



TAUWETTER

... *franziskanische Zeitschrift für Gerechtigkeit,
Frieden und Bewahrung der Schöpfung*

The background of the cover is a stylized illustration of a tree. The branches are thin and grey, set against a background of orange and grey foliage. The overall aesthetic is modern and minimalist.

Sterben helfen

Zwischen Selbstbestimmung
und Unverfügbarkeit

Impressum

Redaktion Tauwetter

Peter Amendt ofm, Stefan Federbusch ofm,
Markus Fuhrmann ofm, Korbinian Labusch, Jürgen Neitzert ofm,
Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Jürgen Neitzert ofm, Köln

Sie erreichen uns

Redaktion Tauwetter
Franziskaner
Burgstrasse 61 · 51103 Köln
Telefon 02 21. 87 31 13 · Fax 02 21. 870 04 64
redtauwetter@aol.com
www.tauwetter-online.de

Gestaltung

www.kippconcept.de · Titelfoto: Luise Schatz

Dankeschön

Tauwetter finanziert sich ausschließlich aus Spenden.
Wir möchten uns an dieser Stelle ausdrücklich bei allen bedanken,
die mit ihrem Beitrag diese franziskanische Zeitschrift mit
dem Schwerpunkt „Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der
Schöpfung“ unterstützen.

Redaktion Tauwetter

Stadtsparkasse Düsseldorf (BLZ 300 501 10)
Kontonummer: 10 130 896
IBAN: DE 43 3005 0110 0010 1308 96
SWIFT/BIC: DUSSEDDXXX

Editorial

Im März 2004 widmete sich die erste Tauwetter-Ausgabe des Jahres dem Thema „Menschenwürdig sterben“. Die darin enthaltenen Artikel sind heute ebenso gültig und lesenswert wie damals. Anlass waren u.a. die niederländischen und belgischen Gesetze zur Sterbehilfe. Das 2001 in den Niederlanden verabschiedete Gesetz zur Regelung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung war das bis dahin liberalste in Europa. Ein Jahr später zog auch Belgien nach, 2009 dann Luxemburg.

In den vergangenen 15 Jahren ist die Diskussion nicht nur in den Niederlanden weiter gegangen. Dort dreht sich die Debatte vor allem um die Frage, wie mit nichteinwilligungsfähigen Menschen umzugehen ist. Diese Tauwetter-Ausgabe dokumentiert ein auswertendes Buch des niederländischen Journalisten Gerbert van Loenen, der die Entwicklung in seinem Land kritisch reflektiert und erläutert, warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt.

Seine Reflexionen sind wichtige Anstöße für die anstehenden Entscheidungen in Deutschland. Im September 2015 wird der Deutsche Bundestag über verschiedene Gesetzesinitiativen beraten und beschließen, was in Punkto Sterbehilfe gesetzlich geregelt werden soll und was bewusst nicht.

Zusätzlich zum ethischen und gesellschaftlichen Diskurs bietet ein Artikel die franziskanische Perspektive: den Umgang mit „Bruder Tod“ (bzw. im Italienischen: „Schwester Tod“) durch Franz und Klara von Assisi. Ein persönlich gefärbter Beitrag schildert die Erfahrungen eines Vaters mit seiner behinderten Tochter und ihrem Sterben.

Das Heft lädt ein, sich persönlich eine Meinung zu bilden und sich in den gesellschaftlichen Diskurs einzuklinken.

*Ein gelingendes Jahr 2015 wünscht mit pax et bonum (Frieden und Gutes)
Ihre Tauwetter-Redaktion*

Inhalt

„Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen...“ 5 Zur aktuellen Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland Stefan Federbusch ofm	
Glossar / Sterbehilfe in der Schweiz	13
Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt 15 Die Entwicklung in den Niederlanden Stefan Federbusch ofm	
Der Sterbehilfe-Diskurs in den Evangelischen Kirchen: Zur theologischen Akzeptanz des assistierten Suizids 22 Michael Frieß	
Break – Bevor I die I want to ...	31
Krankheit und Sterben bei Klara und Franziskus 32 Herausforderung für eine zeitgemäße „ars moriendi“ Stefan Federbusch ofm	
Meine Tochter Johanna 38 Erfahrungen eines betroffenen Vaters Josef Epp	
In Memoriam: Br. Konrad Schulz († 3. Januar 2015)	46
Literatur	48
Verweis auf frühere Ausgaben	50

„Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen...“

Zur aktuellen Debatte um die Sterbehilfe in Deutschland

Stefan Federbusch ofm

„Mein Ende gehört mir!“ Dieser im wahrsten Sinne des Wortes plakative Satz (er stammt von einer Plakatwand) erinnert an die Abtreibungsdebatte mit ihrem Slogan „Mein Bauch gehört mir“. Der Unterschied dürfte darin liegen, dass es beim Sterben tatsächlich um „mein“ eigenes Leben geht und nicht um das eines anderen. Beide Slogans rekurrieren auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen. „Jeder hat das Recht, über das Ende seines eigenen Lebens zu entscheiden und sich dabei helfen zu lassen. Wie er das tut, sollte ihm selbst überlassen sein“, so die Position derjenigen, die auch bereit sind, unter bestimmten Bedingungen Sterbehilfevereine zuzulassen. Zu den Bedingungen zählen eine Dokumentationspflicht, eine Begutachtung durch unabhängige Ärzte sowie der Ausschluss kommerzieller Interessen. Umstritten ist in dieser Gruppe, ob Sterbehilfe auf tödlich Erkrankte beschränkt bleibt. Andere lehnen Sterbehilfevereine ab, wollen aber die ärztliche Beihilfe zum Suizid ausdrücklich erlauben. Wieder andere wollen das Standesrecht der Ärzte auf keinen Fall aushebeln und überlegen sogar ein strafrechtliches Verbot.

Am 13. November 2014 fand im Bundestag eine mehrstündige Orientierungsdebatte statt, bei der bewusst der Fraktionszwang aufgehoben war. Bis zum Herbst 2015 haben die Parlamentarier nun Zeit, ihre Position in der Frage einer rechtlichen Neuregelung der Sterbehilfe festzulegen.

Gesetzliche Regelung – Ja oder Nein?

Einige sind dafür, gar keine rechtlichen Regelungen festzulegen und die bisherige Praxis beizubehalten. Dazu tendiert auch der Deutsche Ethikrat. Laut der Vorsitzenden Christiane Woopen unterstütze der Ethikrat die Position, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe sei. „Aber in der existenziellen Ausnahmesituation, in der ein kranker Mensch seinem Leben ein Ende setzen möchte, sollte ein Arzt ihm helfend zur Seite stehen können – nicht im Rahmen einer gesetzlichen Norm, sondern der Gewissensentscheidung.“ Die Gefahr einer Suizidwelle bzw. eines Dammbrechens sieht sie nicht, sollte sich die Bundesärztekammer diesem Votum anschließen. Wenn der Druck auf Patienten durch eine gesellschaftliche Entwicklung, die Suizid als „normalen Ausweg“ sieht, zu stark wachse, müsse dem aber entgegengesteuert werden. Befürworter wie Gegner sind sich darin einig, dass die Palliativmedizin ausgebaut werden muss.

Ärztliches Ethos

Am 21. Januar 2011 hat die Bundesärztekammer ihre „**Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung**“ im Vergleich zur Fassung von 2004 verändert. Darin ist eine „Änderung des Behandlungszieles“ geboten, „wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht“. Die bisherige Kann-Regelung geht jetzt in Richtung Soll-Regelung, auch ohne dem Patientenwillen zu entsprechen. Die Grundsätze verzichten auf eine Abgrenzung zur „aktiven Sterbehilfe“ und stellen den Ärzten die Beteiligung an Selbsttötungen frei. Es heißt zwar: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“, aber sie wird geduldet. Auf dem 114. Ärztetag in Kiel wurde im Mai 2011 die Neuordnung des **Standesrechts** beraten. Bisher hieß es in der Musterberufsordnung: „Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben der oder des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“. Jetzt lautet Paragraph 16 ‚Beistand für Sterbende‘: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Dieses Verbot wurde aber unterschiedlich in den 17

Ärztetkammern der Bundesrepublik umgesetzt. Die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften legte in ihren Richtlinien zur Betreuung am Lebensende fest: „Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes.“ Die Dilemmasituation zwischen Patientenwillen und freier Selbstbestimmung sowie ärztlichem Auftrag der Lebenserhaltung wird somit unterschiedlich gelöst: In Deutschland mit einem klaren standesrechtlichen Verbot (zumindest in der Musterberufsordnung), in der Schweiz durch die Auslagerung auf die persönliche Gewissensentscheidung.

Zumindest die passive Sterbehilfe ist durch das Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes im Jahr 2009 eindeutig geregelt: Bei entsprechendem Patientenwillen müssen Ärzte die Vornahme oder die Fortsetzung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Behandlung unterlassen. Und zwar auch dann, wenn deren Beginn oder Fortsetzung aus rein medizinischer Sicht geboten wäre.

Beispiele von Betroffenen

Die Debatte um die Sterbehilfe wurde in Deutschland im vergangenen Jahr befeuert durch ein Interview des Ehepaars **Anne und Nikolaus Schneider** (ZEIT, 17. Juli 2014). Sie lernten sich im Theologiestudium kennen und sind seit 1970 verheiratet. Anne Schneider wurde Lehrerin für Religion und Mathematik, Nikolaus Schneider ging in den Pfarrdienst. Von den drei Töchtern starb die jüngste Tochter Meike 2005 im Alter von 22 Jahren an Leukämie. „Der Tod meiner Tochter Meike hat meinem Glauben Risse gegeben“, sagt der frühere Präses der rheinischen Kirche. Klar ist für das Ehepaar Schneider, dass mit Sterbehilfe kein Geld verdient werden darf. „Und es darf kein anonymisiertes Sterbehilfe-Modell geben.“

Nikolaus Schneider hatte seinen Rückzug vom Amt des Vorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland angekündigt, um seiner Frau Anne

beizustehen, bei der im Juni 2014 ein entzündlicher Brustkrebs festgestellt wurde, der bereits ihr Lymphsystem befallen hat. Der 66-jährige Nikolaus Schneider vertritt die Position: *Beim* Sterben jede Hilfe. Aber nicht *zum* Sterben.“ Seine Frau hält dies für eine „Elfenbeinturm-Unterscheidung! Ich finde, beim Sterben helfen kann auch heißen, dass man den Sterbeprozess beschleunigt. Dann ist es auch eine Hilfe zum Sterben. Das lässt sich gar nicht trennen.“ Für ihren Mann ist klar: Die „weitgehende Schmerzfreiheit – die muss gesichert sein. Aber ein Giftcocktail ist ausgeschlossen.“ Die 65-jährige **Anne Schneider** verweist auf eine Bibelstelle und ihre Interpretation dazu: „Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden‘: Diese biblische Bitte heißt für mich, dass ich mein Ende aktiv gestalten kann in der Verantwortung vor Gott. Zur Gottebenbildlichkeit des Menschen gehört für mich eine Gestaltungsfreiheit von Anfang bis Ende dazu... So sehe ich es als Teil meiner Verantwortung, dass ich auch entscheiden darf: Jetzt gebe ich mein von Gott geschenktes Leben dankbar an Gott zurück.“ Für sie bedeutet das konkret: „Ich hoffe, wenn ich selber an den Punkt kommen sollte, sterben zu wollen, dass mein Mann mich dann in die Schweiz begleitet. Dass er neben mir sitzen und mir die Hand halten würde, wenn ich das Gift trinke. Auch wenn es seiner theologisch-ethischen Überzeugung widerspricht. Ich hoffe, dass dann die Liebe stärker ist.“ Nikolaus Schneider entspricht dieser Erwartung seiner Frau: „Das wäre zwar völlig gegen meine Überzeugung, und ich würde es sicher noch mit Anne diskutieren. Aber am Ende würde ich sie wohl gegen meine Überzeugung aus Liebe begleiten.“

Die Auffassungen von Ehepaar Schneider spiegeln die beiden Positionen in der aktuellen Debatte wider. **Anne Schneider** betont den Aspekt der Gestaltungsfreiheit und Selbstbestimmung des Menschen. Diese sieht sie auch für das eigene Sterben gegeben und liegt damit auf der Linie der evangelischen Theologen der Niederlande, die für aktive Sterbehilfe eintreten. **Nikolaus Schneider** dagegen liegt auf der Linie, die auch die katholische Kirche vertritt: Das Lebensende liegt alleine in der Hand Gottes und darf daher vom Menschen nicht aktiv herbeigeführt werden. So wie der Mensch nicht durch freie Wahl sein Leben erwählt hat, darf er es auch nicht durch freie Wahl beenden. Lediglich eine passive Sterbehilfe wird als legitim angesehen, die auf lebensverlängernde Maßnahmen in aussichtslosen Fällen ver-

zichtet. Dem EKD-Vorsitzenden wurde ein „Tabubruch“ vorgeworfen, wenn er für sich persönlich etwas als Ausnahme in Anspruch nimmt, was durch seine eigene Kirche als verboten gilt.

Einer, der den von Anne Schneider favorisierten Weg ging, war im März 2012 **Timo Konietzka**. Der Schütze des allerersten Bundesligatorschied durch einen Giftcocktail einer Schweizer Sterbehilfeorganisation mit 73 Jahren aus dem Leben.

Auch der bekannte Schweizer Theologe **Hans Küng** hat sich für aktive Sterbehilfe ausgesprochen. „Der Mensch hat ein Recht zu sterben, wenn er keine Hoffnung mehr sieht auf ein nach seinem ureigenen Verständnis humanes Weiterleben.“ Ähnlich sah es sein Freund, der Rhetoriker **Walter Jens**. Als er an Demenz erkrankte, hielt sich seine Familie aber nicht an die im Vollbesitz seiner Kräfte getroffene Abmachung. Es war ein Lächeln und ein Seufzer des dementen Vaters, der seinen Sohn Tilman Jens entscheiden ließ: „Meine Mutter, mein Bruder und ich sind uns einig, das Mandat, ihm aktiv beim Sterben zu helfen, ist in dieser Sekunde erloschen“. Seine Frau Inge berichtete in einem Interview: „Neulich hat er gesagt: ‚Nicht totmachen, bitte nicht totmachen.‘ Ich bin mir nach vielen qualvollen Überlegungen absolut sicher, dass mich mein Mann jetzt nicht um Sterbehilfe, sondern um Lebenshilfe bittet.“ Selbst Hans Küng muss nach einem Besuch gestehen: „Deutlicher als früher ist mir jetzt bewusst, dass man angesichts eines Menschen, der keine körperlichen, sondern nur seelische Schmerzen erfährt, sich nicht befugt sehen kann, einzugreifen, ja dass unter Umständen nichts anderes übrig bleibt, als den Lauf des Geschehens einer anderen, höheren Instanz anheimzustellen.“

Noch ein weiterer „Fall“ erregte 2014 in den Medien Aufsehen. Die 29-jährige US-Amerikanerin **Brittaney Maynard** hatte ihren Tod in einem Video auf YouTube angekündigt, da sie an einem unheilbaren Gehirntumor litt. Mehr als 9 Mio. Menschen schauten im Internet ihre Videos an, in denen sie ihren Entschluss erläuterte, den Zeitpunkt ihres Todes selbst zu bestimmen. Am 1. November 2014 nahm sie sich auf eine im US-Bundesstaat Oregon legale Weise das Leben. Seit 1998 gilt in Oregon das „Death with Dignity“-Gesetz, das Ärzten erlaubt, tödliche Medikamente zu verschreiben,

wenn eine Erkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit innerhalb des nächsten halben Jahres zum Tod führt. Gut 1.200 Menschen haben dies für sich in Anspruch genommen, davon knapp 800 die Pillen tatsächlich geschluckt. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 71 Jahren. Ähnliche Gesetze gibt es nur in den Bundesstaaten Washington (seit 2009) und Vermont (seit 2013).

Aus Großbritannien sind mehrere Fälle bekannt, in denen Schwerkranke gerichtlich Straffreiheit für ihre Angehörigen erreichen wollten. So etwa die 43-jährige bis zum Hals gelähmte **Diane Pretty** für ihren Mann (Mai 2002), ebenso die an Multipler Sklerose erkrankte **Debbie Purdy** (Oktober 2008). Das oberste britische Gericht entschied im August 2012, dass der 58-jährige schwerstgelähmte **Tony Nicklinson** kein Recht zu sterben habe durch ärztliche Suizidbeihilfe. Das britische Recht belegt seit 1961 Beihilfe zur Selbsttötung mit bis zu 14 Jahren Haft.

In Italien erstritt Beppino Englaro das Recht, dass seine 37-jährige Tochter **Eluana Englaro** sterben darf. Sie war seit einem Autounfall im Jahr 1992 bewusstlos. Ein Mailänder Berufungsgericht entschied im November 2008, dass die Ernährung der Wachkomapatientin eingestellt werden kann, nachdem Gerichte 1999, 2003 und 2006 das Ansuchen abgelehnt hatten. Ein Berufungsgericht hatte bereits 2007 die „Freiheit und Selbstbestimmung“ der Patientin über den unbedingten Lebensschutz gestellt. Der Vatikan antwortete im September 2007 mit einer Art Grundsatzentscheidung, die sich auch auf die US-Amerikanerin **Terri Schiavo** bezog, die 2005 nach 15 Jahren im Wachkoma in Florida verstarb. Die Ernährung und Wasserversorgung eines Patienten im ‚vegetativen Zustand‘ sei moralisch verpflichtend.

In Belgien erstritt der 50-jährige **Frank van den Bleeken** als erster Häftling im September 2014 für sich das Recht auf Sterbehilfe. Er sitzt seit dreißig Jahren in Haft wegen Vergewaltigung und Mord und bezeichnet sich selbst als „Gefahr für die Menschheit“. In Belgien steht das Recht auf aktive Sterbehilfe auch psychisch Kranken zu. Über das Urteil wurde erbittert gestritten, da der Verurteilte keinerlei therapeutische Hilfe erhielt.

In Deutschland sorgte der ehemalige Hamburger Senator **Roger Kusch** für Aufsehen, der Gründer der „Dr. Roger Kusch Sterbehilfe e.V.“. Auf

dessen Internetseite publizierte er beispielsweise den Abschiedsbrief der knapp 80-jährigen **Bettina Schardt**, die am 28. Juni 2008 freiwillig aus dem Leben schied und der Kusch Sterbehilfe leistete. Für eine solche Begleitung verlangte er 8.000 Euro (1.500 für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens und 6.500 als Honorar für zwei Hausbesuche und andere Tätigkeiten). 2010 gründete Kusch den neuen Verein „Sterbehilfe Deutschland e.V.“, nachdem ihm das Hamburger Verwaltungsgericht im Februar 2009 die Begleitung von Suiziden ausdrücklich untersagt hatte.

Ethische Argumentation

Wie ist aus moraltheologischer Sicht mit dem Problem umzugehen?

Hartmut Meesmann stellt fest, dass „moraltheologische Normen, die aus den Erfahrungen des Alltags erwachsen sind und orientierende Leitplanken sein wollen, in existentiell herausfordernden Situationen an ihre Grenzen kommen (können)... es gibt eben auch eine eigene Normativität der Situation – und vor allem der Liebe. Das Leben kann in ausweglose und paradoxe Situationen führen, in denen es kein objektives Richtig oder Falsch mehr gibt. Hier ist der Einzelne dann gezwungen, ethische Verantwortung zu übernehmen und sich zu entscheiden.“

Oft wird derselbe Begriff unterschiedlich interpretiert und für beide Positionen gleichermaßen beansprucht. „In Würde stirbt, wer anerkennt, dass sein Leben als solches unverfügbar ist“, betont die **Deutsche Bischofskonferenz**. „Die Verfügung über die Existenz als solche ist dem Menschen entzogen.“ Für die Verfechter der aktiven Sterbehilfe realisiert sich Würde hingegen in der Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Der Mensch habe das Recht, sein Recht auf Leben preiszugeben. Die katholische Kirche sieht das Leben als Geschenk Gottes an und warnt vor einer „Verabsolutierung der Autonomie“. Dieser Position wird entgegnet, dass ein Geschenk in den Besitz des Beschenkten übergehe und somit in sein Verfügungsrecht. Ebenso ist kritisch anzumerken, dass der Mensch permanent durch medizinische Maßnahmen in das Verfügungsrecht Gottes (bzw. der Natur) eingreift und das Leben von Menschen verlängert, die ohne medizinische Hilfe längst verstorben wären.

Der Freiburger Moralthologe **Eberhard Schockenhoff** verweist darauf, dass „Sterbehilfe“ kein administrativer Akt ist, sondern immer mit menschlicher Beziehung zu tun hat: „Gerade in der letzten Phase des Sterbens ist die Erfahrung eines eigenen Lebenssinnes nur möglich, wenn sie von der Solidarität und Nähe anderer Menschen mitgetragen wird. Daher erfordert ein menschenwürdiges Sterben mehr als den bloßen Respekt vor einer angeblich unbeeinflussten Selbstbestimmung des Sterbenden. Menschenwürdiges Sterben ist überhaupt nur unter der Bedingung möglich, dass personale Beziehungen und das Angebot menschlicher Nähe aufrechterhalten werden.“

Die schwierige Balance, die es zu halten gilt, verdeutlicht der evangelische Theologe **Reiner Marquard**: „Wer nur auf die Karte der Selbstbestimmung setzt, unterschätzt jene Lebens- und Sterbekultur, in der es elementar um den Beziehungsreichtum menschlicher Nähe geht... Wer umgekehrt nur auf die Karte der Fürsorge setzt, unterschätzt die Würde eines selbstbestimmten Lebens und Sterbens. Auch wer schwer krank ist, bleibt Subjekt seiner Lebens- und Sterbegeschichte. Der jeweils andere Aspekt bewahrt die eigene Sicht vor dem Extrem.“

Neben den moraltheologischen und ethischen Erörterungen ist daher nach den praktischen Erfahrungen und den Folgen zu fragen, die eine Liberalisierung der Gesetze zur Sterbehilfe mit sich bringen. Dem geht der folgende Artikel am Beispiel der Niederlande nach.

Glossar

Aktive Sterbehilfe ist das gezielte Herbeiführen des Todes auf Wunsch der betroffenen Person.

Sie ist erlaubt in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg. In Deutschland ist sie nach Paragraf 216 des Strafgesetzbuches strafbar. Wer jemanden auf dessen Wunsch tötet, wird wegen Tötung auf Verlangen mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft. Ebenso in Frankreich, in England gar bis zu vierzehn Jahren. Das Recht grenzt dabei aktives Tun vom bloßen Unterlassen ab.

Indirekte Sterbehilfe nimmt in Kauf, dass der Tod schneller eintritt, beispielsweise als Nebenwirkung eines schmerzstillenden Medikaments. Entspricht dies dem Patientenwillen, ist es in Deutschland nicht strafbar.

Passive Sterbehilfe verzichtet in aussichtslosen Fällen bewusst auf lebensverlängernde medizinische Maßnahmen oder reduziert diese. Laut Bundesgerichtshof dürfen Ärzte diese auch abbrechen, wenn der Patient noch nicht kurz vor dem Tod steht.

In den meisten Ländern erlaubt, zumindest innerhalb enger Grenzen wie in Frankreich (Gesetz von 2005). In Polen gesetzlich untersagt.

Assistierter Suizid ist Beihilfe zur Selbsttötung, beispielsweise wenn jemand ein tödliches Medikament bereitstellt, der Betroffene es sich aber selbst verabreicht.

Die Beihilfe ist in Deutschland, der Schweiz und Schweden nicht strafbar, in Polen, Österreich und Irland drohen dagegen Gefängnis.

Sterbehilfe in der Schweiz

Laut einer im August 2014 veröffentlichten Studie des „Journal of Medical Ethics“ sind von 2008 bis 2012 insgesamt 611 Menschen aus 31 Ländern in die Schweiz gereist, um sich dort von der Sterbehilfeorganisation Dignitas (1998 von Ludwig A. Minelli gegründet) in den Tod begleiten zu lassen. Die 1982 gegründete Organisation Exit begleitet nur in der Schweiz ansässige Personen. Aus Deutschland waren dies 268 Menschen, aus England 126, aus Frankreich 66, aus Kanada 12. Im Durchschnitt waren sie 69 Jahre alt. Die Altersspanne reichte von 23 bis 97 Jahren. Die Verteilung lag bei 58,5 Prozent Frauen und 41,5 Prozent Männern. Der Anteil der nicht tödlich Erkrankten stieg bis 2004 auf 34 Prozent. Als häufigste Beweggründe wurden neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder Parkinson genannt. In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid erlaubt, solange sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschieht.

Nach Auffassung der Deutschen Stiftung Patientenschutz mache die Studie deutlich, dass der Suizid-Sog offenbar ganz andere Ursachen habe, als die Befürworter der organisierten Sterbehilfe mit drastischen Krankheitsbildern glauben machen wollten. „Es sind vielmehr die Ängste vor Fremdbestimmung, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit, die die Menschen in den Suizid treiben“, so der Vorstand Eugen Brysch. Er fordert ein gesetzliches Verbot jeder organisierten Form von Sterbehilfe.

Das schweizerische Bundesamt für Statistik legte im März 2012 zum ersten (und bisher einzigen) Mal Zahlen vor zur Sterbehilfe von Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten. 1998 lag die Zahl bei ca. 50 Personen und stieg bis 2009 auf 300 pro Jahr. Das waren 4,8 von 1000 Todesfällen. Seit 2001 nehmen mehr Frauen als Männer Sterbehilfe in Anspruch. 90 Prozent der Betroffenen waren 55-jährig oder älter. Lediglich 1 Prozent der Fälle waren unter 35-Jährige, das entspricht 20 Personen in 12 Jahren. Die Zahl der Suizide blieb in diesen Jahren konstant. 2009 war das Verhältnis von Sterbehilfefällen zu Suiziden 1:4.

Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt

Die Entwicklung in den Niederlanden

Stefan Federbusch ofm

2001 wurde in den Niederlanden ein Gesetz zur Regelung der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung verabschiedet. Seine Vorgeschichte und seine Folgen beleuchtet Gerbert van Loenen in seinem Buch „Das ist doch kein Leben mehr!“. Bereits der Untertitel verdeutlicht das Ergebnis seiner Untersuchung: „Warum aktive Sterbehilfe zur Fremdbestimmung führt“.

Die Debatte begann in den Niederlanden rund dreißig Jahre zuvor mit dem Werk des Arztes und Wissenschaftlers Hendrik van den Berg „Medizinische Macht und medizinische Ethik“. Anhand einiger Fälle schwerbehinderter Menschen kritisierte der Autor 1969, dass es nicht darum gehe, Patienten um jeden Preis weiter zu behandeln. In manchen Fällen sei der Tod einem Leben an Schläuchen vorzuziehen. Er hielt es für eine „mutige und würdevolle Tat“, wenn Eltern ihr Contergankind getötet haben. Wenn Ärzte dies auf Bitten der Eltern taten, sei dies ein „Handeln gemäß schlichter medizinischer Pflichtauffassung“ (22). Eine ähnliche Haltung nahm er gegenüber schwer verletzten und auf Dauer geschädigten Verkehrsopfern ein. Van den Berg unterscheidet zwischen „sinnvollem“ und „sinnlosem“ Leben, gibt aber zu, dass es keine Grenze zwischen beiden gibt. Einerseits möchte er die Macht der Ärzte in ihrem medizinischen Handeln einschränken, zugleich gesteht er ihnen aber die Macht zu, über Leben und Tod zu entscheiden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Argumentation zunächst auf Mitleid und Barmherzigkeit beruht. Es gehe darum, jemandem schweres Leid zu ersparen. Die Aspekte von Freiwilligkeit, Mündigkeit und Selbstbestimmung werden erst später ins Spiel gebracht. Von Anfang an ist es in den Niederlanden der Arzt, dem die Hauptrolle und wichtigste Funkti-

on zukommt. Dies spiegelt sich auch im Gesetz von 2001 wider. Dem Hausarzt kommt in unserem Nachbarland eine größere Bedeutung zu als bei uns.

Wichtig für die weitere Entwicklung in den Niederlanden war die moralische Gleichstellung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe. Diese Haltung förderte der Theologe Harry Kuitert in seinem 1981 erschienenen Buch „Der gewünschte Tod“. Während in den meisten Ländern (so auch in Deutschland) das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen in aussichtslosen Situationen moralisch kein Problem darstellt und in der Regel für gut geheißen wird, sieht es in Bezug auf die aktive Sterbehilfe anders aus. Aus der Argumentation werden zwei unterschiedliche Ansätze ethischer Argumentation deutlich. Kuitert orientiert sich am Endergebnis, an den Folgen des Handelns. Letztlich heiligt der Zweck die Mittel. Ein anderer Ansatz betrachtet das Handeln als solches. Der Zweck heiligt nie die Mittel. Ein unmoralisches Handeln kann nicht durch ein gutes Ergebnis gerechtfertigt werden. Die protestantischen Kirchen übernahmen die Sichtweisen Kuiterts, während die Katholiken, Orthodoxen und Juden sich gegen aktive Sterbehilfe aussprachen. „Aktive Sterbehilfe wurde in den Niederlanden von Christen nicht *bekämpft*, sondern *erkämpft*“ (Loenen 28). Dieser Satz gilt wie erwähnt lediglich für die Protestanten.

In den 80er-Jahren verschob sich die Debatte auf den Focus „Selbstbestimmung“. Zunächst ging es um aktive Sterbehilfe für Menschen, die darum bitten, also um verlangte Sterbehilfe. Es war die Rechtsprechung, die das Tor zur aktiven Sterbehilfe öffnete. Ein Arzt war angeklagt, der eine 95-jährige Frau auf deren Bitte hin getötet hatte. Der Hohe Rat, das oberste Gericht der Niederlande, entschied im Jahr 1984, dass ein Arzt in einen Interessenskonflikt gerate zwischen dem Auftrag, Leben zu bewahren, und dem Auftrag, Leiden zu mindern. In dieser „Notlage“ sei er nicht schuldig, auch wenn aktive Sterbehilfe gesetzlich unzulässig sei. Das Urteil rückte den Arzt in den Mittelpunkt und das Leiden des Patienten. „Nicht die Bürger haben demzufolge ein Recht auf aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung, sondern allein die Ärzte haben das Recht, der Bitte eines Bürgers um aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung zu entsprechen, wenn sie glauben, dass ihre Patienten leiden. Und das ist etwas völlig anderes“ (Loenen 32-33).

Ab den 90er Jahren wurde zumindest unter Experten verstärkt diskutiert, wie es um nicht einwilligungsfähige Gruppen steht. Dies betrifft Neugeborene, Kinder bis 12 Jahre, psychisch Kranke, Komapatienten und (seit 2011) auch alte Menschen. 1989 nahm die „Kommission zur Zulässigkeit lebensbeendender Maßnahmen“ des niederländischen Ärzteverbandes KNMG ihre Arbeit auf. Der Abschlussbericht wurde erst 1997 veröffentlicht. Er kommt zu dem Schluss, dass lebensbeendendes Handeln unter gewissen Umständen auch bei Menschen zulässig ist, die nicht einwilligungsfähig sind. Loenen überprüft die Argumentation in Bezug auf Komapatienten, Demenzerkrankten, psychiatrischen Patienten und Babys und kommt zu dem Schluss, dass sich die Kommission dem Urteil von Kuitert anschließt und keinen Unterschied sieht zwischen einem Arzt, der nicht weiter lebensverlängernd behandelt und einem, der aktiv tötet. Ausschlaggebender Faktor für eine Tötung von nicht einwilligungsfähigen Menschen ist das „Mitleid“ des Arztes, der das Leiden eines Patienten aus „Barmherzigkeit“ beenden will.

Einige Autoren änderten im Laufe der Jahre ihre Meinung: von der Ablehnung einer unverlangten Lebensbeendigung hin zur Befürwortung. „Wenn das Töten kein Töten auf Verlangen ist, handelt es sich um Mord oder Totschlag, also um eine Straftat, eine der unmoralischsten Handlungen, die man überhaupt begehen kann“, hatte beispielsweise Kuitert 1981 geschrieben. In einem Werk von 1993 sieht er es dagegen als vornehmste Pflicht des Arztes an, schwer leidendes Leben auf Verlangen zu beenden. Loenen listet in seinem Buch Zitate auf, die belegen, dass die Entscheidung, zunächst die aktive Sterbehilfe auf einwilligungsfähige Menschen zu beschränken, rein strategische Überlegungen waren, um sie dann auf nichteinwilligungsfähige auszudehnen. Bereits 1985 wiesen zwei Mitglieder (Klijn und Nieboer) der „Staatskommission Euthanasie“ in einem Minderheitenvotum darauf hin, dass die Erlaubnis zur aktiven Sterbehilfe auf Verlangen unweigerlich zur Sterbehilfe ohne Verlangen führe.

Umfragen unter Ärzten belegen, dass 1990 in 0,8 Prozent der Todesfälle (rund 1000) ein Medikament gegeben wurde ausdrücklich zu dem Zweck, das Leben des Patienten zu beenden ohne dessen ausdrückliches Verlangen. In 14 Prozent der Fälle waren die Patienten einwilligungsfähig,

wurden somit ungefragt getötet und deren Selbstbestimmungsrecht verletzt. 2001 gab es 950 Fälle unverlangter Lebensbeendigung, 2005 etwa 550 Fälle, 2010 etwa 300 Fälle. Offensichtlich gibt es in der Ärzteschaft einen Bewusstseinswandel. All diese Fälle werden in der Regel aufgrund „Höherer Gewalt im Sinne einer Notlage“ (vgl. Urteil des Hohen Rates von 1984) strafrechtlich nicht verfolgt. „In der niederländischen Praxis liegt die Kontrolle des eigenen Handelns in der Hand der Ärzte. Sie bestimmen die Grenzen ihres Handelns selbst“ (Loenen 79). Bei Kindern unter 1 Jahr wurde 2005 bei 70 Kindern entschieden, ihnen Medikamente zu verabreichen ausdrücklich zu dem Zweck, ihren Tod schneller herbeizuführen. Was ein „aussichtsloses und erträgliches Leiden“ ist, bleibt stets subjektiv. Manche verstehen darunter weniger „starke Schmerzen“, sondern die Beeinträchtigung, die ein Kind durch seine Behinderung in Zukunft erfahren wird. Somit hängt es vom jeweiligen Arzt bzw. Krankenhaus ab, wie mit einzelnen Krankheitsbildern umgegangen wird.

Mit dem Sterbehilfegesetz von 2001 ist verbunden, dass Ärzte die Fälle der Regionalen Prüfungskommission für aktive Sterbehilfe melden müssen. Für 2012 waren dies 3.965 Fälle, dies entspricht drei Prozent aller Todesfälle der Niederlande.

Ergänzend sei eine Studie aus Belgien angeführt, in der 2007 Ärzte befragt wurden, die in Flandern einen Totenschein ausgestellt hatten. Knapp 60 Prozent antworteten in der anonymen Umfrage. Es gab 208 Fälle von „medizinisch assistiertem Tod“, von denen 142 auf den ausdrücklichen Wunsch der Patienten erfolgte, 66 aber ohne deren Wunsch. Tötung ohne Verlangen wurde hauptsächlich bei komatösen und dementen Patienten durchgeführt.

Die Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (NVVE) engagiert sich seit 2008 dafür, Demenzkranken und psychisch Kranken „ein selbstgewähltes Lebensende“ zu ermöglichen. 2012 richtete sie in Den Haag die so genannte „Lebensende-Klinik“ mit mobilen Sterbehilfeteams ein. Die Initiative „Aus freiem Willen“ sammelte 116.871 Unterschriften für eine Gesetzesänderung, die auch Menschen über 70 Jahren, die nicht aussichtslos und unerträglich leiden, die Möglichkeit eines assistierten

Todes bietet. Anfang 2011 wurde der Vorschlag im Parlament abgelehnt. Ende November 2013 stellte die Initiative ihre Arbeit ein und übertrug ihre Aufgabe an die NVVE. Wie Dick Swaab, einer der Initiatoren, bekannte, sei die Altersgrenze willkürlich. Somit stellt sich die Frage, ob die Entwicklung dann nicht dahin geht, allen lebensmüden Menschen mit Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht bei ihrem Tod ärztlicherseits zu assistieren, wofür durchaus einige mit Blick auf die „unwürdigen“ Umstände der Selbsttötung vieler Betroffener verweisen. Eine ähnliche Entwicklung findet sich in der Schweiz. Die Sterbehilfeorganisation Exit mit ihren über 50.000 Mitgliedern erweiterte 2011 ihre Statuten um den Satz: „Exit setzt sich dafür ein, dass betagte Menschen einen erleichterten Zugang zu Sterbemitteln haben sollen.“

Grundsätzlich stellt sich auch bei prinzipiell einwilligungsfähigen Personen die Frage nach der Beeinflussung. Wie groß ist der Druck der Ärzte, der Familie, des Freundeskreises, der Gesellschaft, ihrem Leben ein Ende zu bereiten, wenn es aus der Perspektive anderer nicht mehr als lebenswert angesehen wird. „Die Befürworter eines assistierten Suizids konzentrieren sich auf das Individuum, von dem erwartet wird, dass es seine Entscheidungen völlig autonom trifft. Ob das Umfeld das Individuum beeinflusst oder umgekehrt, ob ein lästiger Mensch von seiner Umgebung zum Suizid gedrängt wird oder ob ein Einzelner durch seinen selbst gewählten Tod in seinem Verwandten- und Bekanntenkreis eine Spur der Verwüstung hinterlässt und damit andere zum Suizid bewegt: Beide Formen der menschlichen Beeinflussung kommen in den Überlegungen der Befürworter einer Hilfe zur Selbsttötung nicht vor“ (Loenen 113).

Der Autor zeigt anhand verschiedener Beispiele aus dem Bereich der (Beeinflussung der) Medien, insbesondere des Films, dass aktive Sterbehilfe äußerst positiv dargestellt werde. Hilfe ist dabei häufig gleichbedeutend mit „Hilfe zur Selbsttötung“. In Großbritannien wurde im Dezember 2008 im Fernsehen die von der Schweizer Organisation Dignitas begleitete Selbsttötung des todkranken früheren Universitätsprofessors Craig Ewert gezeigt. Medial wird mit Marketing gearbeitet, das mit Hilfe von Bildern und Erzählungen emotionalisiert und personalisiert. Sterbehilfe wird so warenförmig und damit konsumfähig gemacht. Mediale Kampagnen ersetzen den Dis-

kurs, PR die Aufklärung. Aus der Erfahrung der Pflege seines schwerkranken Lebenspartners Niek weiß der Autor, wie schwierig Entscheidungen sind. Als Fazit verweist der Autor auf die „schiefe Ebene“ („Slippery slope“), auf die sich die Niederländer begeben haben. Der Kampf um die Ausweitung der aktiven Sterbehilfe wird an immer neuen Fronten fortgesetzt. „Die vielen Fragen am Anfang und am Ende des Lebens und der tabufreie Umgang mit diesen Fragen haben Grenzen verschwimmen lassen. Das kann zu einem Problem werden, wenn jemand völlig überlastet eine Entscheidung fällen muss“ (202-203).

Dahinter steht letztlich die Frage: Wer / was ist ein Mensch und welches Lebensrecht hat er? Eine Argumentationslinie gesteht jedem Menschen dieses (Menschen)Recht auf Leben zu, unabhängig davon, in welchem bewussteinemäßigen und körperlichem Zustand er sich befindet. Eine andere Argumentationslinie geht nicht vom Individuum selbst aus, das einen Wert an sich hat, sondern von dem, was andere ihm zugestehen. „Der Wert eines Menschenlebens wird von dem bestimmt, was es anderen wert ist“ behaupten Hellen Dupuis und J. C. Molenaar. Es liege somit im Ermessen der Eltern, ob ihr behindertes Kind am Leben bleiben soll oder nicht. Hier wird rasch deutlich, dass Grenzziehungen kaum möglich sind und es auf rein subjektive Bewertungen ankommt, welchen „Wert“ ich einem Menschen zuschreibe und welche Lebensqualität ich aus seinem Zustand ableite. Jede Unterscheidung zwischen „menschliches Leben“ und „körperliches Leben“ (Rscan Abbing 1972), „menschliches Leben“ und „biosomatisches Leben“ (Klinisches Ethik-Komitee des Gesundheitsrates 1972), „unantastbares Leben“ und „antastbares Leben“ (Peter Singer / Helga Kuhse), „Person“ und „Mensch“ (Michael Tooley 1983) geht unweigerlich zu Lasten des Betroffenen. H. Tristram Engelhardt unterscheidet gar zwischen „moralischen Personen“, die einwilligungsfähig sind, „sozialen Personen“, die zwar nicht einwilligungsfähig, aber geliebt sind, und rechtlosen Menschen, die weder einwilligungsfähig noch geliebt sind. Die Folge: „Eine (intellektuelle) Elite definiert das Person-Sein von Menschen in Übereinstimmung mit ihren eigenen utilitären, hedonistischen Prinzipien und verbindet dann damit Rechte, einen Status und eine Schutzwürdigkeit, die anderen vorenthalten werden. So ist das Glück des einen das Todesurteil des anderen“ (J. Stolk).

Es kann jedoch nicht angehen, dass das Lebensrecht eines Menschen an den Idealvorstellungen von Lebensqualität dessen abhängt, der die Entscheidung darüber trifft, ob dieser Mensch weiter leben darf. „Was einst als Selbstbestimmung begann, mündete in Bevormundung“¹¹²). Gerbert van Loenen plädiert daher zu akzeptieren, „dass ein Mensch lebt, solange er lebt, auch wenn wir nicht wissen, welchen Sinn dieses Leben noch hat“ (222).

Dass die Gefahr der „schiefen Ebene“ durchaus gegeben ist, belegt die Entwicklung in Belgien. Mitte Dezember 2014 stimmte der Senat dem Vorhaben zu, als erstes Land der Welt auch für Minderjährige aktive Sterbehilfe zu legalisieren. Voraussetzung ist neben der Zustimmung der Eltern und eines Ärzteteams der Entwicklungszustand des Kindes. Es muss in der Lage sein, die Folgen der Entscheidung abschätzen zu können. Die Frage ist, ob Kinder über eine derartige reife Willensbekundung verfügen können. Die parlamentarische Abstimmung über das Gesetz erfolgte im Frühjahr 2015.

„Letzten Endes basiert die niederländische Praxis der Lebensbeendigung nicht auf Selbstbestimmung, sondern auf Mitleid. Gegenüber den Befürwortern der Sterbehilfe in anderen Ländern, die sich auf den hohen Wert der Selbstbestimmung berufen, mag daher die Frage erlaubt sein, wie sie das, was in den Niederlanden geschieht und noch geschehen wird, in ihrem Land zu verhindern gedenken. Sie sollten sich die Frage stellen, welches der beiden Argumente für aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung für sie wichtiger ist: Selbstbestimmung oder Mitleid. Entscheiden sie sich für die Selbstbestimmung, dann stehen sie vor der Frage, wie sie verhindern wollen, dass nach der Legalisierung aktiver Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid derselbe Prozess einsetzt wie in den Niederlanden. Entscheiden sie sich für Mitleid, leisten sie der Bevormundung direkt Vorschub“ (222).

Gerbert van Loenen, Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M. 2014

Der Sterbehilfe-Diskurs in den Evangelischen Kirchen:

Zur theologischen Akzeptanz des assistierten Suizids

Michael Fries

In den Schweizer Kantonen Bern und Jura erlaubt die evangelisch-reformierte Kirche, dass Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen in den kirchlichen Altenheimen das tun, was sie auch in Privathäusern machen dürfen: Menschen beim Suizid helfen. Die Kirchenleitung dieser Kantone kam nach intensiver Debatte zu dem Schluss, dass unerträgliches Leid nicht das sei, was Gott für den Menschen gewollt habe. Vor allem dann nicht, wenn das Leiden Ergebnis menschlichen Handelns sei.¹ Es sei nicht Gottes Wille, dass Menschen unsägliche Schmerzen ertragen müssten, denen sie ohne den medizinischen Fortschritt durch früheres Sterben hätten entgehen können. Daher könne bei ausdrücklichem Sterbewunsch von todkranken Menschen Beihilfe zum Suizid auch als ethisch geboten erscheinen, so die Kirchenleitung.

In den Niederlanden beschloss die Generalsynode einer der beiden evangelischen Volkskirchen Ähnliches und resümierte, dass Jesus mit seinem neuen Reich Leiden und Tod habe überwinden wollen.² Aus dem Evangelium könne kein Auftrag Gottes an den Menschen abgeleitet werden, so lange leben zu müssen wie möglich. Es gehe nicht darum, dass man lebe, sondern wie man lebe. „Wir haben nicht die Aufgabe, eine ‚Hölle‘ in Stand zu halten“³, so die Generalsynode.

Dagegen lehnen die Kirchenleitungen in Deutschland diese Formen der Sterbehilfe noch strikt ab. Die Evangelische Kirche in Deutschland und die Deutsche Bischofskonferenz äußerten sich zu diesen Themen gemeinsam und gleichlautend. Dabei wollten beide aus einem weit reichenden Kollektivwissen heraus für alle Christen sprechen. Sie stellten fest, dass ein

Christ den Selbstmord nicht verstehen und nicht billigen könne,⁴ und verwiesen darauf, dass mit einer Legalisierung das Ende der Achtung vor dem Leben eingeleitet werden würde. „Aktive Sterbehilfe ist [...] mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar.“⁵

Katholische Bischöfe können das sagen. Sie stützen sich auf das verbindliche Lehramt des Papstes. Und immerhin hat die katholische Kirche in den Fragen des Lebensschutzes eine in sich schlüssige und konsequente Haltung. Sie lehnt Präimplantationsdiagnostik und Abtreibung ab, steigt aus der Schwangeren-Konfliktberatung aus, stellt im Vatikanstaat – singulär in Europa – Suizid und Suizidversuch unter Strafe und missbilligt assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe.

Dagegen haben sich die evangelischen Kirchen mit ihren Stellungnahmen in ein Netz sich widersprechender ethischer Bewertungen verstrickt. Sie sind weder geschlossen gegen eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen noch für das Verbot der Einstellung von künstlicher Ernährung. Sie wollen die Selbsttötung nicht unter Strafe stellen und akzeptieren Abtreibung in bestimmten Fällen. Für den Versuch, dann im Bereich der aktiven Sterbehilfe den Fels im Wabern des ethischen Relativismus zu mimen, werden sie kein Prädikatssiegel der Stiftung Stringenz-Test erhalten. Die Strategie, mit vermeintlich klaren ethischen Positionen der Erosion von Kundenanteilen auf den Religionsmärkten entgegenzuwirken, verspricht keinen Erfolg.

Die evangelischen Kirchen verabschieden sich so höchstens von ihren protestantischen Wurzeln. Diese waren und sind von Pluralität geprägt. Zudem können die deutschen Protestanten nicht erklären, warum andere Volkskirchen in den Nachbarländern, dem Absolutheitsanspruch deutscher Kirchenpositionen zum Trotz, aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid auch für Christen akzeptieren.

Einseitige und mit dem Gestus der Allgemeingültigkeit veröffentlichte Ethik-Stellungnahmen verbieten sich für evangelische Kirchen, auch weil wir kein Lehramt kennen. Und eines ist dabei ganz sicher: Die innerprotestantische Debatte um eine Liberalisierung der Sterbehilfeformen lässt sich nicht

mehr unterdrücken. Am Ende wird es keine Einigkeit in dieser Frage geben. Es wird allein die Erkenntnis bleiben, dass sich jeder evangelische Christ die Mühe machen muss, aus Schrift, Tradition, Bekenntnis und aktuellen ethischen Argumenten zu einer eigenen Meinung zu gelangen.

Von den theologischen Argumenten, die die Kirchen in Deutschland gegen aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid vorbringen, möchte ich die beiden häufigsten thematisieren.

1. Gott allein ist Herr über Leben und Tod

Diese Kirchenparole ist für die Abläufe des heutigen Medizinbetriebs als ethischer Wegweiser unbrauchbar. Ärzte und Angehörige werden dabei von den Kirchen in ihren Gewissenskonflikten allein gelassen. Ein Beispiel:

- » Eine Frau bricht im Restaurant zusammen, und der Rettungsdienst ist nach 4 Minuten vor Ort. Das Herz der 50-jährigen Frau schlägt nicht mehr.

Wer ist in an diesem Punkt Herr über Leben und Tod? Muss der natürliche Tod akzeptiert werden? Ist das der Todeszeitpunkt, den Gott für diese Frau bestimmt hat?

Natürlich beginnt der Rettungsassistent sofort mit den Wiederbelebungsmaßnahmen und kann durch Elektro- und Medikamententherapie den Todeszeitpunkt vorerst revidieren. Für solche Notfälle gingen auch die Kirchen nie davon aus, dass der Tod von Gott gegeben sei und akzeptiert werden müsse. Der Mensch darf helfen. Damit ist er jedoch in diesen Momenten in gewisser Weise auch Herr über Leben und Tod.

Er kann und muss entscheiden: Wiederbeleben oder den Tod akzeptieren.

Die Patientin kommt ins Krankenhaus, bleibt aber bewusstlos. Auf der Intensivstation müssen nun Ärzte und Angehörige entscheiden, ob trotz der

schweren Hirnschäden eine künstliche Ernährung begonnen werden sollte. Sollen sie die bewusstlose Frau sterben lassen oder am Leben erhalten? Ohne Medikamente und Ernährung hätte sie keine Überlebenschance. Mit menschlichen Mitteln aber könnte man das Leben über viele Jahre erhalten.

Wer ist an diesem Punkt Herr über Leben und Tod? Menschen müssen Entscheidungen treffen, die den Todeszeitpunkt direkt beeinflussen.

Nach einem Jahr liegt die Patientin immer noch im Wachkoma. Nach derzeitigem medizinischen Wissen ist mit einem Wiedererwachen nun nicht mehr zu rechnen. Erneut muss entschieden werden: Einstellen der künstlichen Ernährung – mit der Folge, dass das Leben der Patientin in wenigen Tagen enden wird?

Wer ist an diesem Punkt Herr über Leben und Tod?

Meine Anfrage an das kirchliche Argument „Gott allein ist Herr über Leben und Tod“ lautet demnach: Wo kann man in der modernen medizinischen Praxis eine Grenze setzen, ab der nicht mehr der Mensch, sondern allein Gott entscheiden und handeln muss?

Ich kann diese Grenze nicht finden. Alle beschriebenen Bereiche sind menschliche Entscheidungsfelder. Noch mehr: Es beginnt mit der Geburtenplanung, der Lebensführung – was ich esse, wie ich mich bewege, welche Risikosportarten ich betreibe – und reicht hin zu Therapieentscheidungen. Beginne ich die dritte Chemotherapie und lebe wahrscheinlich einige Monate länger, oder stelle ich die Therapie jetzt ein, weil Übelkeit und Schmerzen zu groß sind, und sterbe früher. In all diesen Bereichen kann der Mensch gar nicht anders, als selbst Entscheidungen zu treffen. Warum sollte das nicht auch für die Bereiche assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe gelten?

2. Du sollst nicht töten!

In den Zehn Geboten steht: „Du sollst nicht töten“, und deshalb, so die

Behauptung, seien aktive Sterbehilfe und Suizid für Christen inakzeptabel.

Es gab in der jüdisch-christlichen Religionsgeschichte keinen Moment, in dem das Tötungsverbot absolut galt und eingehalten wurde. Auch das Alte Testament, auch die Zehn Gebote, kennen kein absolut gültiges Tötungsverbot. Zauberinnen durften getötet werden, und wer seinen eigenen Sklaven umbrachte, beging lediglich eine Sachbeschädigung. Erlaubt waren auch die tödliche Notwehr oder die Tötung Anderer im Krieg. Martin Luther sah in einem behinderten Kind nur ein „Stück Fleisch, eine massa carnis, da keine Seele innen ist“⁶, das man ersäufen dürfe. Die katholische Kirche sagt, dass das Leben von der Empfängnis an unbedingt und ausnahmslos geschützt werden müsse, verschweigt dabei aber, dass sie dies bis vor 140 Jahren anders gesehen hatte. Erst 1869 hob Papst Pius IX. die Lehre von der „Sukzessivbeseelung“ auf. Bis zu dieser Entscheidung durften Embryonen vor dem 40. Tag abgetrieben werden.

Kirchlicherseits wird in der Sterbehilfedebatte der Eindruck erweckt, dass alles Leben schon immer und ausnahmslos schützenswert war, weil das biblische Tötungsverbot schon immer gegolten habe. Eine Suggestion, die durch den Blick in die eigene Geschichte verblasst.

Ich bin gegen die Todesstrafe und habe ein völlig anderes Bild von behinderten Menschen als Martin Luther. Nicht weil Altes Testament und Kirchen Tötungen zuließen, soll man diese heute akzeptieren. Aber zu suggerieren, Christen hätten eine feste Meinung, die immer und überall galt und gilt, ist wenig überzeugend. Die Kirchen müssen ehrlich sagen: Unsere jüdisch-christliche Tradition ließ schon immer Ausnahmen vom Tötungsverbot theologisch begründet zu, und deshalb darf man auch jetzt offen diskutieren, ob der Sterbewunsch unheilbar kranker Menschen so eine akzeptable Ausnahmesituation darstellen könnte.

Das Gewicht, das das Gebot „Du sollst nicht töten“ in der aktuellen Sterbehilfedebatte tragen soll, lässt sich biblisch schwerlich abstützen.

Übersetzt man das Tötungsverbot aus dem hebräischen Original, muss man den Sinn kontextgebunden mit „Du sollst nicht morden“ wieder-

geben und erklären, das an dieser Stelle der böswillige Mord an unschuldigen Mitgliedern des eigenen Volkes gemeint ist. Nicht die freiwillige Hilfe bei einem ernstlichen Sterbewunsch.

Auch die Ablehnung des assistierten Suizids lässt sich aus biblischer Sicht nicht stützen. Im Alten Testament gibt es neun Fälle, und in allen wird der Suizid nicht verurteilt. Ein Beispiel: König Saul hat die Schlacht gegen die Philister verloren. Um schmachvoller Inhaftierung und Folter durch die Gegner zu entgehen, tötet er sich selbst. Auch in den anderen Fällen akzeptiert das Alte Testament die Selbsttötung als Möglichkeit eines ehrenvollen Ausweges aus einer hoffnungslosen Situation.

Im Neuen Testament gibt es nur einen Menschen, der sich selbst tötet: Judas. Und auch das nur im Matthäusevangelium. In der Apostelgeschichte heißt es, Judas sei tödlich gestürzt. In beiden Fällen wird der Tod weder kommentiert noch gewertet.

Kurzum: In der Bibel gibt es keine Verurteilung der Selbsttötung. Das Negativurteil wurde erst durch Theologen der Alten Kirche geprägt.

In der christlichen Religionsgeschichte gab es nur eine Phase von knapp 300 Jahren, in der das Verbot, andere Menschen zu töten, weitgehend galt.

Den Anfang bildete die Bergpredigt Jesu, und das Ende lässt sich in die Jahre nach 312 n. Chr. datieren: Mit der Konstantinischen Wende wurde das Christentum römische Staatsreligion. Waren Christen davor Mitglieder einer kleinen Gruppe ohne öffentliche Ämter, besetzten sie nun die Posten von Militär- oder Staatslenkern. Sie waren plötzlich für die Sicherheit des Staates nach Außen und nach Innen verantwortlich. Als Christen und Kirche vor einer neuen Herausforderung standen, rangen sie sich nun zu einer neuen Haltung durch: Mit dem Töten im Krieg und der Todesstrafe akzeptierten sie Ausnahmen vom Tötungsverbot - trotz der Forderung Jesu, auch die Feinde zu lieben.

Die Situation dieses Sinneswandels lässt sich auf die Sterbehilfedebatte übertragen.

Mit den Errungenschaften der Intensivmedizin stehen Christen und Kirchen wie damals vor einer neuen, bisher unbekanntem Herausforderung. Vor 60 Jahren konnte man Leben mit einer tödlichen Diagnose nicht noch jahrelang erhalten oder Bewusstlose künstlich beatmen. So wie sich das Christentum im vierten Jahrhundert einer Herausforderung stellen musste, müssen die Christen auch jetzt neu diskutieren und entscheiden, ob die aktive Sterbehilfe ebenfalls eine Ausnahme vom Tötungsverbot sein könnte.

Sind assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe theologisch zu begründen?

Ja, denn in der christlichen Theologie stellen wir uns mehrheitlich den Tod als den Moment absoluter Passivität vor. Im Tod haben wir nichts mehr selbst in der Hand. Wir sind ganz auf Gottes Handeln angewiesen. Nun gibt es Menschen, die sehr fest an die Verheißung von Auferstehung und ewigem Leben glauben. Wenn unheilbar kranke Christen, indem sie den Freitod wählen, sich nun selbst in den Zustand absoluter Passivität begeben und sich damit Gottes Erbarmen überantworten, kann das eine Handlung in tiefem religiösen Vertrauen auf Gott sein. Für sie ist es die Möglichkeit eines Ausweges aus hoffnungsloser Situation. Diese Menschen fühlen sich fest mit Gott verbunden und können nicht verstehen, warum ihr Weg Sünde sein soll.

Als Sünde wird ja weithin die Haltung bezeichnet, die glaubt alles selbst in der Hand zu haben, alles selbst bestimmen und planen zu können. Eine Haltung, die nicht damit rechnet, dass es einen Gott gibt, der unser Leben beeinflussen kann.

So verstanden glauben manchen Christen, dass sie gerade nicht sündhaft handeln, wenn sie ihr irdisches Leben - final erkrankt und nach reiflicher Überlegung - verkürzen, alles loslassen und ihre Zukunft in die Hand Gottes legen.

3. Kirchen unterwegs:

In der Ablehnung von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe sind sich die Kirchen einig. Davon geht man jedenfalls nach Wahrnehmung öffentlicher Diskurse und ökumenischer Veröffentlichungen in Deutschland aus. Wären da nicht Volkskirchen in manchen Schweizer Kantonen oder den Benelux-Ländern und eine in ihrer Tragweite noch unerschlossene Formulierung in der Orientierungshilfe der Gemeinschaft Europäischer Kirchen in Europa (GEKE) zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende:

Nachdem assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe strikt – und ausführlich begründet – abgelehnt wurden, und betont wird, dass diese Notsituationen am besten gar nicht gesetzlich geregelt werden sollen, heißt es dort:

„Dem Umstand, dass moralische Tragödien vorkommen können, z. B. Situationen, in denen es keinen Weg zur Vermeidung einer schweren Beeinträchtigung eines wesentlichen und zentralen moralischen Gutes gibt, könnte eher durch den rechtlichen Ausweg entsprochen werden – wie es tatsächlich in einigen Ländern der Fall ist –, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen [!] und daher die fälligen Rechtswege nicht zu befolgen.“⁷

105 Evangelische Kirchen, darunter die Deutschen Landeskirchen, sagen also: Legalisieren: nein – bei extremen Ausnahmefällen auf Strafverfolgung verzichten: ja. Da reiben sich die Liberalisierungsbefürworter die Augen und fragen: Haben die Evangelischen die aktive Sterbehilfe jetzt akzeptiert? Vielleicht ohne es so richtig zu bemerken?

Vielleicht bleibt am Ende das Angebot, den Kirchenvater Augustin anders zu deuten, wenn er feststellte: Aus Gottes Hand empfang ich mein Leben, unter Gottes Hand gestalte ich mein Leben, in Gottes Hand gebe ich [sic!] es zurück.

Der Artikel wurde erstveröffentlicht in der Zeitschrift Hirschberg 9/2014, S. 540-545.

Michael Frieß, Jahrgang 1974, studierte evangelische Theologie in München, arbeitete am Lehrstuhl von Prof. F.W. Graf, und verfasste seine Dissertation finanziert durch ein Promotionsstipendium der Hanns-Seidel-Stiftung an der TU-Dresden. Er ist Gemeindepfarrer in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern und arbeitet seit 20 Jahren als Rettungsassistent im Rettungsdienst.

Aktuelle Veröffentlichungen

Frieß, Michael, Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe, Kohlhammer 2010.

Frieß, Michael (Hg.), Wie sterben? Zur Selbstbestimmung am Lebensende. Eine Debatte, Gütersloher Verlagshaus 2012.

-
- 1 Frieß, Sterbehilfe, 76. Vgl. Reformierte Kirche Bern-Jura, Synodalrat, Sterbehilfe in Alters- und Pflege-Institutionen.
 - 2 Frieß, Sterbehilfe, 77. Vgl. Generale Synode der Nederlandse Hervormde Kerk, Euthanasie en Pastoraat, 21–22.
 - 3 Generale Synode der Nederlandse Hervormde Kerk, Euthanasie en Pastoraat, 23.
 - 4 Vgl. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland / Deutsche Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens, 107.
 - 5 Deutsche Bischofskonferenz / Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Christliche Patientenverfügung (2003), 28.
 - 6 Luther, Weimarer Ausgabe, Tischreden Band 5, 5207.
 - 7 GEKE, Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit, S. 86f.

Break

Before I die I want to...

Im Jahr 2011 befestigte die Künstlerin Candy Chang eine Tafel an einem leer stehenden Haus in der Nachbarschaft. Sie trauerte um einen Verstorbenen und lud mit der Tafel ein, sich Gedanken zu machen. „Before I die I want to...“ Innerhalb eines Tages war die Tafel voll beschrieben. In über 60 Ländern kam es zu Folgeprojekten, in Deutschland in Nürnberg, Erlangen, Berlin, Aachen und Osnabrück. In Osnabrück wurde das dreiwöchige Projekt von der Katholischen Hochschulgemeinde und vom Forum am Dom initiiert. Die Tafeln standen beispielsweise in der Mensa der Uni, am zentralen Neumarkt sowie vor dem Dom und waren auch hier innerhalb kürzester Zeit voll. Die Antworten zeugen von den Sehnsüchten und Lebenswünschen der Menschen.

Bevor ich sterbe, möchte ich...

Forschen. Ein Buch veröffentlichen. Keinen Bus verpassen. Glücklich sein. Einmal jeden Kontinent betreten haben. Dass mein Opa mich beschützt. Meine Frau zurück. Etwas bewegen. Von München nach Venedig laufen. Die Mondscheinsonate spielen. Mit Sana heiraten. Frieden in der Ostukraine. Arbeit. See the northern lights. Den Jakobsweg gehen. Zum Indian Summer nach Vancouver. Die Welt retten. Zum FC Bayern gehen. Meinen inneren Frieden finden. Unsterblich werden. Fallschirm springen. Auf den Mond fliegen. Ein reines Gewissen haben. Gesund werden. Wunschlos glücklich sein. Eine Pilgerfahrt nach Mekka unternehmen. Sagen können, dass ich aus meinem Leben etwas gemacht habe. Schuldenfrei sein. Meiner Mutter verzeihen. Einen deutschen Pass. Gelebt haben...

Before I die I want to...

... und Sie?

Krankheit und Sterben bei Klara und Franziskus

Herausforderung für eine zeitgemäße „ars moriendi“

Stefan Federbusch ofm

Der Psalmist weiß: „Unser Leben währt siebzig Jahre, und wenn es hoch kommt, sind es achtzig. Das Beste daran ist nur Mühsal und Beschwer, rasch geht es vorbei, wir fliegen dahin“ (Ps 90,10). Mittlerweile treffen die Altersangaben wieder zu, nachdem lange Jahrhunderte die Lebenserwartung weitaus niedriger lag. Mittlerweile liegt sie bei 78 Jahren bei den Männern und bei 83 Jahren bei den Frauen. Jeder möchte gerne alt werden, allerdings ohne die damit verbundenen Beschwerden. Der ersttestamentliche Prediger mahnt daher: „Denk an deinen Schöpfer in deinen frühen Jahren, ehe die Tage der Krankheit kommen und die Jahre dich erreichen, von denen du sagen wirst: Ich mag sie nicht“ (Koh 12,1).

Wie möchte ich mein eigenes Sterben gestalten? Die wenigsten werden sich explizit Gedanken darüber machen, weil zum einen der eigene Tod gerne verdrängt wird und ich zum anderen mein eigenes Sterben nur bedingt beeinflussen kann. Oft kommt es anders als gewünscht. Dennoch lohnt es sich, über die eigenen Wünsche nachzudenken, nicht zuletzt, um sie den Angehörigen mitzuteilen. Manche Wünsche sind allgemeiner Natur und werden von vielen geteilt werden: möglichst keine Schmerzen haben, nicht im Krankenhaus, sondern daheim (im Kreise der Familie) sterben usw. Vielleicht gibt es aber auch spezielle Wünsche.

Der Satz „Wie gelebt, so gestorben“ verdeutlicht die Erfahrung, dass sich Lebens-Werte auch im Sterbeprozess widerspiegeln. Dies trifft auch auf die franziskanischen Ordensgründer zu. Klara und Franziskus vollzogen ihr

Sterben sehr bewusst und gaben dadurch ein Zeugnis für ihre Schwestern bzw. Brüder. Sie gaben sich im Sterben in Gottes Hand, im Vertrauen auf den, auf den sie ihr Leben ausgerichtet haben.

Das Sterben der hl. Klara

Die hl. Klara (1193–1253) hat sich mit 18 Jahren der Lebensweise des hl. Franziskus angeschlossen. Da es damals für Frauen nicht möglich war, durch die Welt zu ziehen und das Evangelium zu predigen, ohne der Häresie und Ketzerei verdächtig zu werden, hat Klara mit ihren Schwestern eine Lebensgemeinschaft in San Damiano mit festem Wohnsitz gebildet. Rund 42 Jahre hat sie vor den Toren Assisis in kontemplativer Weise gelebt, davon 28 Jahre krank. 1224/25 bricht bei Klara eine schwere Erkrankung aus. Es ist die Zeit, in der Franziskus die Stigmata empfängt. Über lange Perioden war sie ans Bett gefesselt. Dennoch war sie in großer Achtsamkeit und Sorge für ihre Schwestern da. Auf ihrem Sterbebett betet sie: „Herr, sei gelobt, weil du mich geschaffen hast!“ (KQ 334) und zu ihrer Seele spricht sie: „Geh sicher in Frieden, denn du wirst ein gutes Geleit haben; denn der dich erschaffen hat, hat dich zuerst geheiligt, und nachdem er dich erschaffen hat, hat er dir den Heiligen Geist gesandt, und dich immer beschützt, wie die Mutter ihr Kind, das sie liebt“ (KQ 46). Auf dem Sterbebett geht Klaras größter Wunsch in Erfüllung: Papst Innozenz IV. bestätigt ihre von ihr selbst verfasste Regel; die erste von einer Frau geschriebene Ordensregel. Am 11. August 1253 stirbt Klara in San Damiano. Am 15. August 1255, zwei Jahre nach ihrem Tod, wird Klara von Papst Alexander IV. in Angagni heiliggesprochen. 1260 wird ihr Leib nach Santa Chiara (erbaut von 1257-1265) übertragen, wohin alle Schwestern umziehen. Das Kloster ist das bis heute bestehende Protomonasterio des Klarissenordens. 1850 wird ihr (bis heute unverwester) Leib wieder aufgefunden und 1872 in der neuen Krypta von Santa Chiara beigesetzt.

Das Sterben des hl. Franziskus

Als Franziskus (1181–1225) spürt, dass er dem Tode nahe ist, lässt er sich an den Ursprungsort der Gemeinschaft bringen, nach Portiuncula vor den

Toren Assisis. Dieser „Flecken Erde“, dieses „kleine Teilchen“, wie der Name übersetzt heißt, bildet die „Wiege“ des Ordens. Franziskus ist am Ende seines Lebens gezeichnet von verschiedensten Krankheiten: Er ist fast ganz erblindet trotz einiger schmerzlicher Behandlungsprozeduren wie dem Ausbrennen der Schläfen. Bei seiner Reise in den Orient hat er sich vermutlich Malaria zugezogen. Bedingt auch durch seine rigide Fastenpraxis sind seine inneren Organe stark angegriffen. Nicht zuletzt haben sich ihm die Wundmale Christi eingeprägt, die er seit dem Aufenthalt auf dem La Verna im September 1224 trägt. Sein innerer Zustand ist kaum besser als sein äußerer. Es nagen die Zweifel an ihm, ob er den richtigen Weg beschritten hat. Das Verhalten seiner Brüder irritiert ihn. Der scheinbare Erfolg einer riesigen Schar von Brüdern überfordert ihn. Die Leitung der Gemeinschaft hat er längst abgegeben. Die moralische Autorität bleibt er. Von Portiuncula geht es weiter nach San Damiano, dem Ort von Klara und ihren Schwestern. Nach dieser Phase der Depression, sicher auch ein Stück Resignation, bricht dennoch die Freude in ihm durch und er kann den Sonnengesang anstimmen. Er preist noch einmal alles Geschaffene als „Bruder“ und „Schwester“. Ja, sogar den Tod weiß er als „Bruder Tod“ anzunehmen. In seiner (alt)italienischen Muttersprache ist der Tod weiblichen Geschlechts, also „La morte“ = „Schwester Tod“. „Gelobt seist du, mein Herr, durch unsere Schwester, den leiblichen Tod; ihm kann kein Mensch lebend entrinnen. Wehe jenen, die in tödlicher Sünde sterben. Selig jene, die er findet in deinem heiligsten Willen, denn der zweite Tod wird ihnen kein Leid antun.“

In der franziskanischen Tradition wird am Abend des 3. Oktober der so genannte „Transitus“ gefeiert, der Hinübergang des hl. Franziskus vom Leben auf dieser Erde zum Leben vor dem Angesicht Gottes. Es wird deswegen gewürdigt, da Franziskus sein Sterben „zelebriert“ hat, nicht im Sinne einer Selbstdarstellung, sehr wohl aber im Sinne einer In-szen-ierung. Er war ein Meister der Rituale und er verstand es, zeichenhaft zu verdeutlichen, was ihm wichtig war. Sein Biograf Thomas von Celano berichtet:

„Als er [Franziskus] sich schon seinen letzten Tagen näherte, in denen sich seine Augen dem vergänglichen Licht schließen sollten, um sich für das ewige zu öffnen, zeigte er durch das Beispiel seiner Tugend, dass er nichts mehr mit der Welt gemein hatte. Von jener so schweren Krankheit, die allem

Siechtum ein Ende machte, ganz aufgerieben, ließ er sich nackt auf den nackten Boden legen, um in jener letzten Stunde, in der der Feind immer noch in Zorn geraten konnte, nackt mit dem Nackten zu ringen. In Wahrheit erwartete er unerschrocken den Triumph, mit verschlungenen Händen umfing er die Krone der Gerechtigkeit. So auf der Erde liegend, seines rauhen Gewandes entblößt, erhob er sein Antlitz wie gewohnt zum Himmel. Ganz in Erwartung der kommenden Herrlichkeit, bedeckte er mit der linken Hand die rechte Seitenwunde, damit man sie nicht sehe. Und er sprach zu den Brüdern: „Ich habe das Meine getan, was euer ist, möge euch Christus lehren!“

Darauf erhob der Heilige seine Hände zum Himmel und pries seinen Christus, weil er nun, aller Last ledig, frei zu ihm gehen konnte. Um sich aber in allem als Christi, seines Gottes, wahren Nachfolger zu zeigen, liebte er seine Brüder und Söhne, die er von Anfang an geliebt hatte, bis ans Ende. Er ließ nämlich alle dort anwesenden Brüder zu sich rufen, besänftigte sie mit tröstenden Worten wegen seines Todes und forderte sie in väterlicher Güte auf, Gott zu lieben. Über die Beobachtung der Geduld und der Armut hielt er noch eine längere Ansprache, worin er das heilige Evangelium allen übrigen Satzungen voranstellte. So waren alle Brüder nun um ihn versammelt; er streckte seine Rechte über sie aus, legte sie, beginnend bei seinem Vikar, jedem Einzelnen aufs Haupt und sprach: „Lebt wohl, ihr meine Söhne alle, in der Furcht des Herrn und verbleibt in ihr allezeit! Und weil Versuchung und Drangsal kommen werden, darum glücklich, die in dem ausharren, was sie begonnen haben. Ich aber eile nun zu Gott, dessen Gnade ich euch alle empfehle.“ Und er segnete in denen, die zugegen waren, auch alle Brüder, die überall in der Welt sich aufhielten, und auch die, welche nach ihnen kommen bis zum Ende aller Zeiten.

Als die Brüder bitterlichst weinten und untröstlich klagten, ließ sich der heilige Vater Brot bringen. Er segnete es, brach es und reichte jedem ein Stücklein zum Essen. Er ließ auch das Evangelienbuch bringen und bat, man möge ihm das Evangelium nach Johannes vorlesen von der Stelle an, wo es heißt: „Vor dem Osterfeste“ usw. Er erinnerte sich jenes allerheiligsten Abendmahles, das der Herr mit seinen Jüngern zuletzt feierte. Denn zum ehrenden Andenken daran und zum Erweis, welche innige Liebe er zu seinen Brüdern hatte, tat er dies alles.

Darauf benützte er die wenigen Tage, die bis zu seinem Heimgang noch übrig waren, zum Lobe Gottes und forderte seine geliebten Gefährten auf, mit ihm Christus zu loben. Er selbst aber brach, so gut er konnte, in diesen Psalm aus: Mit meiner Stimme rufe ich zum Herrn, mit meiner Stimme flehe ich zum Herrn. Er lud auch alle Geschöpfe zum Lobpreis Gottes ein und durch Worte, die er einst gedichtet hatte, forderte er sie auf zur Liebe Gottes. Ja, sogar den Tod persönlich, allen schrecklich und verhasst, forderte er auf zum Lobpreis. Fröhlich ging er ihm entgegen und lud ihn ein zu Gast: „Sei willkommen, meine Schwester Tod!“

Zum Arzt aber sagte er: „Mut, Bruder Arzt, sag es mir nur, dass der Tod sehr nahe ist; er wird mir die Pforte zum Leben sein!“ Und zu den Brüdern sprach er: „Wenn ihr seht, dass es mit mir zu Ende geht, so legt mich nackt, wie ihr mich vorgestern gesehen habt, auf den Boden und lasst mich, wenn ich verschieden bin, so lange so liegen, wie man braucht, um gemächlich eine Meile weit gehen zu können.“ – So kam seine Stunde und, da sich Christi Geheimnisse alle an ihm erfüllt hatten, entschwebte er glücklich zu Gott.“ (2 C 214-214; FQ 415-416)

Franziskus stirbt am 3. Oktober 1226 im Kreis seiner Brüder. Am Tag darauf wird sein Leib über San Damiano, wo Klara und ihre Schwestern dem Toten ein letztes Mal begegnen dürfen und ihn beweinen können, nach Assisi gebracht und in der Kirche San Giorgio bestattet. 1230 wird er in die Unterkirche der neu entstehenden Basilika umgebettet, nachdem ihn Papst Gregor IX. im Jahr 1228 heiliggesprochen hat.

Spiritualität des Sterbens

Niemand weiß, wie es einem beim Sterben tatsächlich geht. Jede/r stirbt ihren/seinen eigenen Tod und das dürfte ganz unterschiedlich aussehen. Von daher ist Vorsicht geboten mit frommen Sprüchen und Interpretationen. In der Geschichte des Ordenslebens gab es die „ars moriendi“, den Versuch, sich durch Übungen auf das Sterben einzustellen und einen „guten Tod“ zu sterben. Dies war mit geprägt von der Angst, in „Tod-Sünde“ zu sterben und dadurch den „Himmel“ zu verfehlen. Auf alten Gemälden

sind Ordensleute daher häufig mit einem Totenkopf als Zeichen für die Vergänglichkeit dargestellt. Wenn Franziskus in seinem Sonnengesang ein „Wehe jenen, die in tödlicher Sünde sterben“ zuspricht, dann aus dieser Furcht heraus. „Selig jene, die er findet in deinem heiligsten Willen, denn der zweite Tod wird ihnen kein Leid antun.“ Der zweite Tod ist der Verweis auf die „Hölle“, heute würden wir sagen: auf die Gottferne. Die Theologie unserer Zeit geht davon aus, dass es im Tod durch die Begegnung mit dem liebenden Gott zu einer zweiten (und letzten) Entscheidung des Menschen für oder gegen Gott kommt und er es quasi selbst in der Hand hat, sich für den „Himmel“ oder die „Hölle“ zu entscheiden, als Synonyme nicht für „Orte“, sondern für „Beziehungsweisen“. Heute haben wir (glücklicherweise) die Fixierung auf das Jenseits verloren, sind aber dem anderen Extrem der Diesseitsfixierung verfallen. Es gilt, eine zeitgemäße „ars moriendi“ zu entwickeln und einzuüben.

Meine Tochter Johanna

Josef Epp

Am 3. Mai 2014 starb meine schwerbehinderte Tochter Johanna. Sie wurde 26 Jahre alt. Obwohl sie zeitlebens ein Sorgenkind war, kam der Tod überraschend. Einem epileptischen Anfall folgte ein Herzstillstand. Die Kunst der Intensivmedizin kam an ihre Grenzen. Mir blieben noch fünf Stunden, um am Bett von „meinem Kind“ Abschied zu nehmen. Nachdem Johannas Mutter vor zwanzig Jahren an den Folgen einer Herztransplantation gestorben war und die beiden jüngeren Geschwister Johannas bereits aus dem Haus sind, habe ich mit keinem Menschen länger zusammengelebt. Alles ist seit diesem Tag im Mai anders geworden.

Johannas Behinderung konnte bis zum Ende nicht genau benannt werden. Sie litt unter Minderwuchs, einem Herzfehler, Koordinationsstörungen. Ihr Körper war ungleich proportioniert und für Infekte, vor allem der Lunge, sehr anfällig. In der Pubertät kam eine Epilepsie hinzu, in den letzten Jahren rätselhafte Störungen in der Blutbildung.

Es war immer wieder beeindruckend, wie Johanna trotz aller Leiden eine tiefe Lebensfreude mit sich trug und eine unglaubliche Energie, aus allen Schwierigkeiten wieder herauszufinden. Nach einer Einschulung in die Förderschule gelang ihr - noch vor der Debatte über Inklusion - der Weg an die Regelschule. Sie meisterte den Qualifizierenden Hauptschulabschluss und konnte nach Besuch einer Kinderpflegeschule als Zusatzkraft in einem Kindergarten einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Das Leben in der Familie, die Aufgabe mit den Kindern und die Entfaltungsmöglichkeiten in ihrem Umfeld erfüllten Johanna mit Freude, bis zum Schluss.

Die „heißen Eisen“

Mir, dem sogenannten Hinterbliebenen, gehen in den letzten Wochen viele Gedanken durch den Kopf. Neben dem ganz persönlichen Schmerz, den emotionalen Achterbahnfahrten und der großen Lücke in der eigenen Lebenswelt tauchen auch immer wieder bedeutsame Stationen von Johannes Weg auf dem Hintergrund aktueller Diskussionen auf. Präimplantationsdiagnostik, Inklusion und Sterbehilfe sind heiße Eisen, die mit großer Leidenschaft diskutiert werden, oft mit sehr ausgefeilten ethischen Argumenten, aber auch nicht selten mit plakativen, verkürzten Sichtweisen. Zuweilen herrscht ein starker Hang zur Theorie und zum Grundsätzlichen vor. Gleichzeitig sind auch ein strenger Pragmatismus und ein ausgeprägter Individualismus zu beobachten. Auf dem Weg meiner Trauer, der Reflexion vieler Wegstationen, wurde mir bewusst, dass wir seit Jahren mitten in diesen Themen drin waren. Es sind ganz eigene Erfahrungen, die sich keineswegs verallgemeinern lassen, die aber in der Diskussion auch nicht einfach unter den Tisch fallen sollen.

Die Not betroffener Eltern, die hinter einer Präimplantationsdiagnostik steht, die hierzulande stark eingeschränkt gehandhabt wird, ist berührend und sollte nicht vom hohen moralischen Ross herab bewertet werden. Grundsätze zu formulieren, ohne persönliche Betroffenheit zu würdigen, hat etwas Demütigendes an sich. Es darf aber auch nicht ignoriert werden, dass die Möglichkeiten zur künstlichen Zeugung von Leben und zu dessen frühester Diagnostik fortgeschritten und längst über das Anliegen, in den wenigen Fällen schwerster Betroffenheit zu helfen, hinausgegangen sind. Wir begegnen heute dem Grundgedanken einer genetischen Optimierung. Bewusst oder unbewusst werden Maßstäbe eines angestrebten und damit auch eines weniger wünschenswerten Typus von Mensch entwickelt. Selektive Denkweisen lassen sich nicht mehr vermeiden.

Keiner hat mich mehr geliebt

Johanna wäre durch jedes Raster genetischer Zielbeschreibung gefallen. Auffälliges Aussehen, zahlreiche körperliche Einschränkungen, hoher Hilfe-

bedarf, kürzere Lebenserwartung und enorme Belastung der Sozialkassen waren ihre Kennzeichen. Damit erfüllte sie eine Reihe von Voraussetzungen, die zu vermeiden mehr und mehr gesellschaftliche Akzeptanz findet. Und doch: Heute ist mir bewusster denn je, dass mich kein Mensch vorbehaltloser geliebt hat, dass mir niemand bedingungsloser vertraut hat als sie. Ihre Schwester stellte in den ersten Wochen der Trauer fest, dass sie keinen Menschen leichter glücklich machen konnte als Johanna, für die allein schon das Zusammensein mit der Familie ein Quell tiefer Freude war. Johanna litt unter den Einschränkungen ihres Lebens und den Begleiterscheinungen ihrer Erkrankungen. Aber sie war zutiefst glücklich und lebensfroh. Ihre Abendtoilette erledigte sie meist - auch an ihrem letzten Abend - singend im Badezimmer.

Gerade weil ihr viele Möglichkeiten der Entfaltung wie eigenständige Auslandsaufenthalte, Unternehmungen mit Gleichaltrigen, Partnerschaft, Führerschein und Mobilität vorenthalten waren, konnte sie ihre Lebensfreude auf ganz wesentliche Bereiche richten: Gemeinschaft mit vertrauten Menschen, Musizieren, Lesen, Kontaktpflege. Die Folgen der Behinderung gingen Hand in Hand mit neuem Bewusstsein für persönliche Prioritäten.

Der Weg meiner Tochter hat mich deutlich darauf aufmerksam gemacht, dass wir mit der Beschreibung genetischer Mängel überaus vorsichtig sein müssen. Lebensglück und Tiefe gehen ihre eigenen Wege, gehen weit über die Design-Vorstellung von sogenannten gesunden Menschen hinaus, die immer wieder Gefahr laufen, etwas als „normal“ zu bezeichnen, ohne dabei die eigenen Beschränkungen der Sicht zu berücksichtigen. Ich traure genau um den Menschen, den ich 26 Jahre um mich hatte und der mir manche sorgenvolle Stunde bereitet hat. Ich bin mir heute bei manchen Wirklichkeiten von Johannas Leben nicht mehr so sicher, ob sie in ihrem Dasein Mangel oder Reichtum waren. Die Definitionsgrenzen verschieben sich. Ganz sicher weiß ich: Um nichts auf der Welt hätte ich dieses Kind gegen irgendeine optimierte Version eingetauscht. So, wie sie war, hat sie mir wichtige Erfahrungen des Lebens eröffnet. Nicht vorzustellen, was mir und Johannas engsten Bezugspersonen ohne diese Erfahrung fehlen würde.

Lange bevor Inklusion in aller Munde geführt wurde, konnte Johanna mit gesunden Kindern in einen Kindergarten gehen. In den ersten Jahren besuchte sie eine Förderschule, individuell begleitet. Später ging sie auf die Regelschule, was nicht selten ein Grenzgang war. Vor allem die Integration in der Pfarrgemeinde, in Jugendgruppen und bei den Ministranten verlieh ihr Selbstwertgefühl und soziale Kontakte. Die große Prozession von Ministranten bei der Trauerfeier rührte unser Herz tief an.

Auf der Suche nach ihrem ganz persönlichen Weg geriet ich zuweilen an eigene Grenzen. Ich musste unterscheiden lernen zwischen eigenen Wünschen und dem, was für Johanna gut ist. Es gibt Schritte, da zeigt sich, dass der Schutz und die besonderen Möglichkeiten eigener Fördereinrichtungen sehr hilfreich sind. Gerade in der Pubertät, die für behinderte Menschen ja ganz anders verlaufen kann, ist das Zusammensein mit „normalen“ Gleichaltrigen auch eine mögliche Quelle tiefer Verletzungen und Ausgrenzungen. Ebenso gibt es Entscheidungen, die darauf abzielen müssen, dem Menschen mit Behinderung eine Teilhabe am allgemeinen Leben zu eröffnen. Dies gilt besonders für berufliche Weichenstellungen.

Schutz und Teilhabe

Der Ehrgeiz einer lückenlosen Teilhabe kann die Möglichkeiten eines behinderten Menschen übersteigen und im ungünstigen Fall mit einer wachsenden Ausgrenzung genau das erreichen, was er vermeiden will. Der genügsame Rückzug auf behindertengerechte Lebens- und Arbeitsformen kann die Aufteilung in „normal“ und „behindert“ zementieren und die Gesellschaft in ihrer Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse behinderter Menschen blockieren. Johanna brauchte beides: den Schutzraum für ihre Einschränkungen und die Teilhabe an Lebensräumen des gesellschaftlichen Alltags. Dies bedurfte meist der Kompromisse sowohl seitens unserer Erwartungen als auch der üblichen Abläufe in der Schule und am Arbeitsplatz. Inklusion ist weniger eine Sache programmatischer Erklärungen als ein Weg gegenseitigen Verständnisses, ein fortwährender Prozess.

Gleichwohl konnten wir über Jahre erleben, dass es keineswegs damit getan ist, mit einer europaweit geltenden Verpflichtung die Inklusion zum hehren Ziel zu erheben und sie fortan im Munde zu führen. Bis zum Schluss empfanden wir uns immer wieder als Bittsteller, wenn es darum ging, für Johanna tragfähige Zukunftslösungen in persönlicher und beruflicher Hinsicht zu erreichen. Immer wieder sah sich Johanna unter Rechtfertigungsdruck aufgrund ihres verringerten Leistungsvermögens, aufgrund erhöhter Krankheitsanfälligkeit und eingeschränkter Mobilität.

Krankenkassen und Medizinischer Dienst erwiesen sich als wenig sensibel für die Bedürfnisse behinderter Menschen. In einem jahrelangen Rechtsstreit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zeigte sich, dass zwei Gutachten bezüglich notwendiger Hilfestellungen unhaltbar waren und in den Sachaussagen restlos inkompetent. Solche Erlebnisse untergraben das Vertrauen in behindertengerechte Entscheidungen der Behörden.

Auf der Intensivstation

In fein aufgeschlüsselten Haushaltsplänen und durchgeplanten Arbeitszeitmodellen gibt es nach wie vor keine eigenen finanziellen Mittel für Menschen mit Behinderungen. Die Notwendigkeit, Arbeitsverträge von Jahr zu Jahr neu zu verhandeln, Zuschussanträge immer wieder neu vorzulegen, Finanzierungslücken zu schließen, vermittelt ständig das Gefühl behindernder Umstände. Der Weg vom Lippenbekenntnis und von populären Parolen hin zu einem veränderten Bewusstsein und einer veränderten Praxis ist beim Thema Inklusion noch weit.

Als Johanna in der Nacht zum 3. Mai nach fünfzigminütiger Wiederbelebungsphase in die Notfallaufnahme einer Klinik kam, zeichnete sich schnell ab, dass ihr Zustand aussichtslos ist. Nachdem sich Ärzte und Angehörige über ihren Zustand vergewissert hatten, musste entschieden werden, ob auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet wird. Aufgrund einer Betreuungsvollmacht standen dem keine formalen Hürden im Wege,

und nach einigen Gesprächen und einer Rückfrage bei einem Arzt meines Vertrauens wurden keine kreislaufferhaltenden Maßnahmen mehr eingeleitet. Johanna starb friedlich, ohne das Bewusstsein nochmals erlangt zu haben.

Zur Sicherheit wurde auch medikamentös dafür gesorgt, dass keinerlei Schmerzen oder Atemnot auftreten können. Ich konnte am Bildschirm das beständige Absinken des Blutdrucks beobachten, bis schließlich - genau während der Krankensalbung – der Herzstillstand eintrat. So dramatisch und unerwartet die Vorkommnisse auch waren, die Stunden des bewussten Abschieds erweisen sich mehr und mehr als kostbares Gut in der eigenen Lebensgeschichte, als wichtiger Baustein meines Trauerweges.

Schon in den Jahren zuvor traten in Johannas Leben äußerst kritische Situationen auf. Zweimal musste sie mehrere Tage beatmet werden und schwebte in Lebensgefahr. Eine schwere Anämie (Verminderung der roten Blutkörperchen) hat ihre vitalen Kräfte über viele Monate nahezu gelähmt, und eine Wirbelfraktur nach einem anfallsbedingten Sturz verursachte schwere Schmerzen. Nicht nur einmal kam ein „Jetzt möchte ich am liebsten sterben“ über ihre schmalen Lippen. Doch schon kurze Zeit darauf obsiegt wieder ihre Zuversicht und ihr Lebenswille. Die Linderung und Vermeidung von Schmerzen und Beschwerden waren für Johanna wichtig. Die Möglichkeiten palliativer Medizin sind leider immer noch unzureichend bekannt. So wird die Grenze zwischen Leidensminderung und dem Wunsch nach Sterbehilfe immer wieder verwischt.

Am Sterbebett

Trotz einer Vielzahl leidvoller Erfahrungen weiß ich keine Situation, in der meine Tochter den Wunsch nach Suizid geäußert hat. Über unsere Geschichte hinaus gibt es natürlich noch viel schlimmere und scheinbar ausweglosere Situationen. Ich habe hier kein Recht, eigene Erfahrungen zu verallgemeinern. Gleichwohl spürte ich, wie das bedingungslose Ja zu Johanna, unser Dasein und unsere Unterstützung in jeder Lage ihren

Lebenswillen immer wieder beflügelten und stärkten. Es befreite unsere Kräfte für die Lebensbejahung, dass wir nie in eine Situation der Abwägung gerieten, ganz davon zu schweigen, Johannes sporadische Todeswünsche möglicherweise zu bestätigen und zu verstärken.

Doch es erwies sich in der Nacht ihres Sterbens auch als hilfreich, dass wir einerseits formal Vorsorge getroffen hatten und ich mich andererseits in früheren kritischen Situationen mit den Folgen des Abschieds auseinandergesetzt hatte. Die Vorkommnisse trafen uns überraschend, aber nicht unvorbereitet. Vielleicht ein Grund dafür, dass die letzten Entscheidungen ohne Panik und Orientierungslosigkeit getroffen wurden.

Die Erfahrung der letzten Stunden löst Trauer, aber nicht Verzweiflung aus. Sie hat uns erschüttert, aber nicht den Boden unter den Füßen weggezogen. Das mag auch daran liegen, dass der Gedanke an einen möglichen Abschied nicht tabu war und die Wirklichkeit des Todes Raum in Gedanken und Gesprächen fand.

Monate liegen nun zwischen den tragischen Ereignissen und dem Niederschreiben dieser Zeilen. Trauer ist ein langer und unberechenbarer Weg. Er ist individuell und von emotionalen Wechselbädern begleitet. Gegen jede Schematisierung von außen regt sich ein innerer Widerstand. Die gedankliche Nacharbeit ist hilfreich, und die Sichtweisen schärfen sich. Auch der spirituelle Weg steht vor unerwarteten Herausforderungen und neuen Perspektiven. Das oft so selbstverständlich geäußerte Glaubensverständnis gerät auf einen harten Prüfstand persönlicher Erfahrung. Der Grat zwischen einer Hoffungsbotschaft theologischer Sichtweisen und eigenem Empfinden ist schmal. Auf ihm zu gehen, ist spannend und aufwühlend. Ein Ende ist nicht in Sicht.

Der Artikel wurde erstveröffentlicht in: Christ in der Gegenwart 45/2014, S. 513-514.

Josef Epp ist 1957 geboren und in Bad Grönenbach im Unterallgäu aufgewachsen. Studium der Religionspädagogik und Kirchlichen Bildungsarbeit an der Katholischen Universität Eichstätt. 13 Jahre lang für die Aus- und Weiterbildung von Religionslehrern im Bistum Augsburg mitverantwortlich. Nach dem Tod seiner Frau im Jahr 1994 Schuldienst in Dietmannsried/Allgäu. Seit 2001 zur Hälfte im Schuldienst und zur Hälfte in der Klinikseelsorge tätig. Zudem Engagement in der Erwachsenenbildung als Referent bei ganz unterschiedlichen Zielgruppen.

Vom Autor sind erschienen:

Die Sonne sehen, auch wenn es dunkel ist – Worte die Kranken guttun,
Kösel-Verlag 2008, 5. Aufl. 2014.

Bevor ich auf der Strecke bleibe – aus tiefen Quellen Kraft schöpfen,
Kösel-Verlag 2011, 3. Aufl. 2013.

Eingesperrt in meinem Leben – Ausbrechen, Aufbrechen, Zeichen setzen,
Kösel-Verlag 2013.

Im Gedenken

Br. Konrad (Manfred) Schulz

(† 3. Januar 2015)

Er war einer der Stillen im Lande, die wir so sehr brauchen. Geboren in Zau-
che (Schlesien) und nach wechselvollem Schicksal über die DDR-Grenze
nach Euskirchen gekommen, trat er 1958 in die Költnische Franziskanerpro-
vinz ein und legte 1964 in Mönchengladbach seine Ewige Profess ab. Dort
blieb er auch lange Jahre in verschiedenen Tätigkeiten, vor allem als Koch.

Seit 1984 begann ein als Kurzeinsatz geplantes Engagement in der
Missionszentrale der Franziskaner in Bonn. Es wurde zum Dauereinsatz im
Dienste der Gäste und des Hauses. Dazu gehörte auch über viele Jahre eine
hauseigene Druckerei im Keller der MZF. Hier hat Konrad viele Stunden sei-
nes Lebens verbracht und alles, was anfiel, gedruckt, sei es für die Missions-
zentrale oder sei es für die Pfarrei.

Der TAUWETTER-Redaktion war Bruder Konrad über Jahrzehnte ver-
bunden. Denn durch seine Hände gingen die Hefte praktisch von Anfang
an. Er druckte und heftete sie, half bei dem Eintüten und Etikettieren und
war dann wiederum der gute Geist, der die Hefte freistempelte und zur Post
brachte. Gerne verband er das Nützliche mit dem Angenehmen: die Kuver-
tierung der Hefte hinderte ihn nicht daran, gleichzeitig mit aller Emotion die
Spiele „seines“ Vereins, der Borussia Mönchengladbach, am Fernsehen mit
zu verfolgen.

Erst im letzten Jahr angesichts seiner Krankheit wurde nach dem Druck auch die postalische Versendung der Zeitschrift umgestellt, um ihn nicht länger zu belasten. Von sich aus hätte er es nie der Redaktion vorgeschlagen, denn für ihn galt immer: Er war für den Nächsten, den Bruder und die Schwester, immer da, gleich worum es ging und wie spät es war. Für die Nächstenliebe gab es für ihn keine Zeit und Stunde: Er war immer zur Stelle. So behalten wir ihn in Erinnerung.

Lieber Konrad, die Tauwetter-Redaktion bleibt Dir immer dankbar!

Inhalt der Tauwetter-Ausgabe 1-2004 – Menschenwürdig sterben

- » **Der verdrängte Tod** // Stefan Federbusch ofm
- » **Sterbehilfe – Spiegelbild der Gesellschaft** // Stefan Federbusch ofm
- » **Zur ethischen Beurteilung der Sterbehilfe** // Stefan Federbusch ofm
- » **Selbstbestimmung und Menschenwürde** // Dr. Franz Kamphaus
- » **Die 12 Rechte von Sterbenden** // David Kessler
- » **Sterbehilfe, Sterbebegleitung – was kann Palliativmedizin leisten?** // Peter Ervens
- » **„Im Sterben die Vision des Lebens stärken“
Zur spirituellen Begleitung Schwerkranker und Sterbender** // Werenfried Wessel ofm
- » **Verabschiedungsritus für Verstorbene im Hospiz** // Martin Lütticke ofm
- » **Die Hospizbewegung**
- » **Das belgische und niederländische Euthanasiegesetz** // Stefan Federbusch ofm
- » **Todsicher: Das Angebot der Sterbehilfeorganisationen
oder: Gibt es ein Recht auf Sterben?** // Stefan Federbusch ofm
- » **Rechtslage zur Sterbehilfe in Europa**
- » **Kleine Literaturlauswahl**

Tagung

Sterben dürfen? Sterben helfen?
In Gottes und der Menschen Hand

15.–17. Mai 2015 im Maternushaus Köln

Veranstalter: Katholischer Deutscher Frauenbund (KFD)
und Gemeinschaft Katholischer Männer und Frauen (KMF)

Literatur

- Gerbert van Loenen**, Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M. 2014.
- Ulrich Eibach**, Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende, Echter-Verlag, Würzburg 2014.
- Reiner Marquard**, Menschenwürdig sterben, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig 2014.
- Hirschberg 9-2014**, Sterben dürfen? Sterben helfen? In Gottes und der Menschen Hand, Köln 2014.
- Michael Fries** (Hg.), Wie sterben?, Gütersloher Verlagshaus 2012.
- Michael Fries**, Wie sterben? Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe, Kohlhammer Verlag 2010 (Promotion).
- Michael de Ridder**, Wie wollen wir sterben?, Deutsche Verlagsanstalt 2010.
- Ursel Fuchs**, Gewissensfrage Sterbehilfe: Die Kontroverse um den selbstbestimmten Tod, Kreuz-Verlag 2009.
- Stephan Holthaus / Timo Jahnke**, Aktive Sterbehilfe. Ausweg oder Irrweg? Brunnen-Verlag, Gießen 2008.
- Katrin Göring-Eckardt** (Hg.), Sterbehilfe – Hilfe beim Sterben – Sterbebegleitung – Eine Streitschrift, Gütersloher Verlagshaus 2007.
- Oliver Tolmein**, Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, Bertelsmann Verlag, München 2006.
- Felix Thiele** (Hrsg.), Aktive und passive Sterbehilfe, Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte, Verlag Fink (Wilhelm) 2005.
- Theo R. Payk**, Töten aus Mitleid? Über das Recht und die Pflicht zu sterben, Reclam Verlag, Leipzig 2004.
- Rainer Beckmann**, Mechthild Löhr, Julia Schätzle (Hg.), Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, SINUS-Verlag 2004.
- Tauwetter 1 – 2004**, Menschenwürdig sterben, Bonn 2004.

TAUWETTER

...franziskanische Zeitschrift für Gerechtigkeit,
Frieden und Bewahrung der Schöpfung

2002

- 1 AFGHANISTAN – DAS UNBEKANNTE LAND AM HINDUKUSCH
- 2 AFGHANISTAN – MEHR ALS 2 JAHRZEHNTE KRIEG
- 3 ISRAEL UND PALÄSTINA – EIN LAND UND ZWEI GERECHTIGKEITEN
- 4 EHRFURCHT VOR DER SCHÖPFUNG

2003

- 1 KRIEG – NIEDERLAGE DER MENSCHHEIT
- 2 INTERNATIONALER RAT DES FRANZISKANERORDENS
FÜR GERECHTIGKEIT, FRIEDEN UND BEWAHRUNG DER SCHÖPFUNG
- 3 MIT EIGENSINN UND GOTTESGESPÜR:
KLARA VON ASSISI ZUM 750. TODESTAG
- 4 WASSER ALS LEBENSGUT

2004

- 1 MENSCHENWÜRDIG STERBEN
- 2 ZWEI KLASSEN MEDIZIN
- 3 GEWALTFRE
- 4 DER SUDAN ZWISCHEN MACHTKAMPF UND VÖLKERMORD

2005

- 1 PAX AMERICANA
- 2 DER HERR GEBE DIR DEN FRIEDEN – EINE NEUE WELT IST MÖGLICH
- 3 SOZIALSTAAT DEUTSCHLAND
- 4 EUROPÄISCHE IDENTITÄT

2006

- 1 ROTE KARTE FÜR DEN MENSCHENHANDEL
- 2 OSTAFRIKA: DIE WUNDE IM FLEISCH
- 3 20 JAHRE FRIEDENSGBET VON ASSISI
- 4 INTERKULTURELLES ZUSAMMENLEBEN –
MUSLIME UND CHRISTEN IN DEUTSCHLAND

2007

- 1 WELTZOZIALFORUM NAIROBI 2007
- 2 DIE SACHE DES FRIEDENS
- 3 KOLUMBIEN: DIE SCHATTEN DES TODES
- 4 ELISABETH – EINE LEIDENSCHAFTLICHE FRAU

2008

- 1 BEDROHT – VERFOLGT – VERTRIEBEN:
FLÜCHTLINGSSCHICKSALE IN OSTAFRIKA
- 2 GELD: GOTT-GÖTZE-GERECHTIGKEIT
- 3 FRANZISKANER IM DIALOG MIT DEM ISLAM
- 4 DER AFGHANISTAN – KONFLIKT

2009

- 1 ANSTÖSSE ZUR MENSCHLICHKEIT
- 2 KRISE AUS DUMMHEIT UND GIER
- 3 SCHÖPFUNG IM HERZEN DER SENDUNG
- 4 BIG BROTHER IS WATCHING YOU

2010

- 1 DIE BEWAHRUNG DER SCHÖPFUNG IM TÄGLICHEN LEBEN
DER MINDERBRÜDER
- 2 BEDINGUNGSLOSES GRUNDEINKOMMEN
- 3 ZUSAMMEN-LEBEN IN DEUTSCHLAND
- 4 25 JAHRE EINSATZ FÜR GERECHTIGKEIT, FRIEDEN UND
BEWAHRUNG DER SCHÖPFUNG – 25 JAHRE TAUWETTER

2011

- 1 KEUSCHE HURE KIRCHE – DER MISSBRAUCHSSKANDAL
FAKTEN UND FOLGERUNGEN
- 2 WELTETHOS – WIR HABEN ES SATT
- 3/4 FRANZISKANISCHES ENGAGEMENT FÜR UMWELTGERECHTIGKEIT

2012

- 1 DAS FRANZISKANISCHE MENSCHENBILD –
FUNDAMENT DES FRIEDENS
- 2 MULTIRELIGIÖSES UND INTERRELIGIÖSES ZENTRUM
IN BELGRAD
- 3 WIRTSCHAFT BRAUCHT ETHIK
- 4 KIRCHE, ÖFFNE DICH!
II. VATIKANISCHES KONZIL – ERINNERUNG UND AUFTRAG

2013

- 1 KIRCHE, ÖFFNE DICH!
II. VATIKANISCHES KONZIL – MIT DER TRADITION IN DIE ZUKUNFT
- 2 ENERGIEWENDE
- 3 RÜSTUNGSEXPORT
- 4 FLÜCHTLINGE OHNE PAPIERE – EIN DRAMA MITTEN UNTER UNS

2014

- 1 SYRIEN – HINTERGRÜNDE & FRIEDENSVORSCHLÄGE
- 2 DIE GROSSE TRANSFORMATION – NACHHALTIGES WIRTSCHAFTEN
- 3 ZWISCHEN KRIEG & FRIEDEN –
FRANZISKANER IM ERSTEN UND ZWEITEN WELTKRIEG
- 4 MITGESCHÖPFE – UNSER VERHÄLTNIS ZU DEN TIEREN

BESTELLUNG ALTER HEFTE (VGL. WWW.TAUWETTER-ONLINE.DE) BEI:

REDAKTION TAUWETTER, FRANZISKANER,
BURGSTRASSE 61
51103 KOELN
TELEFON 02 21.87 3113
TELEFAX 02 21.87 00 464
REDTAUWETTER@AOL.COM

WWW.TAUWETTER-ONLINE.DE