuordnung dieser Dialektik von Widerstand und Ergebung hängt sehr an den zeitlichen Umständen, an der politischen Gesamtsituation, an den persönlichen Erfahrungen und der Deutung all dessen. Es sind zwei Haltungen, die in ihrer Dialektik zueinander gehören, und die es braucht, sich den realen Herausforderungen im Leben zu stellen. Hier sollten die Spannung und das Widersprüchliche erhalten bleiben.

## 5 *Schluss*

Sterbewünsche können als Äußerungen Einzelner verstanden werden. Aber je nach dem Gesprächspartner variieren sie und bekommen eine eigene Färbung. Insofern haben sie eine soziale Dimension. Als Gesprächspartner tut man gut daran, sich dafür zu öffnen und entsprechend Verantwortung übernehmen, was die jeweilige Situation erfordert. Dazu gehört, möglichst unvoreingenommen den Menschen zu begegnen und sie in ihrer Haltung zu respektieren.

Ethik hat schon bei Platon das gute Leben im Blick. Aristoteles denkt über das Glück im Leben nach. Die Frage des reichen Jünglings: Was soll ich Gutes tun, damit ich das ewige Leben habe?<sup>56</sup> zielt auf das erfüllte, das gute Leben in der Ewigkeit. Das kann dazu verführen, Bilder eines guten und damit auch

---

56 Mt 19, 16.

eines idealen Lebens zu entwerfen. Die Wirklichkeit zeigt uns ein oft brüchiges Leben, das immer wieder von Krankheit, Schmerzen und unerträglichen Zuständen gekennzeichnet ist. Deshalb tut eine Ethik gut daran, für die Realitäten des Lebens wachsam zu bleiben. Es bleibt die Erkenntnis, dass auch die beste Ethik es manchmal nicht vermag, das Leben wirklich gut werden zu lassen. Deshalb sollte die Frage nach einer Erlösung offen bleiben können.

Wir können aber alles daran setzen, das Leben mitsamt dem Sterben trotz allem erträglich werden zu lassen.

*Florian-Sebastian Ehlert*, Pastor, Krankenhausseelsorger und Ombudsmann für Ethik im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, Lehrsupervisor (DGfP, Sektion T), Ilenweg 55, 21502 Geesthacht; E-Mail: fsehlert@gmx.de