



**Trilaterales Treffen der deutschsprachigen Ethikgremien  
DACH 16. und 17. April 2015 in Bern  
Kultur des Sterbens**

**Tagungsbericht**

Seit 2013 treffen sich die nationalen Ethikgremien der deutschsprachigen Länder (Deutschland, Österreich und Schweiz: DACH) einmal jährlich mit wechselnder Gastgeberschaft. Nach den DACH-Treffen 2013 in Wien und 2014 in Berlin, hatte die Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) in diesem Jahr den Deutschen Ethikrat und die Österreichische Bioethikkommission nach Bern eingeladen. Das Treffen war dem Thema *Kultur des Sterbens* gewidmet.

Die Frage nach einer *Kultur des Sterbens* zielt darauf ab, Grundfragen um Leben und Tod aus der Enge medizinischer, ethischer und juristischer Fachdiskurse in den Horizont von Öffentlichkeit und Gesellschaft zu rücken. Das Thema war der gastgebenden Ethikkommission auf den Leib geschnitten: Im Gegensatz zu Deutschland und Österreich blickt die Schweiz bereits auf eine gesellschaftlich etablierte öffentliche Diskussion über die Suizidbeihilfe zurück, die im europäischen Kontext lange isoliert dastand. Mit entsprechender zeitlicher Verzögerung findet die Diskussion nun auch in den Nachbarländern statt und es zeigt sich, welche Vorbehalte geltend gemacht werden können, die in den schweizerischen Auseinandersetzungen – wenn überhaupt – nur am Rande begegnen. Die unterschiedlichen nationalen Hintergründe und Sensibilitäten sind unverkennbar: Die Geschichte der nationalsozialistischen Eugenik- und Euthanasiepolitik wird in Deutschland nach wie vor als besondere ethische und politische Verpflichtung verstanden; entsprechend defensiv werden die Sterbe- und Suizidhilfedebatten geführt. In Österreich reibt sich das Thema am katholischen Einfluss auf die Gesellschaft; stärker als in den anderen Ländern kann dort die Liberalisierung der Sterbe- und Suizidhilfe als Ausdruck eines gesellschaftlichen Säkularisierungsprozesses verstanden werden.

Mit dem Thema *Kultur des Sterbens* setzte die NEK bewusst einen Kontrapunkt zur Verengung der Diskussion auf die Suizidbeihilfe. In diesem Sinne betonte der Präsident der NEK, Otfried Höffe, in seiner Begrüßungsrede: „*Eine Kultur des Sterbens achtet auf mehr; Sterbende hoffen auf Schmerzlinderung, persönlichen Beistand und Trost und geben dann häufig ihren Suizidwunsch auf. Sie pflegen ihr Leben Revue passieren zu lassen und erfahren dann: Um sterben zu lernen, lerne man zu leben.*“

## 1. Ethik und Direkte Demokratie

Das zweitägige Treffen begann am Donnerstagnachmittag mit einer Führung durch das Bundeshaus. Anschliessend begrüßte Alt-Bundesrat **Moritz Leuenberger** die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Rede zum Thema *Wie antwortet die direkte Demokratie auf ethische Fragen?* Leuenberger ging den Fragen nach, ob der Staat ethisches Denken und Handeln organisieren könne und ob eine direkte Demokratie ethische Herausforderungen anders angehe und anders löse als eine repräsentative Demokratie. Er brach eine Lanze für die direkte Demokratie: Diese fordere vom Einzelnen ethisches Abwägen in gesellschaftlichen Fragen und lasse ein blosses Delegieren an Repräsentanten nicht zu. Unabdingbar sei deshalb die breite gesellschaftliche Diskussion über ethische Fragen. Leuenberger attestierte der Ethikkommission dabei eine wichtige Rolle, genauer die Aufgabe, „*welche eine Auslegeordnung der möglichen Standpunkte und Überlegungen pflegt und sie allen Menschen zeigt und nachvollziehbar macht, ihre Weisheiten und wie sie dazu kommt, demokratisch preisgibt, nicht indem sie abstimmt und ihre Resultate apodiktisch als richtig oder falsch bekannt gibt, sondern indem sie die Bürger nachvollziehen lässt, welche Diskussionen sie intern beschäftigt haben*“.

## 2. Fachaustausch der Ethikgremien

Der zweite Tag des Treffens galt dem eigentlichen Tagungsthema *Kultur des Sterbens*. Nacheinander stand dem Deutschen Ethikrat, der NEK und der Österreichischen Bioethikkommission je eine halbe Stunde Redezeit mit jeweils anschliessender Plenumsdiskussion zur Verfügung. Für den Deutschen Ethikrat sprachen zwei Referenten, die die Spannweite der Standpunkte zum Thema pointiert präsentierten.

### ***Selbsttötung als Ausdruck der Selbstbestimmung***

Den Auftakt machte **Carl Friedrich Gethmann**, Professor für Philosophie an der Universität Siegen und Mitglied des Deutschen Ethikrats, mit seinem Vortrag *Handlungsurheberschaft – Selbstbestimmung – Selbsttötung. Ethische Aspekte. Ein Beitrag zur begrifflichen Aufräumarbeit*. Gethmann unterzog darin die öffentliche und ethische Debatte um die Selbsttötung einer philosophischen Metakritik. Im Sinne eines Kontrapunkts zum Kontrapunkt des Tagungsthemas kritisierte er die Ausblendung bzw. Diskreditierung der Selbsttötung in der Diskussion um eine Kultur des Sterbens. Der Suizid gehöre selbstverständlich zur *ars moriendi* und dürfe deshalb nicht – wie in der aktuellen Debatte – auf die ärztliche Hilfe beim Suizid verengt werden. Ebenso unhaltbar sei die verbreitete Meinung, dass sich Suizidwünsche durch eine entsprechend ausgestattete Palliative Care gänzlich eliminieren liessen. Entschieden wandte sich Gethmann gegen eine

Pathologisierung, insbesondere in Form einer Psychopathologisierung des Suizids in der öffentlichen Debatte. Im zweiten Teil seines Vortrags lieferte Gethmann eine knappe begriffliche Analyse und Verhältnisbestimmung der zentralen Ausdrücke «Handlungsurheberschaft», «Autonomie» resp. «Selbstbestimmung» und «Selbsttötung». Der dritte Vortragsteil widmete sich vier zentralen Einwänden gegen die moralische Zulässigkeit der Selbsttötung: Widernatürlichkeit, Selbstwidersprüchlichkeit, Irrtum und Unverfügbarkeit des Lebens. Damit verschob Gethmann den Fokus von der Suizidbeihilfe im Falle von Krankheit oder Gebrechlichkeit auf den Suizid als allgemeines Phänomen des menschlichen Lebens. Abschliessend wandte er sich der konkreten ethischen Herausforderung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid kranker Menschen zu, mit der Frage nach dem *telos* ärztlichen Handelns. Das Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten, sie seien „Anwälte des Lebens“ und deshalb keine Sterbehelfer, wies Gethmann zurück. Ziel ärztlichen Handelns sei nicht die Lebenserhaltung, sondern die Unterstützung kranker Menschen. Diese ärztliche Pflicht schliesse die Aufgabe, dem souverän entscheidenden Suizidwilligen Beihilfe zu leisten, nicht aus.

### ***Ars moriendi nova***

Der zweite Referent des Deutschen Ethikrats, **Michael Wunder**, Psychologe und Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, griff in seinem Vortrag *Selbstbestimmung am Ende des Lebens und die Kultur des Sterbens* das eigentliche Thema des Treffens auf. Ausgehend von der mittelalterlichen *ars moriendi* fragte er nach den Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen einer *ars moriendi nova* für die heutige Zeit. Von der mittelalterlichen Vorläuferin übernahm Wunder die Grundsätze der spirituellen und sozialen Begleitung und die – damals religiös begründete – Forderung nach einer frühzeitigen und dauerhaften Beschäftigung mit der und Sensibilisierung für die Kunst des Sterbens. Eine neue Kultur des Sterbens habe bei den vielfach berichteten spezifischen Ängsten alter und sterbender Menschen anzusetzen: Die Angst vor körperlichen und seelischen Schmerzen, die Angst vor Abhängigkeit und Fremdbestimmung, die Angst vor Einsamkeit und Verlassen-Werden sowie die Angst vor den medizinischen Eigendynamiken. Im Zentrum einer *ars moriendi nova* stünden die Grundsätze der Palliativmedizin und der Hospizarbeit: die Linderung und Prävention von Leiden und die Erhaltung resp. Verbesserung einer möglichst hohen Lebensqualität. Die Respektierung der Selbstbestimmung sei dabei Voraussetzung und integraler Bestandteil einer an Palliative Care orientierten Kultur des Sterbens. Kritisch gab Wunder zu bedenken, dass Selbstbestimmung und *informed consent* im Blick auf die Zustimmung oder Ablehnung medizinischer Massnahmen allein weder Lebensqualität garantiere, noch eine Kultur des Sterbens ausmache. Deshalb schlug Wunder eine Operationalisierung der Selbstbestimmung im Rahmen der Behandlung und Begleitung Schwerkranker vor. Wunder stellte der aktuellen Praxis ein ambivalentes Zeugnis aus: Während medizinische und pflegerische Aspekte einer *ars moriendi nova* schon relativ gut umgesetzt seien, fehle nach wie vor die Aufmerksamkeit für die psychosoziale und spirituelle Dimension. Einer besseren Sterbekultur stellten sich aber erschwerend – wie Wunder

abschliessend resümierte – die medizinische Entwicklung und die wirtschaftlichen Interessen und Zwänge in den Weg.

### ***Das Sterben vom Leben und das Leben vom Sterben her betrachten***

Als Vertreter der NEK referierte **Markus Zimmermann**, Professor für Moralthologie und Ethik an der Universität Freiburg i.Ue. In seinem Vortrag *Sterbekultur(en) heute. Wahrnehmung, Gestaltung und Deutung der letzten Lebensphase in sozialetischer Perspektive* ging er aktuellen Phänomenen und Ideen einer gesellschaftlichen Sterbekultur nach. Aus analytischer Sicht begann Zimmermann mit einer Beschreibung typischer Sterbeverläufe, ihrer gesellschaftlichen Umstände und ihrer öffentlichen Kommentierung. Bezugnehmend auf den Soziologen Werner Schneider hob Zimmermann drei Aspekte des Sterbens in der modernen Gesellschaft hervor: *„Wir leben in einer Gesellschaft, in der wir heute auf vielfache Weise mit dem richtigen Umgang mit dem Sterben und Tod, Sterbenden und Toten vertraut gemacht werden sollen. Das eigene Sterben wird dabei zu einer Art Projekt, welches selbst(bestimmt) zu gestalten ist. Mit der Sorge- und Bekenntniskultur zum eigenen Sterben wird ein so genanntes gutes Sterben institutionalisiert, dessen Ungleichheitsbedingungen und -effekte wir noch kaum kennen.“* Zimmermann machte sodann auf gesellschaftliche Phänomene und politische Initiativen aufmerksam, die im Zusammenhang mit dem Sterben in den vergangenen Jahren feststellbar sind, so etwa die Entstehung von Sterbehospizen und Palliativstationen, eine grosse Mitgliedzunahme der Suizidhilfeorganisationen, die *Nationale Strategie Palliative Care* im Bereich der Gesundheitspolitik oder das *Nationale Forschungsprogramm Lebensende* im Bereich der Forschung. Ein gutes und gelingendes Sterben sei heute mit bestimmten Moral- und Wertvorstellungen verbunden: *„Diese bestehen hauptsächlich in der Kontrolle, Planung und Sicherstellung des eigenen Sterbens. Menschen sollen ihre letzte Lebensphase nicht verdrängen, sondern möglichst selbst vorbereiten und rechtzeitig Vorkehrungen treffen. Das zentrale ethische Ideal, das darin zum Ausdruck kommt, ist die individuelle Freiheit oder Autonomie. Ein weiteres gesellschaftlich verankertes Ideal besteht in der Erhaltung der grösstmöglichen Lebensqualität bis zuletzt. Schmerz- und Symptomfreiheit und Selbständigkeit im Sinne einer möglichst grossen Unabhängigkeit von Pflege sowie Hilfestellung durch andere wird ein hoher Stellenwert beigemessen. Als Reaktion auf die Fragmentierung, Arbeitsteilung und Spezialisierung, welche die Versorgung von Patienten am Lebensende heute prägen, ist zudem das Ideal einer ganzheitlichen Begleitung und Betreuung wichtig geworden. Während in einem Spital heute die körperlichen Aspekte im Vordergrund stehen, sollen daneben auch psychosoziale sowie spirituelle Anliegen von Sterbenden berücksichtigt werden.“*

Diese Vorstellungen eines guten Sterbens unterzog Zimmermann anschliessend einer sozialetischen Kritik. Viele Betroffene würden die komplexen Voraussetzungen für ein solches selbstbestimmtes, kommunikativ und lebensweltlich integriertes Sterben gar nicht erfüllen: Säuglinge und Kleinkinder, Menschen mit geistigen Behinderungen oder

Patientinnen mit demenziellen Störungen, aber auch Menschen, die von den institutionalisierten Versorgungsabläufen weitgehend ausgeschlossen würden wie abgewiesene Asylbewerber oder Sans-Papiers. Kritisch seien auch die im Rahmen der Suche nach einer neuen Kultur des Sterbens geäußerten Forderungen zu beurteilen, so etwa die programmatische Zielsetzung der Herausgeber des zweiten Bandes der Buchreihe *ars moriendi nova*: „Wir möchten (...) mentale, visuelle, pädagogische und pragmatische Möglichkeiten der Vorbereitung möglichst vieler Menschen auf das Sterben und auch einen differenzierten Umgang mit der eigenen Leiche thematisiert wissen.“

Die im letzten Jahr in der Schweiz geführte Diskussion über den so genannten „Lebensbilanzsuizid“ stelle, so der Theologe und Ethiker Zimmermann, eine markante Erweiterung des Suizidhilfediskurses dar, weil damit Lebenswertkriterien in den Mittelpunkt rücken würden. So werde in den aktuell überarbeiteten Statuten der Organisation *Exit Deutsche Schweiz* festgehalten, dass sehr alte Suizidwillige gegenüber jüngeren Mitgliedern einen erleichterten Zugang zum Sterbemedikament erhalten sollen. Zimmermann kommentierte diese Entwicklung: „Offensichtlich haben wir gesellschaftlich ein Problem, der Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit und dem hohem Alter einen Sinn zu geben. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis Menschen diese Wertung in ihr Selbstbild aufnehmen, die auf irgendeine Weise auf die Hilfe anderer angewiesen sind.“ Zimmermann votierte abschliessend dafür, das Lebensende nicht aus der strategischen Sicht von Ziel- und Machbarkeitsvorstellungen zu betrachten, sondern das Sterben vom Leben und das Leben vom Sterben her in den Blick zu nehmen.

### ***Der Tod als Versagen der Medizin?***

Als Referent der Österreichischen Bioethikkommission sprach **Andreas Valentin**, Facharzt für Innere Medizin und Leiter der Abteilung Innere Medizin des Krankenhauses Schwarzach. Valentin warf in seinem Referat *Kultur des Sterbens im Kontext medizinischer Entscheidungen* die grundsätzliche Frage nach einer plausiblen und tragfähigen Unterscheidung zwischen dem medizinisch Machbaren und medizinisch Sinnvollen am Lebensende auf. Valentin beschrieb zunächst den klinischen Alltag von Sterbenden, die in ihrer letzten Lebensphase häufig noch starken medizinischen Belastungen ausgesetzt seien. Sterben ausserhalb des Krankenhauses werde als Versagen des Versorgungssystems und Sterben ausserhalb der Intensivstation als medizinische Unterversorgung wahrgenommen. Angesichts dieser der Medizin eigenen Perfektionsansprüche sei ein Paradigmenwechsel notwendig.

Anschliessend stellte der Mediziner den *Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende* vor, der vom Ausschuss für Bioethik des Europarates 2014 veröffentlicht worden ist und an dessen Erarbeitung Valentin mitgewirkt hatte. Im Zentrum seiner Bemerkungen zu den ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen medizinisch-ethischer Entscheidungsfindungsprozesse stand eine kritische Reflexion des allgegenwärtigen Autonomiebegriffs. Die Autonomieforderung setze

entgegen der Realität einer häufig eingeschränkten Autonomiefähigkeit am Lebensende informierte Zustimmung und Urteilsfähigkeit der Betroffenen selbstverständlich voraus. Zudem dürfe Autonomie nicht als Patientenrecht missverstanden werden, jede gewünschte Behandlung auch zu erhalten. Auf der Seite des Arztes gelte es vor dem Hintergrund der beiden bioethischen Prinzipien *Beneficence* und *Nonmaleficence*, Nutzen und Risiko einer medizinischen Behandlung für den Patienten abzuwägen. Die Lebenserhaltung als Ziel medizinischen Handelns müsse mit dem anderen Ziel der Leidverringerung bzw. -vermeidung in Einklang gebracht werden. Daraus folge der ärztliche Grundsatz, keine unverhältnismässige Behandlung und keine Behandlung ohne Zielsetzung durchzuführen. Ärzte seien nicht verpflichtet, eine nicht zielführende, eine zu belastende oder eine vom Patienten abgelehnte Therapie durchzuführen. In diesem Zusammenhang verwies Valentin auf die Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen* aus dem Jahre 2013. Besondere Relevanz hätten die Empfehlungen zu den Palliativ- und Hospizdiensten, zur Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende, zur Vermeidung unverhältnismässiger Interventionen und zum assistierten Suizid. In einer Zwischenbilanz hielt Valentin fest, dass für medizinische Entscheide am Lebensende eine Kultur des Gesprächs, der Sorgfalt und des Vertrauens unverzichtbar sei: *„Der Tod soll nicht als ein Versagen der Medizin, sondern als mit dem menschlichen Leben verbundene Konsequenz verstanden werden. Das heisst für die Medizin, dass sie Sterben auch zulassen muss. Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als „lebensverlängernd“ bezeichnete medizinische Massnahme muss unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht und/oder der Sterbeprozess dadurch verlängert wird.“*

Ein grundlegendes Problem beträfe den komplexen Phänomenbereich unverhältnismässiger Therapien, also solche diagnostische, therapeutische oder pflegerische Interventionen, deren Nutzen für den konkreten Patienten fragwürdig seien und die häufig mit unzumutbaren Belastungen für den Patienten einhergingen. Gründe für den Entscheid zu unverhältnismässigen Therapien seien therapeutischer Ehrgeiz, die begründete oder unbegründete Furcht vor rechtlichen Konsequenzen, die Logik der Leistungsabrechnung im Krankenhaus, mangelhafte Kommunikation im Behandlungsteam und mit dem Patienten oder unrealistische Wünsche der Angehörigen oder des Patienten. Die Folgen einer unangemessenen Behandlung sind nach Valentin komplex und gravierend: die Verletzung essentieller ethischer Werte, die Erzeugung oder Verstärkung des Leides von Patientinnen und Angehörigen, die Provozierung moralischer Dilemmata, die Förderung von Vermeidungsverhalten und die emotionale Ermüdung bei den Mitarbeitenden.

Valentin sprach sich abschliessend für eine sinnvolle Limitierung und Redimensionierung medizinischer Massnahmen und Behandlungsstrategien aus. Zugleich bestünde das Ziel ärztlichen Handelns nicht im Herbeiführen des Todes, sondern darin, das Sterben eines Menschen, der am Ende seines Lebens angekommen sei, nicht zu behindern oder zu verlängern. Daraus folgen für Valentin Grundsätze einer Kultur des Sterbens im Kontext

medizinischer Entscheidungen: „*Der Tod ist dem Leben eingeschrieben und nicht als Versagen der Medizin zu sehen. Nicht alles was medizinisch machbar ist, führt auch zu einem Nutzen für den Patienten. Einen irreversibel eingetretenen Sterbeprozess zu verlängern ist nicht zu rechtfertigen. In aussichtslosen Situationen bedeutet dies, den natürlichen Verlauf des Sterbeprozesses geschehen zu lassen und mit palliativen Massnahmen zu begleiten.*“

Anschliessenden an den Konferenzteil des Vormittags standen die Präsidien der drei Ethikgremien, Christiane Druml, Otfried Höffe und Christiane Woopen, der Wissenschaftsredakteurin Katharina Bochsler vom Schweizer Radio SRF2 für ein Interview zur Verfügung. Die Redakteurin hatte der Tagung als Gast beigewohnt.

### **3. Debatten im Parlamentsgebäude**

Das Nachmittagsprogramm fand im Parlamentsgebäude statt, zu dem auch Vertreterinnen und Vertreter der beiden Parlamentarischen Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) und für Wissenschaft, Bildung und Kultur (WBK) eingeladen waren. Gleichzeitig hiess die NEK Vertretungen ihrer Schwesterkommission, der Eidgenössischen Ethikkommission für die Biotechnologie im Ausserhumanbereich (EKAH), und der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) willkommen. Der von Markus Zimmermann moderierten Podiumsdiskussion gingen je halbstündige Referate des Präsidenten und der Präsidentinnen der drei Ethikgremien, Otfried Höffe, Christiane Woopen und Christiane Druml, voraus, gefolgt von Kurzinputs der drei Vertreterinnen und Vertreter von SGK und WBK – dem Zürcher FDP-Ständerat Felix Gutzwiller, der Zürcher EVP-Nationalrätin Maja Ingold und dem Waadtländer SVP-Nationalrat Guy Parmelin.

#### ***Schweiz: Das Sterben wieder lernen***

**Otfried Höffe**, emeritierter Professor für Philosophie und Leiter der Forschungsstelle Politische Philosophie der Universität Tübingen, ging in seinem Referat *Kultur des Lebens – Kultur des Sterbens* der Frage nach, wie der Mensch heute *Sterben lernen* könne. Ein Blick auf heutige Sterbeabläufe zeige unter anderem, dass tragfähige Rituale im Umgang mit Sterben und Tod weitgehend verloren gegangen seien. Mit Blick auf die abendländische Philosophie- und Geistesgeschichte erwähnte Höffe fünf bis heute aktuell gebliebene Strategien, das Sterben zu lernen: Die Strategie des Sokrates, der das moralisch Gute für das Wichtigste im Leben erachtete. Aus dieser Sicht müsse auch ein frühes Sterben nicht bedauert werden, denn das Ziel sei bereits erreicht: rechtschaffen gelebt zu haben. Sodann die Strategie von Montaigne: Allezeit gestieft und reisefertig sein – was voraussetze, dass

man keine Lebenspläne habe, deren Verwirklichung lange Zeit erfordere. Als dritte Strategie in Anlehnung an Tugendhat erwähnte Höffe den Versuch, sich nicht allzu wichtig zu nehmen und sich innerhalb der Welt an den Rand zu stellen, und als vierte Strategie die Fähigkeit, selbst böse Widerfahrnisse in ein insgesamt gelungenes Leben zu integrieren. Heute wohl dominant sei jedoch die fünfte auf Descartes zurückgehende Strategie, welche die Gesundheit als höchstes Gut halte und versuche, unendlich viele Krankheiten, vielleicht sogar Altersschwäche, loszuwerden.

Nach diesen einführenden Überlegungen wandte sich Höffe der Frage nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende zu. Grundsätzlich könnten vier Sterbeweisen unterschieden werden: der plötzliche Tod, der angekündigte Tod, der zu befürchtende Tod und der zu erwartende Tod. Das Sterben als ein angekündigter, dabei sich hinziehender Prozess, der es einem erlaube, wichtige Dinge zu Ende zu führen, sein Leben ‚in Ordnung zu bringen‘ oder auch sich zu versöhnen, sei einem plötzlichen Tod vorzuziehen, bedürfe aber einer entsprechenden medizinischen Begleitung. Neben der medizinischen sei aber auch die emotionale, soziale und die, wenn auch in säkularen Gesellschaften auf den ersten Blick verdrängte, spirituelle Dimension des Sterbens zu beachten.

Im Blick auf die sterbende Person rücke die emotionale Seite des Sterbens ins Zentrum: zunächst Reaktionen wie Auflehnung und Zorn, Empörung, Wut und Verbitterung über Todesangst und Trauer bis hin zur Gewissheit, bald sterben zu müssen. Ein alternativer Zugang bestehe darin, sich mit dem nahenden Tod so auseinanderzusetzen, dass man ihn am Ende sogar anerkennen könne. Beispielhaft verwies Höffe auf den Politiker und Philosophen Boëthius, der – zu Unrecht des Staatsverrats angeklagt – vor seiner Hinrichtung das für Jahrhunderte höchst einflussreiche Buch *Vom Trost der Philosophie* verfasst hatte: *„Darin schildert der Autor eine Psychotherapie, die der Autor an sich selbst vornimmt. Lange vor der modernen Psychologie schlägt sie das genau richtige Vorgehen ein: Sie holt den Patienten dort ab, wo er sich befindet, hier bei der Empörung über das Schicksal. Diese Psychotherapie führt den Patienten nach vielen Zwischenetappen schließlich zur Anerkennung des harten Schicksals. Wie kann man so etwas lernen? Auf direkte Weise kaum, denn der Mensch stirbt nur einmal. Es gibt aber einen Quereinstieg. Er geht von der Erfahrung aus, dass niemand sein Lebensglück voll in die Hand nehmen kann. Nicht nur sind wir von vielen Dingen abhängig, wir können auch bösen Schicksalsschlägen ausgesetzt werden. Ihnen gegenüber empfiehlt sich jene Haltung der Gelassenheit, die der Toleranz im ursprünglichen Sinn des Wortes entspricht. Es ist die Fähigkeit, Schicksalsschläge zu ertragen.“*

Höffe schloss seinen Vortrag mit einigen praktischen Überlegungen. Spätestens im fortgeschrittenen Alter sollten Menschen bestimmte Vorkehrungen hinsichtlich ihres eigenen Sterbens treffen, so etwa sich mit seinem Lebenspartner, seinen Kindern oder mit einer Drittperson verständigen, wie man sich sein gutes, menschenwürdiges Sterben vorstelle oder wie man bei einer das Lebensende ankündigenden Diagnose behandelt werden wolle. An solche praktisch-organisatorischen Überlegungen müsse aber eine



Reflexion des eigenen Lebens selbst anschliessen: „Bei diesem Rückblick hat der Teil des Lebensendes, der sich leicht selbstbestimmt gestalten lässt, die Prävention und die medizinisch-pharmakologische Linderung von Schmerzen, die geringere Bedeutung. Wichtiger ist die Führung des gelebten Lebens selbst. Daher rät die Philosophie: Um sterben zu lernen, lerne man – nach Massgabe von Glück, Selbstachtung und moralischer Autonomie – zu leben.“

### **Deutschland: Debatte zur Suizidbeihilfe zwischen Selbstbestimmung und Bedürftigkeit**

Die Präsidentin des Deutschen Ethikrats, **Christiane Woopen**, Professorin für Ethik und Theorie der Medizin in Köln, stellte in ihrem Referat *Die aktuelle Debatte zur Sterbehilfe in Deutschland. Ein Beitrag zur Kultur des Sterbens?* die Diskussion in Deutschland vor. Diese war im Januar 2014 durch einen Beitrag in der Süddeutschen Zeitung angestossen worden. Unter dem Titel *Mein Tod gehört mir* hatte sich der bekannte MDR-Intendant Udo Reiter provokativ für das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben ausgesprochen und dabei insbesondere Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit im Alter als legitimen Grund für einen assistierten Suizid angeführt. Der Beitrag löste heftige Reaktionen aus und provozierte eine intensive öffentliche Debatte zur Suizidhilfe. Es folgten zahlreiche Symposien, Publikationen, Initiativen, Meinungsumfragen, politische Veranstaltungen und Kampagnen, etwa der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben*, bei der sich Prominente mit dem Slogan *Mein Ende gehört mir! Für das Recht auf letzte Hilfe* auf Plakaten abbilden liessen. Die institutionalisierte Ärzteschaft griff das Thema auf und im Herbst 2014 wurde es im Deutschen Bundestag auf die Tagesordnung gesetzt. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob und wie der Gesetzgeber die Sterbehilfe künftig regeln solle. Im Laufe des Jahres 2015 werden verschiedene Gesetzentwürfe zur rechtlichen Regelung der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung bzw. zur ärztlichen Suizidassistenz in den Deutschen Bundestag eingebracht und debattiert werden.

Im Dezember 2014 äusserte sich auch der Deutsche Ethikrat mit einer Ad hoc-Empfehlung zum Thema, in der er eine deutliche Ausweitung der Debatte und eine gesetzliche Stärkung der Suizidprävention empfiehlt (*Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention, Berlin Dezember 2014*). Woopen stellte die hauptsächlichen Empfehlungen der Stellungnahme vor, beispielsweise die Unterstützung der Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung, die gesetzliche Stärkung suizidpräventiver Massnahmen und Strukturen sowie die Empfehlung, keine grundsätzliche Änderung des Strafrechts vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund warf Woopen die Frage auf, ob und inwiefern die in Deutschland geführte Debatte als ein Beitrag zur *Kultur des Sterbens* gelten könne. Dafür spreche die Tatsache, dass die Debatte eine Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung ausgelöst habe und die gesellschaftliche Auseinandersetzung über den Umgang mit Sterben und Tod gefördert worden sei. Dagegen spreche, dass eine Verengung der Diskussion auf das Thema der Selbstbestimmung und der sogenannten

Sterbehilfvereine stattgefunden habe, dass eine unzureichende Differenzierung bzw. Vermischung unterschiedlicher Situationen festzustellen sei und dass es kaum zu einer Auseinandersetzung mit Gebrechlichkeit, Endlichkeit und der Bedeutung der letzten Lebensphase gekommen sei.

Woopen beendete ihre Ausführungen mit einigen grundsätzlichen Überlegungen zu den Begriffen «Widerfahrnis» und «Handeln», ausgehend von der Anthropologie Wilhelm Kamlahs, die bei der menschlichen Bedürftigkeit ansetzt. Der Selbstbestimmung des Vernunftwesens Mensch korrespondieren vielfältige Widerfahrnisse, die sich unabhängig von seinem Willen ereignen. Die elementarsten menschlichen Widerfahrnisse sind seine Geburt und sein Tod. Vor diesem Hintergrund diagnostizierte Woopen einen grundlegenden Konflikt in der aktuellen Diskussion zwischen «Machbarkeit» und «Widerfahrnis». Die Debatte um die Suizidbeihilfe sei eine Stellvertreterdiskussion, die im Kern um die Vermittlung bei den Grunderfahrungen menschlichen Lebens zwischen Aktiv und Passiv kreisen. Kamlahs Credo: „*Wir Menschen alle sind bedürftig.*“ biete nach Woopen den angemesseneren Ausgangspunkt für die drängenden Fragen am Lebensende als das die aktuelle Debatte dominierende Autonomieprinzip.

### ***Österreich: Klärung der Terminologie und Versachlichung der Diskussion***

Die Präsidentin der Österreichischen Bioethikkommission, **Christiane Druml**, Juristin und Vizerektorin für klinische Angelegenheiten der Medizinischen Universität Wien, stellte unter dem Titel *Sterben in Würde – Zur Diskussion um würdiges Sterben in Österreich* die Arbeit der österreichischen Bioethikkommission zum Thema Lebensende vor. Im Jahr 2011 hatte die Bioethikkommission eine *Empfehlung zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende* veröffentlicht, die sich mit den verbreiteten, aber angesichts der medizinischen Ausdifferenzierungsprozesse und Fortschritte überholten Begrifflichkeiten zu Entscheidungen am Lebensende befasste. Im Februar 2015 wurde die Stellungnahme *Sterben in Würde, Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen* verabschiedet. Als wichtigste Ergebnisse nannte Druml:

- die Forderung nach einer Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung – mitunter einen bundesweiten Ausbau, der nicht vom Wohnort oder den finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen abhängig sein dürfe;
- eine Priorisierung von universitärer und außer-universitärer Lehre und Forschung in Palliative Care;
- eine Senkung der finanziellen und formalen Hürden für die Errichtung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten und
- eine Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Bevölkerung für die Vorsorge im Sinne einer individuellen gesundheitlichen Vorausplanung.

Besondere Bedeutung komme den Empfehlungen zur Vermeidung von unverhältnismässigen medizinischen Interventionen zu. Mit der Forderung nach einer grösseren Rechtssicherheit in diesem Bereich solle sichergestellt werden, dass medizinische Interventionen ohne Nutzen oder mit einer unangemessenen Belastung relativ zu dem angestrebten Nutzen für den Patienten am Lebensende vermieden würden. Darüber hinaus habe es die Kommission, wie Druml weiter ausführte, als ihr Mandat betrachtet, das Thema des assistierten Suizids miteinzubeziehen. Die Kommission sei mehrheitlich zur Auffassung gekommen, dass die österreichische Regelung bezüglich der Mitwirkung am Suizid, die als gleichwertige Begehungsformen das Verleiten zum Suizid sowie die Hilfeleistung beim Suizid durch Tun und Unterlassen für strafbar erklärt, überdacht werden müsse. Eine Revision könne eine Kriminalisierung von Angehörigen, nahestehenden Personen und Ärzten vermeiden helfen, die aus Loyalität oder Mitleid einer suizidwilligen Person Beihilfe leisteten. In ihrem Fazit betonte Druml noch einmal die Bedeutung einer angemessenen Terminologie. Die «*Verführungen*» durch die Sprache behinderten nicht nur eine sachliche Diskussion. Darüber hinaus trage eine, aus Unvermögen oder bewusstem Kalkül in Kauf genommene, falsche Begrifflichkeit zu einer weiteren Emotionalisierung der ohnehin schwierigen Diskussion über das Lebensende bei.

### ***Politische Debatte in der Schweiz***

Ständerat **Felix Gutzwiller** verwies auf das Ungleichgewicht zwischen einer intensiven Diskussion über die organisierte Suizidhilfe und einer lange währenden Marginalisierung der Palliativmedizin. Inzwischen würden aber beide Themen nicht mehr als Gegensätze wahrgenommen und behandelt, sondern als verschiedene Konzepte für ein würdiges Sterben. In den eidgenössischen Räten bestehe eine grundsätzliche Zustimmung zur Palliativmedizin. Der Forderung nach einem hohen Stellenwert in der Versorgungskette stehe aber ein enger Finanzierungsrahmen entgegen. Beim Thema Suizidhilfe sei im Parlament laut Gutzwiller mehrheitlich eine grosse Zurückhaltung gegenüber weitergehenden rechtlichen Regelungen zu verzeichnen vor allem im Blick auf den hohen Wert der Selbstbestimmung des Einzelnen.

Gemäss Nationalrätin **Maja Ingold** kenne die christlich-abendländische Kultur eigentlich kein selbstbestimmtes Sterben. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen kommt Ingold zu dem Schluss, dass es die moderne, säkulare Gesellschaft im Kern treffe, über keine Kultur des Sterbens zu verfügen. Dadurch laste ein zunehmender Druck auf den kranken und alten Menschen. Der alte Mensch sei zum Kostenfaktor geworden, es gelte „*das Gericht des Kosten- und Nutzenfaktors*“. Gleichzeitig sei der begleitete Suizid gesellschaftlich weitgehend anerkannt und akzeptiert. Der ökonomische Druck müsse massiv reduziert werden, damit ein wirklich selbstbestimmtes Sterben möglich werde: „*Die Schaffung einer solchen Kultur ist notwendig und eine Kultur des Sterbens muss diesem Druck etwas entgegensetzen.*“

Nationalrat **Guy Parmelin**, Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, gab einen Einblick in die Kommissionsarbeit und stellte exemplarisch die

politische Arbeit an ethischen Fragen vor. Am Beispiel des Transplantationsgesetzes zeigte er den Diskussions- und Urteilsbildungsprozess in der Kommission zu elementaren ethischen Fragen auf. Zwar verfügten die Vertreterinnen und Vertreter eines Milizparlaments in der Regel nicht über das Wissen und die Erfahrungen von Professionellen, dafür könnten sie – so Parmelin – bei der Erarbeitung einer Position auf ihre Verankerung in Lebenswelt und Gesellschaft zurückgreifen

### ***Präsentation aktueller Themen und Standpunkte***

Im Abschlussplenum diskutierten Publikum und Podiumsteilnehmer verschiedene Fragen an, so etwa die Frage nach der Bedeutung eines christlichen Menschenbildes, dem Einfluss ökonomischer Aspekte auf die *Kultur des Sterbens*, der kulturell-kontingenten Prägung von ethischen Entscheiden am Lebensende. Nationalrätin **Maya Graf** berichtete von ihren persönlichen Erfahrungen als Sozialarbeiterin in der Begleitung von Sterbenden. Die zunehmende „*Nachfrage*“ nach Suizidhilfe habe ihre Ursache nicht in der Autonomie der Betroffenen, sondern in der Angst vor Einsamkeit und Abhängigkeit. Graf forderte eine Kultur am Lebensende, die nicht nur auf eine Diskussion über den begleiteten Suizid beschränkt bleibe. Eine solche umfassende Kultur des Sterbens sei in der Schweiz bisher vernachlässigt worden. Graf dankte den drei Ethikgremien für die Themenwahl, die die Diskussion beleben würde und dafür, das Thema auch zukünftig aufmerksam zu verfolgen.

Zahlreiche Rednerinnen und Redner an der Konferenz liessen in ihren Voten den eigenen privaten und beruflichen Erfahrungshintergrund erkennbar einfließen. Das folgt aus der Sache selbst, denn – wie es Michael Wunder in seinem Referat formuliert hatte – „*beschäftigt man sich mit der Kultur des Sterbens, dann gebietet es das Thema auch, nicht nur im Abstrakten zu bleiben, sondern auch seine persönliche Haltung zu kennzeichnen.*“ Die Breite des Themas erlaubte es den Tagungsteilnehmenden, eine Vielfalt von Facetten einzubringen und zu erörtern. So öffnete sich ein breites Spektrum, das die Komplexität der aktuellen Diskussionen und Standpunkte widerspiegelte und einen Einblick in die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Debatten in den drei Ländern gewährte. Nicht zuletzt konnte das trilaterale Treffen dazu beitragen, das Thema *Kultur des Sterbens* aus den Fachkreisen in die Öffentlichkeit zu tragen.

Zum Schluss dankte der Präsident der NEK, Otfried Höffe, der Geschäftsleiterin der NEK, Dr. Elisabeth Ehrensperger, und ihrem Team für die Organisation des diesjährigen DACH-Treffens. Die sorgfältige Vorbereitung und die umsichtige Themenwahl trugen massgeblich zum Erfolg des trilateralen Treffens bei. In der Evaluation des Anlasses wurde ausser vielfältigem Lob die knappe Diskussionszeit am Vormittag der Tagung moniert. Gewünscht wurden zudem mehr Gelegenheiten für den informellen Austausch zwischen den Kommissions- bzw. Ratsmitgliedern untereinander.

### Publikationen der Ethikgremien zum Thema

#### Schweiz

**Beihilfe zum Suizid**; Stellungnahme der NEK Nr. 9, 2005:

[http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe\\_de.pdf](http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf)

**Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe**; Stellungnahme der NEK Nr. 13, 2006 :

[http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe\\_de.pdf](http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf)

#### Deutschland

**Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention**; Stellungnahme des Deutschen Ethikrats,

Dezember 2014: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf>

#### Österreich

**Empfehlung zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende**;

Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission, 2011:

<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>

**Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am**

**Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen**; Stellungnahme der Österreichischen

Bioethikkommission, 2015: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509>