

Kirchenpräsident Dr. h. c. Christian Schad

Vorsitzender des Verwaltungsrats der Diakonissen Speyer

**„Selbstbestimmt sterben“ / „Hilfe zum Sterben“ in diakonischen Einrichtungen?**

**Eine Replik auf den Artikel in der „FAZ“ vom 11.01.2021, Seite 6:**

**„Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen“**

1. Selbstbestimmung als Verfügung über Leben und Tod zu verstehen, ist m. E. eine Illusion. Keiner von uns hat selbst bestimmt, ob, wann und wo er auf die Welt gekommen ist. Ebenso die Begabungen, die uns anvertraut sind, die Gelegenheiten, die sich uns bieten, aber auch die Erkrankungen, die uns widerfahren, gehören zu dem, über das wir nicht verfügen. Wir können viel *in* unserem Leben selbst bestimmen, nicht aber *über* das Leben.

Ebenso suggeriert der Begriff „selbstbestimmtes Sterben“, als sei dies das Resultat einer solistisch wahrgenommenen Autonomie. Gerade am Beispiel von Krankheit und Tod zeigt sich aber, dass unsere Selbstbestimmung immer ein Resultat von Kommunikationsprozessen ist, in denen wir nicht nur mit uns selbst, sondern auch mit Anderen im Gespräch sind. Mit unseren Angehörigen z. B., vornehmlich aber mit den behandelnden Ärzten. Dabei ist die ärztliche Verantwortung für die Entscheidung des Patienten groß. Denn seine freie Willensbestimmung soll doch den Charakter einer informierten Zustimmung tragen. Ärzte haben daher ihre Patienten gewissenhaft über die verbleibenden medizinischen Handlungsmöglichkeiten aufzuklären. Ihre Verantwortung kann sich m. E. aber nicht darin erschöpfen, einem verzweifelten Todeswunsch nur stattzugeben. Vielmehr müssen sich die ärztlichen Handlungsoptionen – in der Tradition des hippokratischen Eides – an der Pflicht orientieren, den Patienten vor Schädigung seiner Existenz zu bewahren. Im Fall einer unheilbaren Krankheit, die sich mit schwerem Leiden verbindet, ist darum die umfassende palliative Begleitung die m. E. wichtigste Antwort auf die gegenwärtige Suiziddebatte.

2. Selbstbestimmte Entscheidungen der Patienten sind ein hohes Gut. Doch in sie bringen Ärzte – gemäß ihrem Ethos – die Möglichkeit der Hilfe ein, die diesseits der Selbsttötung liegen – auch, um nicht falsche Anreize zu schaffen und Druck auf Menschen in der letzten Lebensphase auszuüben. Vielmehr gilt es, den Todeswunsch als Hilferuf zu verstehen, aus dem sich die Aufgabe ergibt, situationsadäquat zu helfen und mit den Patienten gemeinsam mögliche Lebensperspektiven zu entwickeln.

3. Auf die Empathie mit den Leidenden kommt es an. Fürsorgliche Pflege ist das Wichtigste, was sie brauchen. In der Zuwendung zum Kranken spüren Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie Angehörige, wann es so weit ist, dass die therapeutische Bemühung um die Erhaltung des Lebens übergeht in die Begleitung im Sterben. Zur rechten Zeit konzentriert sich die ärztliche Kunst auf die Linderung der Schmerzen. Der Einsatz kurativer Medizin tritt dahinter zurück. Ein Mensch wird auf der letzten Wegstrecke seines irdischen Lebens so begleitet, dass es friedlich zu Ende gehen kann. Wenn Menschen das berechtigte Vertrauen haben, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird – zu Hause, auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz – können Ängste weichen und kann die Sterbephase als Teil des Lebens angenommen werden. Das Vertrauen darauf, aus einem Geist der Empathie im Sterben Beistand zu erfahren, kann auch die Verzweiflung mildern, aus der heraus Menschen Hilfe zum Sterben fordern.

4. Die entscheidende Frage lautet also: Wie begegnen wir dem verzweifelten Wunsch eines Menschen, sein Leben zu beenden? Welche Haltung habe ich ihm gegenüber? Gebe ich dem Wunsch statt – oder ist es – zumal in diakonischen Einrichtungen – nicht vielmehr unsere Aufgabe, die Leiden dieses Menschen, so weit es geht, mit zu tragen und zu versuchen, sie erträglich zu machen. Also alles zu tun, um „den glimmenden Docht“ nicht auszulöschen und „das geknickte Rohr“ nicht zu zerbrechen (vgl. Jesaja 42, 3). Dieses Leben mithin nicht in seiner Verzweiflung alleine zu lassen, sondern in der empathischen Annahme der Endlichkeit des Lebens – auch im Eröffnen des Raums der Klage – der unantastbaren Würde des je Einzelnen gerecht zu werden. Hier sind dann Medizin, Pflege und Seelsorge gemeinsam gefragt: dass Menschen in diakonischen Einrichtungen dessen gewiss sein können, dass sie auch dann, wenn sie sich selbst nicht mehr trauen können, dennoch gut aufgehoben sind.

Darum plädiere ich dafür, den assistierten Suizid in diakonischen Einrichtungen weder selbst durchzuführen noch diesen durch Andere durchführen zu lassen. Also nicht Hilfe *zum* Sterben anzubieten, vielmehr Hilfe *im* Sterben.

Speyer, im Januar 2021