

Ein Diskussionspapier zur aktuellen Debatte in Diakonie und Kirche
zum assistierten Suizid
aus dem Ev. Kirchenkreis Vlotho und dem Diakonischen Werk Vlotho e.V.
für die Presbyterien und Gemeinden des Kirchenkreises
und die MitarbeiterInnen des Diakonischen Werkes Vlotho e.V.

1. Vorbemerkung
2. Suizidprävention als erstes Gebot
3. Seelsorgerlich-diakonische Perspektive –
Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid nicht allein lassen
4. Ethische Perspektive –
Vernunft und Gewissen als Prinzipien evangelischer Ethik
5. Offene Fragen zum assistierten Suizid in kirchlichen und diakonischen
Einrichtungen
6. Ausblick

1. Vorbemerkung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zum assistierten Suizid hat das Verbot geschäftsmäßiger Beihilfe zum Suizid außer Kraft gesetzt, wie es seit 2015 im §217 geregelt war. An seine Stelle ist durch das höchste Gericht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in jeder Phase menschlicher Existenz gesetzt worden. Dieses Recht schließt auch das Recht ein, „sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen“ (Rd. 213), insbesondere die „fachkundige Hilfe kompetenter und bereitwilliger (...) Ärzte“ (Rd. 213).

In der Evangelischen Kirche hat dieses Urteil eine neue Debatte über diese Form der Sterbehilfe ausgelöst, weil es den Grundsätzen widerspricht, die bisher in Diakonie und Kirche galten. Bisher war man sich innerhalb der EKD weitgehend einig darüber: eine organisierte, geschäftsmäßige Förderung der Suizidhilfe ist abzulehnen, auch wenn sich die Suizidhilfe in Einzelfällen der Beurteilung entzieht. Begründet wurde die Ablehnung damit, dass der Glaube an das menschliche Leben als Gabe Gottes eine grundsätzliche Pflicht zum Schutz des Lebens einschließt und nur so ausgeschlossen werden kann, dass das, was nach christlichem Verständnis die Ausnahme bleiben

soll, nicht normalisiert wird (vgl. die Orientierungshilfe der EKD „Wenn Menschen sterben wollen“ von 2008).

Wie Umfragen zeigen, hat das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in unserer Gesellschaft breite Zustimmung gefunden. In Diakonie und Kirche werden wir in der Folge mit vielen Menschen zu tun haben, die das Urteil betrifft. Deshalb werden auch die Mitarbeiter/Innen in den diakonischen Einrichtungen und den evangelischen Krankenhäusern mit dem Wunsch umgehen müssen, dass Menschen durch assistierten Suizid sterben wollen.

Das vorliegende Diskussionspapier, das in einer Arbeitsgruppe des Kirchenkreises Vlotho in Zusammenarbeit mit zwei VertreterInnen des Diakonischen Werkes Vlotho e.V. unter der Leitung von Pfarrerin Antje Freitag entstanden ist, möchte einen Beitrag zu einer Meinungsbildung vor Ort im Kirchenkreis Vlotho leisten.

Mitglieder der Arbeitsgruppe sind:

Kerstin Hensel – Vorsitzende des Diakonischen Werkes Vlotho e.V.

Pfarrer i.R. Teofil Nemetschek – Vorstand des Diakonischen Werkes Vlotho e.V.

Pfarrerin Gesina Prothmann, Klinikseelsorge HDZ NRW

Diakonin Ina Rohleder – Seelsorge im Alter im Kirchenkreis Vlotho

Pfarrer Rainer Schulz – Kirchengemeinde Eisbergen

Antje Freitag – Pfarrerin Klinikseelsorge HDZ NRW und Vorsitzende des Klinischen Ethik-Komitees im HDZ NRW

2. Suizid-Prävention als erstes Gebot

Suizid-Prävention ist das „erste Gebot“, wie Diakonie-Präsident Ulrich Lilie betont (vgl. epd 7/202, S. 4). An erster Stelle muss in Einrichtungen von Diakonie und Kirche deshalb eine umfassende medizinische Beratung über Alternativen, das Angebot der Lebensberatung und eine palliative und hospizliche, psychotherapeutische und seelsorgerliche Begleitung von Sterbewilligen stehen. Maßnahmen zur Suizid-Prävention sollen regelhafte Normalität sein, eine mögliche Suizidassistenz eine sorgfältig erwogene Ausnahme.

Aus der Begleitung von Sterbewilligen wissen wir, dass der Sterbewunsch ambivalent sein kann: „ein Mensch, der einen Sterbewunsch äußert, kann durchaus gleichzeitig auf einen alternativen Ausweg aus der für ihn unerträglichen Situation hoffen“ (Psychoonkologe Urs Münch). Der Wunsch nicht mehr leben zu wollen, bedeutet häufig „so“ nicht mehr leben zu wollen. In der Begleitung von Sterbewilligen geht es deshalb darum, Sterbewünsche differenziert wahrzunehmen

und Mitarbeiter in Diakonie und Kirche darin zu schulen, um zu erkennen, ob der Wunsch nach Veränderung der Lebensumstände geäußert wird oder der nachdrückliche Entschluss aus dem Leben zu scheiden.

3. Seelsorgerlich-diakonische Perspektive –

Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid nicht allein lassen

In der Krankenhauseelsorge, in der Altenheim-Seelsorge, in der palliativen Versorgung, im ambulanten Hospizdienst und im stationären Hospiz sowie in der Gemeinde-Seelsorge treffen wir in der Sterbebegleitung aber immer wieder auf Menschen, die bei ihrem Sterbewunsch bleiben. Sie bleiben dabei aufgrund eines für sie unerträglichen Leidens, auch wenn sie über medizinische Behandlungsalternativen beraten worden sind und in ihrem schweren Leiden seelsorgerlich und psycho-sozial begleitet werden.

Hier dem Leben den unbedingten Vorrang geben zu wollen und einen Sterbewilligen zum Weiterleben verpflichten zu wollen, scheint uns nicht angemessen zu sein. Gerade im Leid gibt es Grenzen dessen, was wir verstehen und gestalten können (vgl. Anselm, Karle, Lilie in epd 7/2021, S. 7) Ein Urteil über einen Sterbewunsch in einer solchen Situation steht uns aus der Sicht des christlichen Glaubens nicht zu, ebenso wenig eine Bevormundung, die meint, besser zu wissen, was für den Betroffenen gut ist (vgl. dagegen die Haltung Jesu gegenüber Kranken in den Heilungsgeschichten der Evangelien: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ Luk. 18, 41).

Im christlichen Glauben sind wir eingeladen, eine Haltung der Barmherzigkeit einzuüben und das mitzutragen, was wir selber nicht beeinflussen können und vielleicht auch selber anders entscheiden würden: „Seid barmherzig wie auch euer Vater im Himmel barmherzig ist“ (Luk. 6, 36).

Deshalb sprechen wir uns dafür aus, in den kirchlichen und diakonischen Einrichtungen auch bei den Menschen zu bleiben, die nach einem Weg suchen, den gewünschten Suizid umzusetzen. Sie sollen dann weder allein gelassen werden noch aus einer Einrichtung der Diakonie entlassen werden.

Auch Ärzte nehmen wahr, dass medizinische Beratung über mögliche Alternativen zum assistierten Suizid bei Betroffenen an Grenzen stößt und akzeptieren das. Die bekannte Medizinethikerin Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert aus Münster äußert als Reaktion auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes: „Hinsichtlich der Palliativmedizin besteht große Einigkeit über ihre eminente Bedeutung für die Versorgung von Patienten am Lebensende ... Aber auch wenn sie ein wahrer Segen

für sehr viele ist, bewerten manche Patienten jedes Weiterleben-Müssen mit einer absehbar unheilbaren bzw. terminalen Erkrankung als subjektiv unerträglich.

Niemand hat das Recht, ihnen `das Durchhalten´ aufzuzwingen“ (Westfälisches Ärzteblatt 07/20, S. 19).

In der Auseinandersetzung mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes hat die Bundesärztekammer im Mai 2021 das Verbot der Suizidassistentz aus ihrer Berufsordnung entfernt.

Von dem Wunsch nach assistiertem Suizid sind auch An- und Zugehörige betroffen. Sie haben mit einer solchen Entscheidung möglicher Weise Mühe und das Gespräch mit dem/r Sterbewilligen ist dadurch belastet. In einer kirchlichen und diakonischen Einrichtung sollte nach Absprache mit dem Betroffenen deshalb das Gespräch mit den An- und Zugehörigen durch Seelsorge und psycho-soziale Betreuung gesucht werden, damit sie in den Beratungs- und Entscheidungsprozess einbezogen werden.

4. Ethische Perspektive –

Vernunft und Gewissen als Prinzipien evangelischer Ethik

Vernunft und Gewissen sind - orientiert an dem hermeneutischen Schriftprinzip „Was Christum treibet“ - Prinzipien evangelischer Ethik.

Die Entscheidung, Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist eine persönliche Gewissensentscheidung. An dieser Stelle muss deshalb betont werden, dass kein/e Arzt/Ärztin, kein Pfleger und kein anderer Mitarbeitender in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen verpflichtet werden kann, Suizidassistentz zu leisten. Weitergehend sollte in diesen Einrichtungen sorgfältig darauf geachtet werden, dass hier auf Mitarbeitende bzw. konsiliarische Ärzte auch kein subtiler Druck ausgeübt wird, die Suizidassistentz bereit zu stellen. Das ethische Dilemma zwischen dem Respekt vor der Person, die ihr Leben beenden möchte, und dem Respekt vor der Person, die die Suizidassistentz aus Gewissensgründen nicht bereitstellen kann, darf so nicht aufgelöst werden.

Aus der Perspektive der Vernunft nehmen wir empathisch wahr: Der Ruf nach Sterbehilfe ist die Kehrseite der medizinisch möglichen Lebensverlängerung. Menschen nehmen die Möglichkeiten der modernen Medizin in Anspruch, um länger leben zu können, sind aber gleichzeitig in Sorge, infolge einer anhaltenden intensiv-medizinischen Behandlung sterben zu wollen, aber nicht zu können, ein weiteres Dilemma für alle Beteiligten.

Deshalb sprechen wir uns dafür aus, in kirchlichen Krankenhäusern und Einrichtungen der Diakonie die Angebote von (1) Ethikberatung, (2) Advance Health Care

Planning und (3) palliativer Versorgung weiter auszubauen und zu stärken, um mit diesem Dilemma vernünftig umzugehen.

(1) Angebote der Ethikberatung können einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung eines „guten Sterbens“ leisten. Sterben ist in den Krankenhäusern in der Regel kein passives Geschehen. Damit das Sterben möglich wird, müssen Entscheidungen über aktive Maßnahmen der Therapiebegrenzung bzw. des Therapieabbruchs getroffen werden. Ethikberatung berät im Vorfeld dieser aktiven Maßnahmen, was medizinisch verantwortbar ist und dem Willen des Patienten entspricht sowie juristisch erlaubt ist. Sie hilft so den Wechsel von einer kurativen zur palliativen Therapie einzuleiten und dem Sterben Raum zu geben.

(2) Advance Health Care Planning (voraussorgende Gesundheitsplanung) dient in Einrichtungen der Altenpflege dazu, im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes mit dem/r Bewohner/in zu besprechen, welche medizinischen Maßnahmen gewünscht sind und welche unterlassen werden sollen.

(3) Die palliative Versorgung bietet Mittel zur Schmerzlinderung an und schließt körperliche und psychologische, seelsorgerliche und spirituelle Sterbebegleitung ein. Ebenso sind im Rahmen dieser Versorgung eine palliative Sedierung (eine längerfristige Betäubung) und der begleitete freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit möglich.

Diese Angebote können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass der assistierte Suizid in den Einrichtungen der Kirche und der Diakonie eine sorgfältig erwogene Ausnahme bleiben kann. Sie sollten daher Teil des Schutzkonzeptes sein, das der Gesetzgeber entwickelt, um zu verhindern, „dass sich der assistierte Suizid in der Gesellschaft als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“ (Rn. 233).

Damit diese Angebote in den kirchlichen Krankenhäusern und Einrichtungen der Diakonie vorgehalten werden können, ist dafür zusätzliches Personal mit entsprechender Aus- und Fortbildung erforderlich und entsprechende finanzielle Mittel. Hier sehen wir die Bundesländer mit öffentlichen Mitteln und ebenso die kirchlichen Träger in der Pflicht.

5. Offene Fragen zum assistierten Suizid in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen

Ulrich Lilie, Prof. Dr. Reiner Anselm und Prof. Dr. Isolde Karle haben die Diskussion zu unserem Thema mit einem Beitrag eröffnet, in dem sie sich dafür aussprechen, dass assistierter Suizid in Einrichtungen der Diakonie begleitet wird. Wir haben uns in

unserem Diskussionspapier dieser Position aus den dargelegten Gründen angeschlossen.

Offen geblieben ist in unserer Arbeitsgruppe die Frage, wie diese Begleitung gestaltet werden soll in den Einrichtungen der Diakonie Vlotho und im Rahmen ihrer ambulanten Dienste.

Zwei Positionen sind denkbar:

(1) Die Diakonie lässt assistierten Suizid in ihren Einrichtungen zu, knüpft aber Bedingungen an die ethische Qualität der Suizidassistenz und der vorlaufenden Beratung.

Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Suizidassistenz nicht zu einer normalen Form des Sterbens wird und nur als ultima ratio geleistet wird.

Kirche und Diakonie haben sich aus diesem Grund in der Vergangenheit gegen die Suizidassistenz durch die sog. Sterbehilfe-Vereine ausgesprochen. Denn ihre organisierten Angebote lösen eine Dynamik aus, in der es für die Betroffenen keine Möglichkeit mehr gibt, es sich noch einmal anders zu überlegen. Das aber sollte jedem Betroffenen möglich sein, weil es überraschend immer wieder einen Grund geben kann, doch weiter leben zu wollen.

Anders als bei einer geschäftsmäßig angebotenen Suizidassistenz wird bei einer ärztlichen Suizidassistenz das Dilemma zwischen dem Lebensschutz und dem persönlichen Wunsch nach assistiertem Suizid aufgrund von schwerem Leid nicht vorschnell aufgelöst. Es ist deshalb zu überlegen, ob die Suizidassistenz in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen nicht in jedem Fall in ärztliche Hände gelegt werden sollte.

In Blick auf das Schutzkonzept sollten Kirche und Diakonie sich klar dafür aussprechen, dass Schutzklauseln gegen eine Pflicht freier Träger zur regelmäßigen Gewährleistung von Suizidassistenz vorgesehen werden (vgl. Ulrich Körtner, epd 10.02.2021) In den Bewohnerverträgen könnte festgehalten werden, dass eine regelmäßige Suizidassistenz in kirchlich-diakonischen Einrichtungen ausgeschlossen ist und nur in Ausnahmefällen nach einem geordneten Verfahren ärztlich assistierter Suizid zugelassen wird.

An dieser Stelle ist zu betonen: Die Begleitung von Menschen beim assistierten Suizid kann sich in Kirche und Diakonie allein auf Menschen beziehen, die am Ende einer schweren Erkrankung stehen und keine Aussicht auf Besserung haben. Von einer darüber hinaus gehenden Suizidassistenz sollten sich Kirche und Diakonie distanzieren, auch wenn sie im Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vorgesehen ist (vgl. Lilie, epd 7/2021 S. 16).

(2) Die Diakonie entwickelt ethische Grundsätze und bietet selber Suizidassistenten an. In diesem Fall werden Mitarbeiter in kirchlichen und diakonischen Einrichtungen selber zu möglichen Akteuren eines assistierten Suizids. Das könnte das Vertrauensverhältnis zu Patienten und BewohnerInnen in den Einrichtungen belasten. Die Abgrenzung, dass Suizidassistenten kein regelhaftes Angebot, sondern eine sorgfältig erwogene Ausnahme ist, würde erschwert.

In unserer Arbeitsgruppe haben wir uns darauf verständigt, das Schutzkonzept des Gesetzgebers abzuwarten, das einer Normalisierung der Suizidassistenten vorbeugen soll. Ebenso scheint es uns sinnvoll zu sein, die Beratungen des EKD-Ausschusses Diakonie mit dem Vorstand des Bundesverbandes der Diakonie abzuwarten.

6. Ausblick

„Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“ (Gal. 6, 2). Es muss uns deshalb als Christinnen und Christen zu denken geben, dass es Menschen als eine Last empfinden, von anderen Hilfe einzufordern und deshalb den Wunsch nach assistierten Suizid äußern. Die ökonomischen Rahmenbedingungen für die Pflege von Angehörigen zu verändern, kann sicher dazu beitragen, dass die Pflege von Angehörigen in den Familien weiterhin möglich gemacht und ggf. sogar ausgebaut wird. Doch hier geht es um mehr, wie Lillie, Anselm und Karle in ihrem so umstrittenen Artikel auch zur Sprache gebracht haben. Es geht um Selbstbilder und Selbsterwartungen und die Frage, wie können Menschen in unseren Kirchengemeinden dazu ermutigt werden, nicht nur selber Lasten zu schultern, sondern sich auch tragen zu lassen (vgl. epd 7/2021, S. 8). In ihrem seelsorgerlichen und diakonischen Handeln hat Kirche hier einen Gestaltungsauftrag, weil sie in diesen Arbeitsbereichen in der Bevölkerung nach wie vor einen Vertrauensvorsprung genießt.

Es bleibt eine der besonderen Aufgaben, gerade in Kirche und Diakonie dafür Sorge zu tragen, dass Menschen in unserem Land ihr Leben als Geschenk wertschätzen und lieben, auch ohne dass sie etwas leisten können und auch, wenn sie anderen zur Last fallen. Dafür in unserer Gesellschaft einzutreten, damit die Suizidassistenten deshalb nicht zu einer normalen Form des Sterbens wird, sollte uns allen ein kostbares inneres Anliegen sein.

Bad Oeynhausen, den 17. Mai 2021

Für die AG Assistierter Suizid im Kirchenkreis Vlotho Antje Freitag