

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Verantwortungsbewusste Sterbehilfe. Perspektiven auf dem Hintergrund von Berichten schwererkrankter Menschen

verfasst von / submitted by

Bauer Eva, BEd

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien, 2020 / Vienna 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 199 506 518 02

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB)
Unterrichtsfach Deutsch
Unterrichtsfach Katholische Religion

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Marschütz
degree(s) first name family name

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

13.12.2020

Datum



Unterschrift der / des Studierenden

Vorwort

Im Zuge meiner theologisch-pädagogischen Ausbildung durfte ich Erfahrungen mit Patient*innen in einem ländlichen Krankenhaus im Zuge eines Seelsorge-Praktikums absolvieren. Die dort verbrachten 160 Stunden gaben mir nur einen kleinen Einblick darin, was es heißt, mit ernsthaften Sorgen über die eigene Gesundheit konfrontiert zu werden. Auch der hektische Alltag des medizinischen und pflegerischen Personals wurde mir erst durch dieses Praktikum bewusst und ich lernte die dort geleistete Arbeit des gesamten Krankenteams zu würdigen.

Besonderer Dank gilt dabei meiner Mentorin Sabine Zwirner, die nicht nur Patient*innen und Mitarbeiter*innen des Krankenhauses, sondern auch mich in dieser Zeit wohlwollend und kompetent begleitet hat. Gewisse Erlebnisse, wie zum Beispiel das Schnaps-Spiel mit einem tödlich erkrankten Patienten, der am nächsten Tag verstarb und dem ich durch ein paar wenige Stunden noch eine schöne Zeit bereiten durfte, vermittelten mir die Überzeugung, dass die Betreuung und Seelsorge am Lebensende nicht zu kurz kommen darf. Durch eine Tagung zum Thema Sterbehilfe entwickelte sich in mir das Bedürfnis, mich mit den Missständen des Sterbeprozesses näher auseinanderzusetzen, weshalb ich dieses Thema gewählt habe.

Erst durch die Hilfe meines Betreuers, Univ.-Prof. Dr. Gerhard Marschütz, konnte diese Arbeit entsprechend meinem Vorhaben konkretisiert und strukturiert werden, weshalb ich mich auch bei ihm an dieser Stelle bedanken möchte.

Weiterer Dank gilt zudem meinem Lebensgefährten Thomas Teufl, der mich bei der Themenfindung unterstützt, begleitet und motiviert hat. Weiters bedanke ich mich bei meinem Vater Franz Bauer, der die Korrektur übernommen hat und meiner Mutter, Marie-Luise Bauer, für ihren Zuspruch und ihre Unterstützung während der Erstellung dieser Arbeit. Nicht unerwähnt bleiben darf die Unterstützung meiner Freunde, wobei ich mich besonders bei Maximilian Niederer, Jana Roschitz und Florian Brandl bedanken möchte.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Über die Bedeutung des Sterbens.....	3
2.1.	Existentielle Perspektiven über das Sterben	3
2.1.1.	Nina Zacher und ihre Krankheit mit ALS	3
2.1.2.	Claus Rethmanns selbstbestimmtes Sterben durch das Sterbefasten	6
2.1.3.	Christoph Schlingensiefs Tagebuch einer Krebserkrankung	8
2.2.	Wissenschaftliche Perspektiven über das Sterben.....	10
2.2.1.	Medizinische Perspektiven über das Sterben	11
2.2.2.	Psychologische Perspektiven über das Sterben	12
2.2.3.	Philosophische Perspektiven auf das Sterben	17
2.2.4.	Christliche Perspektiven über das Sterben	19
3.	Über die systematische Aufarbeitung des Sterbens.....	24
3.1.	Über die Expertise von Renz und Engelke.....	24
3.2.	Todesängste wahrnehmen.....	27
3.3.	Kommunikation als Schlüssel	31
3.4.	„Warum?“ Die Frage nach dem Sinn	35
3.5.	Der Wunsch nach Autonomie und Würde.....	38
4.	Über die möglichen Hilfestellungen im Sterbeprozess.....	43
4.1.	Sterbehilfe	43
4.1.1.	Der assistierte Suizid in der Schweiz	48
4.1.2.	Zur Rechtslage der Sterbehilfe in Deutschland	51
4.1.3.	Die Sterbehilfe-Debatte in Österreich.....	55
4.1.4.	Fazit.....	57
4.2.	Sterbebegleitung	58
4.2.1.	Die Palliativversorgung	59
4.2.2.	Die Hospizversorgung.....	63
4.2.3.	Die unterschiedlichen Arten der Pflege	65

4.2.4. Die seelsorgerische Begleitung.....	70
5. Über den Umgang mit Sterben in der Gesellschaft.....	73
5.1. Zwischen Thematisierung und Verdrängung	73
5.2. Die Suche nach der ökonomischen Lösung	77
6. Über die Verantwortung der Gesellschaft gegenüber den Sterbenden	82
7. Bibliografie.....	85
8. Abstract.....	91
9. Lebenslauf.....	92

1. Einleitung

Im Februar 2020 verkündete das Bundesverfassungsgericht Deutschlands die Unzulässigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Unterstützung der Sterbehilfe. Das Urteil und der Umgang Deutschlands mit der Sterbehilfe führt nicht nur zu nationalen Veränderungen, sondern, über die Grenzen Deutschlands hinweg, zu weiteren Konsequenzen. Auch in Österreich prüfte der Verfassungsgerichtshof im selben Jahr das Gesetz zur aktiven Sterbehilfe beziehungsweise zur Mitwirkung am Suizid, was zu einem medialen Wiederaufleben der Debatte geführt hatte und wodurch das Verbot der Beihilfe zum Suizid für verfassungswidrig erklärt wurde. In der Schweiz wird es zu einem Rückgang des sogenannten Sterbetourismus kommen, da zu einem beachtlichen Anteil schwerer Erkrankte Menschen aus Deutschland vor Ort den Ausweg durch den assistierten Suizid gesucht haben.

Immer wieder kommt es zum Aufleben der Sterbehilfedebatte im deutschsprachigen Raum. Man stelle sich einen sterbenden Menschen in einem Krankenhausbett vor, der nur mithilfe anderer am Leben gehalten wird, der eine Vielzahl an Medikamenten und weitere medizinische lebenserhaltende Maßnahmen benötigt, der aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht mehr sich selbst pflegen oder entscheiden kann und der ein Ende der Qualen herbeisehnt. Ein solches Szenario untermauert das Anliegen von Sterbehilfebefürworter*innen. Dem gegenüber steht die Sorge, dass die Herbeiführung des Todes ohne Willen der sterbenden Personen durchgeführt werden könnte, dass (vor allem ältere) Sterbende diesen Ausweg nur deswegen suchen, um für andere keine (finanzielle) Belastung zu sein und dass andere die Not der Sterbenden missbrauchen könnten. Dies sind nur einige Argumente, die in der Sterbehilfedebatte immer wieder herangezogen werden.

Es wird weiters darüber diskutiert, was „menschenwürdiges Sterben“ eigentlich bedeutet. Dabei ringen Vertreter*innen verschiedenster Provenienzen um eine bestmögliche Antwort. Unter anderem versuchen Expert*innen aus dem Hospiz- und Palliativbereich das Sterben mithilfe von Interviews Sterbende besser zu verstehen und verweisen diesbezüglich auch auf Zeugnisse schwer erkrankter Menschen, die ihren

EINLEITUNG

Sterbeprozess bereits durchlitten und in Form von Biografien das persönliche Sterben und Leben mit einer Krankheit dokumentiert haben.

Es ergeben sich aus diesen Überlegungen folgende Fragen: Warum verursachen rechtliche Regelungen der Sterbehilfe weiterhin Debatten in der Gesellschaft, obwohl es Berichte, Studien und Dokumentationen über das Sterben gibt? Sollten diese Zeugnisse Sterbender nicht Aufschluss darüber geben, wie verantwortungsbewusst mit der Sterbehilfe umgegangen werden sollte?

Diese Arbeit versucht diesen Gedankengang näher aufzuarbeiten. Die dazu formulierte leitende Fragestellung lautet: Welche Resonanz sollten Berichte von Sterbenden auf die Sterbehilfedebatte im deutschsprachigen Raum haben? Um dieser Frage nachgehen zu können, muss zuerst geklärt werden, was Sterben bedeutet. Die Erzählungen von drei schwererkranken Menschen sollen die Thematik des Sterbens einleiten und die Theorie über Phasen des Sterbens untermauern. Nach dem existentiellen Einblick durch diese Biografien sollen Studien dazu verhelfen, diese Schilderungen wissenschaftlich zu systematisieren. Dazu wurden die Erfahrungsberichte und Forschungen von Monika Renz, einer Psychotherapeutin, und Ernst Engelke, einem Palliativmediziner, herangezogen. Dadurch lassen sich allgemeine Aussagen über das Sterben ableiten. Nachdem Gemeinsamkeiten des Sterbens herausgearbeitet wurden, sollen Formen der Sterbebegleitung ausgearbeitet werden, um aufzuzeigen, wie Sterbenden in ihrer letzten Lebensphase geholfen werden kann. In diesem Abschnitt der Arbeit soll verdeutlicht werden, wie umfassend die Begriffe Sterbehilfe und Sterbebegleitung sind. Hierbei wird zudem die Sterbehilfedebatte im deutschsprachigen Raum in Kürze skizziert. Danach wird der Frage nachgegangen, wie mit dem Sterben in der Gesellschaft umgegangen wird. Außerdem soll aufgezeigt werden, welche schnelle, einfache und ökonomische Lösung sich hinter der Legalisierung einer aktiven Sterbehilfe beziehungsweise eines assistierten Suizides oftmals verbirgt.

2. Über die Bedeutung des Sterbens

Dieses Kapitel soll einleitend die Fragestellung klären, was man eigentlich unter „Sterben“ verstehen kann. Die publizierten biographischen Sterbedokumentationen von verstorbenen Menschen sollen zeigen, dass das Sterben ganz unterschiedlich abläuft und wahrgenommen wird. Trotz dieser Schilderungen versuchen die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen das Sterben zu begreifen. Aber auch hier kann man feststellen, dass es, je nach Provenienz, unterschiedliche Antworten gibt.

2.1. Existentielle Perspektiven über das Sterben

Diese Biografien über das Sterben wurden ausgewählt, da, durch die Gegenüberstellung der drei Bücher, die Individualität des Sterbeprozesses hervorgehoben wird. Die Schilderungen der Verstorbenen Nina Zacher, Claus Rethmann und Christoph Schlingensiefel liefern einen ernüchternden und zugleich beeindruckenden Einblick darüber, was es heißt, das eigene Sterben zu durchleben. Zitate aus ihren Zeugnissen sollen wegweisend für das Verständnis über das Sterben in dieser Arbeit sein.

2.1.1. Nina Zacher und ihre Krankheit mit ALS

Dass Sterben kein punktuellere Ereignis im Leben ist, zeigt Nina Zacher, die gemeinsam mit ihrem Ehemann Karl-Heinz und der Autorin Dorothea Seitz ihre Krankheit und ihr Sterben mit ALS in „Such dir einen schönen Stern am Himmel“ dokumentiert hat. ALS, genannt Amyotrophe beziehungsweise Amyotrophische Lateralsklerose, ist eine Schädigung des Nervensystems, an der jedes Jahr bis zu 100 000 Menschen erkranken.

„Bei ALS kommt es zu einer fortschreitenden und irreversiblen Schädigung der sogenannten motorischen Neuronen, auch Motoneuronen genannt, also derjenigen Nervenzellen, die für die Muskelbewegungen verantwortlich sind. Betroffen sind dabei sowohl das erste Motoneuron im Rückenmark, dessen Fortsätze zur Skelettmuskulatur führen. Sind diese Nervenzellen beschädigt, werden die Muskeln nicht mehr ausreichend innerviert. [...] Die Folgen: Muskelschwund, Muskelschwäche an Armen, Beinen und auch der Atemmuskulatur.“
(Zacher et al., 2018, S.22)

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Was als auftretende Lähmung im Daumen begann, entwickelte sich zu einem leidvollen Sterben, das Nina Zacher, eine zum Todeszeitpunkt Mitte 40-jährige vierfache Mutter vier Jahre lang durchlebte. Um diesen Prozess auch wahrzunehmen, hielt Nina Zacher ihre Gedanken schriftlich, zuerst nur für sich und später auch öffentlich über Facebook, fest. Die 2014 auftretende Ice-Bucket-Challenge, bei der man in den sozialen Medien auf die Krankheit ALS aufmerksam machen wollte, führte unter anderem dazu, dass Nina Zacher immer weiter an die Öffentlichkeit rückte. Ihre Extrovertiertheit und gnadenlose Ehrlichkeit waren ausschlaggebend dafür, um über ihr Sterben zu sprechen, sodass 2015 mehrere Interviews, wie zum Beispiel in der Zeitschrift „myself“, im Bayrischen Rundfunk und der Talkshow mit Markus Lanz veröffentlicht wurden. Nina Zachers Wunsch, auf die Krankheit ALS aufmerksam zu machen, mündete schlussendlich im Verfassen eines Buches, das aber aufgrund der schnell fortschreitenden Krankheit nicht mehr von ihr selbst fertiggestellt werden konnte.

Nach zahlreichen Arztbesuchen, in denen von den Ärzt*innen keine genaue Diagnose gestellt werden konnte, gab Nina Zacher „Muskelschwäche rechte Hand“ in die Internet-Suchmaschine ein und kam so zur selbstgestellten Diagnose ALS. Lediglich die Gewissheit, dass diese Erkrankung nur zu fünf Prozent wahrscheinlich ist, milderte zu diesem Zeitpunkt ihre Angst. Nach einem langwierigen und mühsamen Prozess, in der sogar eine Operation aufgrund einer schweren Spinalkanalstenose an der Halswirbelsäule durchgeführt wurde und sie als Patientin mehrere Wochen von der Familie getrennt ruhig liegen musste, wurde schlussendlich die Diagnose ALS bestätigt.

Das schockierte Ehepaar sortierte ihre Gedanken und setzte sich das Ziel, die gemeinsame Zeit so gut wie möglich zu nutzen. Was folgte waren mehrere Urlaube, die das Paar allein und gemeinsam mit den Kindern verbrachten. Doch immer wieder wurde Nina Zacher mit Unannehmlichkeiten und Aufträgen konfrontiert. Das weitere Vorgehen mit der Krankheit, Fragen der Pflege und rechtliche Bestimmungen bezüglich der letzten Lebensphase mussten geklärt werden. Auch das Verkünden der Todesnachricht gegenüber den Kindern stellte eine schwierige Herausforderung für die junge Mutter dar, da zudem die jüngste Tochter zum Zeitpunkt der Diagnose erst mehrere Monate alt war. Aber auch das Auseinandersetzen mit essenziellen Fragen des Lebens beschäftigten die sterbenskranke Frau immer wieder. Besonders beeindruckend ist ihre positive

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Einstellung und ihr Vertrauen darüber, dass alles gut sein wird. Ein halbes Jahr vor ihrem Tod schrieb sie:

„Viele meiner jahrelang hart erworbenen Fähigkeiten habe ich bereits verloren, und dennoch bin ich im friedlichen Einklang mit meinem Schicksal. Ich trauere nicht um meinen harten Verlust. Ich nehme ihn einfach an. Ich lerne zu lieben, was ist, und nicht zu hinterfragen, was sein könnte. Ich biete meinem Widersacher die Stirn und gehe trotzdem demütig vor ihm in die Knie. Ich lasse mich fallen in das weiche Bett der Liebe und Freundschaft, das mich auffängt und beschützt. Wenn ich schließlich endgültig falle. Ich gehe ins Vertrauen, die stillste Art von Mut und bin sicher, es wird irgendwann einen Sinn ergeben und am Ende alles gut sein.“ (ebd., S.110)

Doch weder diese zuversichtlichen Worte, geschweige denn der Verlauf der Krankheit, können das weitere Schicksal Nina Zachers beschönigen. In den letzten Monaten wurde ihr jegliche Beweglichkeit genommen und das Kommunizieren wurde erschwert und schlussendlich unmöglich. Da sie zudem nicht mehr in der Lage war, selbstständig schlucken zu können, lebte sie mit der ständigen Angst eines Erstickungstodes. Sie legte eine Patient*innenverfügung an, in der sie auf weitere lebenserhaltende Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Beatmung verzichtete. Ihr Sterben war nicht ohne Leid, vor allem als sie zudem noch an einer Lungenentzündung erkrankte.

„Es ist wirklich grausamer, als ich mir das Ende meiner Krankheit vorgestellt habe. Warum ich das in absolut vollem Umfang erleiden muss, ist mir ein Rätsel, und wie zäh ich immer noch durchhalte, ebenfalls.“ (ebd., S.223)

Ihr Sterben wird von mehreren Personen begleitet. Während ihr Mann weitgehend die Pflege übernahm, versorgte ein spezialisiertes ambulantes Palliativ-Versorgungsteam (SAPV) sie in ihrer letzten Lebensphase. Durch dieses Team konnte Nina Zacher auch Zuhause sterben, wobei auch ein Hospiz eine zeitlang bedacht worden war. Der Wunsch nach einer aktiven Sterbehilfe oder eines passiven Suizides, wie er in der Schweiz ermöglicht wird, wurde von ihr aber nicht in Erwägung gezogen und mehrmals im Buch dementiert.

„Dass Menschen vorschnell gedankenlos urteilen und glauben, ihre eigene, unbedachte Meinung äußern zu dürfen. Darf man mich denn wirklich am Sonntag, wenn man mich zufällig trifft, fragen, ob ich mich jetzt schon mal mit Sterbehilfe befasst habe und ob das denn was für mich wäre? [...] Für Nina stand fest: Sie geht diesen Weg bis zum Ende und beendet ihn

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

nicht bewusst vorzeitig. Sie wird so lange leben, wie es ohne lebenserhaltende Maßnahmen geht. Diese Entscheidung war gefällt und wurde nicht mehr in Frage gestellt, auch nicht in der terminalen Phase, mit aller Verschlechterung.“ (ebd., S.137, 239)

Durch die schmerzlindernden Opiate schlief Nina Zacher schlussendlich ein und hörte anschließend zu atmen auf. Ihr Sterbeprozess dauerte insgesamt mehr als vier Jahre.

2.1.2. Claus Rethmanns selbstbestimmtes Sterben durch das Sterbefasten

Die Sterbebiografien von Nina Zacher und Claus Rethmann könnten unterschiedlicher nicht sein. Verfasst wurde das Buch „Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten“ von seiner Tochter Frauke Luckwaldt, die während der gesamten Sterbephase ihren Vater begleitet hatte. Wie der Titel bereits verrät, wurde das Buch zum Zwecke eines Plädoyers verfasst. Es schildert die Schwierigkeiten und Herausforderungen eines Mannes, der freibestimmt sterben wollte und der sich für einen einfacheren Weg seines Ablebens aussprach.

„Du hast gesagt, du willst alles aufschreiben. Ich würde mir wünschen, dass mein Tod nicht umsonst ist und du dieses Thema vielleicht irgendwie weiter verfolgst und dich darum kümmerst, dass spätere Generationen selbstbestimmt ihr Leben beenden können. So kann es ja nicht weitergehen.“ (Luckwaldt, 2018, S.57)

Durch eine chronische Herzerkrankung und einen erlittenen Schlaganfall lebte Claus Rethmann nach dem Tod seiner Ehefrau, die ihn zuvor jahrelang gepflegt hatte, in einer betreuten Wohnanlage. Immer wieder werden die Erzählungen von Frauke Luckwaldt über das Sterbefasten ihres Vaters von Tagebucheinträgen ihrer Eltern unterbrochen, um die Sehnsucht Claus Rethmanns zu seiner verstorbenen Frau zu verdeutlichen. Der Tod der Ehefrau schmerzt sehr, Claus Rethmann sieht keinen Sinn mehr im Leben und möchte wieder zurück zu seiner Helga. Aber auch weitere Gründe nannte Claus Rethmann, um seine Entscheidung nachvollziehbar zu machen. Zum Beispiel sah er in seinem körperlichen Zustand keinen weiteren Lebenssinn mehr, mit seiner Wohnsituation und der Pflege wollte er nicht mehr leben und für seine Kinder wollte er keine Belastung sein. Sein Entschluss, den Weg des Sterbefastens zu gehen, stand fest und das kommunizierte er auch nach außen hin. So ließ er sein Vorhaben über Leitgedanken vor seiner Zimmertür allen teilhaben:

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

„Hier gibt es genug Menschen, die auf den Tod warten, - später. Ich erwarte ihn nicht, ich gehe auf ihn zu, - jetzt.“ (ebd., S.47)

Gleich zu Beginn klärt Frauke Luckwaldt über die Methode des Sterbefastens auf. Dabei wird der Verzehr von Nahrung und Flüssigkeit durch die sterbewillige Person verweigert, wodurch der frühzeitige Tod herbeigeführt werden kann. Je nach physischer Verfasstheit des sterbenden Menschen kann der Prozess des Sterbefastens zwischen ein bis drei Wochen lang dauern.

„Das ‚schonendste‘ Vorgehen beim Sterbefasten besteht in der Einstellung der Nahrungsaufnahme bei zunächst fortgesetzter Flüssigkeitszufuhr für 4-7 Tage. Kohlenhydrathaltige Getränke sind grundsätzlich zu meiden, da sie Appetit und Hungergefühl auslösen oder verstärken können. Das Hungergefühl schwindet nach wenigen Tagen bis einer Woche. Wird dann auch die Flüssigkeitsgabe zunehmend eingeschränkt, tritt nach Ablauf einer weiteren Woche ein allmähliches Nierenversagen und in dessen Folge eine Trübung und schließlich der Verlust des Bewusstseins ein, das den Patienten in den Tod hinübergleiten lässt.“ (ebd., S.11)

Was hier beschrieben wurde, war unter anderem aufgrund der rechtlichen Situation in Deutschland schwierig umzusetzen. Während des Sterbens von Claus Rethmann war die Beihilfe zum Suizid durch §217 im Strafgesetzbuch, dem Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, strafbar. Zu diesem Verbot wurde auch die Durchführung des vorsätzlichen Sterbefastens gezählt, obwohl die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sich 2014 für diese Art des selbstbestimmten Sterbens aussprach (vgl. ebd., S.9, 13). Die Offenheit von Claus Rethmann über sein Vorhaben des Sterbefastens zu sprechen, führte zu einer schwierigen Lage. Die Gefahr eines Sturzes von Herrn Rethmann würde nämlich zur Pflicht der Ärzt*innen als auch von den Pfleger*innen führen, den Patienten umgehend in ein Krankenhaus einliefern zu müssen. Weiters wurde Herr Rethmann darauf hingewiesen, dass Schmerzen im Zuge der Bettlägerigkeit auftreten würden und auch hier die Gefahr besteht, dass er aus dem Bett fallen könne. Ein Festschnallen im Bett würde aber nur durch eine richterliche Genehmigung ermöglicht werden.

„Vater hatte aufmerksam zugehört. ‚Ich wusste gar nicht, dass Sterben so schwierig ist. Gibt es nicht einfach irgendwelche Tabletten, die ich nehmen kann?‘“ (ebd., S.34)

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Trotz Schwierigkeiten und auftretenden Schmerzen ging Claus Rethmann den Weg des Sterbefastens, wobei ihm das Aufhören des Trinkens sehr schwerfiel und das wiederum bei allen Angehörigen Zweifel hervorrief. Er bestätigte aber jedes Mal, dass er den Wunsch habe, sterben zu wollen. Das Buch von Frauke Luckwaldt zeigt sehr eindrücklich, dass auch das Sterbefasten nicht ohne Schmerzen und Leid durchgeführt werden kann, dass auch hier entsprechende Begleitung notwendig ist und, dass rechtliche Hürden das Sterben zusätzlich erschweren können. Schlussendlich dauerte es 40 Tage, bis Claus Rethmann sterben konnte.

2.1.3. Christoph Schlingensief's Tagebuch einer Krebserkrankung

Der bekannte deutsche Film- und Theaterregisseur Christoph Schlingensief berichtete anhand seines imposanten Sprachstils in Form eines Tagebuchs, welche Gedanken eine Krebsdiagnose mit sich bringen kann. Christoph Schlingensief erhielt im Jänner 2008 die Diagnose Lungenkrebs. Es folgte eine schwere Operation, bei der ihm ein Lungenflügel und ein Teil seines Zwerchfells entfernt werden mussten. Trotz positivem Operationsverlauf und Chemotherapie kehrte der Krebs bereits 2009 zurück, wodurch der junge Regisseur früh mit nur 49 Jahren im August 2010 verstarb.

Bereits zu Beginn des posthum veröffentlichten Buches „So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein!“ stellte Schlingensief nicht das Medizinische oder die Krebserkrankung in den Vordergrund, sondern seine Gedanken. Ebenso wie Nina Zacher hat auch er als schwererkrankter Mensch mithilfe eines Diktiergerätes seine Gedankenwelt festgehalten und anschließend in Buchform veröffentlicht. Als Leser*in bekommt man beim Lesen sogar das Gefühl, dass das Notieren dieser Gedanken Christoph Schlingensief dabei geholfen hat, seine Freiheit bewahren zu können. Deutlich wird das in jener Passage, wo er ein Zitat von Joseph Beuys aufgreift:

„In der Biografie von Joseph Beuys, die ich gerade lese, steht der Satz: ‚Alles, was nicht gebraucht wird, leidet. Alles, was statisch ist, leidet.‘ Das heißt, wenn ich noch denke, wenn ich noch aktiv bin, dann leide ich nicht. [...] Ich habe nur schreckliche Angst vor dem Moment, wo das alles aufhört: Irgendwann gehen die Gedanken ja weg, das ist Leid. Ich möchte so lange wie möglich denken dürfen. Muss ich halt lernen, auf dem Sofa zu liegen und nichts anderes zu tun, als Gedanken zu denken.“ (Schlingensief, 2010, S.60-61)

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Doch nicht nur die Gedanken halten Christoph Schlingensiefel am Leben, sondern auch Sinnsprüche bekannter Autoren wie Beuys und Meister Eckhart sowie gut gemeinte Ratschläge und Kommentare von Freunden und Bekannten.

Christoph Schlingensiefel greift in seiner Biografie zahlreiche Fragen auf, unter anderem wodurch der Krebs entstanden sein könnte. Sein erst kürzlich zuvor verstorbener Vater und dessen Depressionen am Schluss seines Sterbens begleiteten ihn während des gesamten Prozesses, wobei er immer wieder betonte, dass er einen unverständlichen Unmut gegenüber seinen Eltern verspürte. Dieser Grant gegenüber seinem Vater führte sogar soweit, dass er den Ursprung des Krebses auf den Zustand seines Vaters zurückführte. Erst die späteren histologischen Ergebnisse ergaben, dass das zeitlich nicht zusammenpasste. Am Ende bekommt man den Eindruck, dass Schlingensiefel mit seinen Eltern Frieden schloss.

Mit einer emotional vielfältigen Sprache schilderte Schlingensiefel seine Auseinandersetzungen mit den verschiedensten Themen. Obwohl er sich selbst als religiös bezeichnet, hadert er bis zum Schluss immer wieder mit seiner Beziehung zu Gott. Während anfangs hart die Leidensgeschichte von Jesus kritisiert wurde (schließlich musste dieser nur wenige Stunden leiden), plagten ihn kurz darauf Schuldgefühle gegenüber Christus, da er das nicht so gemeint hätte. Seine kritischen Gefühle gegenüber dem christlich-kirchlichen System blieben jedoch bis zum Schluss erhalten, obwohl er Trost in Messen fand.

Doch nicht nur sein Glaube wurde immer wieder thematisiert, auch der gesellschaftskritische Umgang gegenüber erkrankten Menschen spielt bei ihm eine hervorgehobene Rolle:

„Heute Abend habe ich mich erneut gefragt, warum das Leid als Währung in unserer Welt nicht richtig existiert. Das war doch früher mal anders, es gab doch Zeiten, wo man sich mit seiner Wunde nicht so verstecken musste. Zumindest hat man das Gefühl, dass die Leute sie lieber nicht sehen wollen und ihre eigene nicht zeigen wollen. Ich weiß es nicht, aber vielleicht liegt es daran, dass der Mensch sich diese Markierungen, an denen für ihn etwas Dramatisches, sein Leben Veränderndes passiert, nicht mehr erlaubt.“ (ebd., S.196)

Charakterisiert ist das Sterben Christoph Schlingensiefels durch das Auf und Ab, das Hin und Her: Einerseits durch das Zurücknehmen und Langsamer-Werden, um den Krebs

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

besiegen und länger am Leben bleiben zu können, und andererseits durch das Beibehalten des Bekannten beziehungsweise Alltäglichen. Zudem wechseln die Emotionen Christoph Schlingensiefs ständig zwischen Angst, Frustration, Aufgeben und Hoffnung, Zuversicht und Freude. Auch suizidale Gedanken sind ihm, aufgrund seiner Angst und Unwissenheit, in den Sinn gekommen. Er betonte zudem mehrmals, dass er diese Phase des Sterbens ohne die entsprechende Begleitung, vor allem durch seine Lebensgefährtin und spätere Ehefrau Aino, nicht geschafft hätte.

Das, was eine Krebsdiagnose für das Sterben ausmacht, nämlich die Unsicherheit, wann der Tod eintreten wird oder ob eine Heilung noch möglich ist, ist in den Gedanken Schlingensiefs immer wieder erkennbar.

2.2. Wissenschaftliche Perspektiven über das Sterben

Etymologisch betrachtet kann der Ursprung der Begriffe „Sterben“ und „Tod“ in das 8. und 9. Jahrhundert zurückgeführt werden. Demzufolge bedeutete der Begriff „Sterben“ ursprünglich „starr werden“, „erstarren“, „hart werden“, „absterben“ beziehungsweise „steif sein“. Die Wortherkunft zeigt bereits, dass der Mensch über seine begrenzte Zeit Bescheid wusste (vgl. Lehmann, 2012, S. 563-564).

„Der Mensch unterscheidet sich von anderem Leben dadurch, dass er um den Tod weiß. Das Wissen um den Tod macht ihn zum Sterblichen. Sterben ist überdies oft ein lang anhaltender Prozess. Mit ‚Tod‘ bezeichnen wir einen endgültigen Zustand. Beim Wort ‚Sterben‘ werden wir immer wieder auf den Übergang vom Leben zum Tod aufmerksam.“ (ebd., S.564)

Fakt ist, dass jeder Mensch stirbt. Doch trotz dieser allgemeinen Tatsache gibt es nur wenige wissenschaftliche interdisziplinäre Abhandlungen. Ein Grund dafür ist, dass Sterben keine allgemein gültige Definition haben kann, da jede wissenschaftliche Disziplin einen anderen Blickwinkel einnimmt. Einen Einblick in dieses komplexe Thema darüber, was genau das Sterben ist, geben die Herausgeber Borasio und Bormann in „Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens.“ Dieses Kapitel dieser Arbeit dient dazu, einen kurzen Einblick über das Sterben aus Sicht der Medizin, Psychologie, Philosophie und Religion wiederzugeben.

2.2.1. Medizinische Perspektiven über das Sterben

Was heißt „Sterben“? Ausgehend eines Betrachtungswinkels der Biologie kann man sagen, dass es das natürliche Sterben beziehungsweise den natürlichen Tod nicht gibt. Alle Ursachen des Ablebens können und müssen medizinisch nachverfolgt werden, weshalb es für Ärzt*innen schwierig ist, den natürlichen Sterbeprozess zuzulassen (vgl. Borasio, 2019, S.26). Wie vielfältig das Sterben im medizinischen Bereich sein kann, schildert Borasio, der neben dem Zelltod noch vom Organtod, dem Herz-Kreislauf-Tod, dem Lungentod, dem Lebertod, den Nierentod und dem Gehirntod spricht (vgl. ebd., S.14-21).

Durch die neuen medizinischen Entwicklungen, vor allem in den Jahren 1950-1970, wurde die Definition darüber, was man unter „Sterben“ versteht, erweitert. Dadurch veränderte sich allgemein die Einstellung und der Umgang mit Sterben und Tod. Unter anderem wurde ab 1950 vermehrt im Bereich der Lebensverlängerung und der Reanimation geforscht und publiziert (vgl. Benzenhöfer, 2009, S.125). Zu den medizinischen Neuerungen zählte das in den 60er Jahren entwickelte Konzept der Wiederbelebung. Darunter fallen die heutigen medizinischen Handlungen der Mund-zu-Mund-Beatmung beziehungsweise der Notfallbeatmung, die extrathorakale Herzmassage, das Anwenden neuer Medikamente, die Defibrillation des Herzmuskels bei geschlossenem Brustkorb beziehungsweise das Einsetzen von Herzschrittmacher und die Infusion von Blutersatzmitteln. Weiters wurde Anfang 1960 die Langzeitatmung erstmals durchgeführt. Heute gehören die medizinischen Beatmungsmethoden, wie die kurzzeitige Narkosebeatmung über die oberen Luftwege durch Inkubation, die Kohlendioxidabsorption und das Behandeln mithilfe eines Atembeutels, zum Standardrepertoire eines Krankenhauses (vgl. ebd., S.122-123).

In der Medizin steht aber nicht die Frage „Was heißt Sterben?“ sondern „Ab wann stirbt man?“ im Vordergrund. Abseits dieser medizinischen lebensverlängernden Errungenschaften wurde Ende der 1960er Jahre viel darüber diskutiert, ab wann der festgestellte Hirntod den Tod bedeutet und in weiterer Folge, welche Konsequenzen die Diagnose des Hirntods haben sollte (vgl. Stoecker, 2012, S.374-375). Aus medizinischer Sicht ist der Hirntod gleichzusetzen mit dem Tod des Gesamtorganismus, da, im

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Gegensatz zum Wachkoma, die Patient*innen nicht ohne künstliche Lebenserhaltung leben können (vgl. Borasio, 2019, S.22).

Der Zeitpunkt des Sterbens wird häufig nicht rechtzeitig erkannt, wodurch es zu Defiziten im Bereich der Begleitung am Lebensende kommen kann. Dies zeigte unter anderem eine Studie von Carron et al. aus den USA, wo in medizinischen Lehrbüchern selten über die Art und Weise des Sterbens aufgeklärt wird (vgl. Eggenberger & Pleschberger, 2012, S.29). Diesen Missstand untersuchten auch Eggenberger und Pleschberger, die zu ähnlichen Ergebnissen in deutschsprachigen medizinischen Lehrbüchern gelangen. Durch diese Studie werden die definitorischen Schwierigkeiten, was Sterben im medizinischen und allgemeinen Sinne eigentlich ist, deutlich:

„Von jenen 29 Lehrbüchern, die Inhalte zur letzten Lebensphase eines Menschen enthalten, findet sich in 7 Werken (24,1%) explizit auch der Versuch einer Definition des Sterbens bzw. eines sterbenden Menschen. [...] Klinisch-ätiologisch und pathophysiologische Definitionsversuche stehen am einen Ende, wie beispielsweise: ‚Die Sterbephase eines Menschen wird von dem Ausfall vitaler Funktionen bestimmt. Letztlich ist jeder Tod ein Versagen des zentralen Nervensystems.‘ Am anderen Ende des Spektrums findet sich der Versuch, das Sterben in einen ethischen Reflexionskontext einzubetten: ‚Zu den Lebensprozessen gehört das Sterben, denn das Sterben ist nicht der Tod, das Sterben gehört noch zum Leben und fällt daher unter die regulative Idee der Menschenwürde.‘“ (ebd., 2012, S.31)

Sowohl die unterschiedlichen Todesarten als auch die Bestimmung darüber, ab wann man vom Sterben spricht, verweisen auf das Spannungsverhältnis zwischen dem medizinischen Fortschritt und den dadurch aufkommenden ethischen Fragestellungen. Es ist daher nachvollziehbar, dass einzelne Sterbeprozesse für Ärzt*innen und auch Jurist*innen Herausforderungen darstellen, zudem die Grenzen zwischen erlaubten und strafbaren (Therapie-)Handlungen oftmals nicht erkennbar sind (vgl. Trappe, 2017, S.217).

2.2.2. Psychologische Perspektiven über das Sterben

Aus Sicht der Psychologie ist das Sterben gekennzeichnet durch das Wahrwerden des Verlustes der eigenen Realität und dessen, was diese für einen ausgemacht hat (vgl. Wittkowski, 2012, S.50).

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

„Aus heutiger psychologischer Sicht bedeutet Sterben ein Leben im Bewusstsein des absehbaren baldigen Nicht-mehr-Seins. [...] Man kann daher Sterben auch als gedanklich vorwegnehmendes Trauern um den Verlust der persönlichen WELT auffassen.“ (ebd., S.50)

Die Zeitspanne, ab wann das Sterben beginnt, ist vom Bewusstsein der Patient*innen abhängig, wobei auch hierfür die Kommunikation und Interaktion mit begleitenden Personen maßgebend ist (vgl. ebd., S.52).

Die wissenschaftliche Disziplin der Psychologie war in den Jahren 1960-1970 davon geprägt, dass Sterben psychologisch durchdringen zu wollen. Einige Beispiele, welche Modelle dazu entwickelt wurden, sollen hier veranschaulicht werden. Besonders populär wurden die Phasen der Trauer und des Sterbens von Elisabeth Kübler-Ross (vgl. ebd., S.52-53).

Die Schweizerin und in Amerika lebende Leiterin des Mental Health Center of South Cook County in Illinois namens Elisabeth Kübler-Ross veröffentlichte 1969 das Buch „On Death and Dying“. In diesem schilderte die Psychologin ihre Erfahrungen und Rückschlüsse über das Sterben, die sie aus Interviews und Gesprächen mit sterbenden Menschen ziehen konnte. Das Ergebnis waren fünf Phasen, die, nach Meinung von Kübler-Ross, die meisten sterbenden Patient*innen durchleben würden (vgl. Kübler-Ross, 1973, S.461-462).

- „1. Verneinung und Isolierung: Nicht-wahr-haben-Wollen des kommenden Todes;*
- 2. Zorn und Auflehnung gegen das Schicksal: Dies zeigt sich unter anderem in aggressiven Verhaltensweisen gegenüber der Familie und medizinisch-pflegerischem Personal;*
- 3. Verhandeln mit dem Schicksal: Versuche, mit Hilfe von hochspezialisierten Fachärzten, religiösen Gelübden, Heilpraktikern und anderen Mitteln dem drohenden Schicksal zu entrinnen oder dieses hinauszuzögern;*
- 4. Depression: Traurigkeit – Vereinsamung – großes Bedürfnis nach Kontakt und Nähe eines verständnisvollen Menschen;*
- 5. Annahme des Todes und Zustimmung: Bejahung der unabwendbaren Realität.“ (Lehmann, 2012, S.569-570)*

In allen fünf Phasen kann zudem die Angst vor dem Lebensende beziehungsweise vor dem Verlust der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Patient*innen vorausgesetzt werden (vgl. Bardenheuer, 2012, S.424). Die Intention, die die Autorin Elisabeth Kübler-Ross hinter diesem Phasenmodell verfolgte, war es den Prozess des Sterbens für

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Patient*innen, aber auch für jene, die sterbende Menschen betreuen und begleiten, zugänglicher und vorausschaubarer zu machen (vgl. Kübler-Ross, 1973, S.461). Dieses Ziel wurde damit auch erreicht, da ihre Erkenntnisse in der heutigen palliativen Betreuung und Therapie integriert wurden. Elisabeth Kübler-Ross gilt mit dieser Leistung als Begründerin der Sterbeforschung (vgl. Bardenheuer, 2012, S.426).

Nichtsdestotrotz ist auch die Kritik, die dieses Phasenmodell von Kübler-Ross erfahren musste, berechtigt. So wurde unter anderem ihre Arbeit als vorwissenschaftlich kritisiert (vgl. Wittkowski, 2012, S.53-54.):

„(1) Das Phasen-Modell von Kübler Ross beruht ausschließlich auf Interviews und Verhaltensbeobachtungen, die in klinisch-therapeutischem Kontext von nur einer Person durchgeführt wurden, die selbst in die Therapeut-Patient-Interaktion involviert war; eine formelle Auswertung durch Dritte mit Bestimmung der Auswerter-Übereinstimmung erfolgte nicht.

(2) Zwar gibt es Anhaltspunkte für irgendwelche Phasen oder Stufen des Sterbens im Sinne eines subjektiven Eindrucks, es gibt aber keine objektiven oder auch nur quasi-objektiven Belege für eine bestimmte Anzahl und inhaltliche Beschaffenheit.

(3) Es gibt keine stichhaltigen Belege dafür, dass Sterbende bestimmte Phasen in einer linearen Abfolge gleichsam gesetzmäßig durchlaufen.

(4) Die generalisierende Anwendung des Phasen-Modells von Kübler-Ross übersieht die Individualität des oder der Sterbenden und lässt allgemein eine differentielle Sichtweise vermissen.“ (ebd., S.53)

Elisabeth Kübler-Ross reagierte auf die Kritik und betonte, dass das Sterben nicht bei allen sterbenden Personen gleich verlaufe. Die Tatsache, dass das Sterben durch einen individuellen Stil und durch persönliche gewohnte Verhaltensweisen geprägt sei, führe dazu, dass ihr Modell relativiert werden müsse (vgl. Engelke, 2015, S.65-66).

Neben Kübler-Ross haben sich noch zahlreiche weitere Forscher*innen näher mit der psychischen Durchdringung des Sterbens beschäftigt. Besonders das Verständnis darüber, das Sterben in Phasen einteilen zu können, wurde in weiteren Konzeptionen übernommen. Die hier genannten weiteren Modelle entsprechen den Anforderungen der wissenschaftlichen Forschung; diese müssen aber im individuellen Fall nicht auftreten. Das heißt, dass die Erkenntnisse über Sterbeverläufe aus Studien der

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Sterbeforschungen keine Garantie auf Allgemeingültigkeit liefern (vgl. Wittkowski, 2012, S.54).

Ein weiteres Phasenmodell stammt von Bowlby und Parkes und lässt sich auf ein zirkuläres Drei-Phasen-Modell spezifizieren. Die erste Phase des Sterbens sei demnach durch den Zustand der Benommenheit und des Schocks charakterisiert. Die zweite Phase ist gekennzeichnet durch die ständige Wiederkehr von unterschiedlichen Emotionen und Gedanken. Erst durch die letzte Phase, dem eigentlichen Abschluss, die durch den Rückzug und den psycho-physischen Verfall geprägt ist, ist der Verlauf des Sterbens abgeschlossen. Hervorgehoben werden muss das zirkuläre Verständnis der Phasen, wodurch diese nicht in sich geschlossen sind. Dieses zirkuläre Modell diene ursprünglich der Aufklärung von Trauerprozessen. Aber auch das Sterben wird hier, besonders im Vergleich mit dem linearen Phasenlehren, besser beschrieben, wobei erwähnt werden muss, dass die empirische Überprüfbarkeit nicht gegeben ist (vgl. ebd., S.55-56).

Eine weitere Möglichkeit des Phasenlehrens von Sterben liefert das Illness Constellation Model von Morse und Johnson, welches von den Autoren Olson, Morse, Smith, Mayan und Hammond 2000/2001 erweitert wurde. Die in der Literatur von Wittkowski vorgestellte Variante des Illness Constellation Models enthält fünf Schritte, wobei dieses, ebenso wie das Modell von Bowlby und Parkes, auf drei zirkuläre Phasen reduziert werden könnte. Diese fünf Phasen können folgender Weise verkürzt dargestellt werden (vgl. ebd., S.56-57):

- Phase 1: „Vigilanz“

Diese beginnende Zeitspanne inkludiert das Bewusstwerden der Symptome und Beschwerden. Betroffene sind unruhig, unsicher und besorgt. Die Phase wird beendet durch die medizinische Diagnose und der damit zusammenhängenden Schockerfahrung.

- Phase 2: „Ausrichtung auf das Überleben“

Diesen Schritt durchleben jene Patient*innen, deren Verlauf des Sterbens sehr rasch vonstattengeht. Für eben jene Personen folgt anschließend bereits der Eintritt des Todes.

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

- Phase 3: „Ausrichtung auf das Leben“

Bei Patient*innen, die nach der Diagnose körperlich weitgehend symptomfrei sind, kann man eine länger andauernde Lebensspanne erwarten. In dieser Phase spielt Kontrolle für die sterbende Menschen eine entscheidende Rolle. Dafür wird viel Kraft benötigt, welche die Betroffenen durch Energiequelle der Hoffnung gewinnen.

- Phase 4: „Leiden“

Hierbei geht es um die Bewusstwerdung des Verlustes der eigenen Zukunft. Dadurch, dass die Patient*innen sich ihrer letzten Lebensphase bewusstwerden, kann es zu einer radikalen Abnahme der Lebensqualität kommen. Phase drei und vier sollten zirkulär betrachtet werden, da es sich hierbei um einen länger andauernden Prozess handelt.

- Phase 5: „Ausrichtung auf das Sterben“

In diesem abschließenden Stadium nimmt die körperliche und auch psychische Verfasstheit der Betroffenen aufgrund der Krankheit rasant ab. Je nachdem, ob die Phase des Leidens positiv abgeschlossen wurde, wird das Sterben bejahend akzeptiert. Ansonsten ist die letzte Phase durch das Resignieren und (sich selbst) Aufgeben gekennzeichnet (vgl. ebd., S.56-57).

Doch nicht nur phasenartige Modelle finden in der Sterbeforschung Zuspruch, sondern auch andere Konzepte geben Auskunft über das systematische Sterben. Unter anderem erläutert die Feldstudie von den Soziologen Glaser und Strauss sogenannte vier Bewusstheitskontexte, die wiederum Auskunft über den psycho-physischen Zustand von sterbenden Patient*innen geben sollen. Hierbei steht vor allem der Umgang des Bewusstseins über das Sterben aller Beteiligten im Vordergrund (vgl. ebd., S.57). Diese vier Bewusstheits-Kontexte können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- „Der geschlossene Bewusstheits-Kontext“

Die Patient*innen sind noch nicht über ihren kritischen körperlichen Zustand informiert und werden von Personen ihres Umfelds bewusst in dieser Ahnungslosigkeit belassen.

- „Der Bewusstheits-Kontext des Argwohns“

Hierbei haben die Betroffenen eine Vorahnung, dass sie sterbenskrank sein könnten.

- „Der Bewusstheits-Kontext der gegenseitigen Täuschung“

Alle Beteiligten wissen zwar über das Sterben der Betroffenen Bescheid, wollen es sich aber nicht gegenseitig eingestehen.

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

- „Der offene Bewusstheits-Kontext“

Der Umstand der sterbenden Person ist allen bekannt und auch eine offene Kommunikation aller Beteiligten ist gewährleistet (vgl. ebd., S.57).

Generell könne man solche Phasenmodelle in der praktischen Begleitung sterbender Patient*innen nicht heranziehen, da diese, nach Meinung der meisten Sterbe- und Trauerforscher*innen, die Facetten und Unterschiede der unterschiedlichen Sterbeprozesse nicht entsprechend widerspiegeln (vgl. Engelke, 2015, S.67). Das Sprechen über Tod und Sterben könne man nicht mit den realen Erfahrungen des Sterbens und des Todes vergleichen.

„Als die weltberühmte Sterbeforscherin [gemeint ist hier: Elisabeth Kübler-Ross] selbst sterbenskrank wurde, hat allerdings auch sie den Tod gefürchtet und wollte nicht sterben. [...] Das zeigt: Über den Tod philosophisch zu sprechen und das Sterben anderer zu begleiten ist eine Sache. Eine ganz andere ist es, sich ihm selbst stellen zu müssen. Dessen sollten wir uns immer bewusst sein, wenn wir über Tod und Sterben reden!“ (ebd., S.67)

2.2.3. Philosophische Perspektiven auf das Sterben

Abseits medizinischer Erkenntnisse und Neuerungen zu diesem Thema ist aus Sicht der Anthropologie sicher, dass Sterben einen reflexiven Prozess inkludiert. Der Mensch wird in seinem Sterben mit existentiellen Fragen konfrontiert, denn die Person steht im menschlichen Konflikt mit sich selbst. Man möchte weiter am Leben bleiben und ist sich aber gleichzeitig bewusst, dass das nicht möglich ist. Seit jeher versuchen philosophische Denker*innen das Phänomen des Sterbens und des Todes zu durchdringen. Eines der wichtigsten Zeugnisse diesbezüglich liefert das Sterben des Sokrates in Platons Phaidon. Bereits in diesem Dokument spricht Platon durch Sokrates von einem Lernprozess während des Sterbens (vgl. Brachtendorf, 2012, S.257-258):

„Philosophieren, so behauptet er, heiße ‚sterben lernen‘, und der Philosoph strebe nach gar nichts anderem, als nur zu sterben und tot zu sein.“ (ebd., S.258)

Die Philosophen der Antike versuchten seit jeher weniger das Sterben sondern vielmehr den Tod zu durchdringen. Während Sokrates gelassen und sogar freudig seiner Hinrichtung entgegenblickte (vgl. ebd., S.257), schildern die Überlieferungen Senecas ähnliche Ansichten über das Sterben und den Suizid. Seneca wurde zum

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

einflussreichsten Berater Neros, bei dem er aber später in Ungnade fiel und daher 65 n. Chr. zum Suizid gezwungen wurde. Der Philosoph vertrat, wie zuvor auch Platon, die Meinung, dass der Tod zur Befreiung der Menschen und Loslösung von Schmerzen führe und dieser somit nichts Schreckliches sei. Was hingegen eine menschliche Prüfung darstelle, sei das Sterben. Seneca war der Ansicht, dass das Sterben zeitlebens vorbereitet werden müsse, denn nur das selbstbestimmte Sterben könne als hohes Gut angesehen werden. In „Briefe an Lucilius“ plädiert Seneca deshalb für den Suizid (vgl. Benzenhöfer, 2009, S.30):

„Nichts Besseres hat das ewige Gesetz geleistet, als dass es uns einen einzigen Eingang in das Leben gegeben, Ausgänge viele. Ich soll warten auf eine Krankheit Grausamkeit oder eines Menschen, obwohl ich in der Lage bin, mitten durch die Qualen ins Freie zu gehen und Widerwärtiges beiseite zu stoßen? Das ist das einzige, weswegen wir über das Leben nicht klagen können: niemand hält es.“ (ebd., S.30-31)

Ein radikaler Kontrast dazu stellt die christliche Philosophie dar. Als wichtiger Vertreter galt Augustinus, der den Tod und das Sterben als Übel und Qual empfand. Er beschrieb das Sterben als einen Akt der Grausamkeit, denn die gewaltsame Trennung von Leib und Seele sei entgegen der Natur. Nach Augustinus sei nicht der Tod das höchste Gut sondern das ewige Leben (vgl. Brachtendorf, 2012, S.263). Das Denken über das Sterben bei Augustinus prägte das anthropologische Denken bis ins 20. Jahrhundert. Im Gegensatz zu Epikur, der den Tod konträr und getrennt vom Leben betrachtete, empfand Augustinus das Sterben nicht als einen Moment vor dem Tod, sondern als etwas, das das ganze Leben über mitgetragen wird (vgl. ebd., 265-266).

„Der Sterbende sei ein Lebender, der sich dem Tode nähert. Dieser Prozess des Sich-dem-Tode-Näherns beginne aber bereits mit der Geburt. Die ganze Lebenszeit ist nach Augustinus ,nichts anderes als ein Lauf zum Tode, bei dem niemand auch nur ein klein wenig stehenbleiben oder etwas langsamer gehen darf‘. Wenn Sterben bedeutet ,im Tod‘ (in morte) zu sein, dann ist der Mensch schon ,mit dem ersten Beginn des leiblichen Lebens im Tod‘. Demnach ist in Wahrheit nicht zu unterscheiden zwischen der Zeit vor dem Tod und der Zeit nach dem Tod, wie Epikur es tut, sondern zwischen der Zeit im Tod, verstanden als die Zeit des leiblichen Lebens, und der Zeit nach dem Tod.“ (ebd., S.266)

Im 20. Jahrhundert beschäftigte sich die Existenzphilosophie näher mit Tod und Sterben. Dazu zählen unter anderem die Philosophen Heidegger und Jaspers, die ebenso wie

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Augustinus von einem Prozess während des Sterbens ausgehen. Im Kontext der Metaphysik und der phänomenologischen Methode schließen aber Heidegger und Jaspers ein Weiterleben nach dem Tod aus (vgl. ebd., S.266). Das führt nach Heidegger dazu, dass der Mensch mit seinem Sterben in einen anthropologischen Konflikt gerät, der unauflösbar ist und lediglich zugedeckt oder verdrängt werden kann (vgl. ebd., S.268). Jaspers spricht, ähnlich wie Heidegger, beim Prozess des Sterbens von einer Grenzsituation, die ausgehalten werden muss (vgl. ebd., S.270).

2.2.4. Christliche Perspektiven über das Sterben

Was kann man unter „Sterben“ im Kontext des Christentums verstehen? Geht man noch einmal zurück auf den christlichen Philosophen und Theologen Augustinus, findet man eine Begründung der Sterblichkeit eines jeden Menschen im biblischen Sündenfall. Als Konsequenz der willentlichen Ablehnung Gottes bestrafte dieser die Menschen durch das unaufhaltsame Sterben, indem die konzipierte Einheit von Leib und Seele durch den Tod getrennt werde (vgl. ebd., S.265). Der Sündenfall und die Bestrafung Gottes befindet sich zu Beginn des Alten Testaments im Buch Genesis:

„Im Schweiß deines Angesichts wirst du dein Brot essen, bis du zum Erdboden zurückkehrst; denn von ihm bist du genommen, Staub bist du und zum Staub kehrst du zurück.“ (Gen 3,19)

Nach Augustinus muss also jede Person aufgrund der Ursünde beziehungsweise der eigenen Sündenschuld sterben. Das, was Augustinus hier beschreibt, ist eine Ethisierung des Todes und des Sterbens (vgl. Brachtendorf, 2012, S.264-265).

Doch auch weitere alttestamentliche Bibelstellen geben Auskunft darüber, wie der Tod aufgefasst werden könnte, weshalb man nicht von einer konkreten Aussage über Tod und Sterben aus dem Alten Testament schließen kann. Betrachtet man die Religionsgeschichte Israels bezüglich des Sterbevorganges, so weiß man, dass die damaligen Traditionen rudimentäre biologische Aspekte des Todes berücksichtigten. Eine Versorgung und mögliche Heilung war im damaligen Orient für das israelitische Volk jedoch nur durch spezialisierte Priester erlaubt. Erst durch den Weisheitslehrer Jesus Sirach wurde eine Behandlung und Hilfe durch einen Arzt ermöglicht (vgl. Groß, 2012, S.467).

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

„Ehre einen Arzt wegen seiner nützlichen Dienste mit gebührenden Ehren, denn auch ihn hat der Herr erschaffen! Denn vom Höchsten stammt die Heilung und vom König erhält er ein Geschenk. Das Wissen des Arztes erhöht sein Haupt und bei Großen wird er bewundert. Der Herr hat aus Erde Heilmittel erschaffen, ein kluger Mann wird sie nicht ablehnen.“ (Sir, 38, 1-4)

Zudem enthält das Alte Testament Sterbeberichte, die aber allesamt das Sterben als Vollendung eines erfüllten Lebens darstellen. Walter Groß zählt als alttestamentliche Kriterien für ein solches erfülltes Leben unter anderem das Zusammenleben mit der nächsten Generation, ein Begräbnis im Familiengrab und ein öffentlich gerühmtes Leben in Gottesfurcht auf. Auffällig in Bezug auf das Sterben im Alten Testament ist vor allem das bereits erwähnte Buch Jesus Sirach, das zwar ebenfalls eine positive Akzentuierung des Sterbens beinhaltet, zudem aber auch die Schmerzen und Qualen nicht beschönigt (vgl. Groß, 2012, S.475-476).

„Besser ist der Tod als ein verbittertes Leben und besser Ruhe in Ewigkeit als andauernde Krankheit.“ (Sir 30,17)

„Oh Tod, wie gut ist deine Bestimmung für einen Menschen, der bedürftig und kraftlos ist, für einen uralten Greis und für einen, der sich um alles Sorgen macht, für einen Ungehorsamen und einen, dessen Geduld am Ende ist.“ (Sir 41,2)

Im Neuen Testament gibt es durch den Messias Jesus Christus eine neue Haltung gegenüber dem Tod. Durch die Auferweckung Jesu wurde der Tod bezwungen und der Mensch gerettet. Das wird vor allem durch das Johannesevangelium und durch die Briefe des Apostels Paulus betont (vgl. Theobald, 2012, S.481):

„Jesus sagte zu ihr: Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, wird leben, auch wenn er stirbt.“ (Joh 11,25)

„Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Ob wir leben oder ob wir sterben, wir gehören dem Herrn.“ (Röm 14,8)

Zwar gibt das Neue Testament hier eine Antwort über den Tod und über das durch Jesus Christus eröffnete Jenseits, der Sterbeprozess selbst wird nicht näher thematisiert. Ein Grund dafür könnte die zur damaligen Zeit herrschende christologische Naherwartung sein; also jene Vorstellung, dass das Königreich Gottes bald aufkommen wird. Michael Theobald formulierte diese These überspitzt, indem er behauptet, dass die ersten

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Christen den Tod nicht vor sich gehabt, sondern ihn bereits hinter sich gelassen hätten (vgl. Theobald, 2012, S.482).

Besonders im Zeitalter des Mittelalters brachte das Christentum, im Vergleich zur philosophischen Antike, eine Trendwende im Umgang mit Tod und Sterben mit sich (vgl. Winau, 2004, S.4). Die christliche Kirche wurde als eigentliche Entscheidungsmacht angesehen, weshalb die ethischen dogmatischen Bestimmungen der christlichen Morallehre hingenommen wurden. Der starke Einfluss der Kirche spiegelt sich in den damals geltenden staatlichen Regelungen wider, zumal jeder Mensch Verpflichtungen gegenüber dem von Gott eingerichteten Staat habe (vgl. Wittwer, 2020, S.31). Die zuvor gelebte Trennung von Lebenden und Toten wurde aufgehoben, Gräber wurden in die Stadt und in die Nähe von Kirchen beziehungsweise in Kirchhöfen verlegt und individuelle Gräber mit Namen wurden durch Massengräber verdrängt (vgl. Winau, 2004, S.4).

Außerdem lehnt das Christentum jede Form der Selbsttötung grundsätzlich ab, da das durchlebte Leiden nicht als etwas Schlechtes, sondern als etwas Sinnvolles betrachtet wird (vgl. Wittwer, 2020, S.28-30). Eine theologische Begründung für diese Grundhaltung liegt in der Unantastbarkeit des Lebens, da nur Gott, als Schöpfer des Lebens, darüber verfügen darf (vgl. Schneider, 2015, S.3). Besonders der Suizid wurde daher von christlichen Denker*innen seit jeher missachtet. Bereits in „De civitate Dei“ von Augustinus wurde der Umgang mit Selbstmörder*innen in den Jahren zwischen 413-426 festgehalten. Jegliche Art der Tötung sei, gemäß dem fünften Gebot, eine Sünde, wodurch Suizidant*innen als Mörder*innen verurteilt werden müssen. Die zu erwartenden Konsequenzen durch das vorzeitige Beenden des eigenen Lebens waren: die Verheißung der ewigen Verdammnis und die Verweigerung eines kirchlichen Begräbnisses. Am Konzil von Nîmes 1248 wurde zudem beschlossen, dass Suizidant*innen nicht mehr am christlichen Friedhof bestattet werden dürfen (vgl. Kraft, 2015, S.148). Erst 1871 wurden die Handlung des Suizides und der Suizidbeihilfe im Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches straffrei, denn erst ab dieser Zeit (in Preußen bereits ab 1751) wurde anhand der individuellen Selbstbestimmung des Menschen argumentiert (vgl. Kreß, 2018, S.791).

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

Weiters taucht zur Zeit des Mittelalters das erste Mal der Begriff „ars moriendi“ in einem von Anselm von Canterbury verfassten Text auf. In diesem wurde dieser Terminus bereits in zwei zu unterscheidende Aspekte differenziert: einerseits die Kunst die sterbenden Menschen zu begleiten und andererseits die Einübung und Kunst des eigenen Sterbens (vgl. Ricken, 2012, S.309). Aus dieser Praxis entstanden im 15. Jahrhundert die berühmten Sterbebüchlein, die (ausgestattet mit Illustrationen, Entsagungen, Texten und Gebeten) unter anderem auch den Tod im Leben dokumentieren und das Sterben gestaltend begleiten sollten (vgl. Lehmann, 2012, S.567-568).

Die Sterbebegleitung ist auch im heutigen Diskurs der Sterbehilfe im Kontext des Christentums von wichtiger Bedeutung. Die zuvor bereits erwähnten geschichtlich-verankerten traditionellen Argumentationslinien, wie zum Beispiel die Unantastbarkeit des Lebens und Sterbens und, damit zusammenhängend, das Herrschaftsrecht Gottes über den Menschen werden von Christ*innen auch heute noch in der Sterbehilfe-Debatte herangezogen. Trotz der moralisch-theologischen Verpflichtungen der Christ*innen, die kirchenrechtlich starr verankert sind, lässt oikonomia beziehungsweise die Barmherzigkeit Ausnahmen im Sterben schwererkrankter Menschen zu (vgl. Kreß, 2018, S.793).

„In römisch-katholischer Terminologie handelt es sich um ‚pastorale‘ Konzessionen. Theologiegeschichtlich und kirchenrechtlich gesagt: Unter Umständen greift die ‚oikonomia‘, die sich philosophiegeschichtlich von der Epikie, Billigkeit oder Einzelfallgerechtigkeit herleitet, bzw. die sogenannte Barmherzigkeit. Oikonomia ist dann die Erlaubtheit, vonseiten der Kirche ‚barmherzigen Umgang mit problematischen Fällen‘ zu üben. (ebd., S.793)

Es muss dabei erwähnt werden, dass es der katholischen Kirche nicht darum geht, den Suizid schwererkrankter Menschen oder die Begleitung eines Suizides ausnahmsweise zu dulden. In den katholischen Schriften meint man hierbei lediglich, dass es in gewissen Fällen Patient*innen erlaubt sein sollte, die künstliche Ernährung abzulehnen (vgl. ebd., S.793).

Festzuhalten ist jedoch, dass in allen Religionsgemeinschaften die Begleitung sterbender Menschen von zentraler Bedeutung ist. Im Christentum ist der Glaube an die Auferstehung von Jesus Christus zentral, da Christ*innen hoffnungsvoll an ein Leben

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES STERBENS

nach dem Tod glauben (vgl. Engelke, 2015, S.171-172). Diese Zuversicht erschließt sich unter anderem in der Offenbarung des Johannes im Neuen Testament, wo es heißt:

„Da hörte ich eine laute Stimme vom Thron her rufen: Seht, die Wohnung Gottes unter den Menschen! Er wird in ihrer Mitte wohnen und sie werden sein Volk sein; und er, Gott, wird bei ihnen sein. Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen.“ (Offb 21, 3-4)

Außer Frage steht, dass der (christliche) Glaube, die seelsorgerische Sterbebegleitung, Rituale und Gebete sterbenden Menschen Zuversicht und Hoffnung spenden können. Immer wieder zeigt sich aber, dass auch sterbende Gläubige sich, aufgrund ihres Schicksals und der übermannenden Todesangst, von ihrem Gott abwenden (vgl. Engelke, 2015, S.187).

Weitestgehend vertritt die Einheit der katholischen Kirche öffentlich eine ablehnende Position gegenüber der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizides. Es gibt aber auch namentliche Befürworter*innen, wie beispielsweise den katholischen Theologen Hans Küng, die sich für die Legalisierung dieser Arten der Sterbehilfe einsetzen. Küng, der an Parkinson erkrankt und selbst Mitglied in einem Schweizer Sterbeverein ist, bekräftigte seine Position in einem TV-Interview, indem er sagte:

„Gerade weil ich an das ewige Leben glaube, darf ich, wenn es an der Zeit ist, in eigener Verantwortung über Zeitpunkt und Art meines Sterbens entscheiden.“ (Mayer, 2014)

3. Über die systematische Aufarbeitung des Sterbens

Das folgende Kapitel zeigt Gemeinsamkeiten des Sterbeprozesses, die durch den Vergleich zweier Forschenden, nämlich Monika Renz und Ernst Engelke, systematisch genannt werden können. Aber auch die Unterschiede, welche die beiden Lektüren aufweisen, sollen betont werden, um einen realen Eindruck über die Komplexität des Sterbens zu erhalten. Diese beiden Publikationen wurden aufgrund ihrer Expertise und ihrer unterschiedlichen Perspektive ausgewählt. Während Ernst Engelke die Situation sterbender Patient*innen realitätsnah, vielfältig und ernüchternd aus der Sicht eines Palliativmediziners schildert, wählt die Psychologin Monika Renz einen spirituellen, tiefenpsychologischen Blickwinkel.

Die Erkenntnisse aus den Publikationen und Studien von Engelke und Renz dienen dazu, die existentiellen Wahrheiten über das Sterben, wie die bereits vorgestellten Biographien von Nina Zacher, Claus Rethmann und Christoph Schlingensief, wissenschaftlich zu systematisieren.

3.1. Über die Expertise von Renz und Engelke

Monika Renz ist Psycho- und Musiktherapeutin und konnte im Zuge des Projektes „Wandlung, Reifung, Sterben“ von 80 sterbenden Patient*innen lernen, was es heißt, das eigene Sterben wahrzunehmen (vgl. Renz, 2000, S.207). Ihre Fragestellung fokussierte sich auf den Grenzbereich, den das Sterben einnimmt, und was dieser bei Sterbende bewirkt (vgl. ebd., S.9). Trotz Forschungsanspruch beharrt Renz am Ende ihres Buches in „Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung“, dass ihre Ergebnisse keine allgemein gültige Aussage über das Sterben zulassen. Ihre Ansichten können nur im Kontext der ausgewählten Patient*innen verstanden werden, da sie nur mit jenen in Kontakt treten konnte, die ihr, aus gewissen Gründen, zugewiesen wurden. Zudem betont Renz die ambivalente Aussagekraft ihrer Studie, da vieles „*im Dunkelbereich des Nicht-Aussagbaren*“ liegt und ihre Erfahrungen mit den Patient*innen

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

nicht ident mit jenen der Angehörigen, Ärzt*innen, Seelsorger*innen usw. sein müssen (vgl. ebd., S.205-206).

„Die nachfolgenden Zahlen sind darum ‚nur‘ als Ergebnis spontaner, freiwilliger Äußerungen im Gespräch zwischen Patient und genau mir in meiner Funktion (Musiktherapeutin/Psychologin) zu verstehen.“ (ebd., S.207)

Auch Renz hat für ihr therapeutisches Handeln ein „Modell“ konzipiert, das ihr bei der Einordnung der Situation der Patient*innen helfen soll. Sie gliedert den Sterbeprozess in drei Stadien, nämlich in „Davor“, „Hindurch“ und „Danach“:

„Davor: Bald sind Sterbende voll und ganz da, d.h. im Realen anwesend, normal ansprechbar (= diesseits einer inneren Bewußtseinsschwelle). Häufig ist dieser Zustand verbunden mit Angst, sich ins Ungewisse hinein loszulassen [...].

Hindurch: Dann findet so etwas wie ein Durchstehen von grundlegenden, bisweilen apokalyptischen Ängsten, manchmal sogar ein geistiger Kampf statt. Auf körperlicher Ebene häufig extreme Unruhe (Durchgang). Einige Sterbende finden klare Worte für ihre Angst, ihre Verlorenheit, ihr Am-Ende-Sein. Andere durchleben den Zustand im Symbolischen [...]

Danach: Unerwartet scheinen Sterbende, obwohl medizinisch noch nicht tot, innerlich wie drüben zu sein (jenseits einer inneren Bewußtseinsschwelle). Sie sind in einem weite entfernten Bewußtseinszustand [...]. Einige äußern sich dazu. Bei anderen erkennen wir, daß sich Gesichtszüge verändern, und finden interpretierende Worte wie Friede, Verzückung, Erfüllung.“ (ebd., S.61-62)

Die hier genannten Stadien verweisen auf die Komplexität des Sterbens. Renz zählt mehrere unterschiedliche Verhaltensweisen auf und betont zugleich, dass der Prozess des Sterbens nicht geradlinig oder erwartbar verlaufen kann.

Die zweite Lektüre stammt von Ernst Engelke und heißt „Die Wahrheit über das Sterben. Wie wir besser damit umgehen“. Der bis 2007 auf der Fachschule in Würzburg tätige Professor für Soziale Arbeit beschäftigte sich zeitlebens intensiv mit dem Prozess des Sterbens und setzt sich zudem seit 2000 für die Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit ein (vgl. Engelke, 2015, S.4). Auch seine Expertise ist wissenschaftlich gestützt, wie er zu Beginn des Buches verdeutlicht: In seiner Dissertation standen unter anderem 153 Gedächtnisprotokolle, die von 70 unterschiedlichen Klinikseelsorger*innen dokumentiert wurden, zur Verfügung (vgl.

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

ebd., S.9-10). Die genannte Literatur von Engelke spiegelt nicht nur die Vielfalt des Sterbens wider, auch praktische Missstände im Umgang mit Sterbenden werden ersichtlich. Ähnlich wie Renz betitelt Engelke allgemeine zu erwartende Vorkommnisse, die durch das Sterben beziehungsweise durch die Begleitung Sterbender und Sterbenskranken auftreten können. Gleichzeitig betont Engelke aber die Einzigartigkeit der einzelnen Sterbeverläufe, indem er immer wieder unterschiedliche Fälle beispielhaft wiedergibt. Erst am Ende seines Buches beantwortet Engelke die Frage, was genau die Wahrheit über das Sterben sei:

„Man kann ihm nichts von seinem Schrecken nehmen. Im günstigsten Fall finden wir einen Zipfel Trost. Gestehen wir uns aber ein: Wir fürchten uns vor dem Sterben und sind zugleich von ihm fasziniert.“ (ebd., S.254)

Anders als die bisher vorgestellten Konzepte über Erwartbares im Sterben nennt Engelke keine zeitlich unterscheidbaren Phasen, sondern drei allgemein auftretende Ereignisse, die jede und jeder durchlaufen muss, wenn man stirbt. Sterbende Patient*innen seien demnach ständig mit typischen Erkenntnissen, Aufgaben und Einschränkungen konfrontiert. Zu den Erkenntnissen, die Sterbende herausfordern, zählen zum Beispiel medizinische Diagnosen und ernüchternde Nachrichten über Heilungschancen, wie zum Beispiel: *„Mein Leben ist durch eine Krankheit bedroht.“*, *„Die Ärzte können nichts mehr für mich tun.“*, *„Ich habe Angst vor dem Sterben.“*. Die fortschreitende physiologische Beeinträchtigung durch die Krankheit führt zudem zu einer Vielzahl an zu bewältigenden Aufgaben. Engelke nennt hier zum Beispiel folgende Fragen: *„Lass ich mich operieren?“*, *„Wen informiere ich?“* Besonders die mit der Zeit zunehmenden Einschränkungen können dazu führen, dass der sterbende Mensch sich seiner Würde beraubt fühlt. Das sind Einschränkungen, wie zum Beispiel: *„dass der Kranke nicht mehr reisen, gehen oder sprechen kann, viele Medikamente nehmen muss, ans Bett gefesselt ist“* (vgl. ebd., S.68-69).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Renz und Engelke ist die Auffassung darüber, dass sterbende Menschen dazu in der Lage sind, ihr Sterben zu akzeptieren. Nach Renz zufolge ist der bewusste Abschied vom Leben ein Mittel für den Übergang (vgl. Renz, 2000, S.76). Engelke hingegen ist überzeugt, dass es Sterbende gibt, die bis zum Schluss an Heilung hoffen und ihr Sterben beklagen und daher gar nicht fähig sein können,

abzuschließen (vgl. Engelke, 2015, S.212). Diese beiden Publikationen ergänzen sich und führen zu einem besseren Verständnis über das Sterben.

Ihre übereinstimmenden Ansichten über das Sterben sollen im nächsten Abschnitt näher analysiert werden. Es wurden hierbei Gemeinsamkeiten herausgegriffen, die für den weiteren Diskurs dieser Arbeit zielführend sein werden.

3.2. Todesängste wahrnehmen

Wer stirbt, hat Angst. Die Angst, die die Sterbenden am Ende ihres Lebens empfinden, ist seit jeher bekannt und konnte trotz umfangreicher medizinischer Möglichkeiten nicht überwunden werden (vgl. Engelke, 2015, S.151). In der Studie von Renz äußerten 51 von 80 Patient*innen, dass sie unter Angst leiden (vgl. Renz, 2000, S.69). Was hier allgemein als „Angst“ deklariert wurde, kann jedoch vielfältig differenziert werden:

„Angst vor immer mehr Schmerzen, Lähmungen, Angst vor dem Ungewissen, Trennungsängste, und Sorge um die Zurückgebliebenen [...] Angst, nackt, minderwertig, ausgesetzt zu sein, Angst vor Schreckbildern wie ‚dunkle Röhre‘, ‚gähnender Abgrund‘, ‚Ungeheuer‘. (ebd., S.69)

In der Betreuung ist die vorherrschende Todesangst der sterbenden Person durch äußere physische Merkmale erkennbar. Besonders körperliche Symptome, wie die innere Unruhe, Schwitzen, Zittern, Schwindel, Herzrasen oder Übelkeit, verweisen auf ein bedrückendes Angstempfinden (vgl. Renz, 2000, S.69; vgl. Engelke, 2015, S.164). Trotz dieser Gemeinsamkeiten äußern sich die Ängste der sterbenden Menschen unterschiedlich:

„Die Ängste unterscheiden sich nach Dauer und Intensität. Sie können sich von Pessimismus über Verzweiflung bis hin zu Todesangst steigern. Manche Menschen bleiben trotz ihrer Angst ruhig und kontrolliert, andere werden unruhig, können nicht still sitzen oder liegen bleiben, müssen sich bewegen, gestikulieren mit ihren Händen.“ (Engelke, 2015, S.161)

Sowohl Renz als auch Engelke fassen die Angst von Sterbenden ähnlich zusammen. Todesängste entstehen aufgrund des Bewusstseins der Bedrohung des unaufhaltsamen Todes. Die Ängste zerren zusätzlich an „Ich-Kräften“. Der Begriff der „Ich-Kräfte“ umfasst das Vermögen über die eigene Vernunft, Selbstwerterfahrung von Leistungen bis hin zur eigenen körperlichen Kraft. Durch das Vorhandensein von schwerwiegenden Ängsten

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

werden diese „Ich-Kräfte“ quasi abgeschaltet, wodurch zuvor selbstverständlich durchgeführte Handlungen, wie etwa allein das Bett zu verlassen, unmöglich gemacht werden (vgl. Renz, 2000, S.69). Begleiterscheinungen, die Todesängste mit sich bringen können, sind Wut, Schlaf- und Panikstörungen, Depressionen sowie Schuldgefühle (vgl. Renz, 2000, S.69-70; vgl. Engelke, 2015, S.161-165). Es ist die spezielle Form der Urangst, die nicht einfach überwunden werden kann, sondern die wahrgenommen werden muss. Diese Urangst oder Todesangst unterscheidet sich maßgeblich von der herkömmlichen Angst (vgl. Renz, 2000, S.70).

„Urangst ist namenlose, gesichtslose, irrationale Angst und darum vernunftmäßig nicht zu besänftigen. Urangst ist Angstbereitschaft schlechthin, Motor zahlreicher konkreter Ängste. [...] Wenn wir wissen oder auch nur ahnen, wovor wir uns fürchten – etwa vor der Ohnmacht beim Zahnarzt, den Schmerzen nach einer Operation, vor Schlangen -, ist die Angst nicht mehr so schlimm. Urangst demgegenüber ist gerade in ihrer Unfaßbarkeit grenzenlos.“ (ebd., S.70)

Engelke ist überzeugt, dass Sterbende, die unter einer solchen Todesangst leiden, Betreuung einer Psychologin oder eines Psychologen benötigen (Engelke, 2015, S.163-164), denn erst wenn man bereit ist zu erkennen, dass man unter Ängsten leidet und diese aushält, können diese auch nachlassen. Dieser Prozess der psychologischen Begleitung benötigt daher viel Zeit (vgl. Engelke, 2015, S.159).

Zu diesem Erkennen der benötigten psychischen Begleitung, aufgrund des überwältigenden Angstgefühls, gelangte Christoph Schlingensief sehr früh:

„Vor allem habe ich Angst vor dem Moment, wenn ich nach der OP aufwache und alle um mich herumstehen und gucken. [...] Da werde ich in deren Blicken die Wahrheit sehen, die Wahrheit, dass der selbstherrliche, unsterbliche Typ da reduziert ist auf das, was kurz vor Asche ist. Und das macht mir Angst, weil ich diesen Einbruch des Realen ja noch nie erlebt habe, weil es ja keine Fiktion mehr ist, kein Schauspiel, bei dem ich den Zuschauern einen Herzinfarkt vorspiele. Ich muss da jemanden finden, der mich in dieser Angst begleitet, weil ich glaube, dass ich das alleine nicht schaffe.“ (Schlingensief, 2010, S.74-75)

Renz ist davon überzeugt, dass es Patient*innen gibt, die ihre Angst vor dem Tod durch gewisse Erfahrungen überwinden können. Besonders im Bereich des Übergangs erreiche die sterbende Person einen Zustand jenseits der Angst und der Schmerzen:

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

„Der Sterbende wird in solchen Angstzuständen so sehr mit seiner Ausweglosigkeit konfrontiert, daß ‚es‘ in einer Tiefenschicht losläßt, die willentlich nicht erreichbar ist. Reflexe in Richtung Festhalten lockern sich. Verhärtungen übersteigen das Maß des Erträglichen und wandeln sich genau deshalb. [...] Es sind dies Zustände jenseits vor, unter, ja außerhalb der Präsenz im Ich. Bewußtseinszustände von völlig anderer Qualität.“ (Renz, 2000, S.70-71)

Man könne sterbenden Menschen in der Angstbewältigung helfen, indem man ihnen die Gesetzmäßigkeiten der Ängste verständlich erklärt. Sind die Patient*innen nicht für dieses Aufarbeiten der Ängste offen, ist es wichtig, nicht aufdringlich zu werden. Das Drängen auf ein Erkennen der eigenen Todesängste könnte bei sterbenden Patient*innen zum Unverständnis führen (vgl. ebd., S.71).

„Ob Glaube oder Wissen bleibe dahingestellt. Ängste dieser Art dürfen sicherlich niemals geschürt werden. Doch dort, wo ein Patient in solchen Bildern lebt, kann ich ihm die Angst davor nicht ausreden. Er würde nur die Achtung vor mir verlieren und etwa empfinden: ‚Die versteht mich nicht.‘“ (ebd., S.71)

Engelke kritisiert, dass viele Psycholog*innen überzeugt sind, dass die Angst zu sterben von den sterbenden Menschen akzeptiert werden könne (vgl. Engelke, 2015, S.151). Generell sei die Vorstellung dessen, dass Sterbende ihr Schicksal einfach annehmen können, eine „Anmaßung der Gesunden“ (vgl. ebd., S.156). Zudem müsse sich der Umgang mit Todesängsten von Sterbenden bei Psycholog*innen ändern, da diese vorschnell in der Verabreichung von Medikamenten seien. Es komme immer häufiger vor, dass die erlebte innere Unruhe der sterbenden Patient*innen als ein neuropsychiatrisches Symptom bewertet wird, wodurch folglich Psychopharmaka zur Beruhigung verschrieben werden (vgl. ebd., S.158-159).

Weiters werden die Sterbenden oft als depressiv bewertet, wenn sie unter Ängsten leiden, verzweifelt oder traurig sind. In dem Modell über das Sterben und der Trauer von Kübler-Ross ist die Depression sogar eine eigene Phase (vgl. ebd., S.165). Die Depression als etwas Natürliches im Sterben anzuerkennen, sei aber, nach der Meinung von Engelke, äußerst verwerflich:

„Sterbenskranken wird oft zu schnell zugeschrieben, sie seien depressiv oder würden unter einer Depression leiden. [...] Die Depression – im psychiatrischen Sinne – ist eine ernst zu nehmende behandlungsbedürftige Erkrankung, deren Symptome nicht durch Willenskraft

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

beeinflusst werden können. Die Diagnose wird nach definierten Symptomen und Krankheitsverlauf gestellt. Die Depression ist keinesfalls ein Durchlaufsyndrom im Sterbeprozess.“ (ebd., S.165)

Die Annahme, dass eine Depression zum Sterbeprozess gehört, kann fatale Folgen für die Betreuung als auch für den weiteren Verlauf des Sterbens haben, denn Patient*innen, die depressiv sind und nicht dementsprechend behandelt werden, können suizidal gefährdet sein. Besonders die Anzahl derjenigen, die an „Altersdepression“ leiden, nehme laut unterschiedlichsten Statistiken zu (vgl. ebd., S.166). Jeder vierte über 65-jährige Mensch leide an einer manifesten psychischen Störung, wobei hierbei die Depression am häufigsten vermerkt wurde. Gleichzeitig wird eine zutreffende „Altersdepression“ selten diagnostiziert und auch entsprechende psychotherapeutische Therapien finden kaum statt (vgl. Wachtler, 2013, S.120).

Bei Claus Rethmann, der selbstbestimmt durch die Methode des „Sterbefastens“ sterben wollte, wurde ebenfalls eine solche Altersdepression diagnostiziert. Nach einem langen schmerzvollen Prozess wurde auch er mithilfe von Medikamenten eine Woche vor seinem Tod beruhigt:

„Patricia berichtete, dass mein Vater sehr unruhig wäre, die Nacht wäre ebenfalls sehr unruhig gewesen, man hätte ihm jetzt wieder eine Beruhigungstablette und ein neues Morphiumpflaster gegeben. Ich fragte mich, warum mein Vater überhaupt noch unruhig sein musste. Warum konnte man ihm nicht die Medikamentendosis verabreichen, die ihn so herunter dämmen würde, dass er nichts mehr mitbekäme?“ (Luckwaldt, 2018, S.124)

Im Gegensatz zu Engelke spricht Renz aber davon, dass es sterbenden Menschen gelingen kann, die übermächtigen Ängste aushalten zu können. Dies geschehe dort, wo die Todesnähe unmittelbar spürbar wird und man mit einem „Ich“ konfrontiert wird, mit dem man sich sonst nie auseinandergesetzt hätte. Renz spricht dabei von einer Phase des Übergangs, die für sterbende Patient*innen eine große Chance sein könne. In diesem Übergang wandeln sich die sterbenden Personen, wodurch Wesentliches fokussiert werden kann und die Sterbenden sich als Sterbende begreifen können (vgl. Renz, 2000, S.71-72).

Dass dies gelingen kann, beweist unter anderem Nina Zacher, die dazu Folgendes verfasste:

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

„Die Angst. Ein mieses Biest, das planlos wütend tobt und unser Leben oft befällt, wenn es eh schon aussichtslos erscheint oder zumindest unglaublich schwierig ist. Sie lodert immer wieder neu auf und überfällt uns ungefragt. Bis wir sie schließlich an der Hand nehmen und akzeptieren, dass sie nicht mehr so einfach gehen wird, sondern dass sie uns von nun an begleitet. [...] Die Angst ist nur ein Spiegel unserer Seele und findet nur in unserem Kopf statt. Sie ist das Produkt unseres Egos, das uns einen fiesen furchteinflößenden Streich spielen will. Angst gibt es nicht wirklich.“ (Zacher et al., 2018, S.157-159)

3.3. Kommunikation als Schlüssel

Sowohl Renz als auch Engelke heben die Bedeutung der Kommunikation im Prozess des Sterbens hervor. Es geht nicht nur darum, was sterbende Menschen von sich äußern, sondern auch, welche Auswirkungen eine falsch oder richtig formulierte Sprache begleitender Personen auf sterbende Patient*innen und den Sterbeprozess haben können.

Sterbende gelangen durch das Bewusstsein ihres nahen Todes zu einer neuen Sprache. Das, was zuvor für andere normal oder verständlich kommuniziert wurde, wird durch den Prozess des Sterbens in eine Sprache der Symbole, Metaphern, Bilder und Geschichten umgewandelt (vgl. Engelke, 2015, S.76-77). Es handelt sich hierbei um eine neu erworbene Sprache, die nicht logisch, sondern analogisch verstanden werden muss, um eine Kommunikation mit den Sterbenden überhaupt ermöglichen zu können. Denn im Sterben fühlen sich die Patient*innen wie in einem Traum, dem sie nicht enttrinnen können (vgl. Renz, 2000, S.37).

Christoph Schlingensief verglich sich in seinem Zustand immer wieder mit dem eines Kindes. Ausschlaggebend dafür war ein nächtliches Erlebnis im Krankenhaus kurz nach seiner Operation, bei dem Schlingensief das Schreien eines Kindes hörte. Die Art und Weise, wie Schlingensief von diesem Ereignis berichtet, lässt offen, ob es sich um etwas real Erlebtes oder Geträumtes handelte. Doch auch später spricht er immer wieder metaphorisch von einem Kind.

„Für ein Kind kann diese Markierung ein Dorn unterm Fingernagel sein. Das ist der erste Moment, an dem das Kind merkt, es ist verletzbar, an dem es registriert: ‚Da ist was in mir, das kriege ich nicht mehr raus. O Gott, das wird nie mehr rausgehen.‘ Als Erwachsene wissen wir dann, dass das entweder von selbst rauswächst oder dass man es entfernen kann, aber

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

für ein Kind ist dieser Moment fast ein Weltuntergang. Und es ist ein Moment des Leids, der schon für das Kind Anlass ist, anders zu handeln und anders zu denken, nicht unbedingt umzudenken, aber doch anders zu empfinden.“ (Schlingensiefel, 2010, S.196)

Für eine solche Sprache führt Renz den Begriff „*terminale Sprache*“ beziehungsweise „*terminale Kommunikation*“ ein. Es handelt sich um eine Symbolsprache. Eine Auseinandersetzung mit ihr führe zu einer „*Expedition ins Unbewußte*“. Um sterbende Menschen verstehen zu können, bedarf es daher einer Vertrautheit mit Symbolen und Empathie (vgl. Renz, 2000, S.37-39).

„Empathie befreit aus dem Gefängnis des Unverstandenseins. Ich erlebe häufig, daß ein solchermaßen einführend begleiteter Sterbeprozess nicht zum Elend, sondern zur intensiven Erfahrung für alle wird.“ (ebd., S.38)

Immer wieder erfahren Ärzt*innen Kritik bezüglich des Gesprächs mit sterbenskranken Menschen, insbesondere, wenn es um das Aufklärungsgespräch und um die Überbringung der Todesnachricht geht. Zwar gibt es in der Medizin Anleitungen und Modelle, wie man angemessen eine solch schlechte Nachricht überbringen sollte, dennoch berichten Patient*innen immer wieder negative Erlebnisse. Ein solches Erlebnis erfuhren auch die Zachers, als Nina die Diagnose ALS bestätigt bekam:

„Schließlich kommentierte er seine Skizze mit den knappen Worten: ‚Ja, Frau Zacher, da ist etwas im Gehirn, und da sind die Nerven, und irgendwie klappt das mit der Verbindung nicht so.‘ [...] Schließlich meinte er lapidar: ‚Die Diagnose ist ALS.‘ Nina war völlig entsetzt und fragte: ‚Wollen Sie mir sagen, dass das jetzt mein Todesurteil ist?‘ [...] Worauf der Arzt ihr folgenden Rat gab: ‚Schauen Sie doch mal nach im Internet oder bei Google, da finden Sie Informationen und ALS-Ambulanzen.‘ Nina wollte sich damit nicht abspeisen lassen und wandte sich noch einmal an den Arzt: ‚Sie unterbreiten mir mein Todesurteil, hier, auf dem Krankenhausbang und haben keinerlei Unterlagen oder Broschüren dabei, die Sie mir mitgeben können? Nichts an Hilfestellung? Mit so einer Diagnose kann man sich doch im Prinzip gleich umbringen!‘ Worauf der Arzt abwieselnd reagierte: ‚Jetzt bitte hier keine Übersprunghandlungen, reagieren Sie mal nicht über!‘ Mit diesem Satz war das Gespräch beendet.“ (Zacher et al., 2018, S.56-57)

Den Nacherzählungen von Karl-Heinz Zacher zufolge, fehlte dem Mediziner das Vermögen, die Nachricht empathisch übermitteln zu können. Doch man müsse (so Engelke) auch die Sicht der Ärzt*innen verstehen. Die Hektik im Klinikbetrieb mache es

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

zum Teil unmöglich, angemessen Zeit für die eigenen Patient*innen zu finden. Zudem seien Ärzt*innen keine „Medizinroboter“, die bei dem Aufklärungsgespräch nichts empfinden würden. Durch den ständigen Kontakt mit Sterben und Tod verwundert es nicht, dass Mediziner, die nicht darauf spezialisiert sind, die Situation verdrängen wollen (vgl. Engelke, 2015, S.115-116).

Aus Sicht der Patient*innen ist die Forderung nach Empathie verständlich, denn auch diese verspüren in einer solchen Situation eine bedrückende Ohnmacht. Dass die Überbringung der Nachricht aber einen Schockzustand auslöst, und Sterbende dadurch nur selektiv Gehörtes aufnehmen können, entspreche, nach den Schilderungen von Engelke, der Realität. Demnach können sich fast keine Patient*innen mehr ihr Aufklärungsgespräch erinnern, weshalb es mittlerweile üblich ist, zwei aufeinanderfolgende Gespräche zu führen. Nachdem die Diagnose verarbeitet und die oder der Sterbenskranke beruhigt werden konnte, können sogenannte „Wahrheitsgespräche“ (Gespräche über den Verlauf der Krankheit und Therapiemöglichkeiten) geführt werden (vgl. ebd., S.104-106). Dass die Kommunikation zwischen Patient*in und Ärzt*in aufgrund des empathischen Verhaltens seitens der Mediziner*innen durchaus funktionieren kann, veranschaulicht Christoph Schlingensief:

„Irgendwann ging die Tür auf und ein gut gelaunter Professor Kaiser kam rein. Eine halbe Stunde ist er bestimmt geblieben, ich habe ihm von meinem Gedankenchaos erzählt und er hat mir Mut gemacht. Sagte, dass ich stolz sein könne. Und dass sich bei mir sicher noch viele Perspektiven verschieben würden, das sei normal bei so einem Schuss vor den Bug, so hat er sich ausgedrückt. Aber ich solle schön an meine Arbeit gehen, die Johanna-Inszenierung machen und auch die anderen Projekte in Angriff nehmen. Ich solle das alles schön durchziehen. [...] In diesem Stil hat er geredet. War also ein guter Anfang des Tages.“
(Schlingensief, 2010, S.124-125)

Da jeder Sterbeprozess unterschiedlich verläuft und auch die Persönlichkeit der sterbenden Menschen nicht gleich zu handhaben ist, ist eine gewisse Unbeholfenheit in der Kommunikation seitens der begleitenden Personen durchaus verständlich (vgl. Renz, 2000, S.48-49). Eine kommunikative Begleitung ist aber wichtig, da viele sterbende Menschen sich jemanden wünschen, denen sie ihre Situation anvertrauen können. Sie wollen jemanden, der sie ernst nimmt und bei denen sie sich verstanden fühlen (vgl. Engelke, 2015, S.82-85). In den meisten Fällen nehmen sich Angehörige dieser Aufgabe

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

an. Doch auch sie haben Schwierigkeiten die richtigen Worte gegenüber den sterbenden Menschen zu finden. So kann es sein, dass gut gemeinte, verinnerlichte Floskeln, wie zum Beispiel „Wie geht es dir?“, zu einer ungewollten Wutreaktion der Sterbenden führen.

„Immer wieder schreibt ihr mir: ‚Wie geht es dir, liebe Nina?‘ Wohl mit dem Wissen, dass die Antwort auf diese Frage nicht die sein wird, die ihr gerne hören möchtet. Deshalb beginnt dann immer ein Frage- und Antwort-Spielchen, dass ich leider nicht mehr mitspielen kann.“
(Zacher et al., 2018, S.184)

Dadurch, dass sterbende Menschen sehen, dass für andere ihr Leben weitergeht wie bisher und ihr eigenes Leben sich aber dem Ende naht, fühlen sie sich ausgeschlossen und allein. Oft verschließen sie sich und kommunizieren nur mehr das Nötigste mit ihrem Umfeld (vgl. Engelke, 2015, S.185-186). Angehörige, die sich um eine gelingende Kommunikation bemühen, fühlen sich durch ein solches Verhalten der sterbenden Personen zurückgewiesen (vgl. Renz, 2000, S.49).

Renz nennt einige Ratschläge, um den Angehörigen zu helfen, die Sprache der Sterbenden zu verstehen und richtig darauf reagieren zu können. Zum einen muss Begleiter*innen bewusst sein, dass sterbende Menschen körperlich und geistig anwesend sind und jederzeit zuhören. Auch wenn vonseiten der sterbenden Person nicht auf eine Frage geantwortet werden kann oder diese nicht antworten will, so sollte man dennoch den Mut besitzen, mit dieser zu sprechen. Es soll aber über Wesentliches (also etwas, das den sterbenden Menschen auch wirklich interessiert) gesprochen werden. Weiters muss auch Stille ausgehalten werden, da dadurch Sterbende die nötige Zeit erhalten, um Gesagtes verarbeiten zu können. Außerdem gibt es Tage, an denen man den Sterbenden nicht hinweghelfen kann und, die einfach gemeinsam durchgestanden werden müssen. Was in solchen Situationen helfen kann, sind bedachte Berührungen, die, je nach Persönlichkeit des sterbenden Menschen, unterstützend wirken können (vgl. ebd., S.49-50).

„Es ist furchtbar hier – nie hat jemand Zeit!“ Und dann, mit leiser Stimme, die unendlich traurig klang, mit Tränen in den Augen sagte er: ‚Diese letzten Wochen, das ist die schlimmste Zeit meines Lebens. Das ist wirklich furchtbar. Wann ist das endlich vorbei?‘ Ich hatte mich

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

auf die Bettkante gesetzt und die Hand meines Vaters genommen. Er wirkte sehr aufgebracht, geradezu verstört.“ (Luckwaldt, 2018, S.101)

Engelke betont hierbei die Trauer der Sterbenden, denen Raum gegeben werden muss. Immer wieder werden die sterbenden Menschen dem Aktionismus der Angehörigen ausgeliefert, die im Zuge des Helfen-Wollens versuchen diesen die Situation zu erklären oder zu belehren. Gewinnbringend ist es aber, die Sterbenden auch als Klagende, Hadernde, Bedrückte und Verzweifelte ernst zu nehmen. Besonders dankbar seien Sterbende, so Engelke, wenn sie einfach traurig sein dürfen (vgl. Engelke, 2015, S.143-146).

3.4. „Warum?“ Die Frage nach dem Sinn

Warum bin ich so schwer erkrankt? Warum muss ich leiden? Die Frage „Warum?“ beschäftigt alle Menschen, die sich ihres Sterbens bewusst sind.

„Als ich vorhin an meine ‚Parsifal‘-Inszenierung denken musste, kam auch wieder die Frage nach dem Sinn des Leidens hoch. Das lässt mich nicht mehr los: Was ist der Wert des Leidens in der Welt? Und warum wird es nicht mehr wahrgenommen?“ (Schlingensief, 2010, S.147)

Da es für diese Frage aber keine allgemeine Antwort gibt, suchen Sterbenskranke eigene Lösungen. Was zunächst eine Herleitung der Erklärung der Krankheit oder des Ablebens sein soll, kann schlussendlich in die Frage nach der Schuldzuweisung münden. Statt „Warum geschieht das mit mir?“ fragen sich Patient*innen „Wer hat daran Schuld? Ist es meine Schuld, dass ich so schwer erkrankt bin?“ (vgl. Engelke, 2015, S.140-142). Neben Schlingensief hat sich auch Nina Zacher mit diesen Fragen auseinandergesetzt.

„Und schon wieder stellt sich mir die Frage: ‚Warum ich nun so unglaublich leiden muss?‘ Werde ich für mein Tun bestraft? Was zum Teufel nochmal habe ich nur verbochen oder falsch gemacht? Habe ich vielleicht, ohne es zu merken, ein schlechtes Leben geführt, war ich zu unehrlich zu mir selbst oder habe ich vielleicht jemanden so sehr verletzt, ohne mir im Klaren darüber gewesen zu sein, dass das nun alles meine gerechte ‚Strafe‘ sein soll?“ (Zacher et al., 2018, S.113).

Die Suche nach der Erklärung der Sinnfrage kann verschiedenste Theorien aus den unterschiedlichsten Bereichen der Wissenschaften hervorbringen. Neben den medizinischen Aufklärungen können auch philosophische, theologische,

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

weltanschauliche oder soziologische Konzepte für die Beantwortung herangezogen werden. Es können auch nicht wissenschaftlich fundierte, ganz persönliche Konzepte dazu verhelfen, die Frage nach dem „Warum?“ zu beantworten. Hierbei ist es wichtig solche Theorien stehenzulassen und Patient*innen nichts auszureden. Zudem kann diese Sinnfrage auch als Anklage auf die Situation verstanden werden. Begleiter*innen der sterbenskranken Menschen sind dabei verleitet, die Frage inhaltlich für die Betroffenen beantworten zu wollen, was, nach Ansicht von Engelke, jedoch nie gelingen und gegenüber den sterbenden Personen rechthaberisch und pedantisch wirken kann (vgl. Engelke, 2015, S.142-143).

*„Warum wird das alles jetzt kaputt gemacht? Warum? Mit wem rede ich da eigentlich?“
(Schlingensief, 2010, S.47)*

Renz hebt die Bedeutsamkeit dieser Sinnfrage hervor und meint, dass die Verleihung eines Sinnes das Sterben und Ertragen des Leids erleichtern kann. Es handle sich dabei um eine Erfahrung, die über das Biologische hinaus reiche und die eigene Identität stärken könne. Um dazu gelangen zu können, braucht es aber eine Orientierung an etwas Transzendente. Durch die Auseinandersetzung und die positive Beantwortung der Sinnfrage können Sterbende zu einem *letzten geistigen Sieg* gelangen (vgl. Renz, 2000, S.193-194). Für Nina Zacher ist dieses Transzendente ihr Schicksal, dass ihre tödliche Erkrankung und ihre kurze Lebensdauer begründet. Sie ist zwar davon überzeugt, dass es irgendetwas danach gibt, gleichzeitig weiß sie aber, dass sie zu keiner besseren Antwort zu ihren Lebzeiten mehr kommen wird.

„Auf die Antwort werde ich wohl ewig warten. Aber sie steckt auf alle Fälle schön und möglichst höflich formuliert in meinem BH, um bei geeignetem Zeitpunkt vorgetragen zu werden. ‚Wer weiß, wer vor einem steht, wenn’s so weit ist!‘ Und wenn es so weit ist, bestehe ich auf Klärung, so viel ist sicher.“ (Zacher et al., 2018, S.113)

Auch Christoph Schlingensief gelangt in der Suche nach der Sinnfrage zu einer positiven Einsicht:

„Aber wenn man so komplett auf sich zurückgeworfen ist, wenn man sich natürlich doch fragt, wieso ausgerechnet ich und wieso ausgerechnet so – in diesen Momenten der Unfreiheit erfährt man gleichzeitig die Freiheit, Neues denken zu können, auch neuen Unsinn denken zu dürfen. Das ist ein großer Gewinn.“ (Schlingensief, 2010, S.62)

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

Eine Konsequenz, die sich aus der Sinnfrage ergeben kann, ist der Aspekt der Hoffnung – man hofft darauf, dass es einen Sinn dahinter gibt, beziehungsweise, dass irgendetwas dahintersteckt.

„Nie hätte ich gedacht, dass ich das alles erleben muss. WARUM wird mir für ewig ein Rätsel bleiben. Die einzige Hoffnung, die oft noch bleibt, ist, dass irgendwo das Leben weitergeht, und dass dort alles wieder gut sein wird.“ (Zacher et al., 2018, S:101)

Doch die Frage nach dem „Warum?“ kann auch für gläubige Menschen eine Herausforderung sein. Der Glaube kann positiv und hilfreich sein, jedoch nur, wenn dieser auch in der Lebenswirklichkeit der sterbenden Personen integriert ist. Christ*innen hoffen, dass das Reich Gottes schon angebrochen ist und Krankheit und Leid schlussendlich überwunden werden (vgl. Engelke, 2015, S.172-173). Für gläubige Menschen führt die Frage der Theodizee („Warum muss der Mensch überhaupt leiden?“) zugleich zu einer Hinterfragung des Gottesbildes. Renz beschreibt hierbei zwei konkurrierende, weit verbreitete Gottesbilder, denen Christ*innen im Sterbeprozess begegnen:

„Das Bild von Gott als Richter, der den Menschen würdigt, erwartet und ihm entgegenkommt. Prinzip einer für den Menschen nicht einsehbaren Gerechtigkeit. Stichworte: Verantwortung, Gerechtigkeit, Würde, Sinn, Liebe als Verbindlichkeit.“

Das Bild von Gott dem Barmherzigen (=Mutterschößigen) als Prinzip des ewig Seienden, alle Ambivalenz noch einmal umfangenden. Stichworte: Gnade, Barmherzigkeit, Weichheit, Einheit, Liebe als Zärtlichkeit.“ (Renz, 2000, S.139)

Renz schildert die Gültigkeit und Kombination beider Bilder als vielversprechend, um mit dem eigenen Sterben und der Sinnfindung umgehen zu können. Ein Leben und Sterben angesichts eines richterlichen strafenden Gottes führe dazu, dass die oder der Gläubige in ihrem Leidensweg erkannt werden. All ihre negativen Erlebnisse, wie Pech, Schuld und Leid werden belohnt. Die Ungewissheit, wie dieser Richtergott schlussendlich entscheiden wird, kann jedoch zur Verzweiflung führen, weshalb auch das zweite Gottesbild, nämlich das Bild der Barmherzigkeit, berechtigt ist und in der Sterbebegleitung bei gläubigen Menschen mitbedacht werden muss (vgl. ebd., S.139-140).

Doch nicht immer muss diese Hoffnung auf Gott zu einem positiven Wandel führen. Schlingensief, der sich selbst mehrmals als gläubigen Christen in seiner Biografie bekannte, geriet durch die Konfrontation mit dem Lebenssinn in Konflikt mit seinen Glaubensgrundsätzen, insbesondere mit dem Bild von Jesus Christus:

„Bei Jesus liegen die Dinge schon komplizierter. Er ist derjenige, der das Leidwesen in die Welt gebracht hat, jedenfalls für die christliche Religion. [...] Man kann über das Bild seines Leidens vieles denken. Man kann denken, dass diese drei Stunden am Kreuz doch lächerlich sind im Vergleich zu den Millionen, die vor ihm und nach ihm viel schlimmeres Leid erfahren mussten. [...] Aber das Wesen des Leids, wann Leiden überhaupt beginnt, wie man es aus eigener Kraft überwindet, ob das Leiden vielleicht auch etwas Sinnvolles in die Welt trägt, es also eine Funktion hat – das sind Fragen, die man anhand seiner Geschichte diskutieren kann. Aber das ist schwer zu erklären, da hake ich immer wieder.“ (Schlingensief, 2010, S.127-128)

3.5. Der Wunsch nach Autonomie und Würde

Ein wichtiges und heutzutage selbstverständliches Gut für Menschen ist die Selbstbestimmung. Wir sind darauf bedacht, unser Leben selbst bestimmen zu können, obwohl dies im Grunde nicht gänzlich möglich ist. Eine Vorstellung einer solchen Autonomie, die gänzlich unabhängig von anderen und quasi in einem isolierten Raum möglich sei, entspreche aber nicht der Realität (vgl. Marschütz, 2011, S.285). Immer wieder sind wir auf andere angewiesen, was wiederum bedeutet, dass ein selbstbestimmtes Leben nicht den Ansprüchen des Alltags entsprechen kann. Radikal wird das vor allem jenen Menschen bewusst, die sich im Sterben befinden und medizinisch beziehungsweise pflegerisch von Fachleuten abhängig sind (vgl. Engelke, 2015, S.136).

Hinter der Forderung nach Selbstbestimmung verbirgt sich der Wille und die Sehnsucht, selbst entscheiden zu können. Werden sterbenskranke Menschen zum Beispiel nicht in medizinische Anordnungen eingeweiht, kann es dazu kommen, dass sich Patient*innen ihr Recht auf Selbstbestimmung durch Boykottierung der Behandlung zurückholen (vgl. ebd., S.136-137).

„Je weiter die Erkrankung fortschreitet, desto größer wird die Abhängigkeit. Umso mehr strengen Sterbenskranke sich an, autonom zu bleiben oder zumindest einen Teil ihrer Autonomie zu bewahren.“ (ebd., S.139)

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

Allgemein gebe es in der Gesellschaft das Missverständnis, dass Selbstbestimmung das gleiche wie Freiheit sei. Das entspreche aber nicht der Wahrheit, da das Beharren auf Autonomie in der gelebten Praxis viel mehr eine Frage der Macht sei (vgl. Renz, 2000, S.103). Dies bestätigt Engelke, der von heftigen Reaktionen von Sterbenden berichtet. Immer wieder gibt es Sterbende, die sich nur mehr durch (gewaltsame) Konflikte gegen Eingriffe in ihre Autonomie wehren können. Sie fühlen sich regelrecht ohnmächtig beziehungsweise machtlos (vgl. Engelke, 2015, S.138-139).

Claus Rethmann sieht seine Freiheit und Autonomie durch den Wunsch nach Sterbefasten beziehungsweise durch den bewusst herbeigeführten Tod als gegeben an. Diesem Verständnis von Freiheit unterliegt eine konkrete Vorstellung darüber, was unter der Würde beziehungsweise Autonomie des Menschen verstanden werden kann.

„Soll die Pastorin mir doch erzählen, dass es eine Gnade ist, in meinem Alter noch geistig so rege zu sein. Dass ich dankbar sein soll für jede Stunde, die mir noch geschenkt wird. Wie kann sie auch nur ahnen, was in mir vorgeht? Mein Leben lang habe ich frei und selbstbestimmt gelebt, wenigstens sofern es ging. Diese Freiheit werde ich mir am Ende sicher nicht nehmen lassen.“ (Luckwaldt, 2018, S.31)

Claus Rethmann spricht hier von seinem Recht, selbstbestimmt sterben zu können. Doch auch hier ist fraglich, ob es sich um Autonomie im wahrsten Sinne handelt oder um Macht über das Leben und den Tod (vgl. Renz, 2000, S.104). Die wahre Autonomie gebe es nur an einem Ort der tiefen Seelenschichten. Darunter wird jener Ort verstanden, wo sterbende Personen frei von Angst und Macht sind und alle Bewältigungsmuster loslassen können. Erst in diesem Zustand sind Sterbende wirklich frei. Renz spricht hierbei von der „letzten inneren Freiheit“ (vgl. ebd., S.103). Diese Vorstellung teilte auch Christoph Schlingensief:

„Sondern ich will mir klarmachen, dass wir erst, wenn wir uns fallen lassen und die Dinge geschehen lassen, die Freiheit erfahren, die wir haben. Ist natürlich eine paradoxe Vorstellung: In dem Moment der radikalen Unfreiheit erfahren wir erst die wahre Freiheit. Schon kompliziert.“ (Schlingensief, 2010, S.129)

Eine Definition über die Selbstbestimmung des Menschen, die ebenso wie Renz frei von Machtansprüchen interpretiert werden kann, wäre Folgende:

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

„Selbstbestimmung heißt, sich als moralisches Subjekt und einzigartiges Individuum zu realisieren. Dieses Prinzip der Selbstbestimmung ist auch im Sterben gültig. Auch im Sterben gilt die Forderung, mir selbst gerecht zu werden, meine Person zur Geltung zu bringen, die/der sein zu können, die/der ich bin – und wahrzunehmen, dass auch diese Phase als Teil des Lebens offen sein soll für Selbstbestimmung.“ (Koller, 2019, S.307)

Selbstbestimmt sterben zu können und dabei die Würde aufrechtzuerhalten – das sind Wünsche, die in jedem Sterbeprozess angesprochen oder gedacht werden. Doch so ähnlich die komplexen Vorstellungen darüber sind, was man unter einen „guten Tod“ verstehen kann, so sind auch die Begriffe „Würde“ und „Selbstbestimmung“ inhaltlich vieldeutig zu verstehen.

Eine Studie über die Sterbehilfedebatte in den deutschen Printmedien ergab, dass die Begriffe „Würde“, „würdevoll“ und „Menschenwürde“ sehr häufig verwendet wurden, wobei die einzelnen Medien kaum über die Bedeutung beziehungsweise den Kontext des Begriffes aufklärten. Was jedoch mithilfe dieser Forschung ersichtlich wurde, ist, dass weder Sterbehilfe-Befürworter noch Sterbehilfe-Gegner allein ihre Argumente über die Würde des Menschen beanspruchen (vgl. Hahnen et al., 2009, S.292).

Der Begriff der Menschenwürde kann verschieden interpretiert werden. Zentral waren die Ansichten des Philosophen Immanuel Kants, der die Menschenwürde als einen absoluten inneren Wert definiert (vgl. Kant, 1968, S.434). Allgemein bekannt ist, dass die Menschenwürde jedem Menschen gleich ist und deshalb eine absolute und allgemeingültige Wertigkeit besitzt. Die Würde wohnt jedem Menschen, aufgrund des Menschseins, inne, *„unabhängig von Leistung, Amt, Ansehen, Geschlecht, Alter, Rasse oder Religion“* (vgl. Marschütz, 2014, S.242). Eine mögliche Definition darüber, was unter der Menschenwürde im Kontext der Sterbehilfe-Debatte verstanden werden kann, wäre folgende:

„Menschenwürde bedeutet, dass der Mensch Eigenwert besitzt – ohne Vorleistung und unabhängig von der Leistungsfähigkeit, der gesundheitlichen Verfassung, dem Alter oder der voraussichtlich noch vorausliegenden Lebensspanne. Die Würde wird in intersubjektiven Prozessen erfahren, in denen Anerkennung, Wertschätzung, Respekt und Selbst-sein-Dürfen erlebt werden. Würdiges Sterben bedeutet demnach, dass der Person als einmaligen

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

Individuum auch in der Sterbephase mit Respekt und Beziehung begegnet wird und sie als das betrachtet wird, was sie ist: ein lebender Mensch.“ (Koller, 2019, S.301)

Befürworter*innen der aktiven Sterbehilfe verwenden zur Untermauerung ihrer Argumente jedoch eine völlig andere Definition der Menschenwürde, denn diese würde durch die Beeinträchtigung von Krankheiten und Leid den Menschen entzogen werden. Demnach könne die Menschenwürde als Maß für die Lebensqualität eines Menschen verstanden werden (vgl. Marschütz, 2011, S.289). Die Würde des Menschen ist seit Bestehen der Menschenrechte ein bedeutender und zentraler Begriff im rechtlichen Kontext (zum Beispiel bei internationalen Menschenrechtsbestimmungen oder nationalen Verfassungen) geworden (vgl. Welsh et al., 2017, S.15).

Zwar enthalten die Menschenrechte den Ursprung des Rechts auf Selbstbestimmung, medienpräsent und dadurch zu einem menschenrechtspolitischen wichtigen Begriff wurde die Autonomie des Menschen erst 2006 durch die UN-Behindertenrechtskonvention. Für diese Entwicklung entscheidend waren unter anderem die medizinethischen Konzepte der Patient*innenautonomie als auch die Forderung nach Inklusion (vgl. ebd., S.15). Sterbende Menschen haben das Recht auf letzte Autonomie und Freiheit, was wiederum auch vonseiten der Ärzt*innen gewährleistet werden muss. Um diesen Wünschen und Rechten der Patient*innen rechtlich nachkommen zu können, gibt es die sogenannte Patient*innenverfügung (vgl. Renz, 2000, S.104; vgl. Engelke, 2015, S.139).

Die beiden genannten Definitionen über Würde und Selbstbestimmung veranschaulichen eine umfangreiche Semantik. Bei Sterbenden werden diese Begriffe jedoch zumeist auf das Körperliche reduziert, vor allem dann, wenn der Wunsch ausgesprochen wird, nicht „als sabbernder Greis“ enden zu wollen (vgl. Renz, 2000, S.104). Auch Nina Zacher, die an der unheilbaren Krankheit ALS verstarb, verdeutlichte dies in ihren Aufzeichnungen:

„Mein körperlicher Verfall trifft mich an meinen wundesten Punkten, an meiner Ehre und meiner Eitelkeit. Ich verliere alles, nicht nur meine Mobilität, sondern auch meine Selbstbestimmung und meine Würde. Ich schäme mich für meinen Körper, der langsam und dennoch viel zu schnell sichtbar vergeht, obwohl mich keine Schuld trifft.“ (Zacher et al., 2018, S.127-128)

ÜBER DIE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES STERBENS

Ab einen gewissen Zeitpunkt überlassen sich erschöpfte Sterbende jedoch anderen Menschen und fühlen sich dabei sogar wohl (vgl. Engelke, 2015, S.139). Das sei ein Zeichen jener inneren Freiheit, wo Nähe und Kraft den Sterbenden dazu verhelfen können, letzte Sehnsüchte zu stillen und Ängste über das eigene Wohlbefinden zu überwinden (vgl. Renz, 2000, S.105).

Der Auffassung des weitgefassten Würde- und Autonomie-Begriffes und den Äußerungen Monika Renz zufolge können auch sterbende Menschen, die körperlich umsorgt werden müssen, vollkommene Freiheit und Unversehrtheit ihrer Würde empfinden. Zu dieser Erkenntnis gelangte auch Nina Zacher, die sich in einem Brief an ihren Ehemann für die Pflege und Begleitung bedankte:

„Diese Krankheit ist ein schleichendes Verkümmern. Das ist hart für mich. Ich bin total abhängig von dir, und es hat mich Überwindung gekostet, deine Hilfe zuzulassen. Du musst mich tragen, füttern und waschen. Manche Totkranke fürchten den Verlust ihrer Autonomie so sehr, dass sie den Freitod in der Schweiz wählen. Für mich käme das nie in Frage. Ich bin jetzt am liebsten mit dir zusammen und dankbar dafür, dass du mich nicht verlassen hast.“
(Zacher et al., 2015, S.210-211)

Menschen, die das jedoch nicht nachvollziehen können und sich machtlos gegenüber ihrem Schicksal konfrontiert sehen, suchen den Ausweg in der vorzeitigen Beendigung ihres Lebens durch Euthanasie. Doch auch eine solche selbstbestimmte Entscheidung müsse man respektieren, da man selbst nicht wissen könne, wie man in selbiger äußerster Verzweiflung reagieren würde (vgl. Renz, 2000, S.105).

4. Über die möglichen Hilfestellungen im Sterbeprozess

Das hier angeführte Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, wie Sterbenden im Sterbeprozess angesichts deren Ängste und Wünsche geholfen werden kann. Sowohl Engelke und Renz plädieren für eine umfassende Sterbebegleitung, in der sterbende Personen ganzheitlich in ihrem Leiden wahrgenommen und unterstützt werden können (vgl. Renz, 2000, S.71; vgl. Engelke, 2015, S.246). Die Begriffe Sterbehilfe und Sterbebegleitung sind auch in der Literatur nicht strikt voneinander zu trennen, da definitorisch betrachtet, jegliche Art der Sterbehilfe auch eine Sterbebegleitung inkludiert und umkehrt auch jede Sterbebegleitung eine Hilfe beim Sterben darstellt. Um Begriffsverwirrungen zuvorzukommen, wird im weiteren Kapitel unterschieden in Sterbehilfe (im Sinne des Helfens zum Sterben) und Sterbebegleitung (im Sinne des Helfens beim Sterben).

4.1. Sterbehilfe

Insbesondere der ausgesprochene Wunsch „Ich möchte sterben!“ stellt Begleiter*innen der sterbenden Menschen vor Herausforderungen, zumal der Wunsch ambivalent ist. Dass es sich hierbei lediglich um einen Hilfeschrei und weniger um eine tatsächliche Bereitschaft handelt, könne man unter anderem am Verhalten der sterbenskranken Patient*innen (zum Beispiel durch Einnahme der verschriebenen Medikamente) erkennen (vgl. Engelke, 2015, S.199). Forschungen haben ergeben, dass Sterbende oft nur einen hypothetischen Todeswunsch aussprachen (vgl. Voltz & Perrar, 2015, S.61). Es ist keine Seltenheit, dass sich Sterbende bis zum Schluss immer wieder mit der Möglichkeit des vorzeitigen Todes auseinandersetzen. Wenn sterbende Menschen ausdrücklich und bewusst den frühzeitigen Tod herbeisehnen und dieser Wunsch von den Anvertrauten nicht ernst genommen wird, kann die restliche Lebensdauer qualvoll werden. Im schlimmsten Fall suchen sterbende Personen Zuflucht im Suizid (vgl. Engelke, 2015, S.199-202). Unterstützt werden können solche Menschen, die sich in dieser ausweglosen Verzweiflung befinden und ihr Sterben abbrechen wollen, durch Euthanasie.

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

In den deutschsprachigen Ländern wird, aufgrund der anhaltenden präsenten nationalsozialistischen Vergangenheit, statt des Begriffs *Euthanasie* der Terminus Sterbehilfe verwendet. Der Grund dafür liegt in der Zeit des Zweiten Weltkrieges, in der der Nationalsozialismus den Begriff der Euthanasie missbrauchte und Nazis unter diesem Terminus Menschen, die zuvor als „*lebensunwert*“ befunden wurden, systematisch ermordeten. Der Begriff Euthanasie ist daher vor allem in deutschsprachigen Raum negativ konnotiert und weitgehend verpönt (vgl. Preidel & Nebel, 2015, S.51; vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S.18). Ursprünglich stammt der Begriff aus der griechischen Antike (vgl. Winau, 2020, S.4) und bedeutet übersetzt „*schöner Tod*“. Darunter versteht man den schnellen, leichten und vor allem schmerzlosen Tod beziehungsweise den durch den Kampf im Krieg erworbenen ehrenvollen Tod. Diese Definition hat mit dem heutigen Verständnis der Euthanasie, nämlich die gewollte Lebensbeendigung beziehungsweise -verkürzung mithilfe überdosierter Medikamente, wenig zu tun (vgl. Kraft, 2015, S.146).

Der schöne beziehungsweise gute Tod ist die Intention, die sich hinter dem Terminus der Sterbehilfe verbirgt. Um entsprechend beim Sterbeprozess helfen zu können, muss geklärt werden, welche Vorstellungen sterbende Menschen bezüglich eines solch „guten Todes“ haben. Müller-Busch, einer der führenden Palliativmediziner Deutschlands, nennt zwölf Kriterien, die einen „guten Tod“ heutzutage charakterisieren. Diese wurden zudem von weiteren Autor*innen ergänzt (vgl. Engelke, 2015, S.38-39). Zu diesen insgesamt 18 Kriterien zählen:

- das Wissen über den Zeitpunkt des Todes,
- die Fähigkeit das Sterben zuzulassen und keine unnötigen lebenserhaltenden Maßnahmen erdulden zu müssen,
- die Kontrolle über das Geschehen,
- der Respekt gegenüber der Würde und Privatsphäre,
- die gute Behandlung der Symptome (insbesondere der Schmerzen),
- die Wahl über den Sterbeort haben,
- der Erhalt aller notwendigen Informationen,
- die spirituelle und emotionale Begleitung,
- die Möglichkeit der Hospizbetreuung,

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

- die Bestimmung darüber, wer am Ende dabei sein soll,
- der Respekt der Wünsche, die zuvor bestimmt wurden,
- die Zeit für den Abschied haben,
- das Vertrauen gegenüber Ärzt*innen, als auch gegenüber Pfleger*innen,
- keine Belastung für das Umfeld sein,
- die Überzeugung darüber, dass man ein sinnvolles Leben gelebt hat,
- der selbstbestimmte Zeitpunkt des Sterbens,
- die Tötung auf Verlangen und
- (für gläubige Menschen) Frieden mit Gott schließen können. (vgl. ebd., S.38-39)

Die Liste macht deutlich, wie komplex und nahezu utopisch die Anforderungen an einen „guten Tod“ sind. Fast schon ironisch fügt Engelke unterhalb dieser Auflistung ein Zitat aus seinen Aufzeichnungen an:

„Ein 49-jähriger Sterbenskranker, der über seinen ‚wahren Gesundheitszustand‘ informiert war, fasste seine Vorstellung vom guten Tod ganz knapp in dem einen Satz zusammen: ‚Dass ich von allem nichts mitbekomme und keine Schmerzen haben muss.‘“ (ebd., S.39)

Der Begriff der Sterbehilfe enthält eine weitläufige Bedeutung, die hier näher ausgeführt wird. Eine Auseinandersetzung der Begrifflichkeiten ist essenziell, wenn man sich über die Debatte der Sterbehilfe informieren oder dazu Stellung beziehen möchte.

Zu unterscheiden wären hier die definitorisch festgelegten Differenzen innerhalb des Begriffes Sterbehilfe. Unter Sterbehilfe versteht man allgemein:

„eine Hilfe, die einem schwer erkrankten Menschen auf seinen Wunsch oder doch zumindest im Hinblick auf seinen mutmaßlichen Willen geleistet wird, um dem Betroffenen einen seinen Vorstellungen entsprechenden menschenwürdigen Tod zu ermöglichen. Legt man diese Begriffsbestimmung zugrunde, so gehören auch menschliche Zuwendung und medizinische Basisversorgung am Lebensende zur Sterbehilfe.“ (Hilgendorf, 2018, S.733)

Dieser weit gefassten Definition zufolge gehört auch die Sterbebegleitung an sich zur Sterbehilfe. In der Sterbebegleitung wird sterbenden Personen auf verschiedenen Ebenen physisch und psychisch geholfen, weshalb auch die Begleitung Sterbender eine Sterbehilfe ist. In der öffentlichen Debatte werden jedoch die im engeren Sinn definitorisch näher differenzierten Begriffe der Sterbehilfe im Sinne der bewussten

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Lebensbeendigung und -verkürzung verwendet. Unterschieden wird hierbei in aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe. Zudem spielt auch der assistierte Suizid eine wesentliche Rolle in der Sterbehilfedebatte (vgl. Gottschling, 2017, S.207).

Unter den Begriff der *aktiven Sterbehilfe* fallen alle medizinischen Maßnahmen, die den Tod schwererkrankter Menschen willentlich herbeiführen. Hierbei wird keine Lebensverlängerung, sondern eine bewusste Lebensbeendigung erzielt (vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S.19). Konkret werden unter den medizinischen Maßnahmen Handlungen verstanden, bei der eine entsprechend tödliche Substanz verabreicht wird (vgl. Preidel & Nebel, 2015, S.51).

Der *assistierte Suizid* muss hingegen von der aktiven Sterbehilfe differenziert betrachtet werden. Bei dieser Form der Sterbehilfe ist eine weitere Person assistierend behilflich, indem diese das zum Tod führende Medikament besorgt und bereitstellt. Die eigentliche Tat der Lebensbeendigung (also die Einnahme des Medikaments) wird schlussendlich von den sterbenden Menschen selbst unternommen. Deshalb soll es sich um die liberalste Form der Sterbehilfe handeln (vgl. Preidel & Nebel, 2015, S.51, 54).

Unter dem Begriff der *passiven Sterbehilfe* versteht man das Unterlassen beziehungsweise Einstellen von Maßnahmen, die bei sterbenden Personen lebenserhaltend wirken. Der Prozess des Sterbens wird dadurch nicht verlängert, weshalb man synonym auch vom Zulassen des Sterbens oder „*Sterbenlassen*“ sprechen kann (vgl. Preidel & Nebel, 2015, S.51,54). Synonyme Begriffe, die den Begriff der passiven Sterbehilfe vermeiden, wären Therapieabbruch beziehungsweise -verzicht, wobei dennoch angemerkt werden muss, dass hierbei stets medizinische und menschliche Sterbebegleitungen mitinbegriffen sind (vgl. Wernstedt, 2004, S.10).

Die *indirekte Sterbehilfe* hingegen inkludiert jene medizinischen Maßnahmen, die die Schmerzen oder allgemein das Leiden Sterbender mildern sollen. In weiterer Folge kann dies möglicherweise zu einer unbeabsichtigten Beschleunigung des Todeseintrittes führen (vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S.18). Die indirekte Sterbehilfe könnte deshalb weiter als aktive indirekte Sterbehilfe konkretisiert werden. Der Unterschied zwischen der aktiven indirekten und aktiven *direkten Sterbehilfe* besteht in der zu erzielenden Intention der Maßnahme (vgl. Wernstedt, 2004, S.10). Hier ist nicht die

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Beendigung des Lebens sondern lediglich das Abmildern der Schmerzen das Ziel der Behandlung (vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S.18).

Die Durchführung der aktiven Euthanasie ist unter Einhaltung gewisser Bedingungen derzeit in drei europäischen Ländern rechtlich erlaubt. Diese sind: Die Niederlande, Belgien und Luxemburg (vgl. DRZE, 2020). Die Debatte über die Euthanasie begann in den Niederlanden, wo ab den 1970er Jahren ein öffentlicher Diskurs bezüglich einer Beihilfe zum Suizid und damit verbunden der Wunsch nach der straffreien Durchführung der Sterbehilfe mithilfe von Ärzt*innen spürbar wurde. Erst am 1.4.2002 war es dann soweit, dass das *Gesetz zur Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung* inkraft trat (vgl. Janssen, 2003, S.104). Kurz darauf, am 16.5.2002, stimmte eine Mehrheit der Parlamentarier*innen Belgiens für ein Euthanasiegesetz, welches im niederländischen Vergleich als liberaler angesehen wurde, da dort Menschen mit keiner unheilbaren zum Tod führenden Krankheit die aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen können (vgl. Oduncu & Eisenmenger, 2002, S.330). Auch in den Niederlanden steht man seit kurzem einer gesetzlichen Öffnung der Euthanasie für geistig gesunde Menschen befürwortend gegenüber (vgl. IMABE, 2020). Psychisch erkrankte Menschen können nach bestehender Gesetzeslage bereits um aktive Sterbehilfe bitten (vgl. Beneker, 2016). Eine weitere liberale Ausweitung der Rechtsvorschriften in den Niederlanden würde auch lebensüberdrüssigen älteren Menschen die aktive Euthanasie ermöglichen. So berichtete unter anderem das Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE), dass die linksliberale Partei Democracia66 bereits 2019 diesbezüglich einen Gesetzesvorschlag vorgebracht hätte (vgl. IMABE, 2020).

Um einschätzen zu können, wie viele Menschen die Form der aktiven Sterbehilfe in Anspruch nehmen, werden hier die offiziellen Zahlen aus den Niederlanden über dem Zeitraum von 2010-2016 präsentiert. Diese Grafik wurde von der Royal Dutch Medical Association (RDMA) veröffentlicht und zeigt die deutlich steigende Nachfrage.

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

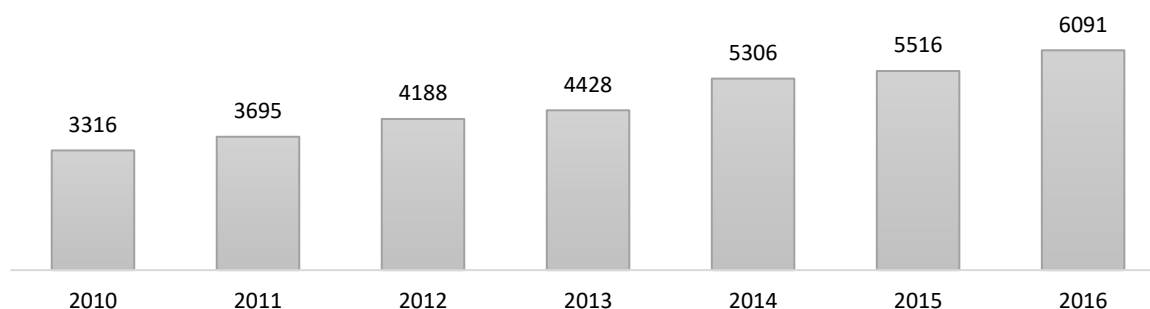


Abbildung 1: Offizielle Zahlen der aktiven Euthanasie in den Niederlanden im Zeitraum zwischen 2010-2016 (KNMG, 2017)

Die rechtlichen Bestimmungen und die bis dato geführte Debatte über die Sterbehilfe im deutschsprachigen Raum, begrenzt auf die Länder Schweiz, Deutschland und Österreich, werden folgend näher angeführt. Für diese Staaten kann allgemein gesagt werden, dass bis Anfang 1970 kaum Stimmen für die aktive Sterbehilfe öffentlich vermerkt wurden, es aber Konsens darüber gab, dass gewisse Abbrüche intensivmedizinischer Therapien beziehungsweise das Ausbleiben von intensivmedizinischen Handlungen gerechtfertigt waren (vgl. Benzenhöfer, 2009, S.125).

4.1.1. Der assistierte Suizid in der Schweiz

Ausschlaggebend für die Entwicklung der Sterbehilfe in der Schweiz war das Jahr 1976, wo die parlamentarische Versammlung des Europarates eine Empfehlung bezüglich der Rechte von Kranken und Sterbenden aussprach (vgl. ebd., S.129). Der Rat empfahl den einzelnen Mitgliedstaaten die ärztlichen Richtlinien über die Maßnahmen zur Lebensverlängerung rechtlich auszuarbeiten, wobei es in Europa die allgemeine Übereinstimmung darüber gab,

„dass die Ärzte in erster Linie den Willen der kranken Menschen respektieren sollten. Die Verlängerung des Lebens als solches dürfe nicht das ausschließliche Ziel der medizinischen Praxis sein. Der Arzt habe aber kein Recht, den natürlichen Verlauf des Sterbens absichtlich zu beschleunigen.“ (ebd., S.129)

Weiters wurde hierbei die Einrichtung von sogenannten nationalen Enquetekommissionen vom Europarat empfohlen. Das erste Land, das dieser Aufforderung, die Richtlinien bezüglich der Sterbehilfe auszuarbeiten, nachkam, war die

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Schweiz, wobei keine Enquetekommission, sondern die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) gegründet wurde (vgl. ebd., S.129).

Generell gibt es in der Schweiz das Verbot der aktiven Tötung und in diesem Sinne auch das Verbot zur aktiven direkten Sterbehilfe, weshalb die Mithilfe von jedem, egal ob Familienangehörige oder medizinisches Personal, strafbar ist (vgl. Tag, 2016, S.74). Genau ausformuliert kann dies im Art. 114 im Strafgesetzbuch nachgelesen werden (vgl. Kovacevic & Bartsch, 2017, S.1). Prinzipiell vollzieht das Strafrecht in der Schweiz aber eine Grenzziehung zwischen der Fremdtötung und der Suizidbeteiligung (vgl. Tag, 2016, S.74-75). Letzteres meint die Beihilfe zum Suizid, oder auch den assistierten Suizid (AS), welcher in der Schweiz legitim ist. Das heißt, dass Personen, die sterben wollen, mithilfe der Unterstützung Dritter ein überdosiertes und zum Tod führendes Medikament selbstständig einnehmen können, ohne dass es hierbei zu einer strafrechtlichen Konsequenz kommt, sofern kein Missbrauch durch genannte Dritte besteht (vgl. Kovacevic & Bartsch, 2017, S.1). Strafrechtlich verfolgt müssen jene Fälle, in denen nachweislich die Tatherrschaft während des Vollzugs nicht von der sterbewilligen Person ausging. Als Voraussetzung zur eigenverantwortlichen Selbsttötung werden drei Bedingungen genannt. Zu diesen Voraussetzungen gehört die *Urteilsfähigkeit der betreffenden Person*, das *Fehlen von auf den Suizid bezogene Willensmängel* und das *Verfügen der betroffenen Person des Geschehens bis zum Point of no return* (vgl. Tag, 2016, S.75-77).

Durch die strafgesetzliche Regelung in Art. 115 StGB soll zudem der Missbrauch verhindert (also das nicht Vorhandensein der Eigenverantwortlichkeit, sondern das Verleiten zur Suizidtat durch andere), als auch das Gut des Lebens im Allgemeinen geschützt werden. Ausschlaggebend für das Eintreten dieses Strafgesetzes sind jene Motive, die nicht selbstsüchtig vom Suizidbegehenden vorgenommen wurden. Ein solches Motiv wäre zum Beispiel das zu erhoffende Erbe, welches der Täter durch die Selbsttötung des Suizidanten bekommen würde (vgl. ebd., S.76).

Mittlerweile ist die Durchführung des assistierten Suizides in der Schweiz kein Tabuthema mehr, da es bereits sechs Organisationen beziehungsweise Vereine gibt, die diese Suizidbeihilfe anbieten. Der erste Verein wurde bereits im Jahr 1982 gegründet (vgl. Kovacevic & Bartsch, 2017, S.2-5). Zahlen über durchgeführte assistierte Suizide

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

sind zwar gut datiert, zum Beispiel über die Institute für Rechtsmedizin (IRM) (vgl. Tag, 2016, S.5), aber aufgrund der ungenauen Angaben bezüglich der Gesamtzahl in der offiziellen Suizidstatistik schwierig zu interpretieren. Unter anderem gibt es auch Vereine wie Eternal Spirit, die die Zahl an vollzogenen assistierten Suiziden nicht veröffentlichen (vgl. Nauck & Jaspers, 2019, S.20). Fakt ist jedoch, dass der assistierte Suizid in der Schweiz, vor allem ab 2000, vermehrt durchgeführt wird (vgl. Kovacevic & Bartsch, 2017, S.5-6; vgl. Nauk & Jaspers, 2019, S.20). Das zeigen Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas, die 2008 132 und 2017 222 begleitete Fälle verzeichneten, und Exit, welche Zahlen wie 2008 167 und 2016 722 veröffentlichten (vgl. Nauk & Jaspers, 2019, S.20). Bestätigt werden können diese Zahlen durch das Bundesamt für Statistik (BFS), welches die Gesamtzahl der begleiteten Freitode in der Schweiz im Zeitraum von 2003-2017, gegliedert nach Geschlecht und Alter, tabellarisch im Dezember 2019 veröffentlicht hat.

Tabelle 1: Veröffentlichte Zahlen zu assistierten Suiziden in der Schweiz vom 16.12.2019 (BFS, 2019)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Assistierter Suizid 1)	187	203	205	230	249	253	297	352	431	508	587	742	965	928	1009
Männer	70	90	96	98	113	108	132	155	185	201	249	320	426	399	413
unter 65 jährig	19	25	15	25	24	30	33	26	39	42	47	58	60	60	61
über 65 jährig	51	65	81	73	89	78	99	129	146	159	202	262	366	339	352
Frauen	117	113	109	132	136	145	165	197	246	307	338	422	539	529	596
unter 65 jährig	29	24	29	30	29	38	34	47	43	43	54	60	83	66	74
über 65 jährig	88	89	80	102	107	107	131	150	203	264	284	362	456	463	522

1) Tabelle enthält nur in der Schweiz wohnhafte Personen

Für die Interpretation dieser Zahlen muss jedoch beachtet werden, dass es sich hierbei nur um wohnhafte Personen aus der Schweiz handelt. Aber auch Menschen außerhalb der Schweiz können das Angebot des assistierten Suizides durch die Sterbehilfeorganisation Dignitas in Anspruch nehmen, was jährlich ca. hundert im Ausland lebende Personen, vor allem jene aus Deutschland, wahrnehmen (vgl. Bosshard & Bär, 2004, S.12-13).

Wie bereits erwähnt, melden nicht alle Sterbehilfeorganisationen ihre Zahlen ans BFS, sondern lediglich die Vereine Exit Deutschschweiz, Exit Romandie und Dignitas. Unter anderem zeigt die Tabelle des BFS, dass vor allem bei alten Menschen über 65 ein deutlicher Anstieg erkennbar ist. Grund dafür könnte die Überdrüssigkeit des Alterns sein, weshalb die Organisation Exit 2014 auch dieses Motiv als ausschlaggebende

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Begründung akzeptiert hat. Seitdem wird es auch Menschen ohne Diagnose einer tödlichen Erkrankung ermöglicht, den Weg des assistierten Suizides wählen zu können (vgl. Stoppe, 2015, S.37-38).

Die gesetzlichen Bestimmungen für die Durchführung des assistierten Suizides werfen die Frage auf, inwiefern der zu zahlende Kostenbeitrag als ein nicht selbstsüchtiges Motiv angesehen werden kann. Rechtlich wurde dieser Vorwurf dadurch geregelt, indem die Suizidanten nur die administrativen Kosten, die die Sterbehilfeorganisation für die Organisation und Durchführung benötigt, zahlen müssen, wobei noch immer unklar ist, wo hier die Grenze zwischen einem rechtlich-zulässigen Angebot eines assistierten Suizides und einer gewinneinnehmenden Absicht seitens der Organisation gezogen werden kann (vgl. Tag, 2016, S.79-80).

Bei Sterbehilfeorganisationen beschränkt sich die Mithilfe des Arztes auf das Verschreiben des tödlich-dossierten Medikamentes (vgl. Bosshard & Bär, 2004, S.12), wobei diese Handlung nicht verpflichtend ist. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betonte, dass es nicht die Aufgabe von Ärzt*innen sei, Suizidhilfe anzubieten oder zu leisten. Rechtlich gesehen aber kann bei Auftreten gewisser Kriterien die Handlung ohne strafrechtliche Folgen vollzogen werden, auch wenn Suizidant*innen keine tödliche Diagnose haben, aber subjektiv unerträgliche Schmerzen empfinden (vgl. Nauck & Jaspers, 2019, S.20-21). Hierbei betont die SAMW, dass bei sterbenskranken Patient*innen am Lebensende die Ärzt*innen Gewissensentscheidungen treffen müssen, die mitunter zum assistierten Suizid führen können, was aber respektiert werden muss (vgl. Bosshard & Bär, 2004, S.13).

4.1.2. Zur Rechtslage der Sterbehilfe in Deutschland

Im Laufe der letzten Jahrzehnte kam es vermehrt zur gesellschaftlichen Enttabuisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland. Die Abschaffung des Gesetzes zur aktiven Sterbehilfe (§216 im Strafgesetzbuch, betitelt mit *Tötung auf Verlangen*), das mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren vorgesehen ist, stand nie zur Debatte (vgl. Borasio, 2019b, S.63). Diskussionsbedürftig ist jedoch seit jeher die gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe (vgl. ebd., S.116 ff).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Nach den ersten Forderungen bezüglich einer geregelten Sterbehilfe, unter anderem ausgelöst durch den niederländischen Präzedenzfall von Postma-van Boven 1973, kam es in Deutschland 1974 zu einer Anfrage und Debatte im Bundestag, wo eine CDU-Abgeordnete an den Justizminister folgende Frage stellte (vgl. Benzenhöfer, 2009 S.126-128):

„Wie ist die von Medizinern sogenannte passive Sterbehilfe rechtlich zu beurteilen, und erwägt die Bundesregierung auf diesem Gebiet Änderungen des geltenden Rechts? Die Antwort gab der zuständige parlamentarische Staatssekretär. Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang ein Arzt eine Behandlung fortsetzen müsse, hänge – so der Staatssekretär – von der ‚Ausgestaltung des konkreten Einzelfalls ab‘. Die Notwendigkeit einer Änderung der bestehenden Gesetze gebe es nicht.“ (ebd., S.128)

Die Debatte wurde durch die Empfehlung des Europarats und die Entwicklungen in der Schweiz 1976 weiter vertieft, weshalb 1979 weitgehend ähnliche formulierte Richtlinien wie in der Schweiz festgelegt wurden und wodurch die passive Sterbehilfe, im Sinne einer Schmerzlinderung und das Ausbleiben von lebensverlängernden Maßnahmen, bei Sterbenden beziehungsweise Todkranken rechtlich ermöglicht wurde (vgl. ebd., S.131-132).

Das heißt: Erlaubt ist einerseits die passive Sterbehilfe als auch die indirekte Sterbehilfe, bei der Medikamente verabreicht werden, die schmerzlindernd und zugleich lebensverkürzend wirken (vgl. Hahnen et al., 2009, S.291). Weiters ist die Beihilfe zum Suizid kein Straftatbestand, wobei in der Rechtsprechung geprüft wird, ob Totschlag oder unterlassene Hilfeleistung unerfüllt blieb:

„Wird die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt oder nahen Angehörigen geleistet, ist ferner die Garantenstellung, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen, von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen auch eine Unterlassung als Straftat gewertet werden kann.“ (DRZE, 2020)

Rechtlich waren diese Regelungen bezüglich der passiven Sterbehilfe lange Zeit nicht geregelt. Auskunft gaben die Rechtsprechung, die Ärztekammer anhand der ärztlichen Standesrichtlinien und die Kirchen, die alle die passive und indirekte Sterbehilfe als gebotene Handlungen in spezifischen Situationen befürworteten (vgl. Wernstedt, 2004, S.10).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Die Handhabung des assistierten Suizides in Deutschland war insbesondere in den letzten Jahren fragwürdig. Ein Blick zeigt, dass es auch hier einen sogenannten Sterbehilfe-Verein gibt. Wie die offizielle Startseite der Homepage berichtet, wurde im September 2005 der Sterbehilfe-Verein gegründet und trägt den Namen Dignitas-Deutschland. Diese Organisation setzt sich hierbei, aufgrund der genannten Rechtslage, für Staatsbürger*innen ein, die rechtlichen Beistand hinsichtlich ihrer freien Selbstbestimmung in Krankenhäuser, Pflegestationen, bei Ärzten als auch beim Pflegepersonal benötigen. Gleiches gelte zudem für die passive und indirekte Sterbehilfe. Nach Angaben des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften handelt es sich hierbei um eine Zweigstelle der schweizerischen gleichnamigen Sterbehilfeorganisation Dignitas, weshalb auch eine direkte Beratung aus der Schweiz und in weiterer Folge ein assistierter Suizid in der Schweiz ermöglicht werde. Die Organisation verfolge zudem das Ziel in Deutschland ein gleiches rechtliches Modell hinsichtlich des assistierten Suizides wie in der Schweiz durchzusetzen.

Die öffentliche Diskussion über den assistierten Suizid erlangte durch die deutsche Zweigstelle Dignitas ihren nächsten Höhepunkt in den Jahren 2006 und 2007, wo unter anderem der Hamburger Justizsenator Kusch sich für eine aktive Sterbehilfe aussprach, der Nationale Ethikrat eine Stellungnahme unter dem Titel „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ veröffentlichte und die gesetzliche Regelung der Patient*innenverfügung im Bundestag und zuvor im Deutschen Juristentag debattiert wurde (vgl. Hahnen et al., 2009, S.291).

Wie in vielen anderen Ländern wurde der Umgang mit der Sterbehilfe auch in Deutschland nicht explizit in den Gesetzestexten geregelt. Die Regulierung war in den Tötungstatbeständen des Strafrechts verortet (vgl. Preidel & Nebel, 2015, S.54). Eine Revision fand 2015 statt, wo der Deutsche Bundestag eine Änderung von zwei Gesetzen bezüglich des Menschenrechtsschutzes am Lebensende bestimmt hatte. In §217 des Strafgesetzbuches wurde ein *Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung* reguliert. Einen Tag zuvor wurde zudem ein *Gesetz zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung* bestimmt (vgl. Welsh et.al, 2017, S.8-9).

Im beschlossenen Gesetz §217 StGB von 2015 heißt es:

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

„(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“
(Bundesärztekammer, 2017)

Der hier vorgelegte Rechtstext besagt, dass die (wie bereits zuvor erwähnt) Beihilfe zum Suizid selbst nicht strafbar ist, insofern sie nicht geschäftsmäßig durchgeführt wird. Mit diesem Gesetzestext behinderte der Gesetzgeber aber nicht nur die Sterbehilfe-Vereine wie Dignitas-Deutschland und den Sterbehilfe-Verein Deutschland, sondern auch die Palliativ- und Hospizmedizin (vgl. Hilgendorf, 2018, S.733). Die Folgen hinsichtlich der rechtlichen Formulierung der Geschäftsmäßigkeit führten zwingend zu weiteren gesetzlichen Forderungen. Zu dem Terminus *geschäftsmäßig* zählen insbesondere Personen und Vereine, die wiederholt angelegt, organisiert und gewinnorientiert handeln – was auch auf das Handeln der Ärzt*innen zutrifft (vgl. DRZE, 2020).

„Ärzte handeln im ärztlichen Kontext immer geschäftsmäßig. Dem Wortlaut nach unterfallen deshalb z.B. auch die Verschreibung von schmerzlindernden, in hohen Dosen aber tödlichen Medikamenten oder die Überweisung in ein ‚Sterbezimmer‘, in welchem sich ein Patient durch Sterbefasten selbst zu Tode bringen kann, dem objektiven Tatbestand des §217 StGB.“
(Hilgendorf, 2018, S.733)

Das Bundesverfassungsgericht hat aufgrund dieses Missstandes fünf Jahre später das Gesetz für verfassungswidrig erklärt. Während im Jahr 2015 noch anhand der Unantastbarkeit der Menschenwürde und damit verbunden mit den Menschenrechten gegen eine geschäftsmäßige Unterstützung der Sterbehilfe argumentiert wurde, begründete das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020, dass eben jene Argumentation unzulässig sei. Vielmehr stehe sterbewilligen Menschen aufgrund des Persönlichkeitsrechts die Freiheit zum selbstbestimmten Sterben zu. In den Leitsätzen des Bundesverfassungsgerichts hat aber vor allem der Begriff der Geschäftsmäßigkeit zur Verwerfung des bestandenenen Gesetzes geführt (vgl. BVerfG, 26.2.2020):

„(b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

(c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie geboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ (BVerfG, 26.2.2020)

Die Debatte um den assistierten Suizid ist jedoch nicht beendet, da der Deutsche Bundestag die Rechtslage, insbesondere hinsichtlich des Handlungsspielraums von Ärzt*innen und des Umgangs mit suizidwilligen Patient*innen, neu regeln muss (vgl. Deutscher Bundestag, 2020, S.4).

4.1.3. Die Sterbehilfe-Debatte in Österreich

Die Gesetzeslage bezüglich der Sterbehilfe in Österreich unterscheidet sich wiederum von der Rechtslage in Deutschland. Unter §77 und §78 des StGB ist das Verbot sowohl für die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zum Suizid strafrechtlich geregelt, wobei das Ausmaß des Freiheitsentzugs sich wieder von sechs Monaten bis zu fünf Jahren erstrecken kann. Eine Gewährleistung des Patient*innenwillens und somit die Hervorhebung der Patient*innenautonomie stellt der §110 des StGB dar, wo vermerkt wird, dass medizinische Maßnahmen ohne Einwilligung der Patient*innen als rechtswidrig gelten (vgl. Moser, 2014, S.10-11).

„Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.“ (§110 Abs. 1 StGB)

Forderungen nach einer rechtlich legalen Beihilfe zum Suizid und nach der aktiven Sterbehilfe in Österreich stehen ebenfalls seit längerem im öffentlichen Diskurs. Unter anderem setzte der sich unter dem Titel „Menschenwürdig sterben“ gegründete Arbeitskreis 1998, bestehend aus namhaften Persönlichkeiten, nämlich einem Internisten, Gynäkologen, Juristen, Journalisten und sozialdemokratischen Abgeordneten, für die Durchsetzung der aktiven Sterbehilfe ein. Gefordert wurde hier dasselbe Modell der Sterbehilfe, das es schon in der Schweiz und in Deutschland gab (vgl. Kummer, 1998, S.83; vgl. Moser, 2014, S.12). Nach Auftreten dieses Arbeitskreises trat schlagartig eine Gegenfront, bestehend aus Vertreter*innen der katholischen

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Kirche, Politik, Ärzteschaft und von Hospizen öffentlich auf (vgl. Kummer, 1998, S.83). Bernhard Kummer, Autor des Wiener Instituts für medizinethische Anthropologie und Bioethik (IMABE), das der Österreichischen Bischofskonferenz unterstellt ist (vgl. Moser, 2014, S.12), griff die Debatte auf und betonte die vorherrschende deutliche ablehnende Reaktion, indem er die Gegenargumente und ebenfalls namhafte Vertreter*innen auflistete. Unter anderem käme es durch die Legalisierung, so der Wiener Erzbischof Kardinal Christoph Schönborn, zu einer unmenschlichen Gesellschaft, da Behinderte, Alte und Kranke den Druck verspüren könnten, eine finanzielle Belastung für die Gesellschaft zu sein. Im Namen des Sterbehospiz der Caritas meldete sich Primarius Dr. Franz Zdrahal zu Wort, der das Argument des möglichen Dammbruchs betonte. Die Entwicklungen in den Ländern, in denen die aktive Euthanasie bereits umgesetzt werde, sollen diese angeführte Angst bestätigen. Zudem fordere Zdrahal, dass mehr Wert auf die Bereiche der Medizin und des Sozialsystems gelegt werden soll und generell das Palliativversorgungsnetz ausgebaut werden müsse (vgl. Kummer, 1998, S.83-84).

Abgesehen davon stellt sich generell die Frage, ob die Österreicher überhaupt eine Änderung bezüglich der Rechtslage der aktiven Sterbehilfe wollen. Eine Studie, die von Michael Ebner 2011 durchgeführt wurde, analysierte anhand der Daten des IFES (Instituts für empirische Sozialforschungen) und der EVS (European Values Study) die österreichische Einstellung zur Euthanasie und kam zu dem Ergebnis, dass es zur allmählichen Akzeptanz zur aktiven Sterbehilfe in den letzten 30 Jahren in Österreich kam, wobei diese Entwicklung seit 1999 stagnieren und eine Positionierung der Österreicher für oder dagegen von unterschiedlichen Werten (traditionell-religiöser Lebensstil oder liberale Werthaltung) abhängig ist (vgl. Ebner, 2011, S.127-129).

Die neue Rechtslage in Deutschland bezüglich des geschäftsmäßigen assistierten Suizides führte auch in Österreich zum Aufleben der Debatte. Bereits im Juni 2020 klagten insgesamt vier Antragsteller*innen vor dem Verfassungsgericht die Gesetze (§77 StGB *Verbot der aktiven Sterbehilfe* und §78 StGB *Verbot der Mitwirkung zum Suizid*) an (vgl. VfGH Österreich, 2020 a). Nachdem eine weitere öffentliche mündliche Verhandlung zur Klärung der Rechtslage vom österreichischen Verfassungsgerichtshof angekündigt wurde, wurde die Sterbehilfe-Debatte durch eine breite Medienberichterstattung neu entfacht. Der Österreichische Rundfunk (ORF) berichtete

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

nicht nur anhand von Online-Artikeln sondern auch über Dokumentationen und Reportagen in den unterschiedlichsten Sendungsformaten. Auch die Printmedien, wie unter anderem „Die Presse“, „Der Standard“ und „Kurier“, widmeten sich der Sterbehilfe-Debatte. Stimmen der Ablehnung der gesetzlichen Änderung der Sterbehilfe-Regelung wurden ebenso medial verbreitet. Insbesondere die Katholische Presseagentur Österreich (kathpress) veröffentlicht seit September Stellungnahmen von Expert*innen und namhaften Persönlichkeiten, die vor allem die Gefahr des Dammbrochs und des Drucks auf Ältere durch eine Aufhebung der Verbote betonen. Die intensive Medienberichterstattung wird unter anderem deshalb betrieben, um die Entscheidung des Gerichts mitbestimmen zu können, zumal Studien bestätigen, dass Richter*innen eine Beeinflussung des Urteils durch die Medien nicht ausschließen können (vgl. Kepplinger & Zerback, 2009, S.2).

Schlussendlich kippte der Verfassungsgerichtshof am 11.12.2020 den Paragraphen 78 des Strafgesetzbuches, in dem das Verbot zur Beihilfe des Suizides geregelt war. Jegliche Art der Hilfestellung ohne Ausnahmen zu verbieten sei demnach verfassungswidrig. Zudem wurde vom Verfassungsgericht, ähnlich wie zuvor in Deutschland, das Recht auf Selbstbestimmung betont (vgl. VfGH Österreich, 2020 b).

4.1.4. Fazit

Bereits in der 2004 erschienenen Literatur von Bosshard & Bär sprachen sich die Autoren für einen gemeinsamen geltenden europäischen Rechtsrahmen für alle Staaten Europas aus (vgl. Bosshard & Bär, 2004, S.13).

„Jedes Land muss einen eigenen, den spezifischen kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten angepassten Umgang mit Sterbehilfe finden. Angesichts der gegenwärtig bestehenden ausgeprägten Rechtsungleichheit zwischen den einzelnen Staaten Europas sind aber Bestrebungen des Europarates, diesbezüglich eine gemeinsame Position zu finden, zweifelslos zu begrüßen.“ (ebd., S.13)

Die unterschiedlichen Rechtslagen alleine in den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz verdeutlichen aber den anhaltenden Diskurs im Bereich der Sterbehilfe. Generell ist der Trend zur Liberalisierung, insbesondere wenn man die letzten 20 Jahre betrachtet, zu erkennen (vgl. Wittwer, 2020, S.19). Vor allem

die erst kürzlich veröffentlichten Urteile des Bundesverfassungsgerichts Deutschlands und des Verfassungsgerichts Österreichs fordern zu Rechtsänderungen auf.

Die Umsetzung der aktiven Sterbehilfe nimmt in den meisten anderen Ländern eine untergeordnete Rolle ein, anders als der (medizinisch) assistierte Suizid, der zum Beispiel bereits 1997 in Amerika im Bundesstaat Oregon legalisiert wurde. Eine hier durchgeführte Studie zeigte, welche Rolle die Palliativmedizin in dieser Debatte einnimmt beziehungsweise einnehmen kann (vgl. Oduncu & Eisenmenger, 2002, S.330).

„In der Regel verschreiben Ärzte aus Oregon einem von sechs Patienten, die darum bitten, ein solches Medikament, und etwa einer von zehn Patienten nimmt das tödliche Medikament tatsächlich auch ein und verstirbt. Die Studie zeigt aber, dass jene Patienten, die überhaupt Informationen über die Möglichkeiten der Palliativmedizin erhalten, von ihrem Wunsch nach einer Rezeptierung absehen. Wieviele Patienten würden tatsächlich noch eine Rezeptierung wünschen, würden sie ausreichend kompetent über palliative Versorgung unterrichtet und einer solchen zugeführt werden? Das Oregon-Modell stellt die Option des assistierten Suizids als Alternative zur Palliativmedizin. [...] Diesen Patienten wirksame Schmerzmittel und eine adäquate palliative Versorgung vorzuenthalten, widerspricht in höchstem Maße dem ärztlichen Ethos und stellt eine vehemente Verletzung der Menschenwürde der Kranken dar.“
(ebd., S.330)

Wenn der Wunsch geäußert wird, ohne Ängste, ohne Schmerzen, nicht alleine, selbstbestimmt und ohne künstliche medizinische Maßnahmen sterben zu wollen, dann wird nicht nur das Sterben im Sinne einer aktiven Euthanasie sondern auch ein Sterben, das seitens der Palliativmedizin in den meisten Fällen ermöglicht werden kann, beschrieben (vgl. Hübner, 2016, S.15-16). Auch die umfassende Sterbebegleitung schließt demnach ein menschenwürdiges Sterben nicht aus.

4.2. Sterbebegleitung

Von der Sterbehilfe differenziert werden muss die Sterbebegleitung, was allgemein alle palliativen beziehungsweise pflegerischen Maßnahmen sowie die kommunikative und psychische Begleitung des sterbenden Menschen während des Sterbeprozesses meint (vgl. Woellert & Schmiedebach, 2008, S.17). Inwiefern diese herausfordernde Begleitung Sterbender umgesetzt wird und welche Probleme sich in der Umsetzung seitens der Begleiter*innen im Alltag ergeben, soll an dieser Stelle der Masterarbeit näher herausgearbeitet werden.

4.2.1. Die Palliativversorgung

Eine medizinisch palliative Therapie unterscheidet sich von kurativen Maßnahmen dadurch, dass sie sterbende Patient*innen ganzheitlich behandelt. Die kurative Medizin ist weiterhin um Heilung bemüht; auf Palliativstationen hingegen wird eine verbesserte oder erhaltende Lebensqualität im Sinne der Autonomie und Schmerzfreiheit erzielt (vgl. Gerhard, 2015, S.15). Die folgende Tabelle soll den Unterschied zwischen palliativ und kurativ noch weiter verdeutlichen:

Tabelle 2: Unterschiede zwischen kurativen und palliativen medizinischen Handlungen (ebd., S.15)

<i>Kurative Medizin</i>	<i>Palliativmedizin</i>
<i>Welt des Heilens</i>	<i>Lindern statt Heilen</i>
<i>Machbarkeit</i>	<i>Suchende Haltung</i>
<i>Standardisierte Abläufe</i>	<i>Abläufe individualisiert</i>
<i>Konzentration auf aktuelle Probleme</i>	<i>Konzentration auf die Gesamtsituation</i>
<i>Kaum Ganzheitliches</i>	<i>Ganzheitliche Sicht</i>
<i>Sterben als „Scheitern“</i>	<i>Sterben als normaler Prozess</i>

Eine Definition dessen, was durch die Gründung der Palliativversorgung angestrebt wurde, gab die WHO, die Weltgesundheitsorganisation, 2002 bekannt. Dieser Grundsatz ist seitdem auf zahlreichen Online-Informationsplattformen, wie etwa auf der offiziellen Homepage des österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, auffindbar.

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie deren belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002)

Der Ursprung der Palliativ- und Hospizbewegung ist auf Cicely Saunders, einer ehrenamtlichen Krankenschwester aus Großbritannien, zurückzuführen, welche im Jahr 1967 das St. Christopher's Hospice gründete. Die Erlebnisse und Erfahrungen, die Saunders mit Sterbenden sammeln konnte, führten zur ambitionierten Idee einer stationären ganzheitlichen Sterbebegleitung. Diese Hospiz-Gründung gilt heute allgemein als die *Geburtsstunde* der modernen Palliativmedizin. Besonders

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

erwähnenswert an diesem Hospiz war zudem der bereits 1969 erfolgte Fortschritt im Bereich der Vernetzung von Hausbetreuung und Stationsbetrieb. Die Pionierarbeit von Cicely Saunders erlangte internationale Anerkennung; unter anderem führte in Deutschland ein Dokumentarfilm namens „Noch 16 Tage ... Eine Sterbeklinik in London“ von Pater Reinhold Iblacker zur Bekanntheit des Hospizes. Die erste Palliativstation in Deutschland wurde jedoch erst 1983 an der Chirurgischen Universitätsklinik in Köln gegründet (vgl. Sabatowski et al., 2000, S.41).

„In Deutschland ist aus der kleinen Gruppe der Pioniere inzwischen eine vielfältig organisierte Bürgerbewegung auf Orts-, Landes-, Bundes- und Weltebene geworden. Sie trägt heute entscheidend dazu bei, schwerstkranke und sterbende Menschen zu versorgen und die Hospizidee in der Gesellschaft zu verankern.“ (Engelke, 2015, S.36)

Die wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung besteht darin, die Lebensqualität jener zu erhalten und zu verbessern, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden und in absehbarer Zeit versterben werden. Was genau unter dem Begriff *Lebensqualität* verstanden werden darf, wurde nicht definiert, da hierbei subjektive Einschätzungen auf Grundlage objektiver und symptombezogener Kriterien vorgenommen werden (vgl. Zenner, 2013, S.226).

Allgemein formuliert geht es aber darum, die Krankheitssymptome, insbesondere die auftretenden Schmerzen, zu lindern, die Autonomie der Patient*innen zu fördern und eine spirituelle und psychische Betreuung zu ermöglichen. Differenzierter betrachtet nennt Zenner zehn Aufgaben der Palliativversorgung, um eine Verbesserung der Lebensqualität der sterbenden Menschen zu erzielen. Zu diesen gehören beispielsweise die Behandlung der Schmerzen, die Sicherung der Atmung und der Ernährung, die Vermeidung von Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit und Erbrechen, die Vermeidung von Angst und Depressionen und die Behandlung von Konfusion, Gedächtnisstörungen, Obstipation oder Diarrhö (ebd., S.226-228).

Ein solches Ausmaß des Aufgabenbereiches benötigt neben entsprechend geschultem Personal eine umfassende Koordination, denn die Versorgung endet nicht mit der stationären Behandlung. Ein Team, bestehend aus Ärzt*innen, Fallmanager*innen und dem Sozialdienst der Krankenhäuser, bemühen sich nach Beendigung des Stationsaufenthalts um die Organisation der weiteren Versorgung

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

(ebd., S.228). Allgemein gibt es in der Palliativ- und Hospizversorgung drei unterschiedliche Formen, deren Zusammenarbeit von einer gelingenden Organisation abhängig ist. Neben den stationären Einrichtungen gibt es zudem ambulante und teilstationäre Dienste (vgl. Krenz, 2013, S.20).

Nachdem die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) die Betreuung der sterbenden Patient*innen übernimmt, fällt die Verantwortung über die weitere Koordination an Hausärzt*innen. Weiters gibt es neben dem AAPV auch Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), wobei hierbei wiederum durch ein spezielles Palliativ-Care-Team (PCT) koordiniert wird (vgl. Zenner, 2013, S.228).

Dass eine gelingende Koordination überaus hilfreich für die Patient*innen sein kann, schildert beispielsweise Karl-Heinz Zacher, der Unterstützung durch ein SAPV-Team bekam:

„Über eine Rufbereitschaft steht das SAPV-Team unheilbar Kranken und ihren Angehörigen rund um die Uhr zur Verfügung. Es unterstützt die Familien in vielerlei Bereichen, etwa bei der Organisation von Pflegediensten, Hilfsmitteln oder behördlichen Fragen und leistet in Absprache mit der Hausarztpraxis die notwendige medizinische Versorgung, insbesondere, was die Medikation bei Schmerzen, Übelkeit und Atemnot betrifft. Selbst in Krisensituationen und bei Komplikationen wird die Versorgung über Hausbesuche gewährleistet, wodurch keine Krankenhauseinweisung notwendig ist.“ (Zacher et al., 2018, S.199-200)

In Deutschland wurden im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das seit 8.Dezember 2015 besteht und das in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) inkludiert ist, zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung des palliativen Netzwerkes festgehalten. Gesetzlich verankert ist demnach das Ziel die palliative Versorgung im eigenen Zuhause, in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und in Hospizen gewährleisten zu können. Neben der Förderung und Steigerung der Palliativversorgung wird zusätzlich in die Ausbildung qualifizierter Haus- und Fachärzt*innen als auch in die Förderung der Netzwerkarbeit und der häuslichen Krankenpflege investiert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017a). Folgende Grafik veranschaulicht den Zuwachs an stationären Hospizen und Palliativstationen beziehungsweise -einheiten:

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

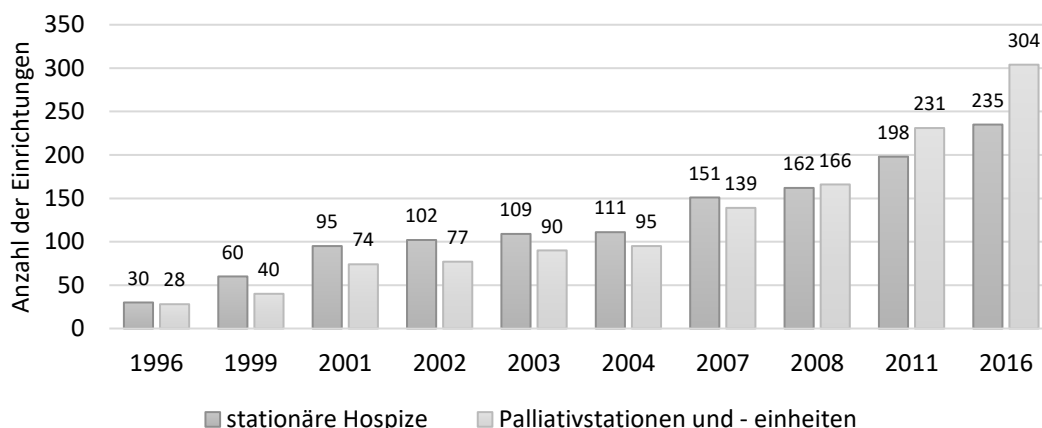


Abbildung 2: Anzahl der stationären Hospize und Palliativstationen/-einheiten in Deutschland im Zeitraum 1996-2016 (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband, 2016, S.4)

Deutschland ist neben Österreich und der Schweiz das einzige Land, dass ein konkretes Gesetz zur Sicherung und Förderung des Palliativ- und Hospiznetzwerkes hat. In Österreich hingegen wurde einvernehmlich zwischen dem Bund und den Bundesländern eine seit 2005 geltende Vereinbarung („Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“) festgelegt, in der, ähnlich wie in Deutschland, im Palliativ- und Hospizbereich Förderungen erzielt werden sollen (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019). In der Schweiz gibt es hingegen die sogenannten „Nationalen Leitlinien Palliative Care“, welche unter der Mitwirkung von über 100 Organisationen und Institutionen entstand und durch den „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“, einer Plattform von Bund und Kantonen, 2010 geltend wurde (vgl. BAG, 2019). Neben diesen Leitlinien hat auch die SAMW, die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, Richtlinien und Empfehlungen über die Palliative Care veröffentlicht (vgl. SAMW, 2013).

Die Vorstellungen und Anforderungen, die bei der Gründung des Konzepts der Palliativ Care gestellt wurden, sind, nach derzeitigem Stand, nicht vollkommen erreicht worden. In den Anfangsjahren hätten Kritiker*innen davor gewarnt, dass palliative Stationen zu Sterbestationen werden könnten. Zwar werden Sterbende dort angemessen medizinisch behandelt, gepflegt und begleitet, die ursprünglich geplante Aufenthaltszeit von mehreren Wochen wird jedoch deutlich unterschritten (vgl. Engelke, 2015, S.226).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

„Statt der ursprünglich angestrebten Verweildauer von 4-6 Wochen liegen die Patienten dort heute bundesweit im Durchschnitt nur noch gerade eine Woche. Bis zu 80 Prozent von ihnen sterben dort auch. Manche Patienten sind keine 12 Stunden bis zu ihrem Tod dort.“ (ebd., S.226-227)

4.2.2. Die Hospizversorgung

Auch in Hospizen beträgt die Aufenthaltsdauer sterbender Menschen bis zu ihrem Tod durchschnittlich nur bis zu drei Wochen. Um eine angemessene spirituelle und psychische Begleitung diesen Patient*innen ermöglichen zu können, braucht es jedoch mehr Zeit (vgl. ebd., S.232).

In Umfragen gaben 75-90% der deutschen Bürger*innen an, in einem häuslichen Umfeld sterben zu wollen. In Wirklichkeit gelinge das jedoch nur in 25-30 Prozent der Fälle. Zudem sinkt die Anzahl der Todesfälle in Krankenhäusern. Dieser Trend sei aufgrund der stationären Einrichtungen nicht verwunderlich (vgl. Schäfer et al., 2012, S.15-16). Neben den mehr als 200 verfügbaren stationären Hospizen gibt es in Deutschland zudem circa 1500 ambulante Hospizdienste, um dem Wunsch zu Hause zu sterben nachkommen zu können (vgl. Weihrauch, 2013, S.15).

Ursprünglich stammt der Begriff *Hospiz* aus dem Lateinischen (*hospitium*) und bedeutet übersetzt *Herberge* (vgl. Borasio, 2019, S.178). Die semantische Bedeutung des Begriffes spiegelt die Leitidee des Hospizes wider. Grundgedanke der Hospizversorgung ist es nämlich, Sterbende hinsichtlich ihrer noch verbleibenden Lebenszeit in ihrer Würde und ihren eingeschränkten Fähigkeiten zu unterstützen. Grundsätzlich ist die Hospizarbeit bemüht, dies im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Erst wenn dies (zum Beispiel aufgrund der gegebenen Räumlichkeiten, der fehlenden Betreuung von Angehörigen oder des ausdrücklichen Wunsches der Patient*innen gegen eine ambulante Versorgung) nicht möglich ist, werden die stationären Einrichtungen genutzt (vgl. Student et al., 2016, S.14-15).

Es geht bei der Idee des Hospizes darum, das Sterben als Teil des Lebens zu begreifen. Daher ist das Hospiz nicht nur eine Institution, sondern eine *„neue Kultur mit sterbenden Menschen und deren Familien“* (vgl. Weihrauch, 2013, S.15). Allgemein gilt: Die vielfältigen Aufgaben der Beschäftigten in stationären und ambulanten Hospizen

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

beinhalten zusammengefasst vier Dimensionen, nämlich die psychosoziale Begleitung, die spirituelle Dimension, die Trauerbegleitung und den Aspekt der Palliativmedizin und -pflege (vgl. Student et al., 2016, S.27; vgl. Krenz, 2013, S.11; vgl. Weihrauch, 2013, S.15).

Obwohl Nina Zacher zuhause starb, wurde eine Zeitlang auch die Aufnahme in ein Hospiz erwägt.

„Schon früh besuchen die Zachers eine Einrichtung in München und lassen sich dort auf die Warteliste setzen, denn Hospizplätze sind sehr begrenzt, so dass man sich dafür anmelden muss. Als absehbar wird, dass jetzt eine schwere Phase anbricht, überlegt Nina, ob sie für ihre letzte verbleibende Zeit diese Option in Anspruch nimmt. Nina würde dort rund um die Uhr betreut, so dass Karl-Heinz pflegerisch entlastet würde. Die ärztliche Versorgung wäre über angegliederte Palliativmediziner gewährleistet, die Schmerzen und Atemnot lindern könnten. Die Kinder könnten jederzeit zu Besuch kommen und hätten gleichzeitig ihre Rückzugsmöglichkeiten im gewohnten Umfeld zu Hause.“ (Zacher et al., 2018, S.226-227).

Der familiäre Rahmen in Hospizen entsteht unter anderem durch ihre räumliche Beschränkung. Nach Rahmenvereinbarung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes gibt es in stationären Einrichtungen mindestens acht und maximal 16 Plätze. Weiters seien diese nur für jene tödlich erkrankte Patient*innen gedacht, die schätzungsweise nur mehr etwa sechs Monate leben werden (vgl. Zenner, 2013, S.231).

Eine Palliativ- und Hospizversorgung soll zudem bei folgenden Krankheitsbildern gewährleistet werden: bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, bei Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, bei Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen und bei chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen im Endzustand. Zu erwähnen ist hierbei, dass 90 Prozent der Patient*innen, die die Hospizversorgung in Deutschland in Anspruch nehmen, eine tödliche Krebsdiagnose erhielten (vgl. Krenz, 2013, S.22).

Der Erfolg der Hospizarbeit ist unter anderem durch die Beteiligung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern begründet (vgl. ebd., S.44). Gleichwohl die idealen Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben in Hospizen gegeben und zugleich kostenlos sind – in den meisten Fällen, wenn die Nachricht der Überstellung in ein Hospiz vermittelt wird, empfinden Sterbende oft ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit (vgl. Engelke, 2015, S.229-230).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

„Sicher ist: Sterbenskranke begreifen, was es für sie heißt, in ein Hospiz verlegt zu werden. Deshalb verschweigen Angehörige oder auch Ärzte dem Sterbenskranken mitunter, wohin die Reise geht. Sie umschreiben den Ort, beschönigen ihn und vermeiden eine klare Aussage. [...] Selbstverständlich gibt es Sterbenskranke, die bereit sind, in ein Hospiz zu ziehen. Sie haben normalerweise von der hohen Qualität der Pflege und dem vorbildhaften Engagement der Pflegenden dort gehört. Mitunter haben sie aber auch keine andere Wahl.“ (ebd., S.230)

Trotz bedrückender Todesnähe, die unvermeidlich einer solchen Einrichtung anhaftet, muss betont werden, dass in Hospizen sehr auf die Autonomie, Würde und Unterstützung der sterbenden Personen geachtet wird. Die Forscherin Christine Pfeffer hielt in ihrer im Jahr 2005 veröffentlichten Studie über die Ethnographie stationärer Hospizarbeit bereits im Buchtitel fest: *„Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“*.

Je nachdem wie weit Symptome der Erkrankung fortgeschritten und welches Ausmaß die Pflege einnimmt, entscheidet sich, welcher Sterbeort infrage kommt. Es handelt sich dabei oftmals nicht um eine einzige Einrichtung; vielmehr durchleben Sterbende eine *„Verlegungskette“* oder ein *„Verlegungskarussell“* bestehend aus Aufhalten in Kliniken, Palliativstationen, Hospizen oder Pflegeheimen (vgl. Engelke, 2015, S.48-49).

4.2.3. Die unterschiedlichen Arten der Pflege

Wann genau ist man pflegebedürftig? Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit gibt diesbezüglich eine Definition vor:

„Nach der Definition des Gesetzes sind damit Personen erfasst, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Das sind Personen, die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b)

Zu keiner Zeit war und ist die Pflege selbstverständlich. Trotz Recht auf Versorgung im Alter und in Krankheit durch die Unantastbarkeit der Würde des Menschen, ist die Frage, wer mich in Zukunft pflegen wird, nicht problemlos (vgl. Engelke, 2015, S.43-44).

Die Pflege im Alter und sterbender Menschen wird öffentlich widersprüchlich dargestellt. Zum einen nimmt die Gesellschaft die steigende Bedeutung der Relevanz

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

von qualifizierten Pflegepersonal aufgrund der demographischen Entwicklungen wahr, zum anderen aber bewirken vereinzelte negative Berichte aus stationären Pflegeheimen, die in öffentlichen Pressemeldungen für Furore sorgen, eine Abmilderung der Wertschätzung des Pflegeberufes. Weiters werden aufgrund der (arbeitsmarkt-)politischen Situation gehäuft Arbeitslose oder minderqualifizierte Personen für die Pflege angestellt, wodurch die Gesellschaft den Eindruck gewinnt, dass es sich hierbei um einen Beruf handelt, den sowieso jede und jeder erledigen könne. Auch dieses Vorurteil bewirkt eine Abschwächung der Wertschätzung des Pflegeberufs (vgl. Isfort et al., 2012, S.590-591). Dass Berufstätige im Bereich der Pflege immensen Anforderungen bestehen müssen und zudem nicht wertgeschätzt werden, sei jedoch unzumutbar:

„Vor allem viele Pflegende versorgen und pflegen jedoch Sterbenskranke und Sterbende, obgleich sie dieses weder speziell angestrebt haben noch dafür ausgebildet worden sind, zum Beispiel in einem Pflegeheim. Eine professionelle Spezialisierung auf Sterben und Tod – acht Stunden am Tag, Woche für Woche, ein Arbeitsleben lang – hat es in früheren Gesellschaften nicht gegeben, sie ist ein Produkt der modernen Gesellschaft. Ich bin mir ziemlich sicher, dass mit ihr die Grenzen der Zumutbarkeit und damit die Grenzen der Arbeitsteilung überschritten werden.“ (Engelke, 2015, S.56)

In Deutschland leben über 90 Prozent der 65-Jährigen und Älteren im privaten Haushalt. Während die Hälfte aller Pflegebedürftigen Deutschlands durch Angehörige gepflegt werden, ist ein Drittel der zu pflegenden Menschen in Pflege- oder Altenheime untergebracht (vgl. Feddersen et al., 2009, S.23).

Auch in Österreich werden pflegebedürftige Menschen zu 80 Prozent zu Hause durch Angehörige gepflegt, wobei die Pflege hierbei meist von Frauen übernommen wird (vgl. oesterreich.gv, 2020). Eine Studie aus der Schweiz ergab, dass die Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld durchschnittlich bis zu 60 Stunden in der Woche umfasst (vgl. Stäheli Haas, 2011). Es handelt sich dabei um Höchstleistungen der pflegenden Angehörigen, die nicht als selbstverständlich angesehen werden dürfen.

Bei der Verantwortungsübernahme der Pflege des Angehörigen werden entsprechende Pfleger*innen, sofern nicht mehrere beteiligt sind, zur Hauptpflegeperson. Besonders im medizinischen Bereich ist jene Hauptpflegeperson die

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

erste Ansprechstelle. Weiters steht sie vor allem dann in der Verantwortung, wenn die oder der pflegebedürftige Kranke nicht mehr fähig ist, ihre oder seine Angelegenheiten mehr zu regeln (vgl. Engelke, 2015, S.46). Bei solchen Entscheidungen vonseiten der pflegenden Angehörigen sollte der Wille von Patient*innen im Vordergrund stehen. Um das präventiv gewährleisten zu können, wurde hierfür die Patient*innenverfügung etabliert.

„Die Patientenverfügung soll ,den Betroffenen helfen, ihr Selbstbestimmungsrecht und ihre Würde bis zum bevorstehenden Lebensende geltend zu machen.“ (Renz, 2000, S.104)

Bei der Patient*innenverfügung handelt es sich um ein Dokument, indem Patient*innen den Willen bezüglich künftiger medizinischer Behandlungen schriftlich festhalten. Falls die Patient*innen zukünftig nicht mehr fähig sein sollten, den Willen kommunizieren zu können, enthält die vorsorgliche Verfügung die ausdrückliche Erlaubtheit oder Verweigerung festgelegter lebensverlängernder, medizinischer Maßnahmen. Eine vorliegende Patient*innenverfügung kann unter anderem dann aufgehoben werden, wenn diese gegen die gesetzlichen Vorlagen verstößt oder Zweifel über die Willensfreiheit der Patient*innen während der Erstellung der Verfügung herrschen (vgl. SAMW, 2018, S.7).

Die Patient*innenverfügungsgesetze unterscheiden sich innerhalb des deutschsprachigen Raums. In Österreich ist die Patient*innenverfügung im Patient*innenverfügungsgesetz (PatVG) rechtlich geregelt. Die rechtlichen Bestimmungen zur Patient*innenverfügung in Deutschland sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) unter §1901 a/b festgehalten und in der Schweiz sind Patient*innenverfügungen durch das 2013 neu inkraft getretene Erwachsenenschutzrecht (Art. 370-373 ZGB) in hohem rechtlichen und ethischen Maß verbindlich.

Die Gründe, weshalb die Angehörigen die Verantwortung und Pflege übernehmen, sind vielseitig. Meist empfinden sie es als Pflicht, beispielsweise die Mutter oder den Vater, die Partnerin oder den Partner zu pflegen. Weiters kann auch die Finanzierung ausschlaggebend dafür sein, die häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Dabei übersehen die pflegenden Angehörigen oft, welches Ausmaß die Pflege einnimmt, zumal diese mehrere Jahre dauern kann. Gelingen kann die Pflege nur durch eine gute

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Beziehung, was angesichts des dynamischen Verhältnisses zwischen dem zu pflegenden Elternteil und dem verantwortungsbewussten Kind nicht konfliktlos sein muss. Ähnliches gilt, wenn Partner*innen gepflegt werden müssen. Auch in solchen Fällen braucht es ein stabiles, wohlwollendes Verhältnis zueinander, ansonsten könnten Aggressivität, Gewalt oder depressiver Rückzug sowohl vonseiten der Pflegenden als auch vonseiten der Gepflegten die Folge sein (vgl. Stäheli Haas, 2011).

Eine Überforderung der pflegenden Angehörigen ist keine Seltenheit und kann bis zum Burn-out führen. Die pflegenden Familienmitglieder sind oft körperlich, geistig und emotional erschöpft, können nachts nicht schlafen, sind mutlos, deprimiert und nervös etc. Aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung der Pflegenden hat sich in der Fachliteratur der Begriff „*hidden patients*“, übersetzt „*versteckte Patienten*“, etabliert (vgl. ebd.).

So sehr die Pflege belastend und herausfordernd sein kann – es wäre fatal zu behaupten, dass die häusliche Pflege oder allgemein der Pflegeberuf nur Nachteile hätte. Das, was die Hospizversorgung und die Einrichtung eines Pflegeheimes gemeinsam haben, ist die solidarische und liebevolle Zuwendung betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen (vgl. Feddersen, 2009, S.37).

„Nach einer Empfehlung des Pflegeleiters hatten mein Bruder und ich keine Sekunde gezögert, Frau Vietzen auf eigene Kosten zu engagieren. Diese Frau war eine Seele von Mensch, erfahren in der Sterbebegleitung. Sie massierte seine Füße, befeuchtete seine Lippen, wickelte und lagerte ihn regelmäßig um. [...] Ich wäre mit der Pflege meines Vaters vollkommen überfordert gewesen und war mir sicher, dass mein Vater das auch nicht gewollt hätte!“
(Luckwaldt, 2018, S.128)

Viele Pflegende erkennen die Zeit der Pflege als wertvoll an. Die Pflege könne gegenüber pflegebedürftigen Menschen ein Ausdruck von Liebe, Achtung und Wertschätzung sein (vgl. Byock, 1997, S.227-228).

„Sich vom Partner oder einem erwachsenen Kind pflegen zu lassen ist das letzte Geschenk, das ein Sterbender zu geben hat. Und tagtäglich geübte Fürsorge kann den Angehörigen helfen, ihre eigene Trauer besser zu bewältigen.“ (ebd., S.228)

Neben der stationären Form des Heimes gibt es zudem ambulante Pflegedienste, die im häuslichen Umfeld die Pflege übernehmen (vgl. Manger-Kogler & Unterköfler, 2010, S.30). Die Option der häuslichen Pflege wird von den Pflegebedürftigen und

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Angehörigen, sofern die Räumlichkeiten und weitere Betreuung dies zulassen, meist gerne angenommen, zumal der Wunsch, Zuhause zu sterben, dadurch weiterhin ermöglicht werden kann (vgl. Feddersen et al., 2009, S.12). Realistisch gesehen muss jedoch erwähnt werden, dass mittlerweile kaum jemand mehr Zuhause stirbt. Das hängt unter anderem auch damit zusammen, dass in der Endphase des Sterbens die Angehörigen der sterbenden Menschen an Spezialist*innen in entsprechenden Einrichtungen abgeben wollen (vgl. Engelke, 2015, S.46).

Das Verlangen, ihre oder seine Unterkunft nicht verlassen zu wollen, darf von Betreuer*innen als auch von Angehörigen nicht unterschätzt werden. Muss durch die pflegerische Bedürftigkeit das eigene Heim aufgegeben werden, so kommt es zur radikalen Bewusstwerdung dessen, was einem durch die Erkrankung oder durch das fortschreitende Alter genommen wurde (vgl. Feddersen et al., 2009, S.12).

Die ersten Pflegeheime entstanden in den Jahren 1940-1960, wobei diese eher den Zweck der Unterbringung und weniger der Pflege hatten. Danach wurden diese Heime im Sinne der Pflege und Wohnqualität weiterentwickelt und verbessert. Heute wird der Begriff des Pflegeheimes durch die Wahl unterschiedlichster Formen differenziert. Es gibt unter anderem die Möglichkeit des Pflegewohnens, Mehrgenerationenwohnens, begleiteten Wohnens, Seniorenresidenzen, unterstütztes Wohnen usw. (vgl. Ernst, 2008, S.3-4).

Das Sterben ist mittlerweile in Pflegeheimen zur Gewohnheit geworden. Regelmäßig werden Sterbende direkt vom Krankenhaus in ein Pflegeheim überwiesen. Im Jahr 2013 waren es in Deutschland 350 000 sterbende Patient*innen, die nicht die Möglichkeit hatten, in ein für das Sterben ausgestattetes Hospiz zu gelangen (vgl. Engelke, 2015, S.234).

Im Vergleich zu Palliativstationen und Hospizen wird die Option eines Pflege- oder Altenheims von sterbenskranken oder pflegebedürftigen Menschen als schrecklich empfunden. Wenn jemanden keine andere Wahl bleibt und man sich mit der Situation im Pflegeheim ausgeliefert fühlt, kann es dazu kommen, dass pflegebedürftige Menschen den ernsthaften Wunsch nach Sterbehilfe äußern (vgl. Borasio, 2019a, S.35). Eine ähnliche Situation beschrieb auch Claus Rethmann:

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

„Natürlich bemerkte ich nach meinem Einzug hier sofort, dass selbst für Patienten der Pflegestufe 2, wie ich es bin, die Pflege und Hilfe aufgrund des herrschenden Personalmangels allenfalls als ‚kurzzeitige Hilfe nach Klingeln‘ bezeichnet werden kann. [...] So lieb und rücksichtsvoll die Schwestern auch sind, sie stehen alle unter ständigem Zeitdruck. Zur Morgenzeit, wenn alle Patienten Wünsche haben, ist dieser Personalnotstand besonders fühlbar. [...] Bei meinen Spaziergängen erlebe ich täglich die Menschen, teilweise in Rollstühlen oder Betten, die z.T. nicht mehr in der Lage sind, sich zu artikulieren, geschweige denn, sich zu bewegen. Selbst der Geist scheint erloschen, es lebt nur noch der Körper. [...] Was hat das noch mit der Würde des Menschen zu tun?“ (Luckwaldt, 2018, S.51-52)

Studien und Berichten zufolge, entsprechen die Schilderungen von Claus Rethmann der Realität, denn allgemein gilt: Es gibt einen spürbaren Pflegenotstand. Es muss jedoch auch betont werden, dass es auch zahllose Ausnahmen gibt und die Pflegenden in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen, angesichts ihres Engagements und ihrer Vergütung, Übermenschliches leisten (vgl. Gottschling, 2017, S.197).

4.2.4. Die seelsorgerische Begleitung

Wie bereits erwähnt, kann eine angemessene psychische Begleitung Sterbenden in ihrem Sterbeprozess, insbesondere in der Bewältigung der Todesängste und möglichen Depressionen, helfen. Eine weitere Form der Begleitung sterbender und kranker Personen stellt die (Krankenhaus-)Seelsorge dar, die bei Einwilligung der Sterbenden helfend wirken kann.

„Ein positives Ereignis war der Besuch der Seelsorgerin aus unserer Gemeinde, die ich darum bat, ein paar christliche Worte auch wegen meiner Kinder anlässlich meiner absehbaren Bestattung zu sprechen, obwohl ich schon vor vielen Jahren ausgetreten bin. Die Reaktion der katholischen Kirche fand ich bemerkenswert und bin dankbar dafür. Nächstenliebe, Mitgefühl und etwas für jemanden zu tun, ohne stets nur an seinen eigenen Vorteil zu denken, beherrschen nur die wenigsten Menschen, die ich einmal kannte.“ (Zacher et al., 2018, S.226)

Das Aufgabenfeld der Seelsorge hat sich im Laufe der vergangenen Jahre um einiges erweitert: neben der Begleitung von Patient*innen, deren Angehörigen, dem Personal der Einrichtungen, ehrenamtlicher Besucher*innen sind sie zudem an der Mitarbeit bei Ethikkommissionen und an der Ausbildung weiterer Seelsorger*innen beteiligt (vgl. Winter-Pfändler & Morgenthaler, 2010, S.585).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Begründet ist das Angebot der Seelsorge im jesuanischen Auftrag der Kirche (vgl. Klessmann & Roser, 2019, S.13). Religionen und die Religiosität haben eine wichtige soziale und gemeinschaftsstiftende Funktion. Weiters thematisieren sie die Frage nach dem Sinn, welche bei tödlich erkrankten Menschen eine wesentliche Rolle spielen kann. Der große Vorteil der religiösen Kommunikation besteht darin, mit *Bestimmtheit auf Unbestimmtheit zu verweisen* (vgl. ebd., S.79-81).

„Moderne religiöse Kommunikation kann damit so viel Unbestimmtheit aushalten, dass sie sogar auf religiöse Inhalte im engeren Sinne verzichten kann. Sie stellt um von der Sichtbarkeit des religiösen Handelns (Kirchgang, Teilnahme an Riten, Thematisierung speziell religiöser Themen, Präsenthalten religiöser Themenanspielungen, Identifizierung konfessioneller Muster usw.) auf religiöses Erleben.“ (ebd., S.82)

Begleitet werden daher nicht nur jene, die sich zum Christentum bekennen, sondern alle, die die Seelsorge in Anspruch nehmen möchten. Es geht vorrangig darum, die Patient*innen als Menschen mit deren Geschichte wahrzunehmen und das Sterben zu begleiten. Dabei werden, je nach Sterbenden, psychosoziale und religiöse Bewältigungsmuster und/oder Wünsche aufgegriffen (vgl. ebd., S.13-14).

„Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen richtet sich an Menschen, die wegen der Schwere ihrer Krankheit oder ihrer Pflegebedürftigkeit in einer öffentlichen Institution betreut werden müssen. Herausgerissen aus ihren gewohnten Lebenssituationen werden bisherige Lebensgrundlagen und Lebensinhalte in Frage gestellt. Seelsorge richtet sich auch an die Mit-betroffenen, an jene, die in der Einrichtung arbeiten sowie an die Institution und ihre innere Struktur.“ (ebd., S.13)

Was übersehen wird, ist, dass nicht nur die Seelsorge für die spirituelle Begleitung verantwortlich ist, sondern auch Ärzt*innen, Pflegende und weitere Mitarbeiter*innen der medizinischen oder pflegerischen Einrichtung im Sinne der *Spiritual Care* zur Verfügung stehen sollten (vgl. ebd., S.78). Besonders Pfleger*innen haben aufgrund der stressigen Arbeitsbedingungen kaum Zeit sich um das seelische Wohl der Patient*innen zu kümmern. Eine Umfrage zeigte diesbezüglich, dass Pflegende die Arbeit der Sterbe- und Trauerbegleitung von Seelsorger*innen als „*sehr wichtig*“ empfanden (vgl. Winter-Pfändler & Morgenthaler, 2010, S.590).

ÜBER DIE MÖGLICHEN HILFESTELLUNGEN IM STERBEPROZESS

Meist beinhaltet eine spirituelle Begleitung das Aufgreifen von offenen Fragen, wobei nicht automatisch Antworten vorgegeben werden sollten, sondern, wenn überhaupt, erst im Prozess angedacht werden dürfen. Wichtig bei der seelsorgerischen Betreuung ist es, einen wertfreien Raum zu schaffen, wo sowohl richtige als auch falsche Einsichten und Deutungen kommuniziert werden dürfen (vgl. Marschwitz & Marschwitz, 2013, S.76).

5. Über den Umgang mit Sterben in der Gesellschaft

In diesem Kapitel soll skizziert werden, welchen Umgang die Gesellschaft mit Sterbenden beziehungsweise mit den Themen Sterben und Tod pflegt.

5.1. Zwischen Thematisierung und Verdrängung

Die Wissenschaft, die sich mit dem Tod und all seinen Facetten beschäftigt, nennt sich Thanatologie. Thanatos wurde die griechische Gottheit des Todes genannt. Er führte die Verstorbenen in die Unterwelt, ins Reich des Hades. In der interdisziplinären Wissenschaft der Thanatologie gibt es jedoch kaum Lehr- und Forschungstellen. Mitunter ein Grund dafür sei, dass es in unserer Gesellschaft „keine Lobby“ für Sterbende und Tote gibt (vgl. Feldmann, 2010, S.7). Man dürfe jedoch nie pauschal behaupten, die Gesellschaft verdrängt Tod und Sterben (vgl. ebd., S.60).

Ein Rückblick in die Geschichte beziehungsweise der Blick über die Staatsgrenzen hinweg zeigt, dass der Umgang mit Tod und Sterben von der jeweiligen Kultur abhängig ist. Ob an Auferstehung oder Inkarnation geglaubt wird, oder inwiefern der Tod von Märtyrer*innen, Kriegsheld*innen oder Suizidant*innen gehandhabt wird – Tod und Sterben werden sowohl thematisiert als auch tabuisiert. Während beispielsweise in Südostasien das Ableben von Verstorbenen öffentlich durch Zeitungsanzeigen verkündet wird und bei Abschiedsritualen hemmungslos vor dem aufgebahrten Leichnam geweint und geklagt werden darf, wird in den westlichen Industrieländern vergleichsweise der Tod und das Sterben weitgehend verdrängt (vgl. Roth, 2004, S.24-25). Dass das nicht immer so war, beweisen unter anderem Dokumente aus der Zeit des Mittelalters, die darauf verweisen, dass der Tod und das Sterben damals zum Leben gehörten:

„Wenn jemand sein Ende nahe fühlte, dann traf er seine letzten Verfügungen; er legte sich zum Sterben nieder, das Gesicht nach Osten gewandt, den Tod ruhig im Kreis seiner Familie, der Kinder und Enkel erwartend. Der Tod war eine öffentliche, vom Sterbenden eingeleitete Zeremonie. Das Sterbezimmer wurde zum öffentlichen Ort, denn auch Freunde und Bekannte, schließlich auch Fremde traten hinzu. Das hervorstechendste Merkmal dieses Sterbens ist

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

seine Einfachheit und Selbstverständlichkeit, in zeremonielle Weise eingebunden, aber ohne Furcht, vor allem aber ohne jede Dramatik.“ (Winau, 2004, S.4)

In der Diskussion darüber, ob Tod und Sterben in unserer Gesellschaft nun verdrängt werde, spielt die „Scheinthematisierung“ durch Fernsehsendungen, Nachrichtenmedien etc. eine wesentliche Rolle (vgl. Feldmann, 2010, S.60). Durch die Medien sei der Tod zwar anhand von Todesnachrichten und Bilder von Toten allgegenwärtig, den wahrhaftigen Tod und die daraus resultierenden Erfahrungen werden von unserer Gesellschaft dadurch jedoch nicht wahrgenommen. Der Grund dafür liege in der Vermeidung öffentlicher und gesellschaftlicher Zeremonien, die bis Anfang des 19. Jahrhunderts noch Brauch waren. Zudem werden Tod und Sterben in der Gesellschaft verdrängt, da das Sterben in Sterbeeinrichtungen (Pflegeheime, Hospize und Krankenhäuser) verschoben wurde (vgl. Battaglia, 2016).

Es scheint paradox, dass Tod und Sterben aus unserer Gesellschaft, trotz der ständigen Präsenz in den öffentlichen Medien, verdrängt wurden. Dass es sich hierbei nicht um eine Thematisierung handelt, kann durch den medialen virtuellen Voyeurismus begründet werden, denn dieser führe nicht zu einer Auseinandersetzung mit diesen Themen. Erst durch die Erfahrung, zu der man beispielsweise durch die Begleitung des Sterbens und den Tod von Angehörigen gelangt, könne man begreifen, was Tod und Sterben wirklich bedeuten (vgl. Hübler, 2016, S.19-20).

Eine Möglichkeit mit dem „wahren Tod“ konfrontiert zu werden, ist die Betrachtung des Leichnams der oder des Verstorbenen. Die Bereitschaft, den toten Körper anzusehen, hat in den Industriegesellschaften deutlich abgenommen (vgl. Feldmann, 2010, S.71).

„Durch bürokratische und sonstige Maßnahmen wurden die Chancen, mit der Leiche einer Bezugsperson Umgang zu pflegen, verringert. In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden die häufigen auftretenden Todesfälle ‚diskret‘ behandelt, d.h. die übrigen Insassen werden von den Leichen und deren Behandlung in der Regel ferngehalten.“ (ebd., S.71)

Eine Konfrontation mit dem Leichnam könne aber sehr heilsam sein, vor allem bezüglich der Trauerbewältigung, da Verstorbene am Schluss auch wirklich als Tote wahrgenommen werden (vgl. ebd., S.72).

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

Wie schwierig es sein kann, den Tod und das Sterben zu thematisieren, wurde Nina Zacher bewusst, als sie ihre Kinder über ihre Diagnose informierte. Dass sie die Kinder überhaupt mit dem Tod ihrer Mutter konfrontieren wollte, stand für sie nicht zur Debatte:

„Vermeidungskultur? [...] Die Menschen bekommen dadurch vielleicht mehr Angst, etwas zu verlieren, als sich der Möglichkeit hinzugeben, etwas zu gewinnen.

Viele leben eine extreme Vermeidungskultur, bei gleichzeitig ständiger Analysierung, was ihnen fehlt. Nicht-vermeiden könnte eben zur ‚Verletzung‘ führen. Und sehr viele Menschen wollen mit neunzig Jahren ‚unverletzt‘ die Erde ‚verlassen‘. Hat man dann gelebt?“ (Zacher et al., 2018, S.82-83)

Ernst Engelke spricht nicht von einer Thematisierung oder Tabuisierung, sondern er ist davon überzeugt, dass Tod und Sterben in der Gesellschaft zwiespältig aufgefasst werden. Einerseits sind wir über das Phänomen des Ablebens fasziniert. Andererseits rufen Gedanken an unseren eigenen Tod Ängste hervor, die uns zutiefst erschrecken und stumm werden lassen (vgl. Engelke, 2015, S.17).

Eine solche Ambivalenz gegenüber dem Tod erwerben auch Ärzt*innen in ihrer Ausbildung. Während Medizinstudent*innen am Beginn ihrer Ausbildung ihren Beruf idealisieren und den Tod als etwas Besiegbares begreifen, werden sie in der zweiten Phase ihres Studiums durch Anatomie- und Autopsie-Erfahrungen mit der Radikalität und Endgültigkeit des Todes konfrontiert. Im weiteren Verlauf der Ausbildung verbieten sich die Mediziner*innen Emotionen, wodurch nicht mehr der Mensch als Ganzes sondern einzelne medizinische Objekte und Teile eines Organismus wahrgenommen werden. Würde eine solche emotionale Abstumpfung nicht erfolgen, könne man den eingetretenen Tod der Patient*innen nicht verkraften, da man als Ärzt*in versagt hätte. Es ist daher verständlich, dass es Ärzt*innen gibt, die, um ihre Professionalität im Beruf ausüben zu können, den Tod soweit wie möglich verdrängen und Empathie-unfähig werden (vgl. Feldmann, 2010, S.90-91).

Auch Angehörige der sterbenden Patient*innen können unter der Tabuisierung von Tod und Sterben leiden. Forschungen zeigten, dass am Arbeitsplatz nicht über Krankheiten gesprochen wird, und pflegende Angehörige erzählen Kolleg*innen kaum etwas über die häuslichen familiären Herausforderungen. Die Angst in der Arbeit

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

benachteiligt zu werden ist groß und da wir in einer leistungsstarken Gesellschaft leben, würde ein Ansuchen nach Hilfe, um beispielsweise die Pflege zu Hause bewältigen zu können, uns als schwach darstellen (vgl. Stäheli Haas, 2011).

Vor allem aber bewirkt eine Tabuisierung von Tod und Sterben, dass Sterbende in ihrem Schicksal nicht wahrgenommen und verstanden werden. Geht man von den Anforderungen der Gesellschaft aus, so solle der Sterbende sein Sterben im Stillen akzeptieren. Im Phasenmodell von Kübler-Ross solle man den baldigen Tod nicht nur anerkennen, sondern ihn auch noch annehmen (vgl. Engelke, 2015, S.66).

„Die Leugnung des Todes – wie bei Ärzten und in der Gesellschaft üblich – biete weder Hoffnung noch überhaupt einen Sinn, sondern steigere nur unsere Angst und Aggressivität. Dagegen forderte die Sterbeforscherin, den Tod zu akzeptieren und sich Sterbenden liebevoll zuzuwenden. [...] Kübler-Ross behauptete sogar, der Tod existiere nicht.“ (ebd., S.66)

Dass diese spürbare Vermeidung von Leid, Sterben und Krankheit bei Sterbenden eine Kränkung bewirken kann, beschreibt Christoph Schlingensief. Das folgende Zitat darf als eindringlicher Appell für einen menschenwürdigeren Umgang mit Sterbenden gelesen werden:

„Ich kann meine Krankheit, meine Todesangst natürlich auch verschweigen, das will ich aber nicht. Ich will über Krankheit, Sterben und Tod sprechen. Gegen diese Ächtungskultur ansprechen, die den Kranken Redeverbot erteilt. Ich gieße eine soziale Plastik aus meiner Krankheit. Und ich arbeite am erweiterten Krankheitsbegriff. Es geht nicht darum, den Leidensbeauftragten zu geben, es geht ganz einfach ums Zeigen. Und natürlich darf man in der Öffentlichkeit auch seine Tränen zeigen. Warum denn nicht?“ (Schlingensief, 2010, S.243)

Besonders der in der Literatur charakterisierte „soziale Tod“ beziehungsweise das „soziale Sterben“ sollte unserer Gesellschaft zu denken geben. Unter dem sozialen Tod leiden all jene sterbende Menschen, die eigentlich noch am Leben sind, aber jegliche Verbindung zur Gesellschaft verloren haben. Radikal ausgedrückt handelt es sich hierbei um *lebende Tote*. Das soziale Sterben beginne beispielsweise dann, wenn kranke oder sterbende Menschen in Institutionen wie Krankenhäuser, Heilanstalten oder Pflegeeinrichtungen eingegliedert und durch das standardisierte Handeln der Ärzt*innen und der Pfleger*innen so behandelt werden, als wären sie bereits gestorben

(vgl. Schützeichel, 2019, S.263). Es kommt zum Ausschluss sterbender Personen, obwohl diese noch am Leben teilhaben.

„Man wird so ängstlich und schüchtern, man schämt sich fast, wenn man krank ist. Vielleicht weil man an dieser rasenden Gesellschaft nicht mehr teilnehmen kann.“ (Schlingensief, 2010, S.195)

5.2. Die Suche nach der ökonomischen Lösung

Überspitzt formulierte Gian Domenico Borasio, einer der bekanntesten Palliativmediziner Europas, die drei Hauptfaktoren, die das Gesundheitssystem erst handlungsfähig macht:

„erstens, Geld; zweitens, Geld; drittens, Geld“ (Borasio, 2019b, S.180)

Übersehen wird oft, dass auch das Gesundheitswesen in unserer industrialisierten Gesellschaft durch die Ökonomisierung bestimmt wird (vgl. Engelke, 2015, S.217).

„Die explizite und implizite rationale Kalkulation im Bereich von Leben und Tod entspricht der ökonomischen Dominanz, der staatlichen Planung und der Technisierung in modernen Industriegesellschaften. Lebensangebote und Nachfrage nach bestimmten Lebensqualitäten werden zunehmend im Rahmen von offiziellem oder inoffizielltem Marktgeschehen abgewickelt. Bei Entscheidungen über Technologien, durch die Leben gerettet werden kann, werden Kosten-Nutzen-Überlegungen einbezogen, d.h. wie viele Ressourcen pro gerettetem Leben (der jeweiligen Staatsbürger!) aufgewendet werden müssen.“ (Feldmann, 2010, S.87)

Die Verantwortung über Entscheidungen des Lebens trägt das medizinische Personal, dank ökonomischer, bürokratischer, rechtlicher und interaktiver Auflagen, kaum noch. Die Frage, wohin das Geld fließt und was damit schlussendlich gemacht wird, hängt schlussendlich von der dominierenden ökonomischen Marktwirtschaft ab (vgl. ebd., S.84-87).

Jährlich werden in der Schweiz 68 Milliarden Franken und in Deutschland 300 Milliarden Euro in das Gesundheitssystem investiert. Diese Investitionen und Summen lassen vermuten, dass sich dadurch unsere Lebenserwartung erhöhen könnte. Studien zeigen jedoch, dass dies nicht der Fall ist. Der Grund dafür ist einfach: es wird nicht dort investiert, wo es nötig wäre (vgl. Borasio, 2019b, S.182-183).

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

Vergleicht man die Missstände des deutschen Gesundheitssystem mit den verfügbaren Mitteln der Dritten Welt, wird einem erst bewusst, mit welchen Summen hier hantiert wird:

„Dabei ist natürlich klar, was für ein Luxus diese Behandlung ist: Die Tabletten, die ich nehme, kosten im Jahr 30 000 Euro, das kann sich nun wirklich niemand in der Dritten Welt leisten, die Leute dort wissen noch nicht einmal, dass es sie gibt. Dass man jetzt hier alles Geld zusammengrapscht, damit man irgendwie noch ein bisschen weiterlebt, ist eigentlich pervers.“ (Schlingensief, 2010, S.244)

Christoph Schlingensief spricht hier die ethisch fragwürdige Ausbeutung durch die Pharmaindustrien an. Im Jahr bekommen Patient*innen aus Deutschland Medikamente im Wert von 50 Milliarden Euro verschrieben, wobei jene für circa drei Milliarden Euro keine pharmakologische Wirkung auf die Krankheit haben (vgl. Kingreen & Laux, 2008, S.98).

Insbesondere der soziale und pflegerische Bereich bräuchte dringend eine ökonomische Entlastung, da vor allem dort das Kosten-Nutzen-Denken und nicht die Betreuung und Begleitung schwer erkrankter Menschen im Fokus stehen (vgl. Engelke, 2015, S.217). Der Palliativmediziner Sven Gottschling griff diese ökonomische Bedrängnis auf und schrieb diesbezüglich, dass es für Pflegeheime wirtschaftlicher und effizienter wäre, beispielsweise die Bewohner*innen künstlich über Magensonden, statt mithilfe von Pfleger*innen, zu ernähren (vgl. Gottschling, 2017, S.196). Die Pflegeheime müssen wie Hospize funktionieren, obwohl sie weder die finanziellen Mittel, noch das dafür geschulte Personal besitzen. Zudem ist der Lohn der Pfleger*innen aufgrund der überzähligen unbezahlten Überstunden eine Zumutung (vgl. Engelke, 2015, S.234-235).

Obwohl die Mitarbeiter*innen auf Palliativstationen und Hospizen bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessenere Vergütung erlangen, spielt auch hier das Erwirtschaften von Gewinn eine zentrale Rolle, wie beispielsweise eine Ärztin, die seit zehn Jahren auf einer Palliativstation arbeitet, berichtet:

„Es ist ein immanentes Problem der Palliativmedizin, dass sie unter gegenwärtigen Abrechnungsbedingungen nie Gewinn erwirtschaften kann, da die Bewertungskriterien anders ausgerichtet sind. Wenn dann die Geschäftsführung uns nur noch als merkantiles Fiasko wahrnimmt und regulierende Schritte (Stellenstreichung) erwägt, kommt zum

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

alltäglichen Sterbewahnsinn eine fatale Komponente hinzu. Leider lässt sich die Komplexität dieser bizarren Entwicklung nicht adäquat in Worte fassen.“ (ebd., S.228)

Die vorherrschenden Fallpauschalen der Krankenkassen verallgemeinern den Gesundheitszustand der Patient*innen. Es werden medizinische Leistungen solange gewährleistet, bis das Maximum erreicht wurde und das ungeachtet der eigentlichen Krankheit und der benötigten medizinischen Maßnahmen. Weiters wird auch bei der Liegedauer der Patient*innen gespart, weshalb auch schon „*blutige Entlassungen*“ nachgewiesen werden konnten (vgl. Borasio, 2019b, S.184-185).

Unzureichend kommuniziert wird zu all dem die Zukunft des Gesundheitssystems, die aufgrund des demographischen Wandels besorgniserregend ist. Studien bezüglich der Bevölkerungsberechnung ergeben einen rasanten Anstieg des Geburtendefizits bei gleichzeitiger ansteigender Zahl an Sterbefällen. Dadurch, dass durch die medizinischen Entwicklungen die Lebenserwartung höher wird, verschiebt sich der Sterbeprozess ins höhere Alter (vgl. Hensen & Kölzer, 2011, S.38; vgl. Borasio, 2019b, S.16-17).

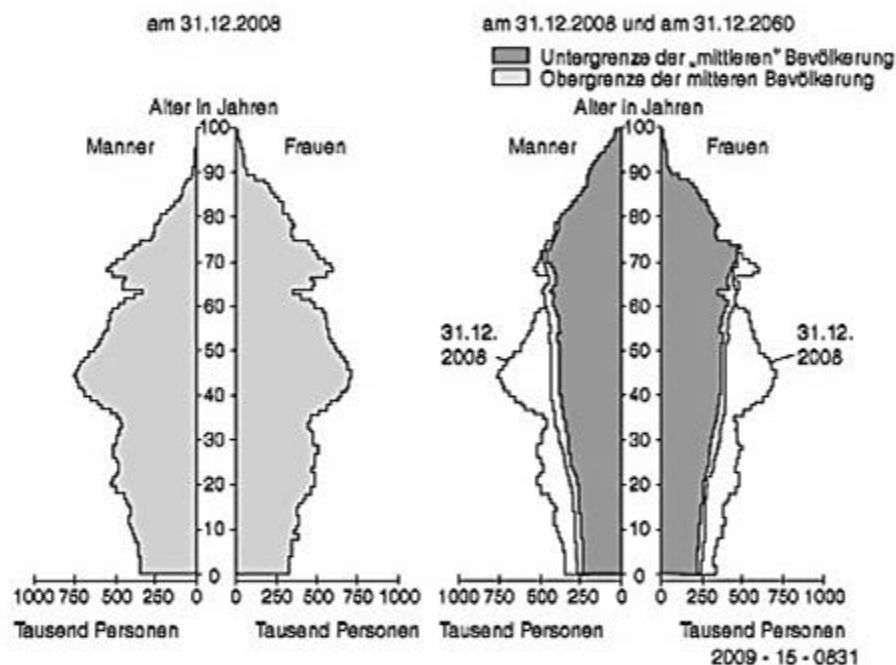


Abbildung 3: Die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung Deutschlands im Vergleich zwischen 2008 und 2060 (Hentschel & Bettermann, 2015, S.6)

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

Die Grafik veranschaulicht, dass bis ins Jahr 2060 jede dritte Person über 65 Jahre alt sein wird, während zeitgleich die Anzahl an Arbeiter*innen sinkt. Die Konsequenz aus dieser Entwicklung ist ein drohender Mangel der medizinischen und pflegerischen Fachkräfte (vgl. Hentschel & Bettermann, 2015, S.9).

Angesichts der derzeitigen bestehenden Missstände im Pflegeberuf ist die Suche nach einer solidarischen und menschwürdigen Lösung äußerst dringlich. Doch nicht nur die Frage nach den Pflegenden steht im Raum, auch der Mangel an Ärzt*innen wird zukünftig unser Gesundheitssystem vor gravierende Herausforderungen stellen. Aufgrund der herrschenden ungenügsamen Arbeitsbedingungen wollen, laut Umfragen und Studien, die Fachärzt*innen vorwiegend im Ausland ihren Beruf ausüben. Außerdem stünde Deutschlands Gesundheitssystem eine Ruhestandwelle von Ärzt*innen bevor (vgl. Kingreen & Laux, 2008, S.91).

Eine weitere Folge der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems ist sowohl die spürbare Last der Gesellschaft bezüglich der Versorgung erkrankter und alter Menschen, als auch die Belastung, die sterbende Personen gegenüber ihrem Umfeld empfinden (vgl. Engelke, 2015, S.245).

Der altruistische Wunsch, keine Belastung für andere sein zu wollen, ist vor allem bei schwer erkrankten Menschen häufig vorhanden. Dies wurde unter anderem durch eine Studie des Palliativzentrums der Universität München bestätigt (vgl. Borasio, 2019a, S.173). Die naheliegendste und einfachste Lösung für dieses Problem:

„Eine ‚Postmoderne Euthanasie‘ als gesundheitsökonomisches Werkzeug unserer Gesellschaft?“ (Engelke, 2015, S.245)

Auch Claus Rethmann wollte unter anderem keine Belastung mehr sein und bat, unterstützt durch seine Kinder, bei einem Sterbehilfe-Verein um Hilfe. Doch auch hinter dem Konzept des Sterbehilfe-Vereins steckt ein Geschäftsmodell:

„Es hatte drei Tage gedauert, bis der Sterbehilfe-Verein auf Michaels Antwort reagiert hatte und heute war per E-Mail eine Antwort gekommen: Ein 88-Jähriger wäre kein Notfall, in einem Altersheim könne man nicht tätig werden und es müssten an einem neutralen Ort zwei voneinander unabhängige Videogespräche aufgezeichnet werden. Nach der Zahlung einer vierstelligen Summe könne man dann tätig werden. Michaels Kurzbericht am Telefon klang

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN IN DER GESELLSCHAFT

gleichermaßen erschüttert und verzweifelt. Es klang nach Geschäft. Nicht nach einem Akt der Nächstenliebe.“ (Luckwaldt, 2018, S.59)

Die Anzahl der Suizidfälle ist erwiesenermaßen bei jenen verzweifelten Hochbetagten am höchsten (vgl. Kunz, 2004, S.76). Weiters muss selbst eine optimale Palliativbetreuung nicht automatisch schlussfolgern, dass Patient*innen nicht den Todeszeitpunkt selbst bestimmen möchte (vgl. Borasio, 2019a, S.175).

„Es ist richtig, dass wir uns um die vier schwerstkranken Patienten mit Suizidwunsch kümmern sollten, denn jedes Schicksal ist wichtig. Aber wenn wir hier nach einer allgemeinen Lösung suchen, dann sollten wir uns auch überlegen, welche Folgen diese Lösung für die zwölf psychisch kranken Suizidenten hat, für die übrigen 984 Sterbenden und für die gesamte Gesellschaft.“ (ebd., S.177)

Die derzeitigen Mängel im Gesundheitssystem, der ökonomische Druck in Gesundheitseinrichtungen als auch die demographischen Entwicklungen unterstützen die Durchsetzung der aktiven Sterbehilfe beziehungsweise des assistierten Suizides. Es muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob diese Lösung nicht zu einfach wäre.

6. Über die Verantwortung der Gesellschaft gegenüber den Sterbenden

Am Ende dieser Arbeit stellt sich die Frage, welche Resonanz die Berichte der verstorbenen Menschen, insbesondere die Biografien von Nina Zacher, Claus Rethmann und Christoph Schlingensief, auf die Sterbehilfedebatte haben sollten. Im Wesentlichen handelt es sich um Zeugnisse, die näher beleuchten, was es heißt, mit dem Sterben und dem eigenen Tod konfrontiert zu werden.

Die bedrückenden Berichte über Ängste und der Wunsch nach Selbstbestimmung und Würde verweisen darauf, wie wichtig eine angemessene Begleitung und Betreuung in dieser letzten Lebensphase ist. Menschen in Todesnähe wollen über ihr Schicksal sprechen können. Sie wollen das Leid, die Krankheit und das, was auf sie noch zukommen wird, begreifen lernen. Was wir als Gesellschaft davon lernen können, ist, dass Sterben ausgehalten, vielleicht sogar akzeptiert werden kann, dass aber auch die vorzeitige Beendigung des Sterbeprozesses bei Sterbenden ihre Berechtigung haben sollte. Die systematische Aufarbeitung der Gemeinsamkeiten, die es im Sterbeprozess geben kann, sind zwar wichtig, um das Sterben begreifen zu können. Es muss jedoch betont werden, dass alle sterbende Menschen in ihrem individuellen Sterben wahrgenommen werden müssen, denn erst dann kann eine angemessene Begleitung und Betreuung gelingen.

Die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen sollten eine solche Begleitung und Betreuung ermöglichen. Palliativstationen und -einheiten als auch die Hospize verweisen auf ein gutes und schmerzfreies Sterben. Dennoch ist die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems nicht nur für das medizinische und pflegerische Personal bedrückend, auch die Versorgung sterbender und kranker Menschen leidet unter den Sparzwängen. Angesichts der Tatsache, dass der Wunsch, Zuhause sterben zu können, kaum mehr umgesetzt werden kann und das Sterben in Einrichtungen, insbesondere in nicht dafür ausgestatteten Pflegeheimen, zur Gewohnheit wird, braucht es ein Umdenken der zuständigen Verantwortlichen. Die Gefahr, die angesichts der demographischen Entwicklungen und der derzeitigen

ÜBER DIE VERANTWORTUNG DER GESELLSCHAFT GEGENÜBER DEN STERBENDEN

politischen Lage in den deutschsprachigen Ländern zukünftig besteht, ist, dass die aktive Sterbehilfe beziehungsweise der assistierte Suizid aus den falschen Gründen rechtlich durchgesetzt werden könnte. Die aktive Sterbehilfe oder der assistierte Suizid wären, rein ökonomisch betrachtet, einfache Lösungen. Es besteht daher die Gefahr, dass hinter der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe oder des assistierten Suizides nicht mehr die Würde und Selbstbestimmung der sterbenden Personen steht.

Welche Resonanz haben diese Sterbeberichte nun auf die Gesellschaft? Hinter den Zeugnissen Sterbender verbergen sich Appelle an die Begleiter*innen, an die Gesellschaft und an die Verantwortlichen der Politik.

*Der Appell an Begleiter*innen sterbender Menschen:*

Ärzt*innen müssen in der Ausbildung über die palliative Versorgung sterbender Menschen besser ausgebildet werden. Weiters ist eine vertiefte kommunikative Auseinandersetzung mit den Ängsten und Wünschen sterbender Personen essenziell, da dadurch die tröstende Empathie-Fähigkeit bestehen bleibt und die Nähe zu Tod und Sterben antrainiert werden könnte.

Angehörige sollten nicht zuletzt auf sich achten und nicht unüberlegt aus reinem Pflichtbewusstsein die Pflege übernehmen. Die Gefahr der Überlastung kann nicht nur auf sie selbst, sondern auch negative Auswirkungen auf die zu pflegende Person haben.

Begleiter*innen soll zudem bewusst werden, dass es bei der individuellen Betreuung kein schematisches Vorgehen, zum Beispiel anhand der verschiedenen Phasenmodelle, gibt. Eine würdevolle Betreuung beinhaltet den sterbenden Menschen als Subjekt wahrzunehmen.

Der Appell an die Gesellschaft:

Tod und Sterben dürfen nicht weiter in unserer Gesellschaft verdrängt werden. Die Tabuisierung dessen führt dazu, dass die Nähe zu sterbenden und erkrankten Menschen umgangen wird, was wiederum eine würdevolle Begleitung unmöglich macht. Es braucht vielmehr eine bewusste Re-Integrierung des Leiden-Dürfens und Anklagens, als auch eine sachliche Thematisierung von Tod und Sterben. Die wissenschaftlichen Publikationen und die Berichte von Verstorbenen bereiten auf das eigene unumgängliche Sterben vor. Doch weder Tatortfolgen noch einseitige Berichte aus der

ÜBER DIE VERANTWORTUNG DER GESELLSCHAFT GEGENÜBER DEN STERBENDEN

Boulevard-Presse geben einen angemessenen Einblick in medizinische und pflegerische Einrichtungen. Würde man einen wahren Eindruck bekommen, was Personen im Umfeld von sterbenden Menschen alles aushalten und leisten müssen (insbesondere die Pfleger*innen), würden wir sie viel mehr wertschätzen.

Der Appell an die politischen Verantwortlichen:

Berichte von Nina Zacher und Christoph Schlingensief zeigen, inwiefern ein bewusster Sterbeprozess herausfordernd aber auch gelingend gestaltet werden kann. Insbesondere die palliativen Einrichtungen und Hospize verweisen, dass eine ganzheitliche Betreuung menschenwürdig sein kann. Besonders die Schilderungen von Claus Rethmann verweisen aber, welchen Pflegenotstand es in Pflegeheimen gibt. Das medizinische und pflegerische Personal verdient nicht entsprechend ihren erbrachten Leistungen und der Druck, Gewinn erwirtschaften zu müssen, führt dazu, dass sterbende Menschen nicht die benötigte Zeit der Begleitung bekommen. Versprochene Investitionen und Förderungen werden im Bereich der Gesundheit nicht dort eingesetzt, wo es nötig wäre. Die vorherrschenden und zukünftigen Notstände drängen diesbezüglich nach angemessenen Bewältigungsstrategien. Die allgemeine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe oder des assistierten Suizides stellt jedoch keine allgemeine Lösung dar, zumal Berichte sterbender Menschen auf ein menschenwürdiges Sterben bis zuletzt verweisen.

Die Schlussfolgerung dieser Arbeit ist daher, dass alle Formen der Sterbebegleitung und der Sterbehilfe im individuellen Sterbeprozess bedenkenswerte Anliegen verdeutlichen, eine allgemeine Problemlösung durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe beziehungsweise des assistierten Suizides wäre jedoch vorschnell und bewirkt den Eindruck, dass sich Politik und Gesellschaft aus der Verantwortung gegenüber Sterbenden ziehen wollen.

7. Bibliografie

BARDENHEUER, H. J. (2012). Abläufe und Phasen des Sterbens. In: Handbuch Sterben und Menschenwürde. Band 1. Hrsg. von Anderheiden und Eckart. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.421-426.

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2019). Grundlagen zur Strategie Palliative Care. Online unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care.html> [Zugriff am 9.8.2020].

BENZENHÖFER, U. (2009). Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

BENEKER, C. (2016). Niederlande: Assistierter Suizid für psychisch Kranke – wird ihnen der Todeswunsch zu leicht erfüllt? In: Medscape. Online unter: <https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4904610> [Zugriff am 7.12.2020].

BFS, Bundesamt für Statistik (2019). Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter. Online unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits.assetdetail.11348852.html> [Zugriff am 16.7.2020].

BORASIO, G. D. (2019a). Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun, wie wir uns darauf einstellen. 8. Auflage. München: C.H.Beck.

BORASIO, G. D. (2019b). Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet, was uns daran hindert, wie wir es erreichen können. 3. Auflage. München: dtv.

BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2017). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis*. In: Deutsche Ärzteblatt 114 (7). Online unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-\(§217-StGB\)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis](https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-(§217-StGB)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis) [Zugriff am 11.12.2020].

BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit (2017a). Glossar: Hospiz- und Palliativgesetz. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html> [Zugriff am 9.8.2020].

BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit (2017b). Pflegebedürftig. Was nun? Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe. 9. Auflage. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Flyer_Poster_etc/Flyer_Pflegebeduerftig_Was_Nun.pdf [Zugriff am 13.8.2020].

BUNDESMINISTERIUM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Online unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz-und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> [Zugriff am 9.8.2020].

BRACHTENDORF, J. (2012). Sterben – ein anthropologischer Konflikt sui generis? In: Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.257-270.

BIBLIOGRAFIE

BOSSHARD, G., BÄR, W. (2004). Assistierter Suizid in der Schweiz. In: Public Health Forum, 12 (2). S.12-13.

BYOCK, I. (1997). Sterben. Wachsen im Umgang mit dem Tod. München: Droemer Knaur.

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343. Online unter: http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html [Zugriff am 17.07.2020].

DEUTSCHER BUNDESTAG (2020). Ärztlich assistierter Suizid. Zur Diskussion über mögliche Regelungen für Ärztinnen und Ärzte. Online unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/710520/93c331fbee77b17275f520abd1f09df8/WD-9-011-20-pdf-data.pdf?fbclid=IwAR0iWztOZI8uwfon2uy8kNwP9VOsEOcMpqa98eaYx0gKvlnPzefF-lZaE> [Zugriff am 25.11.2020].

DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND e.V. (2016). Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland. Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. Online unter: https://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf [Zugriff am 9.8.2020].

DRZE, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2020). III. Rechtliche Regelungen. Online unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> [Zugriff am 11.12.2020].

EBNER, M. (2012). Wer ist in Österreich für aktive Sterbehilfe? Eine soziologische Analyse der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe anhand nationaler und internationaler Umfragedaten. Graz: Universität Graz.

EGGENBERGER, E., Pleschberger, S. (2012). Sterben Erkennen. Analyse deutschsprachiger medizinischer Lehrbücher zu Palliative Care und palliativmedizinischen Inhalten. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 13 (1). S.28-35.

EINHEITSÜBERSETZUNG der Heiligen Schrift, Stuttgart 2016.

ERNST, K. (2008). Erfolgsfaktoren bei der Entwicklung von Pflegeheimen. Hamburg: Igel.

FEDDERSEN, E., LÜDTKE, I., BRAUN, H. (2009). Entwurfsatlas: Wohnen im Alter. Basel: Birkhäuser.

FELDMANN, K. (2010). Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

GERHARD, C. (2015). Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Stuttgart: Georg Thieme.

GOTTSCHLING, S. (2017). Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.

GROß, W. (2012). Zum alttestamentlich-jüdischen Verständnis von Sterben und Tod. In: Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.465-480.

BIBLIOGRAFIE

- HAHNEN, M.-C., Patrana, T., Stiel, S., May, A., Groß, D., Radbruch, L. (2009). Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien. In: Ethik in der Medizin, 21 (4). S.289-305.
- HENTSCHEL, C., BETTERMANN, M. (2015). Alt – Krank – Blank? Worauf es im Alter wirklich ankommt. Heidelberg/Berlin: Springer.
- HILGENDORF, E. (2018). Sterbehilfe heute. In: Medizinrecht, 36 (10). S.733.
- HÜBNER, C. (2016). Sterbehilfe – ein unbekanntes Terrain. Empirische und ethische Analysen zu einem guten Lebensende. In: Ars moriendi nova. Geschichte, Philosophie, Praxis. Hrsg. Frewer, Müller-Busch, Schäfer (Band 3). Stuttgart: Franz Steiner.
- IMABE, Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (2020). Deutschland: Beihilfe zum Suizid lässt Suizidale im Stich, sagen Psychiater. Online unter: <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/deutschland-beihilfe-zum-suizid-laesst-suizidale-im-stich-sagen-psychiater> [Zugriff am 7.12.2020].
- ISFORT, M., FUCHS-FROHNHOFEN, P., WAPPENSCHMIDT-KROMMUS, et al. (2012). Wertschätzung in der Pflege und für die Pflege systematisch fördern – das Projekt PflegeWert. In: Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion. Wiesbaden: Gabler Verlag. S.587-607.
- JANSSEN, A. (2003). „Sterbe-Tourismus“ in die Niederlande – Euthanasie im „Land der unbegrenzten Möglichkeiten“. In: Kritische Justiz, 36 (1), S.103-107.
- KANT, I. (1968). Die Metaphysik der Sitten (MS). In: Kants Werke. Akademie-Textausgabe. Band VI. Berlin: Walter de Gruyter & Co. S.434.
- KEPPLINGER, H.M., ZERBACK, T. (2009). Der Einfluss der Medien auf Richter und Staatsanwälte. Art, Ausmaß und Entstehung reziproker Effekte. In: Publizistik 54. S.1-24.
- KINGREEN, T., LAUX, B. (Hrsg.) (2008). Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs. Heidelberg/Berlin: Springer.
- KLESSMANN, M., ROSER, T. (Hrsg.) (2019). Handbuch der Krankenhausseelsorge. 5. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2017). Euthanasia in figures. Published by the Royal Dutch Medical Association (RDMA). Online unter: <http://www.knmg.nl/english> [Zugriff am 6.6.2020].
- KOVACEVIC, A., BARTSCH, C. (2017). Suizidbeihilfe in der Schweiz. In: Sozialpolitik.ch, 1. S.1-11.
- KRAFT, H. (2015). Konkret Holt uns der Tod – oder wir ihn: Totentanz oder Euthanasie? In: Die Lust am Tabubruch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S.145-160.
- KRENZ, C. (2013). Ein Beweis des Lebens: Grundlagen Sozialer Arbeit im stationären Hospiz. In: Soziologische Studien. Band 44. Herbolzheim: Centaurus Verlag&Media.
- KREß, H. (2018). Sterbehilfe: Die Sicht der Theologie, ihre Prämissen und ihre Schwierigkeiten. In: Medizinrecht, 36 (10). S.790-796.
- KÜBLER-ROSS, E. (1973). Ueber Sterben und Tod im Spital und Heim: Erfahrungen mit Patienten im Endstadium ihres Lebens von Elisabeth Kübler-Ross. In: Fachblatt für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen. Revue Suisse Des établissements Hospitaliers, 44 (12). S.461-462.

BIBLIOGRAFIE

- KUMMER, B. (1998). Euthanasiedebatte in Österreich. Durchwegs ablehnende Reaktionen auf das ‚Wiener Selbstbestimmungsmanifest‘. In: *Imago Hominis*, 5 (2), S.83-85.
- KUNZ, H. (2004). Hilfe oder Sterbehilfe. In: *Die Kommune-Forum für Politik Ökonomie Kultur*, (6), S.76-79.
- LEHMANN, K. K. (2012). Abschied und Gelassenheit. Über die Notwendigkeit einer erneuerten Kultur und Kunst des Sterbens. In: *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.563-588.
- LUCKWALDT, F. (2018). Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten. München: Ernst Reinhardt.
- MANGER-KOGLER, H., UNTERKÖFLER, C. (2010). Hygiene in Alten- und Pflegeheimen. In: *ProCare*, 15 (10). S.30-33.
- MARSCHÜTZ, G. (2014). Theologisch ethisch nachdenken. Handlungsfelder (Band 1). Würzburg: Echter.
- MARSCHÜTZ, G. (2011). Theologisch ethisch nachdenken. Handlungsfelder (Band 2). Würzburg: Echter.
- MARSCHWITZ, R., MARSCHWITZ, G. (2013). Spirituelle Sterbebegleitung. Umgang mit Sterben, Tod und Abschied, Heilsame Rituale und Gebete, Erfahrungsberichte aus Familie, Beruf und Ehrenamt. Murnau a. Staffelsee: Mankau.
- MAYER, N. (2014). Ein Buch zum Abschied von Hans Küng: „Glücklich sterben?“. In: *Die Presse*. Online unter: <https://www.diepresse.com/3863926/ein-buch-zum-abschied-von-hans-kung-gluecklich-sterben> [Zugriff am 11.12.2020].
- MOSER, M. K. (2014). Verrechtlichung der Sterbehilfe? Evangelische Perspektiven zur Lage in Österreich und der Schweiz. Wien: Universität Wien.
- NAUCK, F., JASPERS, B. (2019). Assistierter Suizid in Deutschland. In: *Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, 8 (1). S.18-21.
- ODUNCU, F., EISENMENGER, W. (2002). Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. In: *MedR – Medizinrecht*, 20 (7). S.327-337.
- OESTERREICH.GV (2020). Allgemeines zum Thema „Pflegerische Angehörige“. Online unter: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/5/Seite.360524.html> [Zugriff am 11.8.2020].
- PREIDEL, C., NEBEL, K. (2015). Last Exit Gewissensentscheidung. Die Regelung von Sterbehilfe. In: *Moralpolitik in Deutschland. Staatliche Regulierung gesellschaftlicher Wertekonflikte im historischen und internationalen Vergleich*. Hrsg. von Knill, Heichel, Preidel und Nebel. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S.51-68.
- RICKEN, F. (2012). Ars moriendi – zu Ursprung und Wirkungsgeschichte der Rede von der Sterbekunst. In: *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.309-324.
- SABATOWSKI, R.A., RADBRUCH, L., NAUCK, F., LOICK, G., MEUSER, T., LEHMANN, K. (2000). Über die Entwicklung palliativmedizinischer Einrichtungen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 1 (2). S.40-46.

BIBLIOGRAFIE

SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). Palliative Care. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. 6. Auflage. Basel: SAMW.

SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018). Patientenverfügungen. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Bern: SAMW.

SCHLINGENSIEF, C. (2010). So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein! Tagebuch einer Krebserkrankung. München: btb.

SCHNEIDER, N. (2015). Sterbehilfe in der Diskussion. In: Schmerzmedizin, 31 (4). S.3.

SCHÜTZEICHEL, R. (2019). Demütigung, Anerkennung und sozialer Tod. In: Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge. Herausgegeben von Thorsten Benkel und Matthias Meitzler. Wiesbaden: Springer VS.

STÄHELI HAAS, K. (2011). Wohnen und Pflege im Alter: Selbstständig leben, Entlastung holen, Heim finanzieren. Zürich: Beobachter.

STOECKER, R. (2012). Die Ausdifferenzierung des Todes durch die moderne Medizin und ihre ethischen Konsequenzen. In: Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.368-383.

STOPPE, G. (2015). Die Entwicklung der Sterbehilfe in der Schweiz: mehr Fälle, mehr Gründe. In: Curaviva, 86 (12). S.37-39.

STUDENT, J.-C., MÜHLUM, A., STUDENT, U. (2016). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care. 3. Auflage. In: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Band 4. Hrsg. von Homfeldt und Mühlum. München/Basel: Ernst Reinhardt.

TAG, B. (2016). Strafrecht am Ende des Lebens – Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 128 (1). S.73-88.

THEOBALD, M. (2012). „Ob wir leben, ob wir sterben – wir sind des Herrn“ (Röm 14,8): Sterben und Tod aus neutestamentlicher Sicht. In: Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.481-503.

TRAPPE, H.-J. (2017). Ethik in Intensivmedizin und Sterbehilfe. In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 112 (3). S.214-221.

VfGH ÖSTERREICH (2020 a). Verbot der Sterbehilfe auf Tagesordnung der Oktober-Session 2020. Online unter:

https://www.vfgh.gv.at/medien/Verbot_der_Sterbehilfe_auf_Tagesordnung_der_Okt_ober-S.de.php [Zugriff am 23.11.2020].

VfGH ÖSTERREICH (2020 b). VfGH: Es ist verfassungswidrig, jede Art der Hilfe zur Selbsttötung ausnahmslos zu verbieten. Online unter:

https://www.vfgh.gv.at/medien/VfGH__Es_ist_verfassungswidrig__jede_Art_der_Hilfe_zu.de.php [Zugriff am 11.12.2020].

VOLTZ, R., PERRAR, K. (2015). Will Ihr Patient wirklich sterben? In: MMW – Fortschritte der Medizin, 157 (6). S.60-63.

WACHTLER, C. (2013). Psychotherapie der Altersdepression. (Report). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46 (2), S.120-126.

WEIHRAUCH, B. (2013). Hospizarbeit und Ehrenamt. In: Public Health Forum, 21 (3). S.15-16.

BIBLIOGRAFIE

WELSH, C., Ostgathe, C., Frewer, A., Bielefeldt, H. (2017). Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. In: Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare, Band 3. Hrsg. von Bielefeldt und Frewer. Bielefeldt: transcript.

WERNSTEDT, T. (2004). Zur rechtlichen Situation der Sterbehilfe in Deutschland. In: Public Health Forum, 12 (2). S.10-11.

WINAU, R. (2004). Der eigene und der fremde Tod. Wandlungen der Einstellung zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte. In: Public Health Forum, 12 (2). S.4-6.

WINTER-PFÄNDLER, U., MORGENTHALER, C. (2010). Rolle und Aufgaben der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz. In: Wege zum Menschen, 62 (6). S.585-597.

WITTKOWSKI, J. (2012). Zur Psychologie des Sterbens – oder: Was die zeitgenössische Psychologie über das Sterben weiß. In: Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. Hrsg. von Bormann und Borasio. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S.50-64.

WITTWER, H. (2020). Das Leben beenden. Über die Ethik der Selbsttötung. Tübingen: mentis.

WOELLERT, K., SCHMIEDEBACH, H.-P. (2008). Sterbehilfe. München: Ernst Reinhardt.

ZACHER, N., ZACHER K.-H., SEITZ, D. (2018): Such dir einen schönen Stern am Himmel. Krankheit ALS – Die Geschichte eines Abschieds. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.

ZENNER, H. (2013). Palliativmedizin. In: HNO, 61 (3). S.226-232.

8. Abstract

Die hier vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit Zeugnissen sterbender Menschen und deren gesellschaftliche Bedeutung für die Sterbehilfedebatte. Diese Theoriearbeit versucht folgende Fragestellung zu beantworten: Welche Resonanz sollten Berichte von Sterbenden auf die Sterbehilfedebatte im deutschsprachigen Raum haben? Aus der Literatur von Monika Renz und Ernst Engelke können allgemeine Aussagen über den Sterbeprozess exzerpiert und durch die Schilderungen der drei Sterbebiografien von Nina Zacher, Claus Rethmann und Christoph Schlingensiefel bestätigt werden. Die zwei Möglichkeiten, sterbende Personen zu unterstützen, nämlich die Sterbehilfe und Sterbebegleitung, als auch der kritische gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod werden anschließend näher beleuchtet. Die Ergebnisse aus diesen Berichten, Studien und Entwicklungen verweisen darauf, dass alle Formen der Sterbehilfe und Sterbebegleitung im individuellen Sterbeprozess nachvollziehbar sind. Die Gesellschaft darf sich jedoch nicht vorschnell aus der Verantwortung gegenüber sterbenden Menschen ziehen, indem sie die aktive Sterbehilfe beziehungsweise den passiven Suizid allgemein legalisiert.

9. Lebenslauf

EVA BAUER

Heimadresse Münchenhofen 1, 3240 Mank

Handy 0660/7723394

Email eva.bauer1@gmx.at

Geburtsdaten 21/11/1994 | Staatsangehörigkeit Österreich

AUSBILDUNG

seit 10.2018 Masterstudium **Lehramt (Unterrichtsfächer Deutsch und kath. Religion)**
an der Universität Wien

Voraussichtlicher Abschluss Herbst 2020

10.2014 – 06.2018 **Bachelorstudium an der Universität Wien**

Lehramt - Unterrichtsfächer Deutsch und kath. Theologie

Abschluss in Mindeststudienzeit;

➤ **Bachelorarbeiten:**

Im UF kath. Religion: „Die Selbstmordattentäterin/Der Selbstmordattentäter. Die Suche nach der Ursache des Phänomens“.

Im UF Deutsch: „Eine Untersuchung über die Einbettung der österreichischen Standardsprache und des österreichischen Dialekts im Deutschunterricht anhand eines Gymnasiums in Niederösterreich“

Matura am Francisco Josephinum Wieselburg Abteilung Lebensmittel- und Biotechnologie

09.2009 – 06.2014

➤ **Schwerpunkt** Milchtechnologie, Milchwirtschaft und praktischer Ausbildung im lebensmitteltechnologischen Zentrum Wieselburg;

➤ Abschluss mit gutem Erfolg und einer **Diplomarbeit** im Bereich der Produktentwicklung von Dressings auf Basis von Joghurt.

LEBENS LAUF

FACHLICHE ERFAHRUNGEN

Februar bis November 2019	Seelsorgepraktikum im Krankenhaus Melk bei Mentorin Sabine Zwirner
Oktober bis Februar 2019/2020	
Februar bis Juni 2019	Schulpraxis für das Unterrichtsfach kath. Religion im Zuge der Master-Ausbildung im Bundesrealgymnasium am Schuhmeierplatz (BRG 16) im Bezirk Ottakring, Wien unter der mentorischen Begleitung von Mag ^a . Dr ⁱⁿ . Elisabeth THALER
16.-19. Dezember 2016	Schulpraxis für das Unterrichtsfach Deutsch im Zuge der Master-Ausbildung in der Bilingual Junior High School (zweisprachige NMS) in Wiener Neustadt unter der mentorischen Begleitung von Mag ^a . Eva-Maria WINKLER-FUCHS BEd.
	Teilnahme am „Grundkurs Spiritualität“ unter der Leitung von Dr. Christoph Benke und Mag. Dagmar Woods in der Abtei Heiligenkreuz

ANDERWERTIGE BERUFS- ERFAHRUNGEN

seit jeher	Mitarbeit am familiären landwirtschaftlichen Betrieb
Juli und August 2019	6-wöchiger Ferialjob bei Ströck in der Filiale Westbahnhof á 40 Stunden/Woche
August und September 2018	8-wöchiger Ferialjob bei Ströck in der Filiale Gersthof á 35 Stunden/Woche
August 2017	4-wöchiger Ferialjob bei Ströck in der Filiale Gersthof á 35 Stunden/Woche
Juli und August 2016	8-wöchiger Ferialjob bei Ströck in der Filiale Gersthof á 30 Stunden/Woche
Juli und August 2015	7-wöchiger Ferialjob in der Trafik Hubmann in Ruprechtshofen
Juli bis inkl. September 2014	12-wöchige Praxis in der NÖ Landes-Landwirtschaftskammer in der Abteilung Milchwirtschaft
Juli und August 2013	8-wöchige Praxis bei den Wilhelmsburger Hoflieferanten am Hof Bertl; insbesondere Hilfe bei der Erzeugung und Vermarktung der Molkereiprodukte und bei dem familiären Catering-Unternehmen
August 2012	4-wöchige Praxis am Gemüsehof Wild-Obermayr in Oberösterreich

FÄHIGKEITEN/ KENNTNISSE

Sprachen	Deutsch (Muttersprache), Englisch, Latein
Führerscheine	Klasse B und F
weitere Kompetenzen	Zusatzqualifikation zum Dampfkesselbetriebswärterin gemäß §6 Abs. 1 des Dampfkesselbetriebsgesetzes – DKBG.

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Hobbies	Lesen, Musizieren (Tenorhorn, Trompete, Ukulele) – Auszeichnung mit dem Jungmusiker-Leistungsabzeichen in Silber für das Instrument Tenorhorn Fotografie, Kochen, Backen, Basteln
Mitgliedschaften	15 Jahre aktives Mitglied der Stadtkapelle Mank (Bariton) Absolventenverband des Francisco Josephinums