

Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege

Band 5

Heribert Niederschlag /  
Ingo Proft (Hg.)

**Würde bis zuletzt**  
*Medizinische, pflegerische und  
ethische Herausforderungen am  
Lebensende*

Matthias Grünewald Verlag

## **VERLAGSGRUPPE PATMOS**

**PATMOS  
ESCHBACH  
GRÜNEWALD  
THORBECKE  
SCHWABEN**

Die Verlagsgruppe  
mit Sinn für das Leben

Für die Schwabenverlag AG ist Nachhaltigkeit ein wichtiger Maßstab ihres Handelns. Wir achten daher auf den Einsatz umweltschonender Ressourcen und Materialien.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2. Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern  
[www.gruenewaldverlag.de](http://www.gruenewaldverlag.de)

Umschlaggestaltung: Finken & Bumiller, Stuttgart

Umschlagabbildung: annedehaas / iStock

Druck: CPI – buchbücher.de, Birkach

Hergestellt in Deutschland

ISBN 978-3-7867-3026-2

# Inhalt

Vorwort	7
<i>Rudolf Giertler</i> Würde bis zuletzt?!	9
<i>Sonja Sailer-Pfister</i> Selbstbestimmt und ohne Schmerzen? Theologisch-ethische Anfragen an den aktuellen gesellschaftlichen Diskurs zu Tod und Sterben	13
<i>Savio Vaz</i> Medizinethik am Lebensende. Zwischen einem Ethos der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie	27
<i>Josef Schuster</i> Ethische Perspektiven zur künstlichen Ernährung – zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken	45
<i>Klaus Ruberg</i> (Klinische) Ernährung am Lebensende	57
<i>Harald-Robert Bruch</i> Parenterale Ernährung am Lebensende beim Erwachsenen aus internistisch-onkologischer Sicht	67
<i>Carola Selge</i> Das Verständnis von Selbst und Würde in der letzten Lebensphase	75
<i>Renate Adam-Paffrath</i> Ist eine würdevolle Pflege möglich?	83
<i>Hermann Brandenburg</i> Herausforderungen der Palliativversorgung im Heim. Die Perspektive der Gerontologischen Pflege	95
<i>Ingo Proft</i> Ars moriendi – Impulse für ein Leben vor dem Tod	111
<i>Heribert Niederschlag</i> Unantastbar? Anmerkungen zur Würde der Sterbenden	123
Autorenverzeichnis	151



## Vorwort

In Würde sterben – wer will das nicht?

Was auf den ersten Blick wie selbstverständlich erscheinen mag, erweist sich in den hochprofessionalisierten und hochtechnisierten Strukturen unseres modernen Gesundheitssystems zunehmend als schwierig.

Künstliche Ernährung, intensivmedizinische Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens oder auch schmerztherapeutische Angebote bestimmen zunehmend das Aufgabenspektrum und das Selbstverständnis von Medizin und Pflege. Besonders in der letzten Phase des Lebens ist oftmals ein hoher Handlungsdruck spürbar, der von der Sorge geleitet ist, nicht alles für den Patienten getan zu haben.

Gleichzeitig werden aber auch kritische Stimmen immer deutlicher hörbar: Ist das Mögliche immer auch das Nötige? Bedeutet ein Mehr an Lebenszeit tatsächlich einen Gewinn an Lebensqualität? Ist es überhaupt sinnvoll, lebensverlängernde Maßnahmen einzusetzen, werden damit nicht vielfach auch Leid und Schmerz verlängert?

Patienten und Angehörige stellen sich diese Fragen ebenso wie multi-professionelle Gesundheitsdienste und gesellschaftspolitische Akteure der Gesundheitsversorgung. Zunehmend scheint sich ein Bewusstsein für die Fragilität personaler Würde gerade im Sterbeprozess zu etablieren. Immer stärker zeichnet sich die Notwendigkeit einer Kunst des Sterbens ab, die sich gezielt um ein würdevolles Sterben bemüht.

Neben therapeutischen Angeboten und palliativen Konzepten in der Medizin ist es besonders die Pflege, die einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung der letzten Phase des Lebens leistet. Wo es um das Menschsein des Menschen geht, greifen reine Versorgungskonzepte zu kurz. Palliativ Care Konzepte stellen dabei einen wichtigen Beitrag zu einer würdevollen Pflege dar. In Verbindung mit seelsorglichen und pastoralen Konzepten kann hier ein Weg eingeschlagen werden, der weder in einen technischen Aktionismus fliehen, noch vor dem Sterben zurückschrecken muss, sondern fähig ist, einen sterbenden Menschen auch auf dem letzten Wegstück würdig zu begleiten.

Dies verändert nicht nur den Erfahrungsraum des Patienten wie der begleitenden Freunde und Angehörige, sondern auch der unterstützenden Dienste und Versorgungseinrichtungen. Sterben wird nicht mehr als Scheitern oder Abbruch einer Lebensgeschichte, sondern als

wertvoller, wenn auch letzter und abschließender Teil des Lebens selbst gesehen.

Das vorliegende Buch möchte einen Beitrag dazu leisten, sich den Herausforderungen zunehmender Technisierung am Lebensende und deren Auswirkungen auf das Verständnis von Würde und personalem Menschsein zu stellen. In einem interdisziplinären Diskurs werden neben einem kritischen Problemaufriss praktikable und ethisch fundierte Handlungsoptionen geboten, die Impulse für eine wieder zu entdeckende Kunst des „würdevollen Sterbens“ bieten. Von hieraus vermag dann auch das Bewusstsein zu wachsen:

Erst wenn das Sterben wieder einen Platz im Leben hat, kann das Leben als ein Vorbereiten auf das Sterben gelingen.

Vallendar, September 2014

Heribert Niederschlag

Ingo Proft

## **Würde bis zuletzt?!**

### **Grußwort**

Die modernen technischen Entwicklungen in der Medizin haben scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten geschaffen, Krankheiten zu heilen und das Leben zu verlängern.

Die künstliche Ernährung ermöglicht Menschen mit Schluckstörungen oder Passagehindernissen und Menschen, die sich in einem koma-tösen Zustand befinden, eine mühelose und meist unkomplizierte Nahrungszufuhr. Damit werden nicht nur subjektive Bedürfnisse wie Hunger und Durst befriedigt, sondern darüber hinaus auch kritische Lebenssituationen überbrückt und schwerstkranke Patienten am Leben gehalten.

Weder das medizinische Personal, noch die betroffenen Patientinnen und Patienten möchten heute auf diese segensreiche Behandlung verzichten. Ähnliche Überlegungen treffen auf die maschinelle Beatmung, die künstliche Niere und auf die Behandlung kardialer und vaskulärer Notfälle und Erkrankungen zu. Patienten, die auf Intensivtherapiestationen behandelt worden sind, äußern sich trotz aller kritischer Vorbehalte in der Öffentlichkeit gegenüber der Apparate-medicin und trotz der Belastungen, die sie auf diesen Stationen erfahren haben, im Nachhinein überwiegend dankbar dafür, dass sie dank der modernen technischen Möglichkeiten ihre Gesundheit und ihr Leben wiedererlangt haben.

Während für die Behandlung akuter lebensgefährlicher Erkrankungen oder eines Organversagens, wie zum Beispiel einer chronischen Niereninsuffizienz, klare Indikationen für den Einsatz moderner Techniken bestehen, ergeben sich am Lebensende oft erhebliche Konflikte bei der Fortsetzung eingeleiteter intensivtherapeutischer Maßnahmen oder ihrem Abbruch.

Insbesondere der Therapieabbruch stellt für das medizinische Personal, aber auch für die Angehörigen der Patienten, stets eine große Herausforderung dar. Für die Angehörigen ist ein Therapieabbruch oft mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen verbunden, und für das Personal ergeben sich damit neben medizinischen Aspekten oft tiefgreifende medizinisch-ethische Konflikte. Dabei kommt es darauf an, das gesamte medizinische Personal in den medizinisch-ethischen Diskurs einzubeziehen und die Entscheidung auch gegenüber den Angehörigen transparent und offen darzulegen. Um möglichst alle



Details bei den bevorstehenden Entscheidungen zu berücksichtigen, sollten klinische Ethikkomitees in den Entscheidungsprozess eingebunden werden, die dank ihrer ethischen Kompetenz die Entscheidungsfindung begleiten und erleichtern können. Nicht zuletzt können klinische Ethikkomitees zur besseren Akzeptanz kritischer Entscheidungssituationen in der Öffentlichkeit beitragen. Die Beendigung einer künstlichen Ernährung ist dabei besonders schwer zu vermitteln, da sowohl das therapeutische Team, vor allem aber die Angehörigen, oft fürchten, die Patienten müssten verhungern und verdursten, da sie über den zweifelhaften Wert dieser Maßnahme am Lebensende nicht immer ausreichend informiert sind.

Patienten, die sich in der Endphase ihres Lebens befinden und noch zu einer freien Willensäußerung in der Lage sind, können in der Regel abwägen, welche Erwartungen sie mit dem Einsatz apparativer medizinischer Techniken oder mit der künstlichen Nahrungszufuhr verbinden oder ob dadurch ihre nicht selten fatale Situation noch unnötig verlängert wird. Eine ablehnende Haltung gegenüber intensivtherapeutischen Maßnahmen und einer künstlichen Ernährung in dieser Lebensphase ist daher zu respektieren, auch wenn sie im weiteren Verlauf der Erkrankung nicht mehr verbal zum Ausdruck gebracht werden kann oder wenn sie in einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hinterlegt ist. Bei fehlendem Bewusstsein des Patienten ist dann letztendlich seinem mutmaßlichen Willen zu entsprechen.

Oft mögen uns die Willensäußerungen unserer Patientinnen und Patienten verwundern oder befremden, aber wir müssen ihnen das Recht einräumen, sich selbstbestimmend in den ihnen eigenen Vorstellungen und Erwartungen für ihr bevorstehendes Lebensende zu entscheiden, um nicht zuletzt ihre Würde, als Ausdruck ihres persönlichen Menschseins, zu respektieren und zu wahren.

Selbstbestimmung und Sterben in Würde sind zu zentralen Begriffen in den gegenwärtigen medizinisch-ethischen Diskussionen geworden. Sie haben dort ihren Platz, wo durch Selbstbestimmung nicht in unkritischer Weise jede medizinische Maßnahme abgelehnt wird oder Hilfe zu suizidalen Handlungen oder gar aktive Sterbehilfe eingefordert wird, und andererseits beim Sterben nicht um jeden Preis ärztlicherseits oder auf Drängen der Angehörigen das Leben aufrechterhalten wird, auch wenn der Tod seine Schatten bereits voraus geworfen hat und wenn sich der Patient klar gegen die Einleitung oder Fortsetzung einer lebensverlängernden Therapie entschieden hat.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung fordern in solchen Situationen eine Änderung des Therapieziels, das heißt, medizinische Maßnahmen zugunsten einer palliativen Betreuung einzuschränken oder einzustellen, um die Patienten keinen zusätzlichen Belastungen auszusetzen und damit ihre Lebensqualität noch weiter zu mindern. Beispielsweise führt eine routinemäßige künstliche Flüssigkeitszufuhr bei sterbenden Patienten oft zu Atemnot ohne den Durst stillen zu können und verstärkt somit unnötig das Leiden der Betroffenen, während menschlicher und spiritueller Beistand, liebevolle und kompetente Pflege und Symptomkontrolle dem Sterbenden Trost und Halt auf seiner letzten Wegstrecke geben können. Schließlich ist die Angst vor Schmerzen und die Angst, technischen medizinischen Geräten hilflos ausgesetzt zu sein sowie die Angst im Sterben allein gelassen zu werden einer der häufigsten Gründe für den Wunsch, das Leben aktiv zu beenden.

Dass neben medizinischen und ethischen Aspekten stets auch rechtliche Konfliktmöglichkeiten zu bedenken sind, zeigen die besonderen Probleme am Ende des Lebens auf.

Sich diesen Fragen zu stellen und nach Antworten zu suchen, war Ziel und Inhalt einer gemeinsamen interdisziplinären Tagung des Ethik Instituts Vallendar und der Katholischen ärztlichen Arbeitsgemeinschaft Deutschlands am 16.11.2013 in Vallendar, auf deren Grundlage die nachfolgende Publikation entstanden ist. Sie soll einem interessierten Leserkreis einen Einblick in die gegenwärtige Diskussionslage vermitteln und Ansätze zur Erhaltung der „Würde bis zuletzt“ vorstellen. Damit kann nicht nur ein Beitrag für den wichtigen gesellschaftlichen Diskurs zum Umgang mit der Würde am Lebensende, sondern auch ein Impuls zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben mitten im Leben geleistet werden.



## **Selbstbestimmt und ohne Schmerzen?**

### **Theologisch-ethische Anfragen an den aktuellen gesellschaftlichen Diskurs zu Tod und Sterben**

Autonomie um jeden Preis! Unabhängig, absolut frei und niemandem verpflichtet. Postuliert man ein solches Autonomiekonzept, dann ist aktive Euthanasie der einzige Ausweg! Denn man will und kann niemandem zur Last fallen und alles, was man nicht selbst in der Hand hat, gilt als Schwäche! Ist eine solche Gesellschaft erstrebenswert? Der folgende Artikel definiert Sterben nicht nur als individuellen, sondern im Anschluss an die Thanatosoziologie, die eine „Diskursivierung von Sterben und Tod“ in der Gegenwartsgesellschaft feststellt, als sozialen Prozess. In Auseinandersetzung mit alternativen Autonomievorstellungen und vor dem Hintergrund einer theologischen Reflexion soll versucht werden, Sterben im Kontext einer relationalen Autonomie zu denken und daraus praktische Konsequenzen zu ziehen.

Die Debatte um Sterbehilfe und damit die Frage nach einem selbstbestimmten, selbst planbaren und kontrollierbaren Sterbeprozess, flammt von Zeit zu Zeit immer wieder in unserer Gesellschaft auf. Dies geschieht v.a. wenn neue Gesetze, wie zuletzt im Februar 2014 in Belgien, in diesem Fall zur Sterbehilfe bei Kindern, verabschiedet werden oder, wie fast gleichzeitig in Deutschland, ein bereits 2012 abgelehnter Gesetzesentwurf zum Verbot von Sterbehilfe erneut diskutiert wird. Die Unionsvertreter, an der Spitze Gesundheitsminister Gröhe, unternahmen einen erneuten Anlauf, organisierte Sterbehilfe gesetzlich zu verbieten. „Meine Überzeugung ist“, so Gröhe, „dass nicht nur die erwerbsmäßige – also ein besonders verwerfliches Geschäftemachen mit der Lebensnot von Menschen –, sondern jede Form der organisierten Selbsttötungshilfe verboten werden muss. Schwerstkranke und sterbende Menschen brauchen in ihrer letzten Lebensphase liebevolle Zuwendung und bestmögliche Pflege. Sie können sich darauf verlassen, palliativmedizinischen Hilfe, zu der auch das Lindern von Schmerzen gehört, zu bekommen.“<sup>1</sup> Die Gegner dieses Gesetzesentwurfes fordern, dass auf Wunsch des Patienten der Arzt die Möglichkeit hat, Menschen den von ihnen gewünschten

---

<sup>1</sup> Gesundheitsminister Gröhe im F.A.Z.-Interview, [www.faz.net/aktuell/politik/inland/gesundheitsminister-groehc](http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/gesundheitsminister-groehc), abgerufen am 5.08.2014.

Tod zu ermöglichen und Hilfe zur Selbsttötung leisten darf. Diese Debatte ist noch nicht entschieden. Einige Nachbarländer haben bereits liberalere Regelungen getroffen.

In diesem Kontext schalten sich auch die Medien intensiv in diese Debatte ein. So war zum Beispiel der Titel einer Spiegelausgabe: *Letzte Hilfe. Plädoyer für ein Sterben in Würde*. Im Leitartikel „Der moderne Tod“ wird intensiv die Diskussion um einen selbstbestimmten, d.h. modernen Tod geführt. Das impliziert automatisch die Frage nach den Möglichkeiten der Sterbehilfe.

Die gesellschaftliche Debatte dreht sich nicht nur um gesetzliche Regelungen, sondern betrifft die ganze menschliche Existenz. Grundsätzliche Fragen wie, was ist ein menschenwürdiges Sterben, was ist ein lebenswertes Leben oder wie geht die moderne Gesellschaft mit Sterbenden um, werden gestellt und Antworten gesucht.

„Immer weniger Menschen hierzulande sehen den Tod als ein Lebensende, das von Gott oder vom Schicksal bestimmt wird. Im Zeitalter von Reanimation, künstlicher Beatmung und PEG-Sonde ist es nicht mehr eindeutig, was es heißt, einen natürlichen Tod zu sterben. Der medizinische Fortschritt ist Segen und Fluch zugleich. Der Tod geschieht nicht mehr.“<sup>2</sup>

Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Autonomie prägt die Debatte, sowie die Angst, in einem Pflegeheim dahinzuvegetieren, Schmerzen zu ertragen, nicht mehr entscheidungsfähig und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Dies widerstrebt zutiefst der Vorstellung eines modernen, selbstbestimmten Individuums!

Aber muss nicht die Frage gestellt werden, ob der moderne Mensch nicht einer falschen Vorstellung von Autonomie bzw. Selbstbestimmung anheimgefallen ist, ob es nicht an der Zeit ist, sich auch als Gesellschaft Gedanken zu machen, wie Sterbende zu betreuen und zu pflegen sind, und Strukturen und Orte zu schaffen, die Sterbende nicht als Last und Kostenfaktor definieren, sondern das Menschsein bis zum Ende in den Mittelpunkt stellen und den Prozess des Sterbens zulassen? Und das jenseits oder zumindest in kritischer Distanz zur medialen Inszenierung?

---

<sup>2</sup> Melanie Aman/Christoph Schult, Der moderne Tod. Jeder zweite Deutsche kann sich einen Selbstmord vorstellen, wenn er zum Pflegefall wird. Nun entbrennt eine Debatte um Sterbehilfe. Doch die Forderung nach einem selbstbestimmten Tod birgt die Gefahr, dass sich alte Menschen aus dem Leben gedrängt fühlen, in: DER SPIEGEL, Nr. 6/ 2014, 31-39, 31.

## 1. Umgang der Gesellschaft mit dem Tod – „Diskursivierung von Sterben und Tod“

Die Medien bestimmen und lenken sehr intensiv den Diskurs um den Umgang mit dem Tod. Das Sterben erfährt öffentliche Aufmerksamkeit. Dennoch ist die Veröffentlichung dieses Diskurses ein ambivalentes Phänomen. „Während Sterben und Tod in den Medien, Talkshows, Feuilletons, aber auch in Kunst, Medizin, Politik, Ethik und Recht als Themen allgemein gegenwärtig sind, findet das reale Sterben zusehends in spezialisierten Institutionen wie Palliative Care-Stationen, Hospizen oder Pflegeheimen statt.“<sup>3</sup> Moderne Menschen partizipieren an der gesellschaftlichen Debatte über Sterben und Sterbehilfe und wünschen sich oft nichts mehr als Autonomie bis zum Schluss, haben aber zumeist noch nie oder sehr selten Sterbeprozesse erlebt bzw. eigene Erfahrungen mit Sterbenden gemacht. Das Sterben ist kein Prozess unmittelbarer sozialer Erfahrung mehr. Viele, wenn nicht die meisten Menschen, beschleicht eine große Unsicherheit und ein mulmiges, nicht wirklich definierbares Gefühl, wenn es um das Thema Sterben und Tod geht.

Ist ja auch nicht verwunderlich. Der Tod wird sehr nüchtern und empirisch als biologischer, natürlicher Prozess verstanden, der zum Leben dazugehört, der auf naturwissenschaftliche Weise erklärt werden und den man aufgrund unseres medizinisch-technischen Fortschrittes auch sehr lange hinauszögern kann. Vielen Menschen reicht diese Interpretation aber nicht aus. Unsere heutige Gesellschaft gibt überhaupt keine Antworten oder Handlungsanweisungen mehr, die einen Umgang mit dem Lebensende erleichtern und gestalten. Existenzielle Sinnfragen, die gerade im Umfeld eines Sterbenden auftauchen, wie „Was bedeutet Leben oder Totsein?“ und „Gibt es ein Leben nach dem Tod?“, drängen nach Beantwortung. Das führt zu einer latenten Verunsicherung, zu einem ambivalenten Umgang mit dem Phänomen, das man doch lieber, so lange es geht, verdrängt.

Und dennoch finden sich in der pluralisierten und individualisierten Moderne durchaus kollektive Vorstellungen im Hinblick auf ein gutes Lebensende z.B. dass Sterben schnell, schmerzfrei und möglichst in den eigenen vier Wänden geschehen soll. Aber trifft diese Zeitdiagnose zu? Der Soziologe Werner Schneider beobachtet auch das Gegenteil: „Wir leben gerade in einer todesversessenen Kultur, in einer

---

<sup>3</sup> Markus, Zimmermann-Acklin, Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und in der Schweiz, in: Michael Anderheiden/Wolfgang U. Eckhart (Hg): Handbuch Sterben und Menschenwürde, Bd. 3, Berlin/Boston 2012, 1531-1546, 1534.

Kultur, die uns permanent unseren Alltag mit medial vermittelten ‚Todesbildern‘ durchsetzt. Wir befinden uns in einer Gesellschaft, in der der (nicht nur medizinische) Kampf gegen Leiden, Sterben und Tod einen Diskurs am Leben hält, der uns unentwegt mit dem richtigen Umgang mit Sterben und Tod, mit Sterbenden und Toten vertraut machen möchte.“<sup>4</sup>

Die sogenannte Thanatosoziologie interpretiert diese Phänomene als „Diskursivierung von Sterben und Tod“<sup>5</sup>, d.h. es geschieht eine „Um- bzw. Neudeutung des Lebensendes“<sup>6</sup>. Das Neue des öffentlichen Diskurses ist, dass das Sterben nicht in erster Linie verhindert werden muss, sondern zu einem Bereich wird, der aktiv, selbstbestimmt und nach eigenen Vorstellungen, zu gestalten ist. Dabei entstehen in einer säkularen und pluralen Gesellschaft immer wieder neue Vorstellungen und Normen darüber, wie ein gutes, gelungenes Sterben aussieht bzw. was unbedingt zu vermeiden ist.

Der soziologische Fokus liegt darauf, wie in unserer Gesellschaft über Tod und Sterben kommuniziert wird, „d.h. er muss jene *gesellschaftliche Wirklichkeit von Sterben und Tod* in den Blick nehmen, die in und durch die jeweils herrschenden Diskurse zum Lebensende *symbolisch-normativ* konstituiert wird.“<sup>7</sup>

## 2. Sterben als sozialer Prozess – nicht nur eine Perspektive der Soziologie, sondern auch der christlichen Sozialethik

Zentral und von höchster Bedeutung ist in diesem Diskurs die Vorstellung eines selbstbestimmten Todes. Das Ideal nach eigenen Vorstellungen, möglichst schmerzfrei und kontrolliert zu sterben, gewinnt immer mehr an Bedeutung und wird zu einem ethischen Leitbild, das fast nicht mehr hinterfragt werden darf.

Mit der eigenen Sterblichkeit versucht in der modernen Gesellschaft jeder selbst zurechtzukommen. Im normalen hektischen Alltag spielt der Tod keine Rolle. Bewusst wird die Tatsache des Todes erst, wenn jemand aus der Familie oder dem nahen Bekannten- und Freundeskreis stirbt. Dabei ist nicht nur die eigene Sterblichkeit ein Thema, sondern auch, weil sich gerade im Sterbeprozess die soziale Situation

---

<sup>4</sup> Werner Schneider: Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes, in: Bauerfeind, Ingo u.a. (Hg.), Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens, München 2005, 30-54, 31.

<sup>5</sup> Zimmermann-Acklin, 1534 bzw. Schneider, 31.

<sup>6</sup> Schneider, 31.

<sup>7</sup> Schneider, 32.

des Einzelnen offenbart, die Tatsache, dass das Sterben sich nicht im luftleeren Raum vollzieht, sondern in sozialen Strukturen eingebettet ist. An diesem Punkt wird dem hochindividualisierten Menschen, der sich als autonom definiert und seine persönliche Freiheit über alles schätzt, bewusst, ob seine Sozialstrukturen bei Grenzerfahrungen und in Krisensituationen tragfähig sind, sofern er denn noch welche pflegt. Aussagen, die dann oft zu hören sind, wie etwa „Einsam in einem Pflegeheim möchte ich nicht sterben“ oder „Ich möchte auch umsorgt zuhause sterben“, bestätigen Ängste und Sorgen hinsichtlich des eigenen Todes und machen bewusst, dass das je individuelle Sterben (des anderen, das mögliche eigene Sterben) sich „in seiner *kulturellen Rahmung und gesellschaftlichen Bestimmtheit*“<sup>8</sup> vollzieht.

Es wird deutlich, dass Sterben nicht nur ein physiologischer, sondern ganz wesentlich auch ein sozialer Prozess ist, „bei dem ein anhand *kulturell vorgegebener Kriterien als sterbend definiertes Subjekt* aus einer sozialen Gemeinschaft unwiederbringlich ‚ausgegliedert‘ wird...“<sup>9</sup>. Der Tod durchbricht damit nicht nur menschliche Beziehungen, sondern hat unmittelbar Einfluss auf gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen. Jede Gesellschaft hat die Aufgabe zu bewältigen, mit dem Lebensende umzugehen, Deutungsangebote und Bewältigungsstrategien bereitzustellen. „Eine solche symbolische ‚Ordnung des Todes‘ – als kollektives Deutungsmuster und objektiviert in den entsprechenden institutionellen Bereichen von Medizin, Religion, Recht usw. – ermöglicht den Gesellschaftsmitgliedern, das Sterben, den Tod von anderen, den antizipierten eigenen Tod mit Sinn auszustatten. Sie vermittelt ihnen als Lebende die Gewissheit der bzw. den Glauben an die Sinnhaftigkeit des individuellen wie kollektiven Weiterlebens im Diesseits.“<sup>10</sup> Diese Vorstellungen, gemeinsame Deutungsmuster und auch normative Orientierungen entstehen in der modernen Gesellschaft diskursiv. So ist v.a. die Theologie und die theologische Ethik herausgefordert, ihren Beitrag zu diesem Diskurs fundiert zu leisten. Gerade eine christliche Sozialethik hat die Aufgabe, die soziale Dimension des Sterbens in den Fokus zu stellen und der Gesellschaft Sinnressourcen und Deutungsangebote zur Verfügung zu stellen, die auch die soziale und religiöse Dimension des Sterbens mit berücksichtigen und die die dominanten Autonomie- und Freiheitsvorstel-

---

<sup>8</sup> Schneider, 32.

<sup>9</sup> Schneider, 32f.

<sup>10</sup> Schneider, 34. Ausführlich vgl. dazu: Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, München 2009; Feldmann, Klaus: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden 2010.



lungen kritisch hinterfragen. Als Verständnishintergrund soll dazu ein Blick in die Geschichte geworfen werden.

### 3. Sterben und Tod – Entwicklungslinien von der traditionellen zur modernen Gesellschaft

Wie kommt der moderne Mensch zu seinen Todesvorstellungen, was hat sich an diesen verändert und welche gesellschaftlichen Entwicklungen führten dazu?

Dazu zunächst ein kurzer Aufriss von gesellschaftlichen Prozessen, die das Verständnis und die Deutung von Tod und Sterben grundlegend verändert haben.

In traditionellen Gesellschaften war die Vorstellung eines guten Todes v.a. ein religiös begleiteter sozialer Prozess, der auf eine jenseitige Existenz vorbereitet. Der Tod markierte den Übergang vom Diesseits ins Jenseits. Christlich gedeutet ist der Tod die Heimkehr zu Gott, der durch das Leiden und die Auferstehung seines Sohnes alle Menschen erlöst und ihnen dadurch das ewige Leben geschenkt hat. Das Leben, so die traditionelle Vorstellung, umfasste nicht nur die diesseitige Welt, sondern auch die ewige Existenz im Jenseits. Leiden und Krankheit werden aus dieser Perspektive als Prüfung und als Vorbereitung auf das Jenseits verstanden. Ein gutes Sterben ist daher ein längerer Leidensprozess zur Vorbereitung auf das Jenseits. Dieser Prozess war religiös geprägt und begleitet durch Rituale wie Beichte und Krankensalbung (in diesem Zusammenhang ist die vorkonziliare Bezeichnung „letzte Ölung“ sinnenfälliger!). Schlechtes Sterben war in dieser Vorstellungswelt ein plötzlicher, unvorbereiteter Tod. Das Leben ist nach dem Tod nicht zu Ende, so die tragende und verheißungsvolle Überzeugung.<sup>11</sup>

Die Moderne dagegen ist diesseitsorientiert. Der Tod ist das Ende des eigenen Lebens. Der moderne Mensch hat weitgehend die Transzendenz verloren, und er muss möglichst lange vor seinem unvermeidlichen biologischen Tod bewahrt werden. Jenseits- und Erlösungsvorstellungen verlieren an Bedeutung. Individuelle Verwirklichung und Verheißung kann nur im Diesseits geschehen. Leiden und Krankheit sind in ihrer gesellschaftlichen Wahrnehmung nutzlos und überflüssig. Sie müssen daher vermieden und beseitigt werden. Dafür ist die moderne naturwissenschaftliche Medizin verantwortlich.<sup>12</sup> Sterben ist in diesem Kontext ein rein biologischer Vorgang. Gutes

---

<sup>11</sup> Vgl. Schneider, 41.

<sup>12</sup> Vgl. Schneider, 38.

Sterben verläuft schnell und plötzlich. Schlechtes Sterben ist langsam und qualvoll.

„Sterben und Tod werden auf dem Weg der Durchsetzung der modernen Gesellschaft ... in die institutionalisierten Nischen der wissenschaftlichen Spezialdisziplinen (v.a. der Medizin) geschoben. Die Sterbenden und die Toten werden symbolisch entgemeinschaftet, ‚der Tod‘ als der jetzt von der Natur gesetzte ‚Feind‘ des Menschen verliert seine kollektiv verbindlichen, transzendenten Sinngewissheiten.“<sup>13</sup> Der Tod wird privatisiert und individualisiert, er wird dem Individuum überlassen zur eigenen Sinnkonstruktion. Kollektive Deutungen fallen weg.

Gegen diese radikalen Sichtweisen und aufgrund der Erfahrung eines radikalen Sinnverlustes treten seit kurzer Zeit, im postmodernen Denken, neue Fragen auf. Die öffentlichen Auseinandersetzungen um Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügung etc. verweisen darauf, dass es nicht mehr nur darum geht, den medizinischen Kampf um das Leben möglichst lange zu führen und den Kampf gegen den Tod zu bewältigen, sondern es treten Diskurse in den Fokus, die Deutungsgewissheiten suchen, die versuchen, den eigenen und den Tod der Anderen zu deuten und Handlungsanweisungen zu finden. Es ist, so behauptet Werner Schneider, eine Remoralisierung<sup>14</sup> des Sterbens eingetreten, d.h. es werden normative Diskurse darüber geführt, was ein gutes Sterben ist. „Sterben und Tod schieben sich so als wirkmächtige, weil handlungsleitende Vorstellungen wieder in unseren Alltag, die Sterbenden bzw. die Toten nehmen in der fortgeschrittenen Moderne wieder einen Platz im symbolischen Austausch unter den Lebenden ein: Die Toten helfen den Lebenden [...], Weiterlebende und Sterbende sind wechselseitig ihrer ‚Gemeinschaft‘ verpflichtet.“<sup>15</sup>

Diese gesellschaftlichen Diskurse sind auch für die Theologie anschlussfähig. Für gläubige Menschen ist der biologische Tod nicht das Ende. Sie tragen eine berechtigte Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod in sich, auf ein Leben in Gemeinschaft mit Gott.

Der theologische Beitrag zu diesem Diskurs wird hier einerseits systematisch-theologisch anhand der Infragestellung einer absolut gedachten Autonomie formuliert und praktisch am Beispiel der christlichen Patientenverfügung der Deutschen Bischofskonferenz erörtert.

---

<sup>13</sup> Schneider, 40.

<sup>14</sup> Schneider, 42.

<sup>15</sup> Schneider, 42.