APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

4/2008 · 21. Januar 2008

Tod und Sterben

Thomas Macho
Sterben heute

Irmhild Saake
Gegenwarten des Todes im 21. Jahrhundert

Gerd Göckenjan
Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten

Stefan Dreßke
Sterbebegleitung und Hospizkultur

Klaus Dörner
Leben und Sterben: Die neue Bürgerhilfebewegung

Ludger Fittkau · Petra Gehring
Zur Geschichte der Sterbehilfe

Svenja Flaßpöhler
Die Freitodhilfe – ein humaner Akt?

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Editorial

Gesund alt werden und in Frieden zu Hause sterben – das möchten die meisten Menschen. Doch vielen ist die Erfüllung dieses Wunsches nicht vergönnt. Die gestiegene Lebenserwartung geht mit einer Zunahme nicht nur von Altersdemenz und Alzheimer, sondern auch zahlreicher anderer, chronisch-degenerativer Krankheiten einher. Von diesen blieben die Menschen in der Vergangenheit vielfach verschont, weil sie (lange) vor deren Ausbruch starben. Daher gilt es, über den schwieriger gewordenen Übergang vom Leben zum Tod und die Herausbildung einer „Kultur des Sterbens“ nachzudenken.

Viele Menschen müssen heute vor dem Tod Phasen der Krankheit und des Siechtums durchlaufen: zumeist im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Eine Alternative dazu sind Hospize und Palliativstationen, die auf der Idee vom „guten Sterben“ basieren. Diese leisten Beistand und Unterstützung; Sterben soll erleichtert, die damit verbundenen Leiden sollen abgemildert werden.

Mit der Freitodhilfe, wie sie in der Schweiz durch die Organisation Exit geleistet und seit 1998 von der Organisation Dignitas auch für Ausländer angeboten wird, hat das Sterben im Hospiz oder auf der Palliativstation nichts zu tun, erst recht nicht mit aktiver Sterbehilfe, die in Belgien und in den Niederlanden für Schwerstkranke gesetzlich erlaubt ist. Unter den Mitgliedern der Organisation Dignitas, die in Deutschland verboten ist, befinden sich auch deutsche Staatsbürger. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird auch in Deutschland über die Legalisierung der Sterbehilfe diskutiert. Aufgrund der jüngeren deutschen Vergangenheit wird der Unterstützung des Sterbens jedoch zu Recht mit äußerster Vorsicht begegnet.

Katharina Belwe

Thomas Macho

Sterben heute

Essay

Vor einigen Jahren wurden im Depot des Mannheimer Zeughauses neunzehn Mumien entdeckt, die dort – verpackt in Kartons – seit mehr als einhundert Jahren lagerten. Ein glücklicher Zufall: Die offenbar vergessenen Toten konnten nun akribisch untersucht und erforscht werden; mit allen Mitteln moderner Medizin und Biologie – von der Computertomographie bis zur Genanalyse – ließen sich nicht nur die jeweiligen Mumifizierungstechniken in Erfahrung bringen, sondern auch Geschlecht, Lebensalter, Krankheiten oder Todesursachen. Die Mumien werden gegenwärtig in der Ausstellung *Mumien – Der Traum vom ewigen Leben* (bis zum 24. März 2008) gezeigt; die Mannheimer Ausstellung umfasst insgesamt siebzig konservierte Leichname von Menschen und Tieren aus verschiedenen Kulturen und Epochen, darunter beispielsweise eine weibliche Mumie aus der Inkazeit, eine peruanische Kindermumie, das ausgetrocknete Skelett eines jungen Mannes aus der chilenischen Atacamawüste, neuseeländische und altägyptische Mumienschädel, das „Mädchen von Windeby" (Schleswig-Holstein), eine Frau, die sogar namentlich bekannt ist: Veronica Skripetz, eine Familie aus einer ungarischen Kirche, die „Schwurhand" Rudolfs von Schwaben aus dem Merseburger Domstift, schließlich einige mumifizierte Tiere – ein eiszeitliches Mammut, ein Frettchen, eine Katze.

Thomas Macho
Dr. phil., geb. 1952; Professor für Kulturgeschichte am Kulturwissenschaftlichen Seminar an der Humboldt-Universität Berlin; Unter den Linden 6, 10099 Berlin.
Thomas.Macho@t-online.de

Das Projekt ist nicht unumstritten. So hat etwa Dietrich Wildung, Ägyptologe und Direktor des Ägyptischen Museums Berlin, im Interview mit „Deutschlandradio Kultur" die „Mumien-Pornographie" angeprangert und betont, „daß hier ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Menschen stattfindet, die auch noch bestehen, wenn dieser Mensch in manchen Fällen seit tausenden von Jahren tot ist." Gegen diese rhetorische Empörung lässt sich sofort einwenden, dass die Vorstellung vom persönlichen, unsichtbaren und intimen Tod erst in der Moderne aufgekommen ist; mit Hilfe dieser Vorstellung wurde der Tod als ewiger Schlaf idealisiert, zugleich aber jede religiöse, ritualisierte Inszenierung des Sterbens scharf kritisiert. Tod, Bestattung und Trauer wurden seit dem späten 18. Jahrhundert aus der Öffentlichkeit verdrängt; in einem Essay über das Werk Nikolai Lesskows und die Krise moderner Erzählkunst behauptete Walter Benjamin sogar, die bürgerliche Gesellschaft habe „mit hygienischen und sozialen, privaten und öffentlichen Veranstaltungen einen Nebeneffekt verwirklicht, der vielleicht ihr unterbewußter Hauptzweck gewesen ist: den Leuten die Möglichkeit zu verschaffen, sich dem Anblick von Sterbenden zu entziehen. Sterben, einstmals ein öffentlicher Vorgang im Leben des Einzelnen und ein höchst exemplarischer (. . .) – sterben wird im Verlauf der Neuzeit aus der Merkwelt der Lebenden immer weiter herausgedrängt. Ehemals kein Haus, kaum ein Zimmer, in dem nicht schon einmal jemand gestorben war. (. . .) Heute sind die Bürger in Räumen, welche rein vom Sterben geblieben sind, Trockenwohner der Ewigkeit, und sie werden, wenn es mit ihnen zu Ende geht, von den Erben in Sanatorien oder in Krankenhäusern verstaut."

Wenige Jahre später wäre Benjamins Diagnose von 1936 schon als nostalgische Miszelle erschienen. Wer in Sanatorien oder Krankenhäusern sterben durfte, hatte Glück gehabt; sein Leben hätte ja auch im Krieg, im Bombenhagel, im Gefängnis, auf der Flucht oder im Lager enden können: außerhalb jeder Merkwelt der Lebenden. Dass schließlich eine gesamte Nation nach Ende des Kriegs behaupten konnte, sie habe den verwalteten Massenmord an mehr als sechs Millionen Menschen nicht wahrgenommen, bezeugt eine hohe Bereitschaft zu psychischer Verdrängung, die übrigens noch in den Fünfzigerjahren regelrecht eingeübt wurde: als Fähigkeit, das Sterben anderer Menschen ebensowenig zu bemerken wie die Risiken des eigenen Todes. Diesem Training verdankte sich auch die Unfähigkeit zur Angst vor den Atomwaffen, jene „Apokalypse-Blindheit", die der Philosoph Günther Anders eindringlich beklagte. Der Tod avancierte tatsächlich

zum Tabu, zur eminent „privaten“ Angelegenheit; und wer sich gegen diese Tabuisierung zur Wehr setzen wollte, musste dem französischen Existentialismus – mit seinen Debatten, Filmen, Clubs und Chansons – anhängen.

Die Zeit solcher Tabuisierung des Todes ist inzwischen längst wieder vorbei; aus historischem Abstand könnte sogar der Eindruck entstehen, die Verdrängung des Todes hätte schon nach der Kubakrise nur mehr in den Nischen soziologischer oder philosophischer Theorien überlebt. Spätestens im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts begannen die Künste, den Tod und die Toten neu zu zeigen und zu reflektieren. Fotografen wie Jeffrey Silverthorne, Hans Danuser, Rudolf Schäfer oder Andres Serrano publizierten Porträts und Detailstudien aus dem Leichenschauhaus; Arnulf Rainer übermalte fotografierte Totengesichter. Nachhaltige Proteste und temporäre Ausstellungsverbote provozierte der amerikanische Fotograf Joel-Peter Witkin mit seinen Stilleben aus Leichenteilen, etwa im Foto *Le Baiser* (1982), für das der Künstler den Kopf einer Leiche zersägte, um die beiden Hälften im Kuss vereinigen zu können. Kurz vor Herbstbeginn 2007 wurde die Ausstellung *Six Feet Under – Autopsie unseres Umgangs mit Toten* (bis zum 30. März 2008) im Deutschen Hygiene-Museum Dresden eröffnet; diese Ausstellung, die zuerst im Kunstmuseum Bern gezeigt wurde, dokumentiert die Vielfalt neuerer künstlerischer Auseinandersetzungen mit den Toten. Im Zentrum stehen dabei nicht allein die Bilder, sondern auch Objekte, Zeugnisse und Spuren der Toten selbst.

Der Titel der Ausstellung – *Six Feet Under* – ist ein Zitat. Er verweist auf eine erfolgreiche US-amerikanische Fernsehserie, die von 2001 bis 2005 in fünf Staffeln ausgestrahlt wurde. Produziert wurde sie von einem Pay-TV-Sender und dem Oscar-Preisträger Alan Ball, Drehbuchautor von *American Beauty*, der die meisten Folgen schrieb. Die Serie handelt von der Familie Fisher und ihrem Bestattungsinstitut, das nach dem Tod des Vaters von den beiden Brüdern Nate und David weitergeführt wird. Der deutsche Untertitel der TV-Serie – *Gestorben wird immer* – artikuliert den subtilen schwarzen Humor, der charakteristisch ist für ihr Profil. Ein Bestattungsinstitut als Fernseh-Szenerie? Diese Entscheidung korrespondiert mit einem Trend, der vom Kino – spätestens seit *The Silence of the Lambs* (1991) – bis in die Fernsehanstalten vorgedrungen ist: der radikalen Enttabuisierung des Todes. Inzwischen sind es zahlreiche Serien, die etwa im Milieu der Kriminalistik (*C.S.I.*), der Forensik (*Crossing Jordan*, *Bones*) oder der Medizin (*Dr. House*, *Grey's Anatomy*) angesiedelt sind. Sie zeigen, was zuvor nur einem Spezialpublikum zugemutet werden durfte: Leichen, Obduktionen, Bestattungen.

Was im Fernsehen ankommt, ist der Wirklichkeit nicht völlig fremd. Auch die Bestattungsunternehmen haben inzwischen die aktuellen Chancen ihrer Branche erkannt und in ein breiteres Angebot von Dienstleistungen übersetzt; sie werden nicht mehr bloß den Hinterbliebenen offeriert, sondern auch den Individuen selbst, die erfolgreich eingeladen werden, das Zeremoniell ihrer Bestattung oder die Gestalt ihrer letzten Ruhestätte strategisch vorwegzunehmen. Lediglich die konkrete Planung des eigenen Todes – sei es als Freitod oder als Auftrag an eine Organisation für aktive Sterbehilfe – bleibt ein Tabu, wie gerade jüngste Diskussionen bezeugen.

Kritisiert und bekämpft wird dagegen der gesetzliche „Urnenzwang“, der die private Aufbewahrung von Urnen in Deutschland verbietet; schon heute kann das Verbot – etwa durch den Gebrauch von silbernen „Asche-Amuletten“, wie sie manche Bestattungsunternehmen, als Zitate des Reliquienkults, anbieten – teilweise umgangen werden. Offenbar braucht der Tote kein Knochenlager mehr; Erinnerung fühlt sich an keine Friedhofs- oder Grabadresse gebunden. Die letzte Ruhestätte unseres Zeitalters findet sich ohnehin auf keinem Friedhof, sondern verstärkt im Internet. Im Netz haben sich multimedial inszenierte „Halls of Memory“ etabliert, die der Toten gedenken. Zeitliche Ewigkeit wird durch räumliche Reichweite ersetzt; wie unzählbare Moleküle schwimmen Nekrologe durch die elektronischen Datenströme: letzte Spuren, die kaum wahrgenommen werden.

Irmhild Saake

Gegenwarten des Todes im 21. Jahrhundert

Essay

Wenn wir heute über den Tod reden, so findet das zumeist in einer Gegenwart statt, in der jetzt – in der Situation des Gesprächs oder des Lesens oder Schreibens – niemand stirbt. Überall sterben gerade Menschen, nicht jedoch diejenigen, die darüber reden. Dieser Unterschied erscheint zunächst banal, aber er ist sehr folgenreich, wenn es um die Frage danach geht, wie wir uns zu unserem eigenen Tod verhalten können bzw. welche Bilder vom Tod wir uns machen.

Irmhild Saake
Dr. phil., geb. 1965; Akademische Rätin am Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Konradstr. 6, 80801 München.
Saake@soziologie.uni-muenchen.de

Thomas Macho hat die gegenwärtige Debatte über den Tod mit seinem Begriff der Todesmetaphern ganz entscheidend geprägt.[1] Gerade weil wir über die Erfahrung des Todes als Noch-nicht-Gestorbene nicht kompetent mitreden können, entwickeln wir Metaphern, die uns erlauben, diese Wissenslücke zu überbrücken. Im Unterschied zu den philosophischen Überlegungen von Macho setzt eine soziologische Perspektive an der alltäglichen Praxis an und fragt nach Mustern, nach Strukturen, nach Bildern, an denen wir uns orientieren, wenn wir über den Tod reden.

Solche Todesbilder zu untersuchen, war das Thema eines großangelegten DFG-Forschungsprojekts unter der Leitung von Armin Nassehi und Georg Weber, in dem 150 Interviews – zur einen Hälfte mit Experten, zur anderen mit mehr oder weniger betroffenen Menschen – geführt wurden. Als im Jahr 2000 die Kontaktaufnahme zu potentiellen Interviewpartnerinnen und -partnern begann, stand zunächst die Befürchtung im Vordergrund, dass die Meisten über dieses Thema nicht würden reden wollen. Diese Sorge erwies sich schon bald als unbegründet. Umso interessanter ist es nun zu schauen, worüber eigentlich problemlos in solchen Interviews gesprochen wird. Die Muster, für die sich Soziologen interessieren, lassen sich in diesem Fall am besten in der Unterscheidung von drei Gruppen von Erzählungen abbilden.

Eine erste Gruppe von sehr sicheren und flüssigen Erzählungen handelt eigentlich nur vom Tod *anderer*, davon, dass einen selbst der Tod nicht betreffen kann. Die unsicheren Erzählungen der zweiten Gruppe beschäftigen sich mit dem eigenen *zukünftigen* Tod und fragen, wie man selbst sterben wird, welche Figur man dabei abgeben und ob man etwas Neues über sich erfahren wird. Hier geht es um den eigenen Tod, den man im Sterben sozusagen überlebt. In der dritten Gruppe von Erzählungen finden wir Sätze von Menschen, die über dieses Thema nicht so gerne reden, weil sie bereits mit dem eigenen Tod durch eine Krankheit konfrontiert worden sind. Hier finden wir aber auch Interviewpartner, die sich offenbar nur *vorstellen*, dies könne passieren, und die sich fragen, wie dies ihrer Familie schaden wird. Was sie sagen wollen, woran sie aber nicht denken möchten, müsste einen Alltag beschreiben, in dem ihre kleinen Kinder ohne Mutter, ihre Angehörigen ohne sie, der Partner alleine zurechtkommen müssten – und zwar jetzt sofort.

Als Ergebnis dieser Studie lässt sich Folgendes zusammenfassen: Dass wir alle sterblich sind, wissen wir wohl, aber ob es sich auch als biographische Wahrheit in unseren Erzählungen, in unserem Alltag niederschlägt, hängt davon ab, wie wir vom Tod betroffen sind. Wir sind es nicht alle gleichermaßen. Die Antworten, die wir in unseren eigenen Sätzen finden, haben mehr mit unserer mehr oder weniger betroffenen Gegenwart als mit dem Befund der Sterblichkeit an sich zu tun. Wir lösen im Erzählen, im Gespräch, im Interview Probleme, die wir jetzt haben, und wir finden Antworten, die jetzt im Gespräch des Interviews funktionieren. Mit dem

[1] Vgl. Thomas Macho, Metaphern des Todes, Frankfurt/M. 1987; *Anmerkung der Redaktion:* Siehe auch den Essay von Thomas Macho in diesem Heft.

Tod sind wir nicht in einer gemeinsam geteilten Gegenwart konfrontiert, sondern in vielen verschiedenen Gegenwarten.

Wie sehr wir an die Idee eines gemeinsamen Todesbewusstseins glauben, also daran, dass wir uns jetzt unseren eigenen Tod vergegenwärtigen können, lässt sich beispielhaft an unseren Daten verdeutlichen: Ein Ethikprofessor versucht im Interview die Asymmetrie zwischen einem sterbenden Angehörigen und sich selbst aufzuheben, indem er sich vorstellt, wie alle seine Handlungen zu letzten Handlungen werden. Im Gegensatz dazu überrascht sich ein Gerichtsmediziner im Interview selbst, weil er sich – im Moment des Interviews – sehr über den gerade entdeckten Verlust von Datenmaterial aufregt, obwohl er doch gerade noch der Interviewerin erzählt hatte, dass das Wissen vom Tod zu einem größeren Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit und zur Relativierung des Alltags führe.

Dieser schlichte Befund einer Rede über den Tod, die vor allem für die Gegenwart gemacht ist, hat große Auswirkungen, wenn man sich fragt, wie man den Wünschen von Sterbenden gerecht werden kann. Kann man sie vorher dazu befragen? Welchen Stellenwert haben diese Antworten, wenn sie in einer anderen Gegenwart formuliert werden als der, in der sie gelten sollen? Immerhin geht es bei diesem Thema nicht um die Wahl eines Arbeitsplatzes oder einer Partei, sondern um das Ende des Lebens.

Die hier beschriebene Biographisierung des Sterbenden ist eng verbunden mit dem modernen Diskurs der Bioethik. Die Entstehung neuer medizinischer Techniken, deren Resultat unter anderem eine Verlangsamung von körperlichen Abläufen wie dem Sterben darstellt, hat gleichzeitig auch zur Einführung von Reflexionszeiten, zum Auseinandertreten von verschiedenen Gegenwarten – der des Sterbenden, der der Angehörigen und der der Pflegenden – geführt. Armin Nassehi spricht – um uns dieses Ausmaß an Ungleichzeitigkeiten vor Augen zu führen – von einer Gesellschaft der Gegenwarten.[2]

[2] Vgl. Armin Nassehi, Geschlossenheit und Offenheit. Studien zu einer Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt/M. 2003, S. 81.

Was nun in diesen Gegenwarten des Sterbens passiert, kann diskutiert, kann beobachtet, evaluiert, entschieden werden. Ich zitiere aus einer sehr typischen Studie, um zu zeigen, wie das klingt: „Eine Befragung von Pflegenden über den Sterbeprozess von terminal kranken nicht-dementen Menschen, die willentlich jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigerten, zeigte, dass 85 % der Patienten innerhalb von 2 Wochen verstarben. Auf einer Skala zur Qualität des Sterbens (0 = sehr schlechtes Sterben, 9 = sehr gutes Sterben) wurde der Sterbeprozess von den zuständigen Pflegenden mit einem mittleren Score von 8 bewertet. Diese Beobachtungen unterstützen die Hypothese, dass ein Verzicht auf künstliche Flüssigkeitszufuhr das Sterben in physiologischer Weise erleichtert.“[3] Der „schöne Tod“ erscheint hierbei als ein Produkt einer Rating-Skala. Er kann plötzlich oder erwartbar, mit oder ohne Technik eintreten; wichtig ist immer nur, dass er als Resultat eines konsensuellen Verständigungsprozesses zur Biographie des Sterbenden auftritt. Man muss hinterher sagen können, dass es gut war, weil der Sterbende so sterben konnte, wie er wollte.

Obwohl also die biographische Selbstvergewisserung zunächst wenig Anlass gibt zu glauben, dass wir uns auf unsere eigenen Willensäußerungen verlassen können, orientieren sich alle Beteiligten – und diese Gruppe wird mit der Einbeziehung der Angehörigen immer größer – zunehmend an einem biographisch hergestellten Bild des Todes, das vor dieser Öffentlichkeit aller am Sterben Beteiligten bestehen können muss.

Verdeutlichen sollen diese Sätze, wie anspruchsvoll unsere Anforderungen an das moderne Sterben geworden sind. Es war einfach zu kritisieren, dass das Sterben tabuisiert wird, aber nachdem es nun tatsächlich fast schon öffentlich stattfindet, kann man sehen, wie schwierig es ist, sich selbst seinen individuellen Tod zu bereiten. Eine Konsequenz unserer eigenen Studie könnte sein zu empfehlen, all diese unterschiedlichen Gegenwarten, in denen wir über das Sterben reden, zunächst als unterschiedliche Kontexte zu sehen. Ob ein Sterbender all diese Kontexte – das eigene Erleben seines gesamten Lebens, seine Situation als körperlich schwerkranker Mensch, seine Positionierung im Hinblick auf religiöse Fragen, den Blick seiner Angehörigen auf sich selbst, sein Verhältnis zu den Pflegekräften usw. – als Sterbender zusammenführen möchte, ist vielleicht eher eine Frage einer alltäglichen Lebenspraxis als eine solche der individuellen Persönlichkeit, der man gerecht werden möchte.

[3] Roland Kunz, Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36 (2003) 5, S. 355–359. Vgl. auch die anderen Beiträge in diesem Heft.

Gerd Göckenjan

Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten

Sterben ist heute ein allgegenwärtiges Geschehen, das sich in Institutionen und in kleinen Kreisen unmittelbar Betroffener leise und weitgehend unbemerkt für andere ereignet. Obgleich jedes Jahr viele Menschen sterben, etwa ein Prozent der Bevölkerung, ist dies kein Thema, mit dem sich die Bürgerinnen und Bürger unbedingt beschäftigen müssen.[1] Sterben und Tod erfahren jenseits der medial stark positionierten „öffentlichen" Sterbefälle wenig Aufmerksamkeit. Die Zeichen und Symbole, die diese Lebensphasen ehemals umgaben, sind rar und unaufdringlich geworden oder fehlen ganz. Wenn jemand im Sterben liegt, dringt das selten nach außen, ein eingetretener Todesfall ist kaum eine Information wert: keine Trauerbekleidung, keine Beerdigungsumzüge, kein Glockenläuten, keine Kondolenzpflichten. Abschiedsrituale sind auf das Nötigste und den kleinsten Kreis von Angehörigen beschränkt.

Gerd Göckenjan
Dr. rer.pol., geb. 1946; Professor für Gesundheitspolitik an der Universität Kassel, Arnold-Bode-Str. 10, 34109 Kassel.
gg@uni-kassel.de

Sterben und Tod werde – so eine ältere, noch weit verbreitete Sichtweise – in der modernen Gesellschaft verdrängt und tabuisiert:[2] eine zweifelhafte Diagnose. Richtiger ist, dass Sterben und Tod heute stärker als in der Vergangenheit private Ereignisse sind, die nach den Anstandsregeln der Privatheit kommuniziert werden und keinen öffentlichen Pflichten unterliegen. Dieses Verständnis wird durch weitere soziale Umstände gestützt. Vor allem ist Sterben eine Angelegenheit der Alten und damit ein lange vorbereitetes und erwartetes Ereignis. Im hohen Alter sind die Beziehungsnetze ausgedünnt, auch das Verhältnis zu direkten Angehörigen ist gelockert, Verpflichtungen und Verantwortung gehen zurück oder werden nur noch eingeschränkt wahrgenommen. Und – die üblichen Sterbeorte sind Institutionen, Krankenhäuser und Heime. Aber auch jüngere Menschen sterben – natürlich. Dann tritt für die Betroffenen all das ein, was die älteren Sterbeszenarien ausmachte: der oftmals plötzliche, unbegreifliche Verlust, der Lebens- und Abhängigkeitsbeziehungen zerreißt und eine Kaskade von sozialen Problemen der Überlebenssicherung und der Nachfolgeregelungen nach sich ziehen kann.

Der Tod ist notwendig und unverständlich, sagt der Philosoph, und das ist unabhängig von den jeweils Betroffenen. Der Tod ist die „metaempirische Tragödie", eine Leere, die plötzlich „aufbricht" und „das Seiende, das wie durch eine wundersame Verfinsterung plötzlich unsichtbar wird, stürzt auf einmal durch die Falltüre des Nicht-Seins".[3] Dieses Nichtverstehbare eines Zustandswechsels zwingt zum Missverstehen, zum Nichternstnehmen, zum Aufsichberuhenlassen. Der Tod kann nicht gedacht werden ohne die persönliche Distanzierung in den verfügbaren Formen der Objektivierungen, in der Rede der Sterbetafeln, der Todesursachenstatistiken, der Memento-Mori-Breviere, aber dies alles sind für den Philosophen Banalisierungen der Tragödie des Verschwindens.

Es bleibt immer eine Frage der Perspektive, des Getroffenseins oder Nichtgetroffenseins. „Mein Tod ist für mich das Ende aller Dinge. . . das Ende des ganzen Universums. . . für das Universum (aber) keine allzugroße Katastrophe, er bleibt ein unbemerkter Vor-

[1] Vgl. Clive Seale, The Transformation of Dying in Old Societies, in: The Cambridge Handbook of Age and Aging, Cambridge et al. 2005, S. 378–386. In einer Umfrage erklärten beinahe die Hälfte der Befragten im Alter von 18 bis 50 Jahren, dass sie noch nie das Sterben eines ihnen nahestehenden Menschen miterlebt haben, ein weiteres Viertel hatte erst einen Todesfall erlebt. Alois Hahn/Matthias Hoffmann, Einstellungen zu Krankheit und Tod, Universität Trier, Vortrag auf der Jahrestagung der Görresgesellschaft, Fulda 2007.

[2] Vgl. Hubert Knoblauch/Arnold Zingerle, Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens., in: dies. (Hrsg.), Thanatosoziologie, Berlin 2005, S. 12 ff.

[3] Vladimir Jankélévitch, Der Tod (zuerst franz. 1966), Frankfurt/M. 2005, S. 13.

fall und ein bedeutungsloses Verlöschen, das die Ordnung der Dinge nicht stört."[4]

Dieses nicht behebbare Dilemma der Perspektiven findet sich in den öffentlichen Thematisierungen wieder. Es ist falsch zu sagen, über Sterben und Tod werde nicht gesprochen. Wir sehen vielmehr eine Teilung des Themas: Zum Tod gibt es in unserer Gesellschaft tatsächlich wenig zu sagen: Er ist das unverständliche Nicht-Sein, bleibt wesentlich auf sich beruhen. Dafür wird zum Sterben sehr viel gesagt, es ist ein weithin besprochenes: ein öffentliches Thema. Mit Sterben sind Verläufe und Verfahren angesprochen, Sterben wird als eine Phase des Lebens verstanden und gefürchtet. Der Tod wird heute – seit den 1970er Jahren – vor allem als dieses Verlaufsphänomen diskutiert. Seine Thematisierung ist eng mit den Ideen der Hospizbewegung verknüpft.

An das Sterben können Forderungen gestellt werden: Sterben soll human, würdig und gut sein. Das ist Konsens im öffentlichen Diskurs. Sterbeprozesse können analysiert und in Sinn- und Handlungsoptionen gebende Phasen eingeteilt werden, wie es etwa Elisabeth Kübler-Ross getan hat.[5] Sie ist damit zur Mitbegründerin des guten, begleiteten Sterbens geworden. In dieser Perspektive scheinen die optimistischsten Gestaltungschancen möglich. Sie werden heute unter dem allfälligen Stichwort „Sterbebegleitung" und der neueren Organisationsidee „Netzwerk Abschiedskultur" diskutiert. Solche Netzwerke sollen, so die Vorstellungen, über das gesamte Sterbegeschehen geworfen werden, aber insbesondere über das institutionelle Sterben und hier über das Sterben in Heimen, das als schlechtestes Sterben gilt.[6]

Sterben ist das, vor dem die Menschen heute Angst haben; Interviews und Umfragen bestätigen das.[7] Mit dem Tod, dem Nicht-Sein, wird dagegen wenig Beunruhigendes verknüpft. Geäußerte Sterbensängste beziehen sich vor allem auf die körperlichen Dimensionen und das medikalisierte Sterben: Befürchtungen, Schmerzen und sonstige Qualen erleiden zu müssen, bzw. unnötiger Lebensverlängerung und einer Apparatemedizin ausgesetzt zu sein. Entsprechend wird auf die Frage nach dem Sterbeideal – „Wie möchten Sie sterben?" – ein schnelles und schmerzloses Sterben vorgezogen. In einer schon erwähnten Umfrage wünschen 80 Prozent der Befragten plötzlich und unerwartet zu sterben, während 20 Prozent lieber bewusst und vorbereitet sterben wollen.[8]

Die Widersprüche sind hier deutlich genug. Im öffentlichen Diskurs wird fast ausschließlich das Sterbeideal eines begleiteten Sterbens im Sinne der Hospizbewegung vertreten. Demgegenüber sind bei der Mehrzahl der deutschen Bevölkerung keineswegs Vorstellungen eines bewussten Erlebens der letzten Lebensphase, des Sterbens als Lebenserfahrung vorherrschend, sondern der Wunsch, dass der Tod schnell und komplikationslos eintreten möge.

In dieser Hinsicht sind die sehr einmütigen Willensäußerungen, zu Hause sterben zu wollen, weniger zu verstehen als Wunsch nach einer gut funktionierenden ambulanten Pflegeversorgung, ggf. einer Palliativpflege, sondern als Hoffnung, wenn denn schon gestorben werden muss, möglichst direkt aus dem Alltag gerissen zu werden. Die Wendung: „Ich habe nichts gegen das Sterben, ich will nur nicht dabeisein, wenn es soweit ist." (Woody Allen)[9] ist weniger Kalauer als präzise Formulierung dieses dominierenden Sterbeideals.

Wandlungen des Sterbens

Das Sterbegeschehen in Deutschland, wie in den westlichen Industriestaaten, hat sich in den letzten 100 Jahren grundlegend verändert. Um 1900 zeigt die Mortalitätsverteilung in Deutschland einen starken Sockel der

[4] Ebd., S. 33.
[5] Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1982.
[6] Vgl. Jutta Dreizler/Hermann Brandenburg, Sterben im Heim, in: Altenheim, 45 (2006) 9, S. 55.
[7] Vgl. A. Hahn/M. Hoffmann (Anm. 1): 60 % der Befragten haben Angst vor dem Sterben, 7 % Angst vor dem Tod.
[8] Vgl. ebd. Eine Emnid Umfrage von 2001, die eine dritte Antwort – bisher keine Gedanken gemacht – zulässt, kommt zu folgendem Ergebnis: 60 % wünschen ein schnelles und plötzliches Sterben, 12 % ein bewusst und begleitetes, 25 % haben sich noch keine Gedanken gemacht. Deutsche Hospiz Stiftung, Meinungen zum Sterben, in: www.hospize.de/docs/stellungnahmen/08.pdf (15. 11. 2007).
[9] Zit. nach: Ulrich Greiner, Länger nicht leichter, in: Die Zeit, Nr. 39 vom 20. 9. 2007, S. 5.

Säuglings- und Kindersterblichkeit und ein niedrigeres, ungefähr gleichbleibendes Sterberisiko in den folgenden Altersgruppen. Das Ergebnis war ein Bevölkerungsaufbau als Pyramide, in der auf einer hohen Geburtenziffer die folgenden Altersgruppen bis zur Spitze relativ gleichmäßig abnahmen. Heute zeigt die Mortalitätsverteilung eine rasant gestiegene mittlere Lebenserwartung: eine niedrige Säuglings- und Kindersterblichkeit, bei drastisch gesunkenen Geburtenzahlen, mit ebenfalls niedrigem Sterberisiko in den folgenden Altersgruppen. Sterben und Tod sind also auf die hohen Lebensalter verdichtet, der Bevölkerungsaufbau ähnelt perspektivisch immer mehr einem Kegel.

2005 waren von der Gesamtzahl der 830 000 Verstorbenen 88 Prozent 60 Jahre alt und älter bzw. 47,6 Prozent 80 Jahre alt und älter. Entsprechend der höheren Lebenserwartung der Frauen starben in der Altersgruppe: 85 bis 90 Jahre 2,3 und in der Altersgruppe: 90 und älter 3,5 mal so viele Frauen wie Männer. Die Säuglingssterblichkeit (bis zu einem Jahr), die um 1900 im Gebiet des Deutschen Reiches bei etwa 20 Prozent lag, beträgt heute (2005) etwa 0,39 Prozent der Lebendgeborenen.[10]

Der enorme Anstieg der mittleren Lebenserwartung ging mit dem Wandel des Krankheits- bzw. Todesursachenspektrums einher. Der Tod tritt heute nicht mehr aufgrund von Infektionskrankheiten ein, wie sie um 1900 dominierten, sondern in der Regel als Folge langer chronisch-degenerativer Krankheitsprozesse, wobei in den höheren Altern mehrere Krankheiten gleichzeitig bestehen („Multimorbidität"). 2005 starb fast jeder zweite an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, wobei dieser Todesursachenkomplex die Hochaltrigen stärker betraf als die jüngeren Alten. An bösartigen Neubildungen, die etwa ein Viertel aller Todesfälle ausmachen, starben häufiger die jüngeren Alten. Dabei verweist der hohe Anteil der Todesursachen aus dem Formenkreis der Herz-Kreislauf-Erkrankungen darauf, dass trotz der langen chronischen Verläufe der Tod auch heute oft plötzlich eintritt.

[10] Zahlen nach: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007.

Entsprechend diesem Morbiditätspanorama dominieren bei den unter 35-Jährigen die so genannten äußeren Todesursachen. Das sind vor allem bei den jungen Männern Tod durch Verkehrsunfälle und Suizid; bei jungen Frauen nähert sich ab 30 Jahren das Sterberisiko durch bösartige Neubildungen dem durch äußere Todesursachen an. Das Sterberisiko in diesen Altersgruppen ist – wie nach dem Vorstehenden zu erwarten – sehr niedrig: Etwa 0,04 bis 0,06 Prozent der Altersgruppen starben. Insgesamt starben 2005 8 280 Personen im Alter von 15 bis 35 Jahren, damit entfiel etwas weniger als ein Prozent der Gesamtmortalität auf diese Altersgruppen.

Der schon lange andauernde Trend der Medikalisierung und Institutionalisierung der Krankheitsverläufe wird unterstützt unter anderem durch die gestiegene medizinische Kompetenz – vor allem bei Tumorerkrankungen –, Krankheitsverläufe besser zu prognostizieren. Hierdurch ist die Entwicklung der neuen Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung ermöglicht worden. Krankheitsverläufe können frühzeitig als Sterbeverläufe verstanden werden, bevor tatsächlich das Finalstadium eintritt. Damit kann von einer Verlängerung der Sterbeverläufe gesprochen werden: durch die Beherrschbarkeit von Infektionen, durch Pflegefortschritte, die es oft ermöglichen, Leben bis auf letzte Reste auszuschöpfen, und eben durch die frühe Sterbeprognose. So hat Sterben eine, sich unter Umständen lang hinziehende Verlaufsdynamik; Sterben stellt daher eigene Arbeitsaufgaben.

Zumindest im öffentlichen Diskurs gibt es einen breiten Konsens darüber, was gutes Sterben und welches dementsprechend der beste Sterbeort ist. Seit in den 1970er Jahren das Sterben im Krankenhaus ins Gerede gekommen ist, wird geäußert, lieber im vertrauten Kreis, das heißt zu Hause sterben zu wollen. Meist herrscht dabei ein romantisiertes Bild des Sterbens vor, wie es der Vergangenheit zugeschrieben wird: Sterben im intimen, sicheren Kreis der Lieben. Entsprechend negativ werden in der Regel die heute bestehenden Sterbeumstände bewertet: In Deutschland, wie in den westlichen Industriestaaten, wird ganz überwiegend in Institutionen gestorben.

Für Deutschland fehlen Angaben zum Sterbeort, aber die Rahmenverhältnisse sind klar:

Entgegen früheren Erwartungen hat die Häufigkeit des Sterbens im Krankenhaus nicht zu-, sondern vielmehr seit den 1990er Jahren abgenommen. 2005 starben 47,3 Prozent aller Verstorbenen im Krankenhaus. In Pflegeeinrichtungen wird der Anteil auf 20 bis 30 Prozent geschätzt, womit der Anteil des Sterbens in der eigenen bzw. in der Wohnung von Verwandten bei 20 bis 30 Prozent liegt. Erwartet wird ein weiteres Sinken des Anteils Sterbender in Krankenhäusern und ein Ansteigen in Pflegeeinrichtungen, während der Anteil des häuslichen Sterbens stabil bleiben wird.[11] Grund für die letzte Annahme ist die bekannte Ausdünnung der familialen und Freundschaftsnetze mit zunehmender Hochaltrigkeit; hinzu kommt die allgemeine Zunahme der Individualisierungsmentalitäten – Bedingungen, unter denen die Chancen der Unterstützung häuslichen Sterbens abnehmen.

Sterben im Krankenhaus

Die moderne Krankenhausmedizin hat sich bekanntlich darauf spezialisiert, Krankheitszustände zu diagnostizieren, zu lindern, ggf. zu heilen, und damit vor allem darauf, Leben zu erhalten. Jegliche Kenntnisentwicklung, Routinen und Vorkehrungen sind auf diese Ziele gerichtet. Todesfälle werden als unumgänglich hingenommen; man lässt sie auf sich beruhen. Damit ist gemeint, dass Todesfälle kein Anlass dafür sind, sterbebegleitende und palliativmedizinische Routinen zu entwickeln. Tatsächlich sind Todesfälle Sonderereignisse im Stationsalltag, die das herrschende sachfunktionale, auf ununterbrochenen Durchfluss von „Patientengut" eingestellte Milieu nicht ernsthaft beeindrucken oder irritieren. Krankenhauspersonal ist keineswegs dauernd mit Sterben und Tod konfrontiert, wie häufig angenommen wird. Das Schichtsystem, die Verkürzung der Liegezeiten der Patienten und die Erhöhung der Fallzahlen halten das persönliche Risiko, an einem Sterbefall beteiligt zu sein, auf den meisten Stationen klein. Selbst auf Stationen der Inneren Medizin mit ihren bei weitem höchsten Sterbeziffern kommt auf 22 Behandlungsfälle nur ein Sterbefall.

Die Kritik am institutionalisierten Sterben im Krankenhaus formierte sich in den 1960er und 1970er Jahren und wurde durch einen vorhergehenden kräftigen Modernisierungsschub verursacht. Die Stichworte dazu lauten: Trend zu Großkliniken, Einführung von Hochtechnologie, insbesondere der neuen Intensivmedizin, aber auch (vor allem in Deutschland) weitere Professionalisierung der Pflege und Einführung des Dreischichtsystems, mit dem damit einhergehenden Verschwinden von Ordensschwestern und Diakonissen aus der Pflege, Personen, die in der Regel ein umfassenderes Tätigkeitsideal repräsentierten.

Die Kritik bezieht sich auf eine Apparatemedizin, die nicht Sterben lässt, und auf eine Betriebsorganisation, die Sterben zu einem Nichtereignis macht, das in Randbereiche wie Abstellkammern und Baderäume verdrängt werden kann, wobei nach festgestelltem Tod der oder die Verstorbene unverzüglich in die Kühlräume verbracht wird. Die landläufige These der Verdrängung von Sterben und Tod hat hier ihren wesentlichen institutionellen Rahmen: Der moderne Tod findet dieser Sichtweise zufolge hinter undurchlässigen Krankenhausmauern statt, in denen Sterbende an Apparaten hängen, unter Ausschluss öffentlicher Verantwortung, ohne Chance, Bitten äußern zu dürfen, weder als Angehöriger noch als Sterbender. Sterben im Krankenhaus steht seither für einsames Sterben, ohne Zuspruch und Anteilnahme. Philippe Ariès und Ivan Illich sind in den 1970er Jahre Treiber dieser Kritik.[12]

Die Absicherung des Apparates gegen Patienten und Angehörige hat heute andere Formen als vor 30 Jahren. Es wäre jedoch naiv anzunehmen, dass es die kritisierten Sterbeumstände nicht mehr gäbe. Heute geht der weit reflexiver gewordene Krankenhausapparat in der Regel elastischer mit Wünschen und Einflussnahmen um, nicht zuletzt weil Partizipation selbst initiiert wird und daher Einflusswünsche besser steuerbar sind.

[11] Vgl. H. Bickel, Das letzte Lebensjahr, in: Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 31 (1998), S. 193–204; Susanne Fischer u. a., Der Sterbeort: Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?, in: ebd, 37 (2004), S. 468–474.

[12] Vgl. Philippe Ariès, Geschichte des Todes, München 1980; Ivan Illich, Die Nemesis der Medizin, Reinbek bei Hamburg 1981.

Untersuchungsergebnisse

Im Folgenden sollen in aller Kürze Ergebnisse einer eigenen Untersuchung des Sterbens im Krankenhaus angeführt werden.[13] Allen Stationen war gemeinsam, dass Patienten im terminalen Stadium wie alle anderen Patienten dem Heilungsprimat unterlagen. Es wurde ihnen keine Sonderrolle (Sterberolle) zugewiesen, vielmehr erwartetes Sterben ignoriert. Pflegerische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen fanden bis kurz vor Eintreten des Todes statt. In Einzelfällen sind ungeachtet der ärztlichen Prognose, dass der Patient die Nacht nicht überleben werde, noch massive Maßnahmen durchgeführt wurden, etwa die Gabe von Blutkonserven oder eine Magenspiegelung. Im Fall der verabreichten Blutkonserven ist der Patient tatsächlich drei Tage später verstorben.

In einigen Fällen – auf der internistisch-onkologischen und der geriatrischen Station – wurden bei Patienten, die durch abweichendes Verhalten, Verwirrtheit, forderndes Verhalten und mangelnde Kooperation, etwa aufgrund subjektiver, vom Personal nicht akzeptierter Gebrechlichkeit, auffielen und dadurch auf der Station stigmatisiert waren, Vermeidungs- und Bestrafungsstrategien angewandt; es kam darüber hinaus auch zu zum Teil üblen verbalen Etikettierungen. Auch in diesen Fällen änderte sich die Art des Umgangs nach Eintritt des Finalstadiums nicht. Üblich fanden wir die Praxis, Sterbende – wenn möglich – in die vom Stationszimmer abgelegenen Räume zu verlegen.

Aufgrund der beobachteten und rekonstruierten Sterbeverläufe gelangten wir zu dem Eindruck, dass die hochaltrige, multimorbide Klientel nicht mit übermäßig großem Einsatz am Sterben gehindert wird. Es gab keine Maßnahmen des apparativen Nichtsterbenlassens. Allerdings werden therapeutische Maßnahmen, wie die angesprochene Gabe von Blutkonserven, gelegentlich zur Verlängerung der Sterbeverläufe führen. Die Sterbeumstände entsprachen im Wesentlichen den normalen Versorgungsumständen mit begrenztem Informationsbedürfnis und geringer Kommunikations- und Zuwendungsfähigkeit der Dienste. Angehörige waren sehr wohl zugelassen und wurden über das Eintreten des Finalstadiums auch informiert, wenn sie informiert werden wollten. Allerdings kamen Angehörige dann häufig doch nicht: nicht zum Sterbebett und auch nicht, um den Verstorbenen noch einmal zu sehen.

Praktiken der Palliativversorgung und der Sterbebegleitung gab es in diesen „Normalstationen“ nicht. Nur wenige Pflegekräfte vermochten überhaupt einen Handlungsbedarf hinsichtlich der Verbesserung der Sterbeumstände zu sehen. Meist waren es die Stationsleiterinnen, die Problembewusstsein erkennen ließen. Die Pflegedienstleitungen sprachen dagegen häufig von Sterbebegleitung, mussten sich aber eingestehen, dass entsprechende Fortbildungsmaßnahmen in der Praxis enttäuschende Ergebnisse aufwiesen. Die ärztlichen Leitungen wiederum verstanden ihre Tätigkeit als konventionelle, spezialistische Medizin ohne Interesse an „ganzheitlichen“ Perspektiven. Der Klinikchef, eines anderen, in diesem Sample nicht enthaltenen Krankenhauses, der postulierte, zur Onkologie müsse auch eine Palliativstation gehören, weil die meisten onkologischen Krankheitsverläufe mit dem Tod endeten, ist immer noch eine Ausnahme.

Die Arbeit von Stationen basiert auf strikten, habitualisierten Routinen. Grundpflege, Diagnostik und Therapie gliedern die Verläufe, Abweichungen sind nur begrenzt zugelassen, da sie das Ineinandergreifen von Diensten und Schichten erschweren. Entsprechend bleiben Sterbeverläufe in die Stationsroutinen eingewoben, als wäre der Patient nicht sterbend. Dem Sterben wird auf diese Weise, wenn alle anderen Bedingungen gut sind – was, wie gezeigt, keinesfalls immer zutrifft –, vielleicht der Schrecken genommen, indem man bis zum Exitus so tut, als würde ein solches Ereignis nicht stattfinden können. Aber selbst für den laufenden Krankenhausbetrieb entstehen durch diese geringe Antizipation und Begleitung von Sterbeverläufen Kosten. Todesfälle treten unter diesen Bedingungen oft unvorhergesehen ein und es kann zu „Organisationsschlamassel“ kommen. In diesem Fall sind Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie die Feststellung der durchgeführten bzw. unterlassenen Maßnahmen wichtiger als das eingetretene Ende eines Lebens. Häufen sich vielleicht sogar Sterbefälle in bestimmten Schichten, dann kann das unter Umständen bereits für den Anfangsverdacht von Patiententötung ausreichen.

Palliativstationen

Die Kritik am institutionalisierten Sterben war die Kritik am Krankenhaus an sich, ein Sterben in Würde war nur außerhalb von Institutionen vorstellbar. Hospize[14] und Palliativstationen sind die institutionellen Anwor-

[13] Es handelt sich um eine Vergleichsstudie im Rahmen einer größeren Palliativstudie (vgl. Anm. 18). Auf drei Normalstationen, eine internistische, eine internistisch-okologische und eine akutgeriatrische Station in nordhessischen Kliniken, wurden etwa 6 wöchige teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Die Beobachterinnen waren als Praktikantinnen in die Schichten integriert. Der Forschungsauftrag, palliativmedizinische Versorgungschancen festzustellen, ist allen Schicht- bzw. Stationsangehörigen mitgeteilt worden.

[14] Vgl. den Beitrag von Stefan Dreßke in diesem Heft.

ten auf die Forderung nach „gutem Sterben“. Der „Verdrängung“ des Sterbens wird hier eine bemerkenswerte und offene Sterbekultur entgegengestellt. Auch Palliativstationen, obgleich Krankenhausstationen, gehen auf Hospizideen zurück. Diese haben, in den 1990er Jahren beginnend, Sterbebegleitung und eine „ganzheitliche“, palliativmedizinisch orientierte, spirituelle, psychologische und soziale Betreuung einschließende Sterbendenversorgung populär gemacht. Heute gibt es, zumindest in den sozialen und pflegerischen Berufen, niemanden, der nicht mit Hospizrhetoriken („Leben bis zum Ende“, „der Tod ist Teil des Lebens“ usw.) vertraut wäre und die Sterbevorstellungen von Kübler-Ross nicht für wichtig halten würde – und das, obgleich Hospizideen im konkreten Fall, etwa für sich selbst oder im jeweiligen Arbeitsbereich, häufig abgelehnt oder nicht angewandt werden.

Die Vorstellungen der Sterbebegleitung beinhalten die Zuweisung einer Sonderrolle, die im Rahmen der stationären Versorgung in deutlichem Gegensatz zu der allgemeinen Praxis steht, Sterbende in der Patientenrolle aufzufassen und wie „Heilbare“ zu behandeln. Das ist oben angesprochen worden. Die Sterberolle,[15] wie sie auf Palliativstationen zugewiesen wird, beinhaltet die gravierende Selbstbeschränkung der medizinischen Potentiale auf palliative Maßnahmen einerseits und ein umfangreiches kommunikatives, psychosoziales Angebot andererseits, das je nach Station und Umständen unterschiedlich realisiert wird. Eine weitere Grundposition besteht darin, Sterbende keine unnötigen Leiden ertragen zu lassen, sie also ausreichend mit Schmerzmitteln zu versorgen. Die Interaktionsethik fordert, das Sterben und die Nähe des Todes nicht zu verschweigen, vielmehr ein möglichst bewusstes Abschiednehmen vom Leben und der sozialen Umgebung zu fördern. Erwartet wird auch auf der Station, Sterben in Einsamkeit zu verhindern, etwa durch die Mobilisierung von Angehörigen oder von ehrenamtlichen Helfern beispielsweise für Bettwachen. Die Maxime lautet, bis zum Ende soviel Lebensqualität wie möglich sicherzustellen. Dabei besteht die versorgungspolitische Aufgabe, sterbensnahe Kranke wann immer möglich nach Hause zu verlegen. Das kann nicht immer gelingen, und wird etwa bei einer „sozialen Indikation“ auch nicht versucht. Die Perspektive dieses Versorgungstyps ist ganz innerweltlich – obgleich natürlich religiöse Beistandswünsche unterstützt werden – auf die Zurückbleibenden, auf Lebensbilanzierung, auf letzte Konsum- und Erfahrungswünsche bezogen.[16]

Aus unseren Untersuchungen[17] wissen wir, dass Patienten die Sterberolle nicht selten erst akzeptieren, wenn sich ihr körperlicher Zustand verschlechtert, wenn ihnen ihr Körper trotz aller Symptombehandlung zeigt, dass es zu Ende geht. Dieses begleitete Sterben ist nicht jedermanns Sache, und nicht nur von der medizinischen Seite her sind nicht alle Patienten dafür geeignet. Andere kooperieren bald mit der Palliativideologie und nutzen die Angebote des langsamen Abschiednehmens. In Einzelfällen verweigern Patienten, die nicht mehr entlassen werden können, aber auch die Sterberolle so konsequent, dass sie bis zu ihrem Tode behaupten, sie seien auf dem Wege der Besserung. Palliativstationen tragen selbst diese Verweigerung mit, haben aber am Ende das Problem, sich eingestehen zu müssen, dass sie kein gutes Sterben herbeiführen konnten.

Die Bereitstellung der beschriebenen Leistungen auf Palliativstationen hängt von territorialer Abgrenzung, vom Stationscharakter der Palliativmedizin des jeweiligen Krankenhauses ab; zugleich wird dabei von der Akzeptanz von Spezialisierungen profitiert. Beide Aspekte führten dazu, dass überhaupt ein distinktes Milieu entstehen konnte, in dem bestimmte Regeln gelten, auf deren Einhaltung aufgrund von Regelungshoheit geachtet werden kann. Die Bedeutung der Ster-

[15] Vgl. Gerd Göckenjan/Stefan Dreßke, Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, in: Österreichische Zeitschrit für Soziologie, 27 (2002) 4, S. 80–96.

[16] Vgl. z. B. Claudia Bausewein/Susanne Roller/Raymond Voltz (Hrsg.), Leitfaden Palliativmedizin, Palliative Care, München u. a. 2007[3].

[17] In einem DFG geförderten Forschungsprojekt: „Patientenrolle und Sterberolle in der Palliativversorgung“ sind u. a. 3–6wöchige teilnehmende Beobachtungen in 4 Palliativstationen durchgeführt worden. Vgl. Gerd Göckenjan/Stefan Dreßke, Sterben in der Palliativversorgung, in: Hubert Knoblauch/Arnold Zingerle, Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005, S. 147–167.

berolle wurde bereits angesprochen: Die Zuweisung der Sterberolle – als institutioneller Status von Rechten und Pflichten – basiert auf dem Territorialprinzip durchsetzungsfähiger Regeln. Dem entspricht, dass Palliativstationen ihre Besonderheit, wo immer möglich, symbolisieren; sie kennzeichnen etwa ihre Eingänge zu den jeweiligen Stationen stärker als andere, etwa Geburtshilfestationen; und wo das weniger gut möglich ist, finden sich besonders stark ausgeprägte, rhetorische Abgrenzungen: die unentwegte Vergegenwärtigung des Unterschieds von „wir" und „denen": von den Nachbarstationen, von der Normalversorgung.

Die Palliativversorgung steht für Sterbendürfen und Sterbeerleichterung, und sie ist zunächst einfach ein Korrektiv oder eine Ausdifferenzierung des medizinischen Systems, Ergänzung auch ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Sie repräsentiert und verrichtet eine gesellschaftlich notwendige Arbeit. Zu helfen, dass sterbende Menschen „ordentlich aus dem Leben kommen", ist eine solidarische Leistung. Diese solidarische Leistung, wie sie in der Sterberolle angelegt ist, beinhaltet eine Reaktivierung oder Inszenierung des Sterbenden als soziales Wesen und ihre förmliche Verabschiedung aus der Gesellschaft. Es wird erwartet und daran gearbeitet, dass soziale Rollen eingenommen werden, in der Regel familiale Rollen, und es werden Hilfen für Abschiedsrituale angeboten. Hier, in der Palliativversorgung verschwindet niemand einfach so, hier wird für eine soziale Existenz ein soziales Ende hergestellt.

Bei alle dem übernimmt die Palliativstation die gesellschaftliche Verantwortung. Sie ist die Bühne und die Überwachungsinstanz für das gute Sterben. Die Last wird vom Personal übernommen im Bewusstsein ihrer Verantwortung und mit dem starken Selbstbewusstsein, existentielle solidarische Leistungen zu erbringen. Es ist eine voll professionalisierte Arbeit: Niemand stirbt mit den Sterbenden, aber es ist eine Arbeit mit unverstelltem Blick auf die eigene Sterblichkeit. In dieser Funktion und mit diesem Blick ist die Station kein beliebiger Ort, in dem ein Mensch seinen Tod findet, wie etwa ein Alten- und Pflegeheim oder eine Normalstation. Sie ist eine gesellschaftliche Gewährleistungsinstanz, vor der das „Aus-dem-Leben-treten" selbst einen sozialen Charakter bekommt.

Es gibt keinen Königsweg zum guten, würdigen Sterben. Selbst Hospize und Palliativstationen können das nicht garantieren, entgegen den landläufigen Idealisierungen aus der Perspektive der Hospizbewegung. Das gilt besonders vor dem Hintergrund stark abweichender Sterbeideale. Die Idee des begleiteten, verabschiedenden Sterbens stellt hohe Ansprüche an alle Beteiligten.

Die besondere Kultur des Sterbens, wie wir sie in der stationären Palliativversorgung kennengelernt haben, ist nach innen gefährdet durch Ökonomisierung, je nach Finanzierungsumfang im Rahmen der DRG-Regelungen.[18] Sie ist zugleich gefährdet durch Diffusion nach außen, wie sie rund um die Einführung der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" in den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet.[19] Hier ist derzeit viel in Bewegung. In beiden Entwicklungslinien wird allerdings die Kommunikations- und Zuwendungskultur getrennt von der technischen Seite der Symptomkontrollen.

Die technisch operative Seite der Palliativmedizin, Therapieabbruch und Sedierung, ist dem Krankenhaus natürlich nicht fremd. Dagegen hat bisher in der Hausarztmedizin Symptomkontrolle nur geringe Anwendung gefunden. Diese Entwicklung wäre also eine Modernisierung der Medikalisierung des Sterbens. Sie würde eine bessere medizinische Beherrschung von Verlaufsprozessen bedeuten, aber die jetzigen Palliativideen blieben auf der Strecke.

Ähnlich problematisch zu beurteilen ist auch die Diffusion der Palliativmedizin in Pflegeheime. Hier konfligiert die Sterberolle zwar nicht mit einem inkompatiblen Kurationsmilieu, aber mit ähnlichen Gleichbehandlungsmaximen, die durch enge Personalausstattung habitualisiert sind. Selbst der bekannte Satt-Sauber-Sicher-Standard wird offenbar in Pflegeheimen nicht generell realisiert. Die Sterberolle bedeutet, neben allen Kooperationspflichten, vor allem Privilegierungen gegenüber allen anderen Patienten- oder Bewohnerrollen. Aufmerksamkeit und

[18] DRG = Diaganosis Related Groups bzw. Diagnosebezogene Fallgruppen.

[19] Materialien auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: dgpalliativmedizin.de

Zuwendungsbereitschaft, das Kommunikationsmilieu von Palliativstationen insgesamt sind wie „Geschenke“, Geschenke ausgeteilt aufgrund übergeordneter Solidaritäts- und Pflichtennormen, die oben angesprochen worden sind. Wir haben schon in Normalstationen Habitualisierungen gefunden, die erkennen lassen, wie wenig Stationsbedienstete ihre Klientel für solche Privilegien geeignet halten. In Pflegeheimen gibt es hierfür noch weniger Rezeptoren und Motivationen. Hinzu kommt, dass Sterbeverläufe aufgrund der vielfältigeren Multimorbidität der Klientel schlecht prognostizierbar und entsprechend schlecht „organisierbar“ sind. Wenn etwa Heime sehr zögerlich sind, ehrenamtliche Hospizdienste zuzulassen,[20] dann wird das vor allem mit solchen Organisations- und Mentalitätsdifferenzen zu tun haben.

Auch in der ambulanten Palliativversorgung befinden sich Palliativideen auf fremdem Territorium. In der Wohnung der Sterbenden sind alle Dienste zu Gast, und spätestens im Finalstadium ist hier der Hoheitsbereich der Angehörigen. Aus der stationären Palliativversorgung wissen wir, wie sehr Angehörige durch Sterbeverläufe hindurch begleitet werden müssen und wie wenig sie oft die Interessen der Sterbenden zu vertreten vermögen. Vieles kann hier sehr kompliziert werden und den Palliativideen gänzlich widersprechen. Die prinzipielle Gestaltungsschwäche in der ambulanten Palliativversorgung wird in der neuen Gesetzgebung weiter belastet, indem sie den Bedingungen und Bedürfnissen der Hausarztmedizin untergeordnet wird. Kritisch ist weiter, dass psychosoziale Kompetenzen nicht in die vorgesehenen Palliativteams, die aus ärztlichem und Pflegedienst bestehen, integriert werden. Diese gelten als nachrangige Leistungen, die über ehrenamtliche Hospizdienste eingebunden werden sollen. Da die Palliativteams Kommunikations- und Zuwendungskultur nicht herstellen, sondern nur punktuell unterstützen können, wird diese durch Ehrenamtlichkeit getragen werden müssen. Große Erfolge sind so in diesem Bereich nicht zu erwarten. Es ist zu hoffen, dass Sterbende wenigstens von der technischen Seite einer besseren Symptomkontrolle profitieren werden.

[20] Vgl. Claus Fussek/Sven Loerzer, Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen, Freiburg u. a. 2005, S. 130.

Stefan Dreßke

Sterbebegleitung und Hospizkultur

Immer dann, wenn vom guten Sterben gesprochen wird, kommt auch die Rede auf das Hospiz. Geht vom Hospiz eine neue Sterbekultur aus, wie Hospizvertreter immer wieder behaupten und fordern? Zunächst ist das Hospiz durchaus etwas Befremdliches in unserer Gesellschaft. Hier wird das Lebensende organisiert, und das als ausschließliches Ziel. Dies steht in Kontrast, beinahe in Widerspruch zu den fortwährenden Vorkehrungen gegen den Tod, um die sich in allen anderen gesellschaftlichen Feldern bemüht wird. Das Leben ist heilig, es ist zu schützen und möglichst zu verlängern – jedwede Bedrohung des Lebens ist vorzukehren. Der Tod bleibt immer noch etwas Fremdes, er ist kein Ziel und nicht erstrebenswert. Auch in Einrichtungen, in denen oft gestorben wird wie in Krankenhäusern und in Pflegeheimen, bilden Sterben und Tod nicht die eigentliche Zielorientierung, sondern leiten sich höchstens aus der Aufgabenstellung der Heilung und Unterbringung ab.

Stefan Dreßke
Dr. rer. pol., geb. 1969; Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Kassel, Institut für Sozialpolitik und Organisation Sozialer Dienste, Arnold-Bode-Straße 10, 34127 Kassel.
dresske@uni-kassel.de

Spezialistische Versorgung und semantische Politik

Nun hat sich also mit dem Hospiz eine Institution etabliert, in der sich mit dem Tod angefreundet werden soll. Zunächst ist hier eine neue spezialisierte Versorgungsform zu sehen, mit der Verfahrens- und Wissensbestände vorgehalten werden, die sich ausschließlich auf die Versorgung einer bestimmten Klientel beziehen: auf schwerkranke Patienten, die zumeist in nicht allzu langer Zeit an den Folgen einer Krebserkrankung sterben werden. 91 Prozent der Hospizpatienten lei-

den an einer Krebserkrankung, weitere an neurologischen, Stoffwechsel- und Kreislauferkrankungen.[1] Damit reagiert das Hospiz auf eine Versorgungslücke. Durch die Zunahme von chronisch-degenerativen Krankheiten am Todesursachenspektrum in den letzten 60 Jahren verlängert sich für viele Menschen die Zeit des Siechtums vor dem Tod, und die Phase des Sterbens dehnt sich aus. Viele Patienten können nicht mehr zu Hause versorgt werden, weil die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet ist. Das Krankenhaus ist aber für die Versorgung Sterbender kaum gerüstet. Entweder laufen Therapien noch bis kurz vor Eintritt des Todes und stellen für den Patienten eine hohe Zumutung dar oder der Sterbende wird einer pflegerischen Grundversorgung anheim gestellt, aber ansonsten gemieden.[2] Zudem sind Versorgungsverläufe im letzten Lebensjahr durch große Unruhe gekennzeichnet, wenn unterschiedliche Institutionen frequentiert werden müssen.[3] Eine Einrichtung, die nur für Sterbende da ist, kann Abhilfe schaffen, indem sie Härten abmildert und Kontinuität sichert.

Das erste Hospiz wurde 1967 in London von Cicily Saunders (1918–2005) gegründet. Ihr ging es vornehmlich um eine adäquate Schmerzbehandlung von austherapierten Krebspatienten.[4] Mit ihrem Konzept vom „totalen Schmerz" schloss sie erfolgreich an die medizinische Handlungslogik an und bot gleichzeitig eine Alternative zum Krankenhaus. Das Hospiz war zunächst das Vehikel, um außerhalb des Krankenhauses eine therapeutische Orientierung einzuüben, die im Krankenhaus nur unter großen Widerständen und auch nicht systematisch zu betreiben war. In Deutschland kam es erst in den 1980er Jahren zu Hospizgründungen. Die mehr als fünfzehnjährige Verspätung hatte ihre Gründe in einer unglücklichen semantischen Politik. In der 1971 ausgestrahlten Dokumentation „Noch 16 Tage . . ." wurde das St. Christopher Hospiz als „Sterbeklinik" bezeichnet. Hinter dieser Bezeichnung wurde in der Öffentlichkeit ein „Sterbeghetto" vermutet; Hospizgründungen wurden abgelehnt.[5] Diejenigen aber, die täglich mit Sterbenden und ihren Nöten konfrontiert waren, sahen durchaus die positiven Seiten einer spezialisierten Einrichtung, die von einer entsprechenden Versorgungsethik flankiert ist. Vor allem Seelsorger und Ordensschwestern, als Repräsentanten von Humanität und Würde im Krankenhaus, setzten sich für die Verbreitung dieser Idee und für die Gründung von Hospizen ein. So geht die Gründung der ersten auf die Versorgung Sterbender spezialisierten Einrichtungen auf die Initiative und Mitwirkung von Geistlichen zurück: 1983 wurde die erste Palliativstation am Universitätsklinikum in Köln durch den Krankenhauspfarrer Pater Helmut R. Zielinski gemeinsam mit Chefarzt Prof. Dr. Heinz Pichlmaier ins Leben gerufen; 1986 folgte die Gründung des ersten Hospizes in Aachen durch Pastor Dr. Otto Türks und 1987 das zweite Hospiz in Recklinghausen durch Dechant Hans Overkämping.

Die Überzeugungsarbeit der 1970er und 1980er Jahre bezog sich nicht so sehr darauf, dass die Versorgung Sterbender verbessert werden musste – darin waren sich alle einig. Es ging vor allem um die Aufwertung eines neuen Versorgungstyps:

1. Aus der Sterbeklinik wurde zunächst das Sterbehospiz, schließlich verzichtete man gänzlich auf die Vorsilbe „Sterben" in der Bezeichnung. Rhetorisch wurde immer darauf hingewiesen, das Sterben nicht institutionalisieren zu wollen. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind Gründungen stationärer Hospize immer von ehrenamtlichen Initiativen flankiert und initiiert, mit denen Alltagsnähe hergestellt wird.

2. Terminalpflege war praktisch eine pflegerische Basisversorgung, in der sich der Arzt von der Behandlung zunehmend zurückzog und auf kommunikative Bedürfnisse des Patienten kaum Bezug genommen wurde. Eine umfassende Palliativpflege ging dagegen auf die ganzheitlichen Ansprüche des Patienten ein und schloss auch die palliative, also symptomorientierte Medizin ein. Diese galt in Medizinerkreisen bis in die 1970er Jahre als schlechte Medizin, da sie mit dem Paradigma der Ursachenbehandlung bricht und dem Patienten die Hoffnung auf Heilung raubt. Hos-

[1] Vgl. Christine Pfeffer, Ausgewählte Ergebnisse der BAG Statistik 2004, in: Rainer Sabatowski/Lukas Radbruch/Friedemann Nauck/Josef Roß/Boris Zernikow (Hrsg.), Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2006/2007, Wuppertal 2006.

[2] Vgl. Gerd Göckenjan/Stefan Dreßke, Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27 (2002) 4, S. 80–96.

[3] Vgl. H. Bickel, Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31 (1998), S. 193–204.

[4] Vgl. Cicily Saunders, Selected writings 1958–2004, Oxford 2006.

[5] Die folgenden Ausführungen zur Geschichte des Hospizes beziehen sich auf die Quellendarstellung von Oliver Seitz/Dieter Seitz, Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein, Herbolzheim 2002.

pize boten den Ort, um Symptomorientierung im Dienst der Lebensqualität eine positive Deutung zu verleihen.

3. Bei der Linderung von Beschwerden geht es insbesondere um Schmerzbekämpfung. Der Schmerz, im traditionellen medizinischen Verständnis vom Patienten als Teil der Heilungsanstrengungen hinzunehmen, wird in der Sterbephase als zu therapierende Zumutung angesehen.

4. Sedierung, als Kampfbegriff schlechter Pflege und medizinischer Vernachlässigung ehemals stigmatisiert, wird anerkannte therapeutische Praxis, um erwünschte Bewusstheit und Schmerzfreiheit zu balancieren. Ihre Extremform der terminalen Sedierung wird aus dem Bereich der Sterbehilfe in den Kontext der Sterbebegleitung gesetzt. Sie stellt das letzte Mittel dar, um bei unerträglichen Qualen wie Schmerzen oder Luftnot zu helfen, wobei sich die nicht intendierte aber in Kauf genommene Lebensverkürzung durch der Leidensfreiheit relativiert.

5. Ganz wesentlich zur Zustimmung zum Hospiz ist schließlich die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe als ideologische Ausrichtung der gesamten Hospizbewegung, womit sowohl die Ärzteschaft als auch Kirchen und Wohlfahrtsverbände als Befürworter gewonnen werden konnten. Hospizpflege ist Beistand, Unterstützung und Begleitung des Sterbenden in seiner letzten Lebensphase, aber nicht das Herbeiführen des Lebensendes.

Mit der Umdeutung von üblichen, aber eben auch stigmatisierten Praktiken und deren Weiterentwicklung konnte sich das Hospiz als Versorgungsinstitution nach einer etwa zehnjährigen Pionierzeit ab Mitte der 1990er Jahre als reguläre, wenn auch alternative Versorgungspraxis etablieren. Das Hospiz und die damit verknüpfte palliative Medizin bildet eine Alternative zum „Nichts-mehr-tun-können“, wenn Heilungsanstrengungen nicht mehr als angebracht gelten. Ärzte und Pflegekräfte müssen nun nicht mehr in einem Graubereich arbeiten, es gibt eine klare Terminologie und anerkannte Regeln, vor allem bei der Schmerzbekämpfung. Eine spezialistische Sterbendenbetreuung reduziert somit Komplexität und entlastet das Krankenhaus, das sich stärker dem kurativen Kerngeschäft widmen kann.

Neue Zuwendungskultur

Die Betreuung Sterbender ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Es gilt nicht nur, eine fachgerechte medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen, sondern auch liebevolle Zuwendung zu geben, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen und vor allem für Sterbende da zu sein, wenn diese in existentielle Nöte geraten. In einer Beobachtungs- und Interviewstudie in zwei Hospizen wurde der Frage nachgegangen, wie diese anspruchsvollen Normen einer guten Sterbebegleitung in der täglichen Arbeit umgesetzt und wie die durchaus disparaten Hoffnungen und Vorstellungen mit einander verknüpft werden.[6]

Im Hospiz wird mit der Einstellung gearbeitet, dass sich eine gute Körperpflege positiv auf die Stimmung der Patienten auswirkt. Waschen, Eincremen und Massieren werden nicht nur unter dem Aspekt der Hygiene und der Hautpflege gesehen, sondern sind Bestandteil der Arbeit am Wohlbefinden des Patienten. In der Atmosphäre von Nähe und Zugewandtheit wird das Befinden der Patienten gedeutet und entsprechend darauf reagiert. Die Pflegetätigkeiten geben Anlass für Gespräche und es werden ihre Stimmungen, Launen und Gefühle im Pflegeteam kommuniziert. Dabei geht es vor allem um die kleinen alltäglichen Dinge: dass das Essen gut schmeckt, die Sorge um den Haarausfall oder das Rauchen einer Zigarette. Diese Kommunikationsangebote unterstützen Patientinnen und Patienten darin, sich als Personen mit eigener Biographie und Identität zu präsentieren.[7] Im Idealfall können sie sich so authentisch und für das Personal nachvollziehbar mit ihrem Sterben auseinandersetzen und die geforderte Gefasstheit und Diskretion dafür aufbringen, ihre Verluste zu thematisieren und ihr Leben zu bilanzieren. Die Beziehung zu den Patienten wird durch einen „strukturellen Zwang zur Nähe“ intimisiert, indem über die Pflege auch Persönliches angesprochen wird.[8] Der Körper ist immer das zentrale Kommunikationsmedium, da die gesundheitlichen Verschlechterungen und die damit einhergehende Pflegetätigkeiten Todesnähe nur allzu deutlich machen. Qua Pflegearbeit leiht das Personal dem Patienten ein „Identitätskorsett“, das seinem mentalen und gesundheitlichen Zustand „angepasst“ ist.

[6] Vgl. Stefan Dreßke, Sterben im Hospiz, Frankfurt/M. 2005.
[7] Vgl. Nicholas Eschenbruch, Nursing stories, New York 2007.
[8] Christine Pfeffer, „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit, Bern 2005, S. 181.

Schreitet der Sterbeprozess voran, werden Identitätsdimensionen nicht weiter forciert, aber auch nicht aktiv abgewiesen. Die Deutung der Wünsche und Bedürfnisse über den Körper wird vor allem dann wichtig, wenn Patienten immer schwächer werden und sich kaum noch artikulieren können.

Ein Fallbeispiel

Mit dem bisher Gesagten lassen sich allerdings die Normen nur ungenügend nachvollziehen, nach denen Sterben organisiert wird. Ein beispielhafter Sterbeverlauf soll aufzeigen, welche Anstrengungen damit verbunden sind:

Herr Schumann ist 63 Jahre alt und hat einen Krebs im Rachenbereich.[9] Durch die Sprechkanüle ist er nur sehr schwer zu verstehen. Er ist schon seit zwei Monaten im Hospiz und es geht ihm zusehend schlechter. Er ist bettlägerig, lagert Wasser ein, hat starke Schmerzen und seine Lunge muss immer wieder abgesaugt werden. Der Arzt meint, dass er nun im Sterben liege. Der Patient hat schon im Vornherein den Wunsch geäußert, bei starken Schmerzen sediert zu werden. Tatsächlich zieht sich der Sterbeverlauf noch über drei weitere Wochen hin. Der Patient ist unruhig und in den Pflegeübergaben wird von Angstattacken berichtet. Deshalb ist immer wieder jemand bei ihm, auch in der Nacht und er bekommt Beruhigungsmittel und Sauerstoffgaben. Sein Zustand stabilisiert sich zwischendurch auf niedrigem Niveau. Die Angehörigen, seine beiden Brüder und ihre Familien, werden immer wieder benachrichtigt, wenn es dem Patienten schlechter geht. Jeder Besuch scheint der letzte zu sein. Herr Schumanns letzter Wunsch, noch einmal seinen Hund zu sehen, wird von einem Bruder zunächst nicht ernst genommen. Erst als sich eine Krankenschwester dafür einsetzt, bringt er ihn ins Hospiz mit. Zwei Wochen, nachdem der Arzt das erste Mal seine Sterbeprognose gegeben hat, wird folgendes Ereignis protokolliert:

Herr Schumann bekommt Besuch von seinem Bruder, der sich aber nur kurz im Zimmer aufhält, weil der Patient gerade schläft. Bevor er das Hospiz wieder verlässt, unterhält er sich mit Schwester Sandra auf dem Flur. Sie sagt zu ihm: „Es ist gut, dass er schläft. Er wollte auch schlafen.“ Der Bruder erwidert, er mache sich Sorgen, deshalb komme er persönlich und fragt nicht telefonisch an. Aufgebracht beschwert er sich jetzt bei Schwester Sandra über den Arzt: „Der Arzt hat gesagt: ‚In 24 Stunden lebt er nicht mehr.‘ Jetzt lebt er aber immer noch. Das hat der Arzt schon zehnmal gesagt!“ Schwester Sandra besänftigt ihn: „Herr Schumann hat ein kräftiges Herz. Man kann das nicht wissen.“ Der Bruder beruhigt sich und er berichtet vom gelungenen Besuch mit dem Hund vor zwei Tagen. Herr Schumann hat sich darüber sehr gefreut, was auch von Schwester Sandra bestätigt wird. Anschließend verabschiedet sich der Besuch von der Schwester.

Die Interaktionssequenz zwischen der Krankenschwester und dem Angehörigen ist sehr erhellend für die Organisation des Sterbeverlaufs. Zunächst legitimiert die Pflegerin den schläfrigen Zustand des Patienten. Dabei aktualisiert sie den Patienten als Akteur, wenn sie hinzusetzt: „Er wollte es so.“ Damit wird vermittelt, dass das Personal nur unterstützend eingreift, über die Gabe von Sedativa wird nicht gesprochen. „Schlaf“ wird hier zu einer Metapher des Zustandes des Patienten und des Wunschbildes für den Sterbeverlauf. Herr Schumann soll möglichst friedlich entschlafen können. Er ist geschwächt durch die fortschreitende schleichende Krankheit und sucht nach Ruhe. Herr Schumann wird als Person angesprochen, als an die Episode mit dem Hund erinnert wird. Noch einmal wird ihm ein emotional bedeutendes Erlebnis ermöglicht und biographische Kontinuität hergestellt. Jetzt, da er den Hund gesehen und sich darüber gefreut hat, kann er doch „loslassen“, wie es bei anderen Patienten formuliert wird. Er hat selbst einige Tage vorher gesagt, dass er sterben will. Auf diese Weise entfaltet sich eine Geschichte des guten Sterbens, die über die Geschichte des verzögerten Sterbens gelegt wird: Sie ist an die Prüfungen des Patienten gebunden: an das Ertragen der körperlichen Beeinträchtigungen, mit dem Austragen von Hoffnung und mit der gegenseitigen Versicherung von Angehörigem und Pflegekräften, alles für Herrn Schumann getan zu haben – und das bedeutet, alles für ein gutes Sterben getan zu haben.

Mit dem Hinweis auf das „kräftige Herz“ beschwichtigt die Krankenschwester den Angehörigen, indem sie ihn auf die prinzipielle

[9] Alle Eigennamen wurden anonymisiert.

Ungewissheit des Sterbeablaufs hinweist. Die Vitalität des „kräftigen Herzens“ verhindert zwar nicht das Sterben, zögert es aber doch hinaus und verursacht Ungleichzeitigkeiten. Seine Vitalität verhindert die Balance eines wohlgeordneten Ablaufs und produziert sogar Leiden, indem es das Leben verlängert. Die Krankenschwester bringt damit jedoch nicht die gesamte Tragweite der Körperlichkeit des Patienten zum Ausdruck: Weder die Gefahr des Verblutens, noch der Krebs, noch die Gesichtsschwellungen werden thematisiert. Stattdessen betont sie die realistische Sterbeerwartung von Herrn Schumann. Die Akzentuierung des Patientenwillens und die Ausklammerung der Verfallsprozesse des Körpers gehören sicherlich zu den Repräsentationsstrategien des Hospizes als ein Expertenmilieu. Selbst bei einem offenen Bewusstheitskontext werden die für einen Laien problematischen Aspekte nicht thematisiert – allenfalls werden sie angedeutet. Um die Schwierigkeiten der Verlaufsgestaltung für das Personal zu erläutern, muss deshalb näher auf den professionellen Kontext der Pflege eingegangen werden.

Die Organisation von Sterbeverläufen

Die Pflegekräfte reagieren auf die zunehmende Verschlechterung des Patienten in der vermuteten Todesnähe, indem sie Pflegetätigkeiten nur noch dann ausführen, wenn es unbedingt erforderlich ist. Stattdessen wird Sitzwache gehalten, Schweiß abgetupft und es werden die Lippen befeuchtet. Hygienische Ansprüche werden zugunsten der Reduzierung von Zumutungen balanciert. Das sukzessive Zurückfahren der Körperpflege stößt jedoch dann an Grenzen, wenn der schwache Zustand des Patienten andauert und der erwartete Tod nicht eintritt. Irgendwann muss der Patient dann doch gründlicher gewaschen, müssen Laken und Windel doch gewechselt und der Patient dabei stärker bewegt werden. Bei Herrn Schumann tritt zusätzlich die Schwierigkeit auf, dass sein Krebsgeschwür am Hals aufbrechen kann und er dadurch verblutet. Sein Tod könnte so während der Pflegetätigkeiten herbeigeführt werden, so zumindest befürchtet es eine Pflegekraft: „Ich drehe ihn um und er stirbt.“

Mit diesem Pflegearrangement wird der Sterbeverlauf dirigiert und der Spielraum möglicher Verlaufsstörungen und „Schlamasselsituationen“ eingegrenzt. Eine zentrale Unterstützung bietet die Praxis der Sedierung.[10] Sie stellt die Kontrolle der körperlichen und mentalen Äußerungen des Patienten sicher: seinen Aktionsradius, seine Körperzeichen mit den Symptomen der Unruhe, der Schmerzen und der Atemnot sowie seine Äußerungen von Angst und Depression. Mit der Sedierung werden sowohl Identitätszuweisungen mit der Verschlechterung des körperlichen Zustands als auch die disparaten Körperäußerungen untereinander verknüpft. Das Risiko, dass der Patient nicht mehr Adressat von Reziprozitäts- und Identitätsgesten sein kann, wird durch die graduelle Anpassung der Dosierung an die Symptomäußerungen verhindert. Mitunter werden sogar Schmerzmitteldosierungen herabgesetzt, wenn das Personal den Eindruck hat, der Patient sei zu schläfrig und auch bei einer geringeren Dosierung symptomfrei. Das erklärte Ziel besteht in der Symptomfreiheit bei gleichzeitiger Bewusstheit. Bei Herrn Schumann fällt die Sedierung insofern leicht, weil er ausdrücklich damit einverstanden war. Im Team wird ganz offen darüber diskutiert, wobei die Wünsche des Patienten advokatorisch aufgenommen werden. Herr Schumann, so wird gesagt, wollte „nichts vom Sterben mitbekommen“. Auf diese Weise wird eine vom Patienten ausgehende Legitimation für die Sedierung geschaffen, und es werden gleichzeitig Entschuldigungsgesten gefunden, um Pflegetätigkeiten bei bewusstseinsgetrübtem Zustand auszuführen, Gesten, die den Patienten als Person konstituieren. Vier Tage nach der berichteten Episode mit dem Bruder stirbt Herr Schumann einen schmerzfreien Tod. Anschließend nimmt das Pflegeteam in einer Zeremonie von ihm Abschied – man merkt, dass es für sie nicht einfach war.

Auch wenn das Personal mit Herrn Schumann gelitten hat, so hat es doch robust auf seinen Sterben reagiert: Es arbeitet schließlich in einer Einrichtung, die für Sterbende da ist, und Sterbeumstände können auch bei verzögerten Verläufen gestaltet werden. Das Hospiz ist damit ein aktivitätsorientiertes Milieu: Sterben wird nicht einfach zugelassen, aber es

[10] Vgl. Friedemann Nauck/Birgit Jaspers/Lukas Radbruch, Terminale bzw. palliative Sedierung, in: Wolfram Höfling/Eugen Brysch (Hrsg.), Recht und Ethik der Palliativmedizin, Münster 2007, S. 67–74.

wird vermieden, die Eingriffe als unwillkürlich, abrupt oder von außen gesteuert aussehen zu lassen und so versucht, den Patienten als „Regisseur seines Sterbens“ zu repräsentieren. Der Sterbeprozess von Herrn Schumann zeigt, dass das Sterben einer sehr diffizilen und manchmal gar nicht selbstverständlichen Steuerung anheim gestellt ist, mit der ein friedlicher Verlauf erreicht werden soll. Trotzdem können Spannungen auftreten, hervorgerufen durch Ungleichzeitigkeiten der körperlichen und mentalen Verschlechterungen. Auf einer Krankenhausstation mit palliativer Orientierung wurde beobachtet, dass das Personal versucht, gleichsam mimetisch, sich dem körperlichen Verfallsprozess anzunähern und so der Vorstellung von einem natürlichen Tod zu entsprechen.[11] Auch im Hospiz findet diese Praxis Anwendung – mit dem Unterschied, dass zusätzlich neben den körperlichen Vorgängen auch die Sterbebewusstheit des Patienten und seine Ansprüche an die bürgerliche Identität berücksichtigt werden.

Obwohl das Hospiz als Alternative zum Sterben im Krankenhaus und im Pflegeheim gilt, ist es doch kein so medizinfernes Milieu, wie es manchmal scheinen mag. Auch im Hospiz werden Sterbeverläufe medizinisch gesteuert – nicht immer durch Sedierung, die tatsächlich nur in Notsituationen angewendet werden soll, – aber doch fast immer mit Angstlösern sowie mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Medizinkritiker der 1970er und 1980er Jahre befürchteten ein Sterben an Apparaten. Dies ist nicht eingetreten, zumindest nicht bei chronisch degenerativen Krankheiten. Dennoch wird im Hospiz eine Medikalisierung des Sterbens betrieben – möglicherweise viel stärker als es im Krankenhaus je der Fall war. Es ist allerdings eine „gute“ Medizin, die – vermittelt durch die pflegerische Zuwendung – ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht. Beides zusammen macht dann die Sterbekultur im Hospiz aus.

Hospiz als Denkform

Das Hospiz ist mehr als eine gewöhnliche Institution. Die öffentliche Aufmerksamkeit, die es auf sich zieht, steht im Kontrast zu seiner Bedeutung im Sterbegeschehen. 2006 haben in Deutschland nur 2,5 Prozent der Verstorbenen eine professionelle Sterbebegleitung in Hospizen oder durch ambulanten Palliative-Care-Teams erfahren; 4,4 Prozent der Verstorbenen wurden durch ehrenamtliche Hospizdienste versorgt.[12] Als Projektionsfläche von Sterbediskursen ist es daher dominierend auch eine moralische Institution, die auf den Nachweis der Humanität der Sterbendenversorgung basiert. Mehr als andere vergleichbare Einrichtungen macht es transparent, was geschieht – auch mit dem Hinweis, dass das Sterben nicht immer ideal verläuft und mit viel Mühe verbunden ist.[13] Dabei lassen sich *drei Motive* identifizieren, mit denen das Hospiz unsere Sterbeideale repräsentiert und auf die sich die öffentliche Zustimmung bezieht:

1. Zunächst erfüllt das Interesse am Sterben eine unbestimmte Sehnsucht nach außeralltäglicher Erfahrung. In der Pflege und im Kontakt mit Sterbenden ist der Tod handgreiflich nah, nicht gezähmt als Metapher oder distanziert wie in den Medien. In einer fast vollständig gesicherten Welt sind solche Grenzerfahrungen nicht mehr Bestandteil der Erlebenswelt. Sie müssen, wenn man sich ihnen aussetzen will, ausdrücklich gesucht werden. In der konkreten Arbeit mit Sterbenden kann das Unerklärliche erfahren werden, wenn ein Abschied gelingt und die Begegnung „in sich stimmig ist“. Verbalisieren lassen sich diese Erfahrungen dann in religiösen Begriffen als Konversionserleben: Der Sterbende hat nach seinem Kampf um das Leben endlich Ruhe, Gelassenheit und Versöhnung gefunden, und was dann mit seiner Seele passiert, wird in die Sphäre des Unbestimmten verwiesen. So gaben in einer Studie mit Hospiz- und Palliativpflegepersonal 81 Prozent der Befragten an, an das „Weiterleben nach dem Tod“ zu glauben.[14] Herr Schumann, der

[11] Vgl. Ursula Streckeisen, Die Medizin und der Tod, Opladen 2001.

[12] Vgl. Deutsche Hospizstiftung, Hospizstatistik 2006, in: http://www.hospize.de/servicepresse/hospizstatistik.html (15. 11. 2007).

[13] Vgl. den Portraitband von Sterbenden: Beate Lakotta/Walter Schels, Noch einmal leben vor dem Tod, München 2004.

[14] Vgl. Harry Schröder/Christina Schröder/Frank Förster/Alexander Bänsch, Palliativstationen und Hospize in Deutschland, Belastungserleben, Bewältigungspotential und Religiösität, Wuppertal 2003, S. 34. Dieser Anteil ist verglichen mit der Allgemeinbevölkerung doppelt so hoch. Vgl. Emnid-Institut, Glauben Sie an eine Leben nach dem Tod? in: Chris-

es gewünscht hatte, am Ostergottesdienst teilzunehmen, starb kurz vor den Feiertagen. In seine Hände legte man Osterglocken und der aussegnende Pfarrer deutet sein leidvolles Sterben ganz traditionell als Erlösung: „Jetzt hat Herr Schumann seine Ostern." Im Pflegealltag mag die religiöse Dimension nur eine untergeordnete Rolle spielen, aber in der Retrospektive werden die existentiellen Ungewissheiten und die Prüfungen des Sterbens mit Blick auf eine höhere Macht beruhigt: Herr Schumann hat doch ein gutes Ende gefunden.

2. Ein zweites Motiv besteht in der Gemeinschaftsstiftung. Damit wird auch Kritik an der unübersichtlichen Moderne und ihren unbeständigen und flexiblen Lebensformen geübt, in denen der Einzelne zunehmend vereinsamt und schließlich Gefahr läuft, auch einsam zu sterben. Das Hospiz kann zu einer Ersatzfamilie werden, die Halt und Sicherheit gibt und in der Intimität geteilt wird. Existentielle Situationen werden zu geteilten Erfahrungen der Nähe und des Da-Seins, wenn ehrenamtliche Helfer und Pflegekräfte mitunter Familienrollen übernehmen. In familiären Konflikten greift das auf der Seite des Sterbenden stehende Personal vorsichtig moderierend ein. Es bildet eine „fürsorgliche Gemeinschaft", wie es ein Hospizleiter fordert,[15] auch bei Herrn Schumann, dessen Angehörige immer wieder zu Besuchen motiviert werden und der seinen geliebten Hund erst auf Initiative einer Krankenschwester wieder sieht. Natürlich wissen die Beteiligten, dass es sich um eine Idealisierung von Familie handelt, dennoch kanalisiert das Hospiz auf der Grundlage dieser Vorstellung die Sehnsucht nach Liebe, Geborgenheit, altruistischen Beziehungen, Verantwortung und Sorge füreinander.

3. Während sich in den Religiositäts- und Gemeinschaftsorientierungen Kritik an der Moderne äußern, nimmt das Hospiz schließlich auch Orientierungen der reflexiven Moderne auf.[16] Gutes Sterben und gute Sterbebegleitung bedeuten, dass bewusst auf das eigene Leben geschaut wird, eigene Verluste thematisiert werden und am eigenen Selbstverständnis gearbeitet wird. Das Hospiz ist eingebettet in eine Selbstverständigungs- und Supervisionskultur, in der die „inneren Grundvoraussetzungen" für die Begleitung Sterbender geschaffen werden, wie es in dem zitierten Handbuch formuliert wird.[17] Gefordert sind Sterbebegleiterinnen und -begleiter, die sich auf das Sterben einlassen und ihre Gefühle zulassen. Das bedeutet „Arbeit an sich selbst" und dies, wie der Hospizleiter hinzufügt, „lebenslang".[18] Den Sterbenden soll authentisch begegnet und ihre Persönlichkeit angesprochen werden. So werden sie aufgefordert, über sich selbst zu reflektieren und sich nicht aufzugeben, dies zumindest legt die weit rezipierte Interviewstudie von Elisabeth Kübler-Ross nahe, die Sterben als einen persönlichen Reifungsprozess konzeptualisiert.[19] Auch bei Herrn Schumann wird Identität zugewiesen und Biographie gebündelt. Und er setzt sich ganz praktisch mit seinem Sterben auseinander: Er sagt, er möchte nicht leiden müssen. Damit gibt er dem Personal einen klaren Auftrag, es kann sich auf seine Wünsche berufen, überträgt ihm aber auch eine Mitverantwortung für sein Sterben.

Sterben ist im Hospiz deshalb so voraussetzungsvoll und komplex, weil entsprechend unserer Sterbeideale die Dimensionen des körperlichen Leidens, der existentiellen Nöte, der Gemeinschaftsstiftung und der Aktualisierung von Identität beachtet werden müssen. Gleichzeitig muss jeglicher Verdacht auf Tötung abgewiesen werden. Das Hospiz versucht, diese Dimensionen zu vermitteln und in seinen institutionellen Zuschnitten und moralischen Handlungsorientierungen umzusetzen. Dies erfordert allerdings ein gut abgeschirmtes und ideologisch befestigtes Milieu, denn wenn andere Organisationsziele aufgenommen werden, dürfte die Sorge um Sterbende wieder hinter Dringlichkeitsinteressen zurückgestellt werden und die Hospizversorgung, wie wir sie kennen gelernt haben, am Ende sein.

mon, (2000) 10, http://www.chrismon.de/1025.php, (13. 9. 2007).

[15] Christoph Student, Das Hospizbuch, Freiburg i.B. 1994[3], S. 43.

[16] Vgl. Ulrich Beck/Christoph Lau, Theorie und Empirie reflexiver Modernisierung, in: Soziale Welt, 56 (2005) 2/3, S. 107–135.

[17] Vgl. Ch. Student (Anm. 15), S. 119.

[18] Ebd., S. 119.

[19] Vgl. Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1982.

Klaus Dörner

Leben und Sterben: die neue Bürgerhilfebewegung

Die Alterung unserer Gesellschaft wirkt sich seit etwa 1980 so aus, dass es in fast jeder erweiterten Familie zu jeder Zeit ein Alterspflegeproblem gibt, das die Angehörigen völlig verunsichert, ja überfordert. Denn das bisherige, einhundert Jahre bewährte, zweipolige Hilfesystem – die Pflege in der Wohnung oder im Altenpflegeheim – erweist sich als zunehmend unbrauchbar: In der eigenen Wohnung geht es oft nicht mehr und in ein Pflegeheim wollen immer weniger alte Menschen.

Klaus Dörner
Prof. Dr. med. Dr. phil.; geb. 1933; Psychiater und Soziologe, zuletzt lt. Arzt im Psychiatrischen Krankenhaus Gütersloh (1980 – 1996).
Nissenstraße 3, 20251 Hamburg.

Spätestens seit 1980 lässt sich nicht mehr leugnen, dass alle Bürger unserer Gesellschaft von diesem Problem betroffen sind – ein Betroffenheitsgrad, der etwa bei den Problemen geistig Behinderter oder psychisch Kranker nie erreicht wird. Wir müssen folglich, wenn wir das Problem lösen wollen, in eine neue, eine andere Gesellschaft hineinwachsen – wie gern oder ungern auch immer.

Diese andere Gesellschaft hat einen so großen gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf, wie es ihn nie zuvor in der gesamten Menschheitsgeschichte gab. Denn ironischerweise hat uns der medizinische Fortschritt gleich drei, in ihrer Größe menschheitsgeschichtlich neuartige und zugleich hilfe- wie kostenintensive Bevölkerungsgruppen beschert: *erstens* die Alterspflegebedürftigen und Dementen, *zweitens* die körperlich chronisch Kranken und *drittens* diejenigen, die ich die Neo- oder Pseudo-Psychisch-Kranken nenne: die so genannten Befindlichkeits- und Persönlichkeitsgestörten. Letztere fielen vor 30 Jahren fast alle noch in die Normalverteilung menschlichen Lebens. Da sie sich im Zuge der Vervierfachung der psychotherapeutischen Anbieter ebenfalls vervierfacht haben, müssen sie heute – gewissermaßen als Kunst- oder Marktprodukt – mit dem Etikett „psychisch krank“ und seinen Folgen leben: häufiger zu ihrem Nachteil als zu ihrem Vorteil. Und was die Alterspflegebedürftigen betrifft, so hat sich allein schon die Demenz, die uns allen widerfahren kann, derart ausgeweitet, dass von einer neuen menschlichen Seinsweise zu sprechen ist, zumal ab dem 93. Lebensjahr die Dementen die Mehrheit der Bevölkerung stellen, während die Nicht-Dementen nur noch eine abweichende Minderheit sind.

Niemand kann von sich oder anderen erwarten, heute schon zu wissen, wie das Leben in der Zukunft aussehen wird. Das ist ebenso belastend wie reizvoll. Aber einiges wissen wir doch:

1. Das alte einhundertjährige Hilfesystem der Moderne mit seinen zwei Prinzipien der Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens ist – so tragfähig es in der Vergangenheit war – heute unbrauchbar oder zumindest unzureichend. Es muss in ein neues Hilfesystem überführt bzw. umgekehrt werden.

2. Die Institutionalisierung des Helfens muss einer Deinstitutionalisierung weichen. Zum einen sind wir dazu heute bereits gesetzlich verpflichtet und zum anderen kann praktisch niemand mehr das Heim wollen: Statt die Menschen zur Hilfe, gilt es, die Hilfe zu den Menschen zu bringen.

3. Die Professionalisierung des Helfens muss zum einen *quantitativ* deprofessionalisiert werden, weil ihre weitere lineare Expansion dem Ziel der Integration entgegensteht und sich wegen der hohen Kosten als unmöglich erweist. Nur so lassen sich die wirklich segensreichen und unersetzlichen Kerne des professionellen Helfens dauerhaft finanzieren. Hinzu kommt eine *qualitative* „Umprofessionalisierung“: Die ausgebildeten Helfer

Der Beitrag basiert auf dem Buch des Autors: Leben und Sterben, wo ich hingehöre, Neumünster 2007.

können künftig nicht mehr alles selbst tun; stattdessen müssen sie andere – die Bürger – mobilisieren und beim Helfen begleiten. Daraus ergibt sich:

4. Die einzige freie und verfügbare Ressource ist die Zeit der Bürger; das heißt alle Bürger (nicht nur die Ehrenamtlichen) werden künftig in ihrem Wochenzeitbudget nicht nur Arbeitszeit und Freizeit, sondern auch Sozialzeit vorsehen müssen, wie dies bis zum Beginn der Moderne in allen Kulturen ohnehin der Fall war.

5. Indem auf diese Weise zur Abdeckung des explodierenden gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs das Bürgerteilsystem des Helfens dem professionellen Teilsystem einen Teil des Helfens weg- und damit wieder zu sich zurücknimmt, kann das zu erfindende neue Hilfesystem zukunftsfähig werden: Es wird also – als neues Prinzip – stets ein „Bürger-Profi-Mix" sein, egal, ob die Bürger oder die professionellen Helfer das wollen oder nicht.

Das Erstaunliche ist nun, dass wir Bürger in der Breite längst damit begonnen haben (ebenfalls schon 1980), unser Verhalten an den expandierenden gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf anzupassen – noch bevor die politisch Verantwortlichen auch nur gewagt hätten, so weit zu denken oder gar Forderungen zu formulieren. Alle denkbaren Messinstrumente belegen seit 1980 einen tiefgreifenden kulturellen Wandel der Einstellungen und des Verhaltens der Bürger: Sie zeigen nicht weniger, sondern wieder *mehr* soziales Engagement.

Einige Beispiele seien angeführt: Seit 1980 (nicht vorher) kam es zu einem Anstieg der Zahl der Freiwilligen und der Nachbarschaftsvereine, zur Hospizbewegung, zur Aidshilfekultur und zur Selbsthilfegruppenbewegung, zur Wiederentdeckung der Bürgerstiftungen, der Familienpflege (jetzt auch für Alterspflegebedürftige), zur Stabilisierung der 70 Prozent jener Familien, die ihre Alterspflegebedürftigen ungeachtet verschlechterter Bedingungen selbst pflegen, zur Ausweitung der neuen Bewegung des generationsübergreifenden Siedelns sowie zum Boom ambulanter Stadtviertel-Wohnpflegegruppen. Ob die Halbierung der Suizidzahlen seit 1980 auch hierzu gehört, sei dahingestellt.

Es ist also von einer neuen sozialen Bürgerhilfebewegung auszugehen. Dabei handelt es sich nicht um einen sozialromantischen Wunschtraum, sondern um ein schlichtes und belastbares Faktum. Diese Bewegung ist zwar noch weitgehend ohne Bewusstsein ihrer selbst, aber sie stellt eine gute Basis für die Entwicklung eines neuen Hilfesystems des „Bürger-Profi-Mixes" dar.

Ich habe in den letzten zehn Jahren – in Feldforschung – versucht, die Gemeinsamkeiten der unendlich vielen, lokalen Bürgerinitiativen dieser neuen Bürgerbewegung herauszufinden, um sie zugleich besser miteinander zu vernetzen.[1] Dabei hat sich gezeigt, dass es sich bei diesem „Wunder gegen den Zeitgeist" – Gemeinwohl- statt Eigennutz- und Marktorientierung – nicht um eine idealistische Verklärung, sondern um eine höchst realistische „Einsicht in die Notwendigkeit" (wie Hegel „Freiheit" definiert) handelt. Meine bisherigen Ergebnisse sind folgende:

1. Immer mehr Bürger leiden an zuviel sinnfreier Zeit. Im Durchschnitt beträgt der Anteil der Freizeit 65 Prozent; bei manchen liegt sie natürlich darunter, dafür beträgt sie bei Menschen im dritten Lebensalter oder bei Langzeitarbeitslosen 100 Prozent. Nun kann zwar die Zunahme freier Zeit durchaus genossen werden, aber das ist nur bis zu einem Optimum möglich. Jenseits davon schlägt der Genuss in Leiden um. Statt der heute vom Markt gern angebotenen Psychotherapie ist dann zunächst ein gewisses Maß an „sozialer Erdung": eine individuell unterschiedliche Tagesdosis an Bedeutung für Andere erforderlich, um die übrige freie Zeit nicht fremd-, sondern selbstbestimmt genießen zu können. Diese Reihenfolge ist nicht umkehrbar. Es scheint also in allen Menschen auch ein mal kleineres, mal größeres Helfensbedürfnis (über die eigene Familie hinaus) objektiv zu geben.

2. Immer mehr Menschen machen die Erfahrung, dass man heute nicht nur an körperlich-motorischer oder sozial-moralischer Überlastung, sondern auch an Unterlastung körperlich oder psychosozial erkranken kann.

[1] Die Ergebnisse sind zusammengefasst in: Klaus Dörner, Leben und Sterben, wo ich hingehöre, Neumünster 2007.

3. Nicht wenige Menschen sind wegen der Verknappung der Erwerbsarbeit zu ihrer finanziellen Absicherung auf einen Zweit- oder Drittjob angewiesen. Dem kommt der wachsende gesellschaftliche Hilfebedarf entgegen. Im Unterschied zu den ehrenamtlichen Helfern bisherigen Typs haben die neuen Bürgerhelfer oftmals neben einem Zuviel an freier Zeit, zugleich ein zu geringes Einkommen. Sie bilden den neuen Bürgertyp des sozialen Zuverdieners oder des Semiprofessionellen; sie geben nicht nur Zeit, sondern nehmen auch Geld.

4. Nach den stabilen Ergebnissen des Emnid-Instituts ist nicht nur ein Drittel der Bürger sozial aktiv, ein zweites Drittel antwortet auf die entsprechende Frage: „Ich kann mir das schon gut vorstellen; bloß hat mich doch noch niemand gefragt!“ Wir Menschen sind also offenbar so „gestrickt“, dass wir weder unser eigenes Hilfebedürfnis, noch unser eigenes Helfensbedürfnis gern öffentlich vorbringen. Es bedarf dazu eines Anstoßes von außen: Folglich gilt es, die Realisierung dieses Bedürfnisses flächendeckend zu organisieren. Anders: Wenn ich für irgendetwas zu wenige Bürgerhelfer habe, werde ich mit der Methode des Klinkenputzens etwa bei jeder dritten Klinke fündig.

5. Der bisher wichtigste Beitrag der Bürgerhilfebewegung zum neuen Hilfesystem besteht jedoch in der Wiederbelebung des „dritten Sozialraum“: Es handelt sich dabei um den Raum zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum: um das Stadtviertel, die Dorfgemeinschaft oder die Nachbarschaft, mithin um den „Wir“-Raum, der 1 000 bis 10 000 Einwohner umfasst. Diesen „dritten Sozialraum“ gab es in allen Kulturen bis zum Beginn der Moderne; er war lebensnotwendig für den Hilfebedarf, mit dem eine Familie überfordert ist, für Singles, die keine Familie haben, sowie für alle Prozesse der Integration, auch jener von Migranten. 100 Jahre lang haben wir geglaubt, dass dieser Raum dank des Fortschritts nicht mehr erforderlich sei, jetzt erkennen wir, dass dies ein Irrtum war.

Das Wirkgeheimnis des „dritten Sozialraums“ besteht darin, dass ich als Bürger die Aufforderung, für *alle* Hilfsbedürftigen da zu sein, als Überforderung ablehne, während ich mich auf die Verantwortung für „mein“ überschaubares, streng begrenztes Viertel eher einlassen kann, weil das ja „unsere“ Hilfsbedürftigen sind. Insofern ist der „dritte Sozialraum“ der einzige Ort, an dem eine Synchronisation von Bürgerhilfe und professioneller Hilfe möglich ist – vitale Voraussetzung für den „Bürger-Profi-Mix“. Der „Pflegestützpunkt“ im neuen Entwurf des Pflegegesetzes greift erstmals das Potenzial des „dritten Sozialraums“ auf: die Selbstorganisation der neuen Bürgerhelfer.

Von den zahlreichen bürgerschaftlichen Experimenten, dritte Wege zwischen Wohnung und Heim für den wachsenden Hilfebedarf zu finden, möchte ich ein Beispiel herausgreifen: die oben erwähnten ambulanten Stadtviertel- oder Dorfwohnpflegegruppen. Ich habe mich für dieses Beispiel entschieden, weil diese Wohngruppen, von denen es derzeit in Deutschland etwa 500 gibt, bislang die besten Chancen haben, verallgemeinerbar und damit in gesellschaftlichen Maßstab versorgungsrelevant zu werden. Dies wird allerdings nur dann der Fall sein, wenn sie sich für alle Pflegebedürftigen des Stadtviertels oder des Dorfes öffnen, ganz gleich, ob es sich um einen Demenzkranken, einen 20-jährigen Hirntraumatiker, einen geistig Behinderten oder psychisch Kranken, einen Körperbehinderten oder ggf. auch einen im Wachkoma liegenden Menschen handelt. Das widerspricht zwar der tradierten Sicht der professionellen Helfer, der Wissenschaft und vor allem der Verwaltung, es entspricht dafür aber dem Bedürfnis der Menschen: Kein Dementer, Hirntraumatiker oder Wachkomatiker – wie auch kein rundherum gesunder Bürger – möchte seinen Alltag in einer Monokultur verbringen: Je kleiner und damit zwischenmenschlicher und integrationsfreundlicher der Unterstützung gewährende soziale Raum ist, desto weniger ist Spezialisierung und desto mehr die Allzuständigkeit der Bürger wie der professionellen Helfer gefragt, was gleichermaßen für die Beratung gilt (Experten nur im Hintergrund).

Weil das alles für uns, an instituationalisierte und professionalisierte Hilfe gewöhnte Bürger neu und fremd ist, schildere ich die ambulante Viertelwohnpflegegruppe – ganz praxisbezogen – indem ich mich an die wesentlich Beteiligten – an die Pflegebedürftigen, die Angehörigen, das professionelle Pflegepersonal, die Bürger des Stadt- oder Dorfviertels, die Wohnungsbaugesellschaften und

die Kommunen – wende und sie von der neuen Wohnform zu überzeugen versuche:

1. Pflegebedürftige: „Weil es aus den oder den Gründen zu Hause nicht mehr geht, empfehlen wir Euch, in die ambulante Wohngruppe um die Ecke zu ziehen. Ihr verliert zwar die Vertrautheit Eurer Wohnung, aber nicht die Vertrautheit Eures Viertels. In der ambulanten Wohngruppe macht Ihr eigentlich dasselbe wie bisher in Eurer Wohnung. Auch die Wohngruppe ist als Haushalt zu führen, nur seid Ihr dafür nicht mehr allein zuständig, sondern gemeinsam mit anderen. Jeder trägt zum Funktionieren des Haushaltes soviel bei, wie er kann, jeder hat eine Aufgabe und kommt so zu seiner „Tagesdosis an Bedeutung" für Andere. Anders als im Heim werdet Ihr in der Wohngruppe irgendwann aus dem prallen, tätigen Leben heraus sterben. Wenn die Wohngruppe richtig organisiert ist, werdet Ihr bei niedrigeren Kosten zwei, dreimal mehr menschliche Zuwendung haben als im Heim."

2. Angehörige: „Wenn es zu Hause nicht mehr geht, mietet Ihr – gemeinsam mit anderen Betroffenen – Wohnraum für eine Wohngruppe. Ihr behaltet damit alles in eigener Regie; die Situation ist vergleichbar mit dem Altenteil der früheren Agrargesellschaft, nur dass es sich jetzt um einen Gruppenaltenteil handelt. Außerdem werdet Ihr mit Sicherheit Eure Verantwortung für das pflegebedürftige Familienmitglied nicht von 100 auf 0 Prozent herunterfahren wollen, sondern vielleicht nur auf 50, 30 oder 10 Prozent, was sich problemlos in der ambulanten Wohngruppe aushandeln lässt.

3. Professionelles Pflegepersonal: „Wenn Ihr darauf achtet, dass der Pflegebedarf in der ambulanten Wohngruppe so groß ist, dass sich die 24-Stunden-Präsenz finanzieren lässt, habt Ihr für das betreffende Viertel einen Stützpunkt. Von dem aus könnt Ihr nicht nur den Pflegebedürftigen in den umliegenden Wohnungen helfen, sondern auch allen hilfs- und pflegebedürftigen Bürgern des Viertels garantieren, im Notfall sowohl am Tag als auch in der Nacht in fünf Minuten zur Stelle zu sein. Dabei entfällt sogar weitgehend das leidige Wegekostenproblem. Und es gibt einen weiteren Vorteil: Eure Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden besonders motiviert sein, weil sie in der ambulanten Wohngruppe alle Besonderheiten des Pflegeberufs kennenlernen können, so dass sie sich in ein paar Jahren zu „Allround-Profis" qualifizieren können."

4. Bürger: „Bisher habt Ihr die Kultur Eures Viertels zum Beispiel an der Zahl der Kindergartenplätze gemessen; künftig wird die hinreichende Zahl von Pflegeplätzen im eigenen Viertel noch wichtiger sein." Die Bürger werden rasch erkennen, dass für sie und ihre Familien mit der Zahl der Pflegeplätze im Wohnviertel die Versorgungssicherheit für alle nur denkbaren Pflegerisiken zunimmt, und zwar dort, wo sie jetzt leben: wo sie hingehören. Schon aus diesem Grund werden sie sich gern zum Beispiel an der Absicherung der 24-Stunden-Präsenz oder an der Hauswirtschaft mit oder ohne Geld beteiligen. In Bielefeld haben die Bürger für die ambulante WG die Bezeichnung „Unser Pflegeherz" erfunden.

5. Wohnungsbaugesellschaften: „In der Vergangenheit habt Ihr versucht, die lästigen Pflegebedürftigen aus Euren Siedlungen loszuwerden; heute könnt Ihr Euch das nicht mehr leisten, weshalb Ihr Euch schon bei der architektonischen Planung der Häuser auf den zu erwartenden Pflegebedarf einstellen solltet: Erst dann seid Ihr gegenüber Euren Mietern glaubwürdig, diesen ein lebenslanges Wohnen bis zum Sterben für alle garantieren zu können."

6. Die Kommunen: „Da die Kommune insgesamt meist zu groß ist, müsst Ihr euch organisatorisch auf die „dritten Sozialräume" umstellen. Die bisher praktizierte bürokratische Spezialisierung (Jugend-, Alten-, Behindertenhilfe, Pflege, Eingliederung) solltet Ihr dem Sozialraumprinzip unterordnen und demensprechend auch das Beratungssystem – dies auch kostensparend – umstellen. Es wird auch schon überlegt, die Kommunalverwaltung um ein Amt für Nachbarschaft zu vervollständigen, wie das in den USA in vielen Städten schon seit jeher selbstverständlich ist. Die wichtigste Aufgabe der Kommune besteht aber darin, mindestens 20 Prozent der WG-Wohnungen oder -Häuser selbst als Vermieter zu tragen: Weil alle freien Träger zum Rosinenpicken neigen, ist die Kommune zur Garantie der Chancengleichheit verpflichtet."

Die ambulanten Wohngruppen werden unter anderem deshalb zu Recht „Pflegeherz" genannt, weil sie nicht nach dem Markt-, son-

dern nach dem Gemeinwohlprinzip tätig sind, und weil sie alle für die Lebendigkeit und Menschenfreundlichkeit eines Viertels Verantwortlichen an einen Tisch und zum gemeinsamen Handeln bringen. Träger einer ambulanten WG können sein: Angehörige, Nachbarschaftsvereine, Kirchengemeinden, die Wohnungswirtschaft, die Heime, sofern sie zukunftsfähig bleiben wollen, und die Kommunen.

Hinsichtlich der Versorgungsrelevanz ist für den städtischen Bereich derzeit Bielefeld mit der höchsten Dichte ambulanter Wohngemeinschaften der Spitzenreiter: Nach Berechnung der Akteure ist dort alle 500 Meter eine ambulante WG erforderlich, um die Vollversorgung zu gewährleisten, zumal alle Wohnungsbaugesellschaften und auch der größte Heimträger auf das neue Hilfesystem durch ambulante WGs umgestiegen sind; letzterer hat sich daher selbst einen Heimbaustop verordnet. Für den ländlichen Bereich hat der Landkreis Herzogtum Lauenburg in den letzten zwei bis drei Jahren zwölf ambulante WGs geschaffen und ausgerechnet, dass man für die 150 000 Einwohner für die Vollversorgung etwa 100 WGs benötigen würde.

Da wir erst am Anfang des Aufbruchs in die neue, andere Gesellschaft und in das neue Hilfesystem stehen, sind wir gut beraten, weiter zu experimentieren und die grob skizzierte Bewegung nicht durch allzu schnelle, wenn auch gut gemeinte Qualitätskontrollen zu lähmen. Dieses Instrument ist vielleicht für Institutionen, aber kaum für die freie Bewegung der Bürger im „dritten Sozialraum" geeignet. Es könnte durchaus sein, dass wir schon morgen andere, noch viel bessere dritte Wege zur Problemlösung des wachsenden Hilfebedarfs (er)finden werden. Dessen ungeachtet gilt: Die Zukunft hat schon begonnen, und wer zu spät kommt, den bestraft bekanntlich das Leben.

Ludger Fittkau · Petra Gehring

Zur Geschichte der Sterbehilfe

Die Euthanasie oder die Kunst den Tod zu erleichtern – so lautet der Titel eines Buches, das 1835 in Berlin erschien. Es stammt aus der Feder von Karl Ludwig Klohss, „der Medizin und Chirurgie Doctor, Land-Physikus und praktischer Arzt zu Zerbst". Im Text entwickelt Klohss, was er selbst eine „Lehre der Euthanasie" nennt – mit sechs zentralen Punkten. Diese umfassen die sichere Todesfeststellung samt ordentlichem Begräbnis, ein angenehmes Sterbeambiente und die effektive Schmerzbekämpfung. Auch der „Trost der Religion" solle gewährleistet sein. Die erste Forderung aber lautet: „Dahin strebe, die Menschen nicht vor der Zeit und so viel wie möglich am natürlichen Tode im engern Sinne sterben zu lassen."[1]

Ludger Fittkau
Dr. phil., M. A., geb. 1959; Sozialwissenschaftler, Dieburger Straße 98 D, 64287 Darmstadt.
lfittkau@gmx.de

Petra Gehring
Dr. phil., geb. 1961; Professorin für Philosophie an der TU Darmstadt, Residenzschloß, 64283 Darmstadt.
gehring@phil.tu-darmstadt.de

Das Euthanasieverständnis, das Klohss formuliert, schließt Tötungshandlungen eindeutig aus. Klohss verweist auch auf die bekannten Sätze des berühmten Mediziners Christoph Wilhelm Hufeland: Töteten die Ärzte, so würden sie „die gefährlichste Menschenklasse im Staate, die gefährlichsten Giftmischer", vor denen man nichts sichern könne.[2]

Hufeland und Klohss stehen für die Position der „Euthanasia medica"[3] – einer Bewegung aufgeklärter Ärzte, die seit Ende des 18. Jahrhunderts das Sterben erleichtern, Schmer-

[1] Karl Ludwig Klohss, Die Euthanasie oder die Kunst den Tod zu erleichtern, Berlin 1935, S. 37.
[2] Ebd., S. 98.
[3] Maria Falk, Geschichte und Bedeutung der Euthanasia Medica und ihr Einfluß auf die spätere Euthanasiediskussion und Ausübung der Sterbehilfe, Marburg 1983.

zen und Todesangst durch Medikamente oder auch durch die Gabe von Opium lindern wollen. Tötungshandlungen werden in dieser Zeit nicht nur von Ärzten ethisch verworfen, sondern auch das Allgemeine Preußische Landrecht (ALR) von 1794 ist eindeutig: „Wer einen Andern auf dessen Verlangen tödtet, oder ihm zum Selbstmorde behülflich ist, hat 6 bis 10jährige, und bei einem überwiegenden Verdachte, den Wunsch nach dem Tode bei einen Getödten selbst veranlaßt zu haben, lebenswierige Festungs- oder Zuchthausstrafe verwirkt", heißt es in Paragraph 834.

Der Geist der „Euthanasia medica" – also einer Hilfe beim Sterben ohne aktive Tötungshandlung – bleibt bis Mitte des 19. Jahrhunderts diskursbestimmend.

Der Gedanke an ein staatlich, das heißt durch ein gesetzliches Verfahren, institutionalisiertes Angebot einer Hilfe nicht *im*, sondern *zum* Sterben – einer Sterbehilfe (die innerhalb oder außerhalb der Medizin) in bestimmten Standardsituationen regulär verordnet und vollstreckt oder aber privat nachgefragt werden kann – ist also eine junge Errungenschaft. Aktive Sterbehilfe unter staatlicher Ägide setzt den modernen Rechtsstaat und eine professionalisierte Wohlfahrtsmedizin voraus.

Ein relevanter öffentlicher Diskurs über „Tötung auf Verlangen" oder „Suizidbeihilfe" durch Ärzte oder Laien entsteht kurz vor Ende des 19. Jahrhunderts. Ältere, malthusianische Motive (die Schwachen sind eine ökonomische Belastung) und jüngere, eugenische Motive (bestimmte Individuen sind erbbiologisch unerwünscht) mischen sich. Es entstehen sozialplanerische Konzepte, die Kranke und Behinderte als Hindernis auf dem Weg zur gesundheitspolitisch optimierten Gesellschaft betrachten. Nicht erst im Nationalsozialismus, sondern bereits am Ende des 19. Jahrhunderts werden so das individuelle Verlangen eines Lebensmüden nach Hilfe zur Lebensverkürzung genauso thematisiert wie die Kostenlasten des Gesundheitssystems. Der entstehende Sterbehilfediskurs hat so von Beginn an ein doppeltes Gesicht: Zum einen prägt ihn eine neue Rhetorik der individuellen Freiheit, die eine Tötungsbeihilfe als Mitleidsakt oder Freundschaftsdienst umschreibt. Zum anderen prägt ihn das Thema der gesellschaftlichen Notwendigkeit: Eine Belastung der Gesunden durch Alte und Kranke soll „in Grenzen" gehalten werden. Der Diskurs verbindet die Idee moralisch-ethischer „Autonomie" zum Tod mit einer Logik des Gemeinnutzens und der strikten sozialen Steuerung. In der Rechtsentwicklung der modernen Sterbehilfe lassen sich drei relevante Phasen unterscheiden: die Phase des Beginns einer Debatte der Verrechtlichung um 1900, eine staatsrassistische Phase von den 1920er Jahren bis zum Ende des zweiten Weltkriegs und eine liberale Phase von den 1960er Jahren bis heute.

Konzepte der Sterbehilfe um 1900

Symptomatisch für das Profil des modernen Sterbehilfediskurses ist die 1895 erschienene Programmschrift *Das Recht auf den Tod* des Göttinger Wirtschaftsstudenten Adolf Jost. Wie Georg Simmels *Einleitung in die Moralwissenschaft* (1893) sowie Ernst Haeckels *Lebenswunder* (1904) kann Josts Schrift zu den Gewährstexten einer neuen Autonomiefigur gezählt werden: einer „Autonomie" im Sterben, die genau darin bestehen soll, dass nicht etwa ich mich selbst umbringe, sondern mein Wille sich genau darin realisieren soll, dass jemand anderes – eine „dritte Hand" – an mir die tödliche Handlung vollbringt.

Jost greift mit seiner Schrift einen „starren Punkt in unseren moralischen und sozialen Anschauungen" an.[4] Die Religion, der Staat und die öffentliche Meinung werden für die Stagnation hinsichtlich des Sterbens und des Todes verantwortlich gemacht. Man werde, so Jost, durch „moralische Pression" gezwungen, „sein Leben selbst unter den trostlosesten Verhältnissen bis zu einem vielleicht qualvollen Ende fortzuschleppen." Das „Recht, zu sterben" werde hart bestraft, während auf der anderen Seite Staat, Gesellschaft und Religion im Kriegsfall wie auch bei der Todesstrafe davon ausgingen, dass es eine „Pflicht zu sterben geben soll". Gerade für geistig unheilbar Kranke sei „der Tod oft in noch höherem Maße eine Wohlthat, als für den physisch Kranken."[5] Man sage zwar, dass „sich der geistig Kranke oft recht wohl befinde, daß er zwar nutzlos sei für seine Umgebung,

[4] Adolf Jost, Das Recht auf den Tod. Sociale Studie, Göttingen 1895, S. 1.
[5] Ebd., S. 16.

was aber seine Person anlange, ein verhältnismäßig ruhiges und glückliches Dasein führen könne." Es gebe doch aber eine „nennenswerthe Zahl" geistig Behinderter, die unglücklich seien. Das „einfache, natürliche Mitleid", folgert Jost, müsse hier schon zur Anerkennung des „Rechtes auf den Tod" führen.[6]

In Josts Schrift spiegeln sich jedoch vor allem ökonomische Argumente des Aufwandes der Pflege schwer Kranker und der (finanziellen wie seelischen) Belastung, die den Angehörigen und der Gesellschaft hier entstünden. „Der Kranke konsumiert eine beträchtliche Menge materieller Werthe, mehr als der gesunde Mensch. Einer von ihnen, oder wenigstens mehrere zusammen absorbieren die Arbeitskraft mehrerer Leute, die sie zu pflegen und zu warten haben, sie verbrauchen Nahrung und Arzneien."[7] Dieser ökonomischen Evaluation stellt Jost Überlegungen zum „Lebenswert" zur Seite: „Der Werth des menschlichen Lebens" könne „nicht bloß Null, sondern auch negativ werden, wenn die Schmerzen so groß sind, wie es in der Todeskrankheit der Fall zu sein pflegt."[8] Der Tod sei dann besser als das Leben.

Jost will die Tötungserlaubnis für Kranke und Schwache einerseits von der Diagnose eines oder einiger Ärzte abhängig machen und andererseits von der Zustimmung des Patienten selbst – hiermit zeichnen sich bereits die auch heute noch geltenden zentralen Kriterien für die aktive Sterbehilfe ab. Es geht Jost aber explizit nicht nur um ein „Mehr" an Privatautonomie für das Individuum, sondern um eine soziale Reformstrategie. Sei nicht „vom Standpunkt der Wohlfahrt der menschlichen Gesellschaft aus" ein Recht auf den Tod anzuerkennen? Im Vordergrund steht damit eine Moral des sozialen Nutzens. Das Recht auf den Tod soll vor allem der sozialen Wohlfahrt dienen, und das geforderte „Recht" ist nicht zuletzt ein Recht *der Gesellschaft* auf den Tod des Einzelnen. Nicht nur das autonome Individuum steht also am Beginn des Sterbehilfediskurses, sondern und untrennbar geht es auch um die wirtschaftliche Handlungsfreiheit der Gesellschaft, die knappe Ressourcen zu rationieren hat.

[6] Ebd., S. 16.
[7] Ebd., S. 17.
[8] Ebd., S. 26.

Die Jostschen Sterbehilfeargumente werden kurz nach der Jahrhundertwende unter anderem in dem von dem Biologen Ernst Haeckel und dem Arzt Auguste Forel gegründeten *Deutschen Monistenbund* wieder aufgegriffen. In den Diskussionskontexten der nicht zuletzt eugenisch geprägten Vereinigung entsteht 1913 der erste komplette Gesetzentwurf zur Sterbehilfe. Der von Roland Gerkan, Mitglied des Monistenbundes, verantwortete Text hebt hervor, dass der Sterbewillige einzuwilligen habe und dass Ärzte am Tötungsakt beteiligt sein sollen. In Grundzügen ähnelt er den heute gültigen Regelungen in den Niederlanden und Belgien. Im parlamentarischen Raum blieb er weitgehend ohne Resonanz.

Staatsrassistische Phase

Die Erfahrungen des Ersten Weltkriegs beeinflussen den europäischen Sterbehilfediskurs in den 1920er bis in die 1940er Jahre maßgeblich. Sie schieben zunächst die ökonomische Seite des Diskurses in den Vordergrund. Das ist nicht zuletzt auf die Kriegserfahrungen selbst zurückzuführen, wie Heinz Faulstich in seiner bedeutenden Studie über „Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949"[9] nachgewiesen hat. In der Psychiatrie nach dem Ersten Weltkrieg gab es offenbar einen weitgehenden Konsens darüber, dass es Situationen gebe, in denen das Wohl und Wehe der Starken das Lebensrecht der Schwachen außer Kraft setzt.[10] Diese „Wandlung des Humanitätsbegriffs" spiegelt sich gleichzeitig auch in den rechtspolitischen Debatten der jungen, politisch zerrissenen Weimarer Republik wider.

In ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens" greifen Karl Binding und Alfred Hoche 1920 den Sterbehilfediskurs wieder auf. Der Strafrechtler Binding stellt zu Beginn seiner „rechtlichen Ausführung" zum Thema die Frage: „Soll die unverbotene Lebensvernichtung, wie nach heutigem Rechte – vom Notstand abgesehen –, auf die Selbsttötung des Menschen beschränkt bleiben, oder soll sie eine gesetzliche Erweiterung

[9] Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949, Freiburg/Br. 1998.
[10] Vgl. Hans-Ludwig Siemen, Menschen bleiben auf der Strecke. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh 1987.

auf Tötungen von Nebenmenschen erfahren und in welchem Umfange?“[11] Für so genannte „Hauptmenschen“ – als Beispiel dienen Arbeiter in der Montanindustrie – will Binding zwar die „Beihilfe zum Suizid“ und die „Tötung auf Verlangen“ weiterhin unter Strafe gestellt wissen. Aber angesichts der soldatischen Opfer, die der Erste Weltkrieg forderte und die in zivilen Zeiten beispielsweise eben Arbeiter in der Montanindustrie tagtäglich erbrächten, hält er die Pflege von „Nebenmenschen“ in Heimen und Anstalten nicht mehr für gesellschaftlich gerechtfertigt.

Während die Mehrheit der Psychiater und Anstaltsärzte nach dem Ersten Weltkrieg offenbar nicht sehr weit von den Positionen Bindings und seines Ko-Autors, des Ökonomen Alfred Hoche, entfernt ist, stoßen ihre rechtspolitischen Vorschläge bei der Mehrheit der praktischen Ärzte auf Widerstand.[12] Der Deutsche Ärztetag 1921 in Karlsruhe lehnt einen an Binding und Hoche anknüpfenden Antrag zur „gesetzlichen Freigabe“ der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ nahezu einstimmig ab.[13] Das Thema bleibt jedoch auf der politischen Agenda. Das NS-Regime leitet nach der Machtübernahme 1933 umgehend erste Schritte zu einer Reform des Strafrechts ein. Ziel ist es, Tötungen durch Ärzte möglich zu machen. Im September 1933 erscheint die so genannte „Preußische Denkschrift“, verantwortet vom Preußischen Justizminister, dem Nationalsozialisten Hans Kerrl. In diesem Text wird eine mildere Bestrafung für Tötung auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen als bei der „gemeinen Tötung“ gefordert. Die Sterbehilfe („Euthanasie“) erscheint erneut als Unterart der Tötung auf Verlangen und wird als „wunschgemäße Beförderung des Sterbens eines hoffnungslos Leidenden durch ein todbringendes Mittel zur Verkürzung der Qual“ definiert.[14] Gefordert wird ein ärztliches Tötungsprivileg: Schreite jemand ohne ausreichende Sachkenntnis über Art und Grad einer Erkrankung zur Tat, so sei das zu sanktionieren – jedoch nicht, wenn die Person, die Sterbehilfe leiste, zur Beurteilung der Krankheitslage fähig sei. Zur Sicherheit solle stets das Gutachten zweier beamteter Ärzte eingeholt werden. Im Zusammenhang mit Geistigbehinderten ist in der Denkschrift – darin kehrt die Wortwahl von Binding und Hoche wieder – nicht mehr von Tötung, sondern von „Ausschaltung“ oder von „Vernichtung“ die Rede.

Die „preußische Denkschrift“ findet auch in die Beratungen der amtlichen Strafrechtskommission Eingang, die nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten unter dem Vorsitz von Justizminister Franz Gürtner ab November 1933 das Strafrecht reformieren soll. Nur im Hinblick auf die Tötung auf Verlangen weicht die endgültige Position der Strafrechtskommission von der Linie der Denkschrift ab. Nach dem Vorschlag der Kommission sollte der Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216) entfallen, denn die milde Behandlung dieses beruhe auf einer „individualistischen Einstellung“ des bisherigen Rechts. Jedes Mitglied der Volksgemeinschaft habe aber die Pflicht, der Gemeinschaft bis zum letzten zu dienen, und dürfe sich dem nicht feige durch Suizid oder „verlangte“ Tötung entziehen. Insgesamt setzt die Kommission eher auf vorbeugende Eugenik als auf Tötung.

Unabhängig von den Beratungen einer in gewisser Weise immer noch „rechtsstaatlich gebundenen juristischen Fachdiskussion“[15] fassen schon bald nach der Machtübernahme einflussreiche Nationalsozialisten die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ ins Auge. So soll Reichsärzteführer Gerhard Wagner nach Aussage von Karl Brandt, zu dieser Zeit „Begleitarzt“ Adolf Hitlers, auf dem Reichsparteitag der NSDAP 1935 den „Führer“ auf die Möglichkeit der „Euthanasie“ hingewiesen haben. 1939, als im Umfeld Hitlers klar ist, dass alles auf einen Krieg hinauslief, wird als erste einer ganzen Reihe von Euthanasieaktionen die so genannte „Kindereuthanasie“ eingeleitet. Wann genau die Planungen für die Tötungen der Kinder in Gang gesetzt wurden, ist bis heute offen. Klar ist jedoch, dass vorbereitende Maßnahmen bereits vor dem 18. August 1939 beginnen, dem Tag, an dem ein streng vertraulicher Runderlass des Reichsministeriums des Inneren an Hebam-

[11] Karl Binding/Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920, S. 1.

[12] Vgl. Udo Benzenhöfer, Der gute Tod?, München 1999, S. 105 f.

[13] Vgl. ebd., S. 107.

[14] Hans Kerrl (Hrsg.), Nationalsozialistisches Strafrecht. Denkschrift des Preußischen Justizministers, Berlin 1933, S. 86.

[15] Vgl. U. Benzenhöfer (Anm. 12), S. 112.

men, Ärzte in Entbindungsanstalten und geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern und Allgemeinärzte ergeht. Zur „Klärung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiete der angeborenen Mißbildung und der geistigen Unterentwicklung“[16] sollen Kinder mit angeborenen Behinderungen gemeldet werden. Etwa 20 000 Kinder werden anschließend für die Tötung ausgesucht. 5 000 bis 8 000 von ihnen wurden bis zum Kriegsende ermordet. Der Kindereuthanasie folgte die so genannte „Erwachsenen-Euthanasie“.

Nach gültigem Recht bleiben während der NS-Zeit trotz vieler Regelungsentwürfe sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ strafbar. Noch in der 12. Auflage eines Kommentars zum RStGB, der 1943/44 erschien, heißt es: „Ein Recht auf Sterbehilfe (. . .) ist nach dem geltenden Recht weder dem Arzt noch sonst einer Person zuzubilligen (. . .) Andere Arten von Vernichtung lebensunwerten Lebens, z. B. die Tötung unheilbar Blödsinniger, könnten erst recht nur durch Änderung der Gesetzgebung straffrei werden.“[17]

Hitler hatte bereits 1929 angeordnet, dass die „Gewährung des Gnadentodes“ in alleiniger Zuständigkeit der Kanzlei des Führers als „Geheime Reichssache“[18] zu bearbeiten sei. Dennoch weiß vor allem die Bevölkerung in der Umgebung der Vernichtungszentren bald relativ genau, was geschieht. Voll ankommende und leer abfahrende Busse sprechen genau wie die rauchenden Schornsteine der Verbrennungsöfen eine deutliche Sprache. Am 3. August 1941 hält Bischof Clemens August Graf von Galen eine Protestpredigt gegen die Euthanasie. Dies und eine registrierte „allgemeine Unruhe“ in der Bevölkerung führen dazu, dass die Euthanasieaktionen am 24. August 1941 aller Wahrscheinlichkeit nach von Hitler selbst gestoppt werden.[19] Gleichwohl sind zu diesem Zeitpunkt bereits mehr als 100 000 Menschen Opfer der Euthanasieaktionen und des systematischen „Hungersterbens“ in den Anstalten geworden.

Nach Kriegsende und Kapitulation sind in Deutschland kaum Publikationen zum Thema „Sterbehilfe und Recht“ zu finden. Auf dem Konstanzer Juristentag 1947 wird gefordert, dass über eine „echte Euthanasie“[20] in Deutschland nie wieder diskutiert werden dürfe.

Liberale Phase

Erst Anfang der 1970er Jahre beginnt in Europa eine dritte Phase der Diskussion über Sterbehilfe, in welcher nun die Niederlande für Europa die Vorreiterrolle einer durch das Medizinsystem kontrollierten Tötung auf Verlangen übernehmen.

Der niederländische Weg der Legalisierung stilisiert die Sterbehilfe als Therapie, bewegt sich also im Medikalisierungs-Paradigma und setzt dabei auf „Patientenautonomie“. Der Präzedenzfall für eine lange Phase der Duldung von medizinischen Tötungen ist ein Prozess wegen „Tötung auf Verlangen“ (Art. 293) gegen die Ärztin Gertrude Postma im Februar 1973. Sie hatte ihre Mutter getötet, wurde am Ende jedoch lediglich zu einer „symbolischen“ Strafe von einer Woche Haft auf Bewährung verurteilt. Das milde Urteil wird damit begründet, die Mutter habe in einem irreversiblen Krankheitszustand ausdrücklich den Tod verlangt und es habe keine therapeutischen Alternativen mehr gegeben. Der Fall wurde als menschliches Drama in den Massenmedien ausführlich erörtert und führte zur Gründung der niederländischen Euthanasievereinigung NVVE (heute NVVL). Heute gilt der Postma-Fall als entscheidender Schritt zur Durchsetzung der Euthanasie in der niederländischen Gesellschaft.

Nur wenige Wochen später wurde ein „Euthanasie-Bericht“ des niederländischen „Gesundheitsrates“ – einer von der Regierung bestellten Sachverständigen-Kommission – veröffentlicht, der ebenfalls die Euthanasie nicht

[16] Ernst Klee, Euthanasie im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt/M. 1983.
[17] Zit. nach: Lothar Gruchmann, Justiz im Dritten Reich. Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner, München 1988, S. 499.
[18] U. Benzenhöfer (Anm. 12), S. 122.
[19] Vgl. E. Klee (Anm. 16), S. 339.
[20] Zit. nach: J. E. Lunshof/A. Simon, Die Diskussion um die Sterbehilfe in Deutschland seit 1945, in: Andreas Frewer/Clemens Eickhoff (Hrsg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/M. 2000, S. 237.

mehr grundsätzlich ablehnt und eine neue Rechtslage für Fälle von Patiententötung fordert.[21] Ein Arzt, der die Strafrechtsparagraphen 293 (Tötung auf Verlangen) und 294 (Beihilfe zum Suizid) verletze, solle das Recht haben, Rechtfertigungsgründe vorzutragen, die zu einer Aussetzung der Strafverfolgung führen. Der Paradigmenwechsel, der sich in der Euthanasiefrage mit dieser neuen Normierung vollzieht, wird durch die Kommission ausdrücklich vermerkt: Bis vor kurzem sei Euthanasie in der niederländischen medizinischen Welt zwar für unzulässig gehalten worden, vor allem aufgrund der absoluten Achtung des menschlichen Lebens. Nun aber fragten Gesellschaft, Ärzte, Familie und Patienten bzw. deren gesetzliche Vertreter nach der Möglichkeit der Euthanasie. Der Gesundheitsrat hält aber als mögliches Motiv *der Gesellschaft,* nach Euthanasie zu fragen, auch lakonisch fest: „Knappe Mittel, die besser für Patienten mit größerer Lebenserwartung angewandt werden können." Als mögliche Motive *des Arztes* sieht die Kommission Abwägungsprobleme, sofern trotz Lebensverlängerung ein Patient doch bald sterben wird. Und als mögliche Motive *der Familie* werden genannt: Schreckliches Leiden nicht mehr mit anzusehen, Sinnlosigkeitsgefühle sowie die Einschätzung, das Sterben sei keine menschenwürdige Existenz mehr. Die Kommission hält fest: „Die Frage nach Euthanasie kommt sehr selten vom Patienten selbst."

Weitere Stationen einer De-facto-Legalisierung der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden sind das Jahr 1985, in dem das Akademische Krankenhaus in Utrecht als erste Klinik Sterbehilfe-Richtlinien für seine Ärzte erlässt, und die Jahre 1990/91, in denen sich die Niederländische Ärztevereinigung KMNG und das Justizministerium auf ein freiwilliges Meldeverfahren für Sterbehilfe und medizinisch assistierten Suizid einigen. Zwei Jahre später wird eine gesetzliche Meldepflicht für Tötungshandlungen durch Ärzte eingeführt. 1999 legte dann das niederländische Kabinett einen Entwurf für ein Euthanasiegesetz vor, nach dem Staatsanwälte bei Tötung auf Verlangen nur noch ausnahmsweise tätig werden und Ärzte Fälle nur noch an die dafür eingerichteten Kommissionen melden müssen.

Am 1. April 2002 tritt in den Niederlanden ein Gesetz unter der Bezeichnung „Überprüfungsverfahren bei aktiver Sterbehilfe und ärztlich betreutem Freitod"[22] in Kraft. Voraussetzungen für die Straffreiheit tödlicher Handlungen sind seitdem: Der Betroffene muss unheilbar krank sein, über seine Situation aufgeklärt worden und zu der Überzeugung gekommen sein, dass es für seine Lage keinen anderen Ausweg gibt. Des Weiteren muss nach Art. 2, Abs. 1 des Euthanasiegesetzes mindestens ein anderer, unabhängiger Arzt hinzugezogen worden und die „Lebensbeendigung oder die Hilfe bei der Selbsttötung medizinisch sorgfältig ausgeführt worden sein." Noch im Jahr 2002 hat Belgien eine ähnliche Regelung eingeführt.

Auch in anderen Ländern der westlichen Welt gibt es seit Beginn der 1970er Jahre wiederholt öffentliche Diskussionen zur Frage, ob die Tötung auf Verlangen legalisiert werden soll oder nicht. Regelmäßig sind medienwirksame Einzelfälle der Anlass – so Mitte der 1970er Jahre der Fall der US-amerikanischen Koma-Patientin Karen Ann Quinlan. Eine „Right to die-Bewegung" formiert sich international.

Die Schweiz bietet mit einem seit 1942 existierten Erlaubnistatbestand zum „assistierten Suizid" durch medizinische Laien eine besondere Rechtslage, vor deren Hintergrund sich gemeinnützige Vereine bilden (Exit e.V., Dignitas e.V.), die Sterbehilfe international anbieten, was auf zunehmende Nachfrage stößt. Im Paradigma der Suizidbeihilfe wird der Sterbehilfetod als Freitod stilisiert und aus angeblich uneigennützigen Gründen unterstützt. Als Suzid betrachtet, bleibt diese Praxis freilich mit dem unerklärlichen Paradox behaftet, dass ein Dritter den „eigenen" Willen des Lebensmüden vollstrecken soll.

Im Deutschland der 1980er Jahre ist es vor allem die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben" mit ihren Vorsitzenden Hans-

[21] Vgl. Gezondheitsraad, Interim-advies inzake euthanasie. Publicatienr. 15, Den Haag, Staatsuitgeverij 1972, S. 12. Der Text wurde u. a. in der niederländischen Ärztezeitung Medisch Contact, 28 (1973), veröffentlicht. Nachfolgend zitieren wir in eigener Übersetzung.

[22] Niederländisches Justizministerium, Pressemitteilung in deutscher Sprache vom 28. 11. 2000.

Hennig Attrott sowie Julius Hackethal, welche die gesellschaftliche Debatte forciert. Am 15. Mai 1985 findet eine Anhörung vor dem Rechtsausschuss des Bundestages zum Thema Sterbehilfe statt. Zu den 15 eingeladenen Sachverständigen gehörten auch Hackethal und Atrott, die vergeblich eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen fordern. Einen weiteren Vorstoß für eine Gesetzesänderung unternimmt 1986 der Arbeitskreis „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe", der unter anderem den Behandlungsabbruch bei Langzeit-Komapatienten und schwerstgeschädigten Neugeborenen legalisieren will. Ebenso sollen „die Nichtbehinderung einer Selbsttötung" straffrei gestellt werden sowie die Tötung auf Verlangen bei einem „schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustand". Dieser Gesetzentwurf wird auf dem Deutschen Juristentag 1986 diskutiert und mehrheitlich abgelehnt. Umso wichtiger werden in der Folge weitere Gerichtsurteile. Das Oberlandesgericht München lehnt es 1987 ab, gegen Hackethal ein Verfahren wegen Tötung auf Verlangen einzuleiten, obwohl dieser einer Krebskranken den Giftbecher mit Zyankali zum Munde geführt hatte. Das Gericht wertet den Fall als eine Beihilfe zum Suizid, die straflos sei.

Das Urteil gibt der deutschen Sterbehilfe-Bewegung publizistischen Auftrieb. Hackethal wird zum lautstarken Verfechter einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sowie ärztlicher Beihilfe zum Suizid. Der so genannte „Kemptener Fall", die Erlaubnis für den Abbruch der Sondenernährung einer Frau im Wachkoma, führt dazu, dass der Bundesgerichtshof Mitte der 1990er Jahre[23] die Rechtsfigur des „mutmaßlichen Willens" eines Patienten zum Kriterium für die richterliche Feststellung der Einwilligung erhebt.[24]

In Deutschland sind somit heute rechtspolitische Suchbewegungen unverkennbar, die auf eine internationale Angleichung der Dogmatik und des öffentlichen Redens in Sachen Sterbehilfe zielen. Für die europäische Sterbehilfepolitik generell ist festzustellen: Ob „medizinische Maßnahme am Lebensende" oder „assistierter Suizid" – eine bestimmte, staatlich kontrollierte und bioethisch flankierte Form der Tötung von fremder Hand ist aus dem allgemeinen Raum der verbotenen Fremdtötung ausgegliedert worden. Mit der Einführung von Patientenverfügungen wird unter anderem durch Krankenkassen für eine Kultur des frühzeitigen Nachdenkens über Vorab-Bestimmungen über individuell gewollte Behandlungsbegrenzungen geworben. Die Zielgruppen für das Tötungsangebot ähneln auch heute denen, die schon Jost oder Haeckel zu Beginn des Diskurses im Blick hatten: Menschen im Sterbeprozess, Menschen mit irreversibel zum Tode führenden Krankheiten sowie Komapatienten, an denen Behandlungsaufwand erspart werden kann – pauschal gesprochen: Alte und Kranke ab dem Punkt einer schlechten Prognose.

Auch in den jüngsten Stellungnahmen des Nationalen Ethikrates zum Thema geht es um das öffentliche Aushandeln von Bedingungen, unter denen eine Lebenswertentscheidung, die mit einer sozialen Wertentscheidung im Einklang steht, in eigenem Namen getroffen werden soll.[25] Gerade die Kleinteiligkeit der aktuellen Debatten zeigt, dass moderne Gesellschaften wie diejenigen Europas längst Sterbepolitik betreiben, das heißt die Rahmenbedingungen des Sterbenlassens gezielt und aktiv gestalten. Sterbe(hilfe)politik wiederum ist Biopolitik: Lebensrationierungs-, Lebensoptimierungs- und Lebenskostenverteilungspolitik.

[23] Vgl. BGH-Urteil 1StR 357/94.

[24] Vgl. Oliver Tolmein, Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im *vegetative state* in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland, Frankfurt/M. 2004.

[25] Vgl. Petra Gehring, Sterbepolitische Umbauversuche. Von der Sterbehilfe zum assistierten Suizid, in: dies./Marc Rölli/Maxine Saborowski (Hrsg.), Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute, Darmstadt 2007, S. 121–137.

Svenja Flaßpöhler

Die Freitodhilfe – ein humaner Akt?

Noch einmal die Frage, ob er sich wirklich sicher sei. Ja. Ob er dann bitte auf dem Bett nebenan Platz nehmen könne. Wortlos geht er in den anderen Raum und setzt sich auf die Bettkante: Ein alter Mann mit Hosenträgern, der sich, kaum dass man ihm den Becher reicht, das tödliche Medikament entschlossen in die Kehle kippt. Er hat seinen Willen bekommen: Gleich wird er einschlafen und in einer knappen halben Stunde werden sein Atem und sein Herz ihren Dienst versagen.

Svenja Flaßpöhler
Dr. phil., geb. 1975; freie Autorin, u. a. für den Deutschlandfunk, die Wochenzeitung Freitag und Psychologie Heute; Arthur-Koestler-Preis für „Mein Wille geschehe. Sterben in Zeiten der Freitodhilfe“, Berlin 2007.
svenja@flasspoehler.com
www.flasspoehler.com

Paul Zögli ist einer von Hunderten, die sich jedes Jahr in der Schweiz bei ihrem Suizid helfen lassen.[1] Häufig sind es tödliche Krankheiten, die zu diesem Entschluss führen. Manchmal aber ist auch einfach eine bleierne Lebensmüdigkeit der Grund dafür, dass sich Menschen an eine Freitodhilfeorganisation wie Dignitas oder Exit wenden. Dort wird ihnen, wenn die notwendigen Bedingungen erfüllt sind, von ehrenamtlichen Freitodbegleiterinnen oder Begleitern das Medikament Natrium-Pentobarbital bereitgestellt, ein weißes, in Wasser aufgelöstes Pulver, das einen garantierten, schnellen und schmerzfreien Tod herbeiführt.

In der Schweiz ist eine solche Praxis qua Gesetz erlaubt. So besagt Artikel 115 des Strafgesetzbuches, dass eine Suizidbeihilfe zulässig ist, wenn keine selbstsüchtigen Motive vorliegen. Die Freitodhilfeorganisationen achten in ihren Statuten darauf, dass ihnen ein solches Motiv nicht unterstellt werden kann, und müssen nachweisen, dass die erhobenen Mitgliedsbeiträge lediglich zur Unkostendeckung verwendet werden. Demzufolge sind sie keine zwielichtigen Einrichtungen, die sich am Rande der Legalität bewegen, sondern ein gesetzlich verankerter, kaum mehr wegzudenkender Bestandteil einer Gesellschaft, die dem Recht auf einen selbstbestimmten Tod einen hohen, unverbrüchlichen Stellenwert beimisst. So zählt die 1982 gegründete Organisation Exit 50 000 Mitglieder, von denen sich jährlich etwa 150 in ihren Freitod begleiten lassen. Die wesentlich jüngere Schwesterorganisation Dignitas erhielt bislang immerhin fast 5 000 Beitrittserklärungen – viele davon stammen aus dem Ausland. Anders als Exit begleitet diese 1998 durch Ludwig A. Minelli ins Leben gerufene Organisation auch Nichtschweizer in ihren Freitod – ein Angebot, dem Minelli im Spätsommer 2005 Nachdruck verlieh, indem er eine Dependance im niedersächsischen Hannover eröffnete.

Die Situation in Deutschland

Mit diesem Vorstoß hat der Rechtsanwalt und ehemalige Spiegel-Korrespondent zielsicher den Nerv der Deutschen getroffen – und das in einem doppelten Sinne. Einerseits stammt ein Drittel der Dignitas-Mitglieder aus der Bundesrepublik, was ein eindeutiges Zeichen für die immense Nachfrage ist, die hierzulande nach Suizidbeihilfe herrscht. Auf der anderen Seite sind wir Deutschen durch unsere nationalsozialistische Vergangenheit nach wie vor herausgefordert, einer gesellschaftlichen Unterstützung des Sterbens mit äußerster Vorsicht zu begegnen. Vor diesem Hintergrund wird häufig darauf verwiesen, dass eine solche Unterstützung, wenn sie missbraucht werde, über kurz oder lang zu einer Vernichtung „unwerten Lebens“ führe, wie sie von den Nationalsozialisten praktiziert wurde.

Die gesamte Debatte krankt nun aber insbesondere dann an einer fatalen begrifflichen Unschärfe, wenn im Eifer des Gefechts die so genannte „Euthanasie“ (griech. „schöner Tod“) ins Feld geführt und zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe nicht immer sauber differenziert wird. So unterscheidet sich die Freitodhilfe ganz wesentlich von aktiver Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden und Belgien erlaubt ist. Unter aktiver Sterbehilfe versteht man eine Tötung auf Ver-

[1] Die Namen der Exit-Mitglieder sowie der des mit Exit zusammenarbeitenden Arztes (Norbert Mayer; s.u.) wurden aus Datenschutzgründen geändert.

langen, das heißt die Tötung eines anderen Menschen aufgrund seines geäußerten oder mutmaßlichen Willens. Diese Praxis birgt insofern die Gefahr des Missbrauchs, als ein solcher Wille nicht immer zweifelsfrei vorliegt. Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland durch die Paragraphen 216 ebenso verboten wie in der Schweiz durch den entsprechenden Artikel 114.[2]

Um eine Beihilfe zur Selbsttötung dagegen handelt es sich dann, wenn der oder die Sterbewillige selbst die entscheidende, zum Tode führende Handlung vornimmt und die Beihilfe sich auf die Ermöglichung oder Erleichterung dieser Handlung beschränkt. Für eine solche Beihilfe gibt es im deutschen Strafgesetzbuch keine ausdrückliche Regelung, und infolgedessen ist sie grundsätzlich nicht verboten. Aufgrund des Paragraphen zur Unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c) wären wir jedoch dazu verpflichtet, dem oder der Sterbenden sofort zu Hilfe zu eilen. Aus diesem Grund ist eine institutionelle Freitodhilfe hierzulande aus gesetzlicher Perspektive streng genommen nicht möglich.

Allerdings gab es einige Fälle, in denen deutsche Ärzte Suizidbeihilfe leisteten und dennoch nicht strafrechtlich verfolgt wurden. Der Krebsarzt Julius Hackethal zum Beispiel war in den achtziger Jahren angeklagt, weil er seiner Patientin Hermine Eckert tödliches Kaliumcyanid besorgt hatte. Die Äußerung ihres Todeswunsches zeichnete Hackethal auf Video auf; das tödliche Medikament nahm Frau Eckert ein, als ihr Arzt sich in einem anderen Raum befand. In seinem Urteil bekundete das Münchener Oberlandesgericht, dass Hackethal lediglich straflose Suizidbeihilfe geleistet und sich keinesfalls, wie von der Staatsanwaltschaft behauptet, einer Tötung auf Verlangen schuldig gemacht habe. Darüber hinaus sei der Arzt nicht verpflichtet gewesen, seiner bewusstlosen Patientin zu helfen, da er ihr ein schnell wirkendes Mittel zur Verfügung gestellt hatte und deshalb davon ausgehen durfte, dass sie nicht mehr zu retten sei.[3]

Im Sommer 2006, also ungefähr zwanzig Jahre nach dem spektakulären Hackethal-Fall und noch nicht einmal ein Jahr nach Eröffnung der Dignitas-Filiale in Hannover, sprach sich der Nationale Ethikrat dafür aus, dass Angehörige, Ärztinnen und Ärzte auch in Deutschland nicht strafrechtlich verfolgt werden dürfen, wenn sie bei Selbsttötungsversuchen schwerkranker Menschen, die diesen Versuch „aufgrund eines ernsthaft bedachten Entschlusses“ unternommen haben, eine mögliche Rettung unterlassen.[4]

In der Bevölkerung und den Medien finden solche Forderungen breite Unterstützung. *In Würde sterben*, so titelte der *Stern* im November 2006 und ließ „zwölf schwer kranke Menschen erzählen, weshalb sie dafür ins Ausland fahren müssen“[5]. Bezeichnend ist, dass die Aufmachung dieses Stern-Heftes stark an die bahnbrechende *Wir haben abgetrieben*-Ausgabe aus dem Jahr 1971 erinnert. Während sich damals 374 Frauen, die abgetrieben hatten, zu der dazu erforderlichen Reise in die Niederlande bekannten und auf diese Weise der feministischen Kampagne „Mein Bauch gehört mir“ den Weg ebneten, sind es heute ein Dutzend Schwerkranke, die ihr Recht auf einen selbstbestimmten Tod im Nachbarland Schweiz einlösen wollen. Denn, so begründet die 82-jährige, schwer kranke Irmgard Christians ihr Plädoyer für die Freitodhilfe: „Mein Tod gehört mir.“

Wenn man diese Parallele weitertreibt, dann wäre es durchaus denkbar, dass die Freitodhilfe in Deutschland bald genauso legal sein wird, wie es die Abtreibung durch die gesetzlich verankerte Fristenlösung seit 1995 ist. Oder so legal wie die passive und indirekte Sterbehilfe, die in hiesigen Krankenhäusern immer wieder angewandt wird.

[2] Es ist allerdings umstritten, ob die niederländische und belgische Sterbehilfepraxis tatsächlich, wie unter anderem von Klaus Dörner und Robert Spaemann behauptet wird, zu einer Reetablierung rassenhygienischen Denkens führt. Vgl. dazu Johann S. Ach/Andreas Graidt, Wehret den Anfängen? Zum Argument der „schiefen Ebene“, in: Andreas Frewer/Clemens Eickhoff (Hrsg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/M.–New York 2000, S. 424–447.

[3] Vgl. Oliver Tolmein, Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, München 2006, S. 136 ff.

[4] Vgl. http://www.ethikrat.org/presse/pm/200603.html

[5] Stern, Nr. 43 vom 23. November 2006.

Wie objektiv sind die Kriterien für eine Freitodhilfe?

Die Frage nach den ethischen Prämissen und Konsequenzen einer Suizidbeihilfe wird vor dem Hintergrund dieser Entwicklung drängend: Darf ein Mensch, der für sich entscheidet, aus dem Leben gehen zu wollen, eine solche Hilfe überhaupt in Anspruch nehmen? Anders gefragt: Welche moralische Verantwortung tragen die Freitodbegleiterinnen und -begleiter? Kann ihre Arbeit als ein „humaner Akt" bezeichnet werden oder gerät eine Gesellschaft, die eine derartige Praxis toleriert, auf die schiefe Ebene? Um sich diesen Fragen zu nähern, ist es zunächst einmal notwendig, die genauen *Kriterien* für die Gewährleistung einer Freitodhilfe zu betrachten.[6]

St. Gallen, im März 2005

Sehr geehrter Herr Dr. Mayer,

Sie wollen wissen, warum ich sterben will? Weil ich gar nicht mehr richtig lebe, weil ich nur noch Schmerzen habe im Kopf. Und auf Medikamenten werden sie nur noch schlimmer. Aber nicht nur die Schmerzen. Ich beginne immer mehr zu verstehen, dass ich ein menschenunwürdiges Leben führe. Und das darf doch nicht sein, noch dazu in der reichen Schweiz! . . .

Meine Familie wusste ja nichts Richtiges anzufangen mit mir . . . Ich verließ den elterlichen Hof, um eine bessere Arbeit und ein besseres Leben zu finden. Aber auch diese Hoffnung wurde zerstört . . . Heute weiß ich, dass mein Leben nicht normal war und ist. Und ich habe auch begriffen, dass ich niemals ein normales und menschenunwürdiges Leben haben werde. Also ziehe ich es persönlich vor, aus dem Leben zu scheiden. Freiwillig, aber mit Hilfe, da ich mich selbst zu wenig auskenne, um zu wissen, wie viel und was es braucht, um zu sterben oder um mich abzustellen.

[6] Die Organisation Dignitas hat die Recherchearbeiten für mein Buch *Mein Wille geschehe. Sterben in Zeiten der Freitodhilfe* (WJS-Verlag), dem die vorliegenden Überlegungen entnommen sind, nicht unterstützt. Deshalb kann ich mich auch in diesem Beitrag nur auf die Organisation Exit beziehen; die Überlegungen sind aber in ihrer ethischen Dimension im Wesentlichen auf Dignitas übertragbar.

Die Akte, in der sich dieser Brief befindet, ist vorne mit einem roten Punkt versehen. Susanna Schönburg, die ihn geschrieben hat, ist also schon tot und ihre Akte geschlossen. Frau Schönburg ist einer der ersten und bislang wenigen psychisch kranken Menschen, die durch Exit bei ihrem Suizid unterstützt wurden. Aufgrund eines skandalträchtigen Falles im Jahre 1999 hatte die Organisation entschieden, nur bei eindeutig somatischen Leiden Suizidbeihilfe anzubieten. Im Herbst 2004 lockerte der Vorstand dieses selbst auferlegte Moratorium und beschloss, dass Menschen, die psychisch litten, in demselben Maß Anspruch auf eine Beihilfe hätten wie körperlich kranke Menschen.

Helfen lassen kann sich bei Exit jeder Mensch, der an einer „unzumutbaren Behinderung" leidet und einen „dauerhaften", „wohlerwogenen" und „autonomen" Sterbewunsch hat. Voraussetzung für eine Suizidassistenz ist folglich nicht eine unumkehrbar tödlich verlaufende Krankheit, sondern lediglich eine Einschränkung des eigenen Lebens, die ein urteilsfähiger Mensch dauerhaft und ohne Einflüsse Dritter als unerträglich empfindet. Insofern versteht sich Exit auch nicht primär als eine Sterbehilfeorganisation, sondern als eine Freitodhilfeorganisation. Ihre Hilfe beschränkt sich nicht darauf, einen ohnehin schon eingeleiteten Prozess des Sterbens zu befördern, sondern einem Menschen, der unter Umständen noch Jahre leben könnte, bei seinem selbst gewählten Tod zu assistieren.

Doch was genau ist eine „unzumutbare Behinderung"? Ist dies in letzter Konsequenz ein subjektives Kriterium? Wenn tatsächlich die Meinung des Betroffenen ausschlaggebend ist – wie wäre dann eine Beihilfe zu rechtfertigen? Bedürfte es nicht eines Mindestmaßes an Objektivität, um moralische Integrität zu wahren?

Die Exit-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sind sich dieser prekären Situation durchaus bewusst. „Ich würde es für ethisch nicht verantwortbar halten", meint etwa Pressesprecher Andreas Blum, „wenn nicht zuerst abgeklärt würde, ob nicht irgendwo doch ein Ausweg aus einer fundamental-existenziellen Krise möglich ist." Exit gerate auf diesem Wege allerdings, so schränkt er ein, leicht in einen Selbstwiderspruch, denn „der zentrale

Begriff für uns ist ja das Selbstbestimmungsrecht". Dieses Recht werde aber offensichtlich mit Füßen getreten, wenn man Kranke allzu sehr bevormunde und ihre subjektive Ausweglosigkeit infrage stelle. „Das mündet dann sehr schnell in eine Haltung der Bevormundung, in eine Art des gut gemeinten Paternalismus, der in fundamentalem Widerspruch steht zum Autonomieprinzip." Einerseits geht es darum, das Selbstbestimmungsrecht – und das heißt: die subjektive Einschätzung des eigenen Leidens – zu respektieren. Auf der anderen Seite jedoch muss geprüft werden, ob Alternativen zum Suizid existieren, ob Kranke ihre Lage tatsächlich realistisch und objektiv einschätzen.

Einen Ausweg aus dieser Schwierigkeit sieht die Organisation in einer gewissenhaften Überprüfung der oben genannten Bedingungen: Wenn Sterbewillige ihren Wunsch tatsächlich „dauerhaft", „wohlerwogen" und „autonom" vertreten, dann können sie auch beurteilen, ob ihre „Behinderung" tatsächlich „unzumutbar" ist. Ob diese Bedingungen erfüllt sind, wird durch ein oder mehrere ärztliche Gutachten, die über den körperlichen Zustand und die Urteilsfähigkeit der Betreffenden Auskunft geben, sowie durch ein obligatorisches „Erstgespräch" zwischen dem oder der Sterbewilligen und einem Exit-Mitarbeiter oder einer-Mitarbeiterin festgestellt. In diesem Gespräch müssen Antragstellerinnen und Antragssteller die Gründe für ihre Entscheidung und ihre derzeitige Situation darlegen.

Auch psychisch kranke Menschen, meint Blum, hätten mitunter dauerhafte, wohlerwogene und autonome Sterbewünsche. Natürlich gebe es Todeswünsche, die ein Symptom, ein direkter Ausfluss der psychischen Krankheit seien. Doch das sei längst nicht immer der Fall, wie wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt hätten. Auch Dr. Norbert Mayer, der das psychiatrische Gutachten über Susanna Schönburg schrieb und ihr das Rezept für das Natrium-Pentobarbital ausstellte, befürwortet die Begleitung psychisch Kranker. Unsere Gesellschaft, sagt er, rücke den funktionierenden Menschen in den Vordergrund und akzeptiere landläufig eher die Aggression als die Depression. Der Suizid sei nach wie vor tabuisiert, was dazu führe, dass Menschen ihre Todeswünsche verheimlichten. Er selbst versuche dagegen immer, Gespräche über Suizidalität zuzulassen, ohne direkt mit einer Einweisung zu drohen – was interessanterweise dazu führe, dass Männer wie Frauen oft von sich aus von ihrem Wunsch zurückträten. Dennoch gebe es Fälle, in denen der Todeswunsch trotz zahlreicher Gespräche bestehen bleibe. So sei es „einfach eine Tatsache, dass auch Menschen mit psychischen Störungen durchaus als unheilbar bezeichnet werden können." Sie müssten damit leben, in regelmäßigen Abständen schwerste Depressionen zu bekommen, was das Leben für viele Betroffene vollkommen entwerte.

Wer aber bestimmt in letzter Konsequenz, ob ein depressiver Zustand tatsächlich eine „unzumutbare Behinderung" darstellt? Wo genau wäre die Grenze zu ziehen? Was geschieht, wenn jemand etwa aufgrund des Dahinscheidens eines geliebten Menschen keinen Sinn mehr im Leben sieht? Wenn es aber Suizidwünsche gibt, die sich einer objektiven Beurteilung mindestens teilweise entziehen – wäre es dann nicht besser, den entscheidenden Akt dem oder der Suizidbereiten selbst zu überlassen? Warum wendet sich ein Mensch, der sich prinzipiell selbst töten könnte, überhaupt an eine Organisation wie Exit? „Weil wir ihm die Sicherheit geben", antwortet Andreas Blum, „dass er auf humane Weise aus dem Leben gehen kann. Wenn Sie an all die zahlreichen gescheiterten Suizidversuche denken, mit zum Teil irreversiblen Schädigungen für das so genannte Weiterleben, ist das wohl der entscheidende Grund."

Susanna Schönburg jedoch hat sich bei genauerem Hinsehen nicht nur aus rein ‚praktischen' Gründen an Exit gewandt. So schreibt Dr. Mayer in seinem Gutachten, dass „die Persönlichkeit der Patientin durch eine große Abhängigkeit dominiert" werde. Frau Schönburg lebte in dem Glauben, selbst nichts wert und vollständig auf andere angewiesen zu sein – selbst in ihrem Todeswunsch. Nach einem missglückten Suizidversuch war sie der Meinung, noch nicht einmal selbständig sterben zu können und suchte bei Exit professionelle Hilfe. Durch diese Hilfe versicherte sie sich abermals ihrer gefühlten Minderwertigkeit und Abhängigkeit. In Fällen wie diesem ist die Organisation folglich nicht einfach nur ein Instrument in der Hand des oder der Sterbewilligen, dessen sich jemand bedient, der selbstbestimmt aus dem Leben gehen möchte,

sondern ihre Inanspruchnahme ist *auch* ein Symptom des grundsätzlichen Leidens.

Anderseits: Ist die Vermutung, dass sich Susanna Schönburgs Bitte vielleicht doch nicht klar und eindeutig von ihrem psychischen Leiden abgrenzen lässt, schon ein hinreichendes Argument dafür, die Begleitung durch Exit im Nachhinein zu verurteilen? Frau Schönburg befand sich mehrmals in psychiatrischen Kliniken, bekam Schmerzmittel, Betablocker, Migränemittel sowie Antidepressiva verschrieben, und sie befand sich zehn Jahre lang in psychotherapeutischer Behandlung. All das hatte keinen Erfolg. Ist nicht die Tatsache, dass Susanna Schönburg die letzten Minuten ihres Lebens gemeinsam mit Norbert Mayer und einem Freitodbegleiter verbringen konnte, letztlich akzeptabler als die Vorstellung, dass sie allein einen weiteren Selbstmordversuch unternommen hätte? Warum ist ein Tumor als Ursache für einen Sterbewunsch annehmbarer als ein andauernder, unerträglicher „Druck auf der Brust"? Ist nur das, was wir auf einem Röntgenbild sehen können, eine unzumutbare Behinderung?

Die moralische Verantwortung der Freitodbegleiter

Die Freitodhilfe wäre keine Freitodhilfe, wenn sie ausschließlich auf todkranke Menschen in ihrem Suizidwunsch unterstützte. Vielmehr fühlt sie sich gerade für jene zuständig, die, obwohl sie noch Jahre oder Jahrzehnte leben könnten, darin keinen Sinn mehr sehen. Wie weit aber reicht das Recht auf Selbstbestimmung im Zweifelsfall? So weit, dass Beihelfende sich nicht eines Vergehens schuldig machen, wenn sie den tödlichen Becher trotz objektiv noch bestehender Lebensmöglichkeiten reichen? Der Freitodbegleiter und Ex-Pfarrer Walter Fesenbeckh kann diese Bedenken nicht teilen. „Ich spiele ja nicht Gott", sagt er. „Sondern derjenige, der die Tatherrschaft in jeder Sekunde hat, ist der Sterbewillige selbst."

Für den deutschen Philosophen Volker Gerhardt dagegen, der Mitglied des Nationalen Ethikrates ist, reicht dieses Argument nicht aus, um Freitodhelfende von ihrer moralischen Verantwortung freizusprechen. „Ich fände es wirklich eine unerhörte Zumutung, von jemand anderem zu verlangen, dass er sich [an einer Beihilfe] schuldig macht. Er [der Beihelfer] weiß ja gar nicht, was das für ihn und sein Gewissen bedeutet."[7] Freitodbegleiterinnen und -begleiter würden durchaus in die Verantwortung gezogen – und dies in einem nicht tragfähigen Maße. Etwas völlig anderes sei es, wenn ein Außenstehender einen Zustand beende, in dem sich ein kranker Mensch natürlicherweise gar nicht mehr befände. In diesem Fall sei er nicht dabei behilflich, eine potenziell noch lebenswerte Existenz zu beenden, sondern er lasse lediglich der Natur freien Lauf. Während Gerhardt also die Freitodhilfe mit dem Argument ablehnt, dass die Verantwortung für Helfende zu groß sei, steht er der passiven Sterbehilfe, das heißt dem Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, durchaus positiv gegenüber: „Das Verlangen nach Hilfe kann . . . erwogen werden, wenn es ernsthaft geäußert wird und keine zumutbare Alternative mehr offen steht. Ist diese gedoppelte Bedingung erfüllt, und wird sie, drittens, von einem anteilnehmenden Individuum nachvollzogen, kann ein moralisches Verdikt gegen die Hilfe nicht begründet werden."[8]

Gerhardt zufolge ist es also legitim und aus ethischer Perspektive sogar zwingend, dass ein todkranker Mensch, der den entsprechenden Wunsch äußert, nicht länger künstlich beatmet oder ernährt wird. Dieser Behauptung liegt die Annahme zugrunde, dass das Selbstbestimmungsrecht des oder der Einzelnen mehr wiegt als die lebensverlängernden Möglichkeiten der Medizin – und in der Tat ist dieses Recht für Gerhardt unverbrüchlich: „Die Selbstbestimmung ist eine Prämisse unserer ethischen, rechtlichen und politischen Überzeugungen. Sie ist der Ausdruck der individuellen Freiheit. Sie begründet die menschliche Würde und damit jeden anderen Wert, für den wir glauben, vernünftige Gründe nennen zu können. Wer die grundlegende Funktion der Selbstbestimmung in Zweifel zieht, stellt alles in Abrede, was zum Selbst-

[7] Persönliches Gespräch im Rahmen des Features „Dein Wille geschehe? Zur gesellschaftlichen Problematik der Sterbehilfe" von Svenja Flaßpöhler und Jörg Metelmann (Deutschlandfunk, 8. Juli 2005).
[8] Volker Gerhardt, Letzte Hilfe. Das moralische Problem im Umgang mit dem Todeswunsch eines unheilbar Kranken. Philosophische Einführung in eine Beratung des Nationalen Ethikrates am 24. Juli 2003.

verständnis des modernen Menschen gehört."[9]

Die Hoheit des Selbstbestimmungsrechts geht für den Philosophen sogar so weit, dass der Wille des Menschen – in einer Patientenverfügung niedergelegt – auch dann zu berücksichtigen sei, wenn diese Verfügung mögliche Hilfe- oder Rettungsmaßnahmen verhindere. Den möglichen Einwand, dass ein Mensch in gesundem Zustand doch gar nicht wissen könne, was er im Fall einer tödlichen Krankheit wolle, weist Gerhardt zurück: „Die Demokratie geht davon aus, dass die Menschen selber entscheiden, was sie tun. Und es ist leider so, dass Einzelne in manchen Fällen auch gegen ihr objektives Wohl entscheiden."[10]

Aber gerät der Philosoph durch diese Argumentation nicht in einen Widerspruch? Auf der einen Seite behauptet er, dass eine Suizidassistenz moralisch nicht zu verantworten sei, da Beihelfende eine unzumutbare Verantwortung trügen. Auf der anderen Seite aber müsse ein Arzt, eine Ärztin auf lebensverlängernde, ja vielleicht sogar heilende Maßnahmen verzichten, wenn eine Patientenverfügung eine solche Unterlassung vorsehe. Der Widerspruch besteht darin, dass dem Selbstbestimmungsrecht in beiden Fällen ganz offensichtlich ein jeweils unterschiedliches Gewicht beigemessen wird. Während es im Fall einer passiven Sterbehilfe sogar dann gilt, wenn objektiv noch Heilungschancen vorhanden wären, scheint es im Fall einer Suizidbeihilfe überhaupt keine Rolle zu spielen.

Zwar ist es zunächst einmal tatsächlich etwas anderes, ob man jemandem ein tödliches Medikament verabreicht oder eine lebensverlängernde Maßnahme aussetzt. Doch wird dieser Unterschied nicht durch den Umstand aufgewogen, dass Kranke im Falle eine Suizidbeihilfe ihren Willen bis zum allerletzten Augenblick bekräftigen und revidieren können? Während eine Patientenverfügung unter Umständen schon vor Wochen, Monaten oder Jahren verfasst wurde und erst dann zum Tragen kommt, wenn Betreffende ihren Willen aufgrund eines Wachkomas oder Ähnlichem nicht mehr äußern können, ist ein zum Freitod entschlossener Mensch notwendigerweise bei Bewusstsein und daher in der Lage, seinen Wunsch unmittelbar zu artikulieren. Entsprechend fragen Freitodbegleiterinnen und -begleiter in der Regel noch kurz vor der Einnahme des Natrium-Pentobarbitals, ob der Wunsch, sich selbst zu töten, tatsächlich immer noch Bestand habe.

Doch die Argumentation, dass zwar eine passive Sterbehilfe, nicht aber die Freitodhilfe zulässig sei, ist noch aus einem anderen Grund problematisch – denn was passiert dann mit Menschen, die nicht an einer Beatmungsmaschine hängen, aber dennoch keine Lebensperspektive mehr haben? Welchen Tod soll beispielsweise jemand sterben, der vom Krebs zerfressen wird, aber keinen Platz in den gerade einmal hundert deutschen Palliativstationen bekommt? Und was soll jemand tun, dessen Schmerzen sich durch Palliativmedizin – die gerade erst in Entwicklung ist und dringend Gelder benötigt, um effektivere Schmerztherapien zu erforschen – nicht oder nur unzureichend lindern lassen?

Darüber hinaus gibt es viele Menschen, die bei vollem Bewusstsein aus dem Leben gehen wollen und aus diesem Grund ein „Dahindämmern im Morphin-Nebel", wie es mitunter in Sterbehospizen geschieht, konsequent ablehnen. Und: Warum hat jemand, der nach einem Motorradunfall im Koma liegt und in seiner Patientenverfügung jede lebensverlängernde Maßnahme ablehnt, ein größeres Anrecht auf den Tod als ein Mensch, der seit zehn, zwanzig oder dreißig Jahren unter schwersten Depressionen leidet? Ist eine psychische Krankheit weniger qualvoll als beispielsweise eine Querschnittslähmung? „Die psychische Krankheit kann um vieles schrecklicher sein als ein krankes Organ", so behauptet Volker Gerhardt selbst in einem Interview.[11]

[9] Ders., Noch einmal: Selbstbestimmung vor dem Tod. Impulsreferat vor dem Nationalen Ethikrat am 27. Mai 2004.

[10] Gesprächsbeitrag aus dem Feature „Dein Wille geschehe? Zur gesellschaftlichen Problematik der Sterbehilfe" von Svenja Flaßpöhler und Jörg Metelmann (Deutschlandfunk, 8. Juli 2005).

[11] Svenja Flaßpöhler, Man soll gefälligst am Leben bleiben, in: Berliner Zeitung vom 20./21. November 2004, S. 33.

Thanatoethik statt Bioethik? Abschließende kritische Bemerkungen

Die immer weiter voranschreitenden Human- und Lebenswissenschaften, meint der französische Historiker Georges Minois, verurteilen uns rücksichtslos zum Leben – und insofern sei die Frage durchaus berechtigt, ob „wir dem schwierigen Wertewandel, dem wir gegenwärtig beiwohnen, bei den Debatten, die sich auf die Bioethik polarisieren, nicht auch eine Thanatoethik in Erwägung ziehen" sollten.[12] Diese Behauptung, dass wir in unseren westlichen Gesellschaften insbesondere durch den medizinischen Fortschritt am Sterben gehindert würden, lässt jedoch außer Acht, dass die Gründe für den Lebensunwillen vieler Menschen auch und gerade *in* diesen Gesellschaften wurzeln. Insofern ist es höchst alarmierend, wenn sich dieselbe Gesellschaft, die für Lebensunmut sorgt, gleichzeitig vehement für eine umfassendere Legalisierung der Sterbehilfe stark macht. So ist in den Niederlanden die Frage, ob man auch „soziales Leiden" als angemessenen Grund für eine Sterbehilfe akzeptieren solle, längst kein Tabu mehr: Die niederländische Kommission Dijkhuis schlug 2004 vor, eine straffreie Sterbehilfe nicht nur körperlich oder psychisch Kranken, sondern auch einsamen, sozial ausgegrenzten Menschen zu ermöglichen.

Eine solche Debatte ist zwar in der Bundesrepublik vorerst unvorstellbar. Aber auch hierzulande sind Einsamkeit und gesellschaftliche Isolation weit verbreitet. Darüber hinaus droht die zunehmende Rationierung der gesundheitlichen Grundversorgung zu einer Privatisierung der Gesundheit und zu einer Auflösung unseres Solidarsystems zu führen – eine Entwicklung, die auf beunruhigende Weise begleitet wird durch einen immer lauteren Ruf nach Sterbehilfe. Wird also das marode Sozialsystem in Zukunft durch eine gesellschaftlich legitimierte Sterbehilfe ergänzt, die einer Entsorgungseinrichtung für unbrauchbar gewordene Mitbürgerinnen und Mitbürger gleichkommt?

Vor diesem Hintergrund erfährt die so genannte „Selbstbestimmung am Lebensende" eine entscheidende Relativierung – denn wie selbstbestimmt ist es, wenn ein Mensch sich aufgrund zunehmender gesellschaftlicher Entsolidarisierung, Armut und Einsamkeit für seinen Tod entscheidet? Was kann mit einem „autonomen" Sterbewunsch überhaupt noch gemeint sein, wenn er innerhalb einer solchen Gesellschaft geäußert wird? Freitodorganisationen wie Exit sehen die gesellschaftlichen Einflüsse durchaus – was sie jedoch nicht daran hindert, nach wie am Ideal der Selbstbestimmung vor festzuhalten: „Im Zentrum", meint Andreas Blum, „steht immer der Wille des betroffenen Menschen." Für manche Freitodbegleiter besitzt dieser Wille ein derartiges Gewicht, dass sie sich selbst lediglich als ein „Instrument" in der Hand des Sterbewilligen begreifen, und auch die für Exit arbeitenden Gutachter prüfen Freitodanträge mitunter bedenklich unkritisch. „Das wollen die nicht", antwortet etwa Dr. Norbert Mayer auf die Frage, warum er manchmal auf langwierige Befragungen psychisch Kranker verzichte. Doch ist ein Gutachter nicht gerade dazu da, die Kriterien für eine Begleitung sorgfältig zu prüfen – auch um den Preis, dass sich der oder die Kranke womöglich enttäuscht abwendet? Angesichts dieses Missstandes forderte die Schweizer Nationale Ethikkommission im Jahr 2006, verbindliche, staatlich kontrollierte Qualitätsstandards einzuführen. Wenn etwa nach dem Erstgespräch ausschließlich schriftlich oder telefonisch kommuniziert werde, sei dies schlichtweg nicht ausreichend.

[12] Georges Minois, Geschichte des Selbstmords, Düsseldorf–Zürich 1996, S. 437. Der Begriff Thanatos kommt aus dem Giechischen und bedeutet ‚Tod'. Mit dieser ‚Thanatoethik' ist entsprechend eine auf den Tod bzw. die Sterblichkeit ausgerichtete Ethik gemeint.

APuZ

Nächste Ausgabe 5–6/2008 · 28. Januar 2008

Westliche Wertegemeinschaft?

Stefan Immerfall · Hermann Kurthen
Die transatlantische Wertegemeinschaft im 21. Jahrhundert

Gret Haller
Freiheit und Sicherheit in Europa und in den USA

Volker Berghahn
Die Amerikanisierung der westdeutschen Industrie

Josef Braml
Zur Sprengkraft religiöser Werte

Helke Rausch
Wie europäisch ist die kulturelle Amerikanisierung?

Jessica Gienow-Hecht
Europäischer Antiamerikanismus im 20. Jahrhundert

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn.

Redaktion

Dr. Katharina Belwe
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Hans-Georg Golz
Dr. Ludwig Watzal

Redaktionelle Mitarbeit:
Johannes Piepenbrink (Volontär)

Telefon: (0 18 88) 5 15-0
oder (02 28) 9 95 15-0

Internet

www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Druck

Frankfurter Societäts-
Druckerei GmbH,
60268 Frankfurt am Main.

Vertrieb und Leserservice

- Nachbestellungen der Zeitschrift Aus Politik und Zeitgeschichte
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung einschließlich APuZ zum Preis von Euro 19,15 halbjährlich, Jahresvorzugspreis Euro 34,90 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes

Vertriebsabteilung der
Wochenzeitung Das Parlament
Frankenallee 71–81,
60327 Frankfurt am Main.
Telefon (0 69) 75 01-42 53
Telefax (0 69) 75 01-45 02
parlament@fsd.de

Die Veröffentlichungen
in Aus Politik und Zeitgeschichte
stellen keine Meinungsäußerung
der Herausgeberin dar; sie dienen
der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke dürfen
Kopien in Klassensatzstärke herge-
stellt werden.

ISSN 0479-611 X

Tod und Sterben

APuZ 4/2008

Thomas Macho
3-4 **Sterben heute**
Während Tod und Sterben im Verlauf der Neuzeit aus der Öffentlichkeit verdrängt und zu einer rein privaten Angelegenheit wurden, ist spätestens seit dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts eine radikale Enttabuisierung festzustellen.

Irmhild Saake
5-6 **Gegenwarten des Todes im 21. Jahrhundert**
Unsere Rede über den Tod ist einer konkreten Gegenwart zu verdanken, in der man gerade nicht stirbt. Willensäußerungen zum eigenen Sterben sind deshalb zu relativieren.

Gerd Göckenjan
7-14 **Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten**
Während es über den Tod offenbar nicht viel zu sagen gibt, ist gutes Sterben um so mehr Thema im öffentlichen Raum. Im Sinne der Verbreitung der Palliativversorgung ist gutes Streben inzwischen auch Gegenstand von Gesetzgebung.

Stefan Dreßke
14-20 **Sterbebegleitung und Hospizkultur**
Das Hospiz repräsentiert die Ideale des guten Sterbens. Friedliches Sterben wird so organisiert, dass sich die Verschlechterung des körperlichen Zustands der Sterbenden und ihr persönlicher und sozialer Rückzug parallelisieren.

Klaus Dörner
21-25 **Leben und Sterben: die neue Bürgerhilfebewegung**
Das bisher bewährte Hilfesystem ist durch den wachsenden Bedarf an Hilfe überfordert. Die Bürger haben längst damit begonnen, sich neu zu orientieren; die Politik sollte darauf aufbauen.

Ludger Fittkau · Petra Gehring
25-31 **Zur Geschichte der Sterbehilfe**
Staatlich institutionalisierte oder gar von Ärzten betreute Patiententötungen sind ein modernes Phänomen. Private „Autonomie“ im Sterben und ökonomisch ermittelter „Lebenswert“ sind dabei im Sterbehilfediskurs zwei Seiten einer Medaille.

Svenja Flaßpöhler
32-38 **Die Freitodhilfe – ein humaner Akt?**
Es werden die ethischen Prämissen und Konsequenzen der Suizidbeihilfe in den Blick genommen. Im Zentrum steht dabei die Frage, inwiefern das Recht auf den eigenen Tod mit der moralischen Verantwortung Dritter kollidiert.