



**bulletin sek·feps**

**3 | 2007**

Eine Publikation des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes

**3** Fokus-Thema **Entscheidungen am Lebensende**  
**12** Kirchenbeziehungen **Ökumenische Versammlung in Sibiu**  
**28** Portrait **Ulrike Büchs, Spitalseelsorgerin**

## INHALTSVERZEICHNIS

### FOKUS-THEMA

Diesseits von Eden	3
Fünf Stellungnahmen zu zentralen Fragen	7

### KIRCHENBEZIEHUNGEN

Sibiu: Interview mit Ruedi Heinzer	12
Sibiu: Einschätzungen zur EÖV3	14
Sibiu: Die europäische Ökumene im Stillstand	15
Frauenordination in der Ukraine	18

### CALVIN09

www.calvin09.ch	20
-----------------	----

### THEOLOGIE UND ETHIK

Neue Publikationen	21
Jugendgewalt. Kein Ausländerproblem?	22
Menschenrechtstag zu Jugendgewalt	23
Frauenkonferenz	23

### RATS-INFO

Standpunkt	24
Aus dem Rat	24
Abgeordnetenversammlung	26

### GESCHÄFTSSTELLE

Personelles	27
-------------	----

### PORTRAIT

Ulrike Büchs: Auf der Suche nach der geglückten Stunde	28
--	----



Liebe Leserin  
lieber Leser

***Niemand weiss, wie es für ihn sein wird, zu sterben.***

*Wir alle wissen aber, was Schmerzen sind, obwohl nur einige von uns schier unerträgliche Schmerzen haben aushalten müssen. Wir alle wissen wohl auch, was Einsamkeit sein kann. Wir alle kämpfen wohl immer wieder darum, möglichst unabhängig zu sein. Und wir alle kennen wohl Situationen, in denen wir uns am liebsten verstecken wollten, es aber nicht konnten.*

*Wenn wir wollen, können wir also ahnen, dass es schlimm sein muss, schwer krank und machtlos zu sein. Deshalb möchten wohl die wenigsten Menschen die Möglichkeit eines selbstgewählten Auswegs aus einem solchen Leiden komplett ausschliessen.*

*Gleichzeitig sind wir keine einsamen Inseln in einem weiten Meer. Wir stehen in einem Netz von Beziehungen, Verantwortungen und angefangenen Geschichten. Wir haben Menschen um uns, die uns wichtig sind und für die wir wichtig sind. Sie wären sicherlich geschockt, wenn wir ihnen von einem Tag auf den anderen mitteilen würden, dass wir uns entschlossen haben, zu sterben.*

*Vor diesem Hintergrund hoffen wir wohl alle, dass wir darum herum kommen, solche schwierigen Entscheidungen fällen zu müssen. Doch die Entwicklung der Medizin lässt uns vermutlich früher oder später keine Wahl – wir werden entscheiden müssen.*

*Der Kirchenbund möchte deshalb alle ermutigen, sich mit diesem schwierigen Thema auseinanderzusetzen und bietet Hand zu sorgfältigen Überlegungen. Und er hat eine gute Nachricht: stimmige Entscheidungen sind möglich.*

Monica Jeggli, Redaktorin des Bulletin

## IMPRESSUM

Beilage zur «Reformierten Presse» 47/2007

**bulletin sek-feps** Offizielles Informationsorgan des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes, Postfach, CH-3000 Bern 23, Telefon 031-370-25-01, Fax 031-370-25-80, info@sek.ch, www.sek.ch **Erscheinungsweise** 4-mal jährlich **Auflage** 6500 deutsch, 1200 französisch **Redaktion** Monica Jeggli (moj), Simon Weber (SW) **Gestaltung/Produktion** www.medienpark.ch **Bilder** Medienpark, Zürich **Übersetzungen** Laurent Auberson, Elisabeth Mainberger-Ruh **Druck** Stämpfli Publikationen AG **Autoren dieser Ausgabe** Urs Brügger, Serge Fornerod, Heike Gudat Keller, Andreas Hess, Ruedi Heinzer, Martin Hirzel, Monica Jeggli, Frank Mathwig, Kristin Rossier, Simon Röthlisberger, Simon Weber, Edith Weber-Halter, Markus Zimmermann-Acklin

**Titelbild/Rückseite**

Medienpark, Gion Pfander

# Diesseits von Eden

## Ist unerträgliches Leiden ein moralischer Grund für das Töten?

**Nein, aus einem Leiden lässt sich keine Legitimation für das Töten ableiten. Begründet wird dies allerdings nicht moralisch sondern theologisch.**

### Frank Mathwig

*Wenn «du an einer Krankheit im terminalen Stadium leidest und dein Leiden keine Aussicht auf Besserung lässt, wenn deine Zukunftsperspektiven gerade bis zur nächsten Dosis Morphium reichen, bis dahin, dass die Schwester deine volle Windel wechselt; wenn du statt zu sprechen nur noch röchelst, statt zu atmen, nur noch gurgelst, [...] wenn deine Verwandten sonntags an deinem Bett betreten lächeln und dich zu deiner Tapferkeit beglückwünschen, wenn du schon in ihrer Abwendung ihre Erleichterung spürst, diesen Besuch hinter sich zu haben, [...] wenn von deinem Leben, so, wie du es gekannt hast, nichts mehr übrig ist, wenn dein ganzes Werk, was du gebaut, gemalt, gekauft, erschaffen, geliebt, getan hast, wofür du eingestanden bist, gekämpft hast, was du verehrt, verachtet hast, wenn dies alles zu vergessen gehen droht hinter deinem Hinterrück, deine Schönheit, dein Lachen, die Weise, wie dein Haar fiel in die Stirn, das Funkeln in deinen Augen, wenn jede Erinnerung überdeckt wird von der stinkenden Fratze, die der Tod in dein Gesicht gezeichnet hat, und wenn du in einer Woche mehr Pflege, mehr Kosten verursachst als in deinem ganzen vorherigen Leben» – was dann?*

«Wer wird dir dann helfen», fragt der Sterbehelfer Gustav Strom in Lukas Bärfuss' Theaterstück *Alices Reise in die Schweiz*. Die drastischen Worte für eine drastische Wirklichkeit machen sprachlos: Wir können uns weder der Eindringlichkeit der Bilder entziehen, noch dem moralischen Dilemma zwischen dem nachvollziehbaren Todeswunsch und dem Tötungsverbot ausweichen. Denn das in der biblischen Tradition verankerte Tötungsverbot und die Pflicht zum Lebensschutz stehen im Zentrum unserer gesellschaftlichen Normen-

und Wertvorstellungen. Aber können wir uns der Herausforderung einfach mit dem Hinweis auf diese Moralprinzipien entledigen? Und was geschieht, wenn wir umgekehrt anfangen, die Geltung von Tötungsverbot und Lebensschutz in Frage zu stellen? Dieser Zwiespalt lastet genauso schwer auf der Gesellschaft wie auf Stroms Tätigkeit. «Es ist die Notwendigkeit meiner Arbeit, die sie erschreckt. In unseren Umständen bin ich unentbehrlich, aber wie Kinder glauben sie an einen Garten Eden hier im Diesseits, erträumen sich einen Zustand der Glückseligkeit. [...] Die Technik ist zu stark für unseren schwachen Körper, sie wissen das, sie wissen, einen wie mich werden sie brauchen, je länger, je mehr. Einer, der den Schalter dreht, wenn die Birne längst verglüht und das Licht aus ist. Einer, der ihnen die Finsternis bringt.»

### Der doppelt schwache Körper

Die Schwachheit des Körpers, die Strom den Menschen attestiert, ist eine doppelte: Er ist schwach gegenüber der Natur und den Schicksalsschlägen, die unabwendbar über ihn hinein brechen. Und er ist schwach gegenüber einer wissenschaftlich-technologischen Zivilisation, die immer «weiter geht und geht und geht», ohne dass der Mensch je weiter kommt. Nur im Raum menschlicher Handlungsmöglichkeiten kann das «Nein» des Menschen Wirkung zeigen. Kein Stein bleibt stehen, weil ein Mensch gegen das Erdbeben anschreit. Aber das «Nein» der Patientin auf der Intensivstation kann die Maschinen zum Stoppen bringen und – als Folge – ihr Leben beenden. Sie *kann* es – aber *darf* sie es auch tun? Gibt es moralische Gründe, das eigene Leben zu beenden? Lassen sich diese Begründungen wiederum allgemein ethisch rechtfertigen? Oder gibt es umgekehrt so etwas wie eine moralische Verpflichtung zu leben?

### «Das Leben ist kein zweiter Gott»

«Sehet nun, dass ich, ich es bin und dass es keinen Gott gibt neben mir. Ich töte und mache lebendig» (Dtn 32,39) rezitiert Moses aus seinem Lied vor dem Volk Israel. Die theologische Tradition entwickelte daraus den Gedanken von der ›Heiligkeit‹ und ›Unverfügbarkeit des Lebens‹. Aber, so fragt der Zürcher Ethiker Markus Huppenbauer provozierend, gibt es eine moralische Pflicht, das Leben als Gabe Gottes zu erhalten? Entgegen einer breiten christlich-theologischen Tradition lautet seine Antwort: Nein, eine solche *moralische* Pflicht kann nicht plausibel begründet werden.

So verblüffend das klingt, Dietrich Bonhoeffer und Karl Barth hätten dem Ethiker darin zugestimmt. In einem Abschnitt über den Suizid bemerkt Bonhoeffer: «Nicht das leibliche Leben als solches hat ein letztes Recht an dem Menschen, der Mensch steht in Freiheit seinem leiblichen Leben gegenüber und ›das Leben ist der Güter höchstes nicht‹.» (S. 194f.) Und Barth pflichtet ihm zum gleichen Thema kurz und knapp bei: «Das Leben ist kein zweiter Gott» (S. 388). Darin sind sich alle drei einig. Allerdings hätten die beiden Theologen gleich anschliessend gezeigt, dass die Frage Huppenbauers am Kern der Sache vorbeigeht.

### Zwischen Selbstbestimmung und Bestimmtsein

Wenn das Leben nicht reiner Selbstzweck ist, sondern im Leben über sich selbst hinausweist, stellt sich die Frage nach seiner Bestimmung. Im Gegensatz zum Ethiker Huppenbauer betrachten Bonhoeffer und Barth deshalb die Beendigung des eigenen Lebens nicht aus einem moralischen Blickwinkel, sondern aus der reformatorisch-theologischen Perspektive von geschöpflicher Freiheit und den Grenzen menschlicher Selbstverfügung.

**«Es geht nicht um Moral, sondern um die Freiheit der vor Gott gerechtfertigten Menschen und ihrem Gehorsam gegenüber dem Handeln des gnädigen Gottes.»**

Gott schenkt dem Menschen Freiheit *in* seinem Leben. Der Mensch hat aber nach christlichem Verständnis nicht die Souveränität *über* sein Leben, d. h. die «Freiheit zu seiner Verneinung» (Barth). Souverän ist der Mensch, der alleine dasteht, der nur sich kennt, der nicht mit dem lebendigen Gott rechnet. Diesem Menschen wird nichts geschenkt, weil er kein Gegenüber kennt, der ihm etwas geben könnte. Der souveräne Mensch muss alles selbst tun – einschliesslich der Recht-

Im auf einer wahren Geschichte basierenden Film «Mar Adentro» haben die Angehörigen des Tetraplegikers Ramón Múe, seinen Sterbewunsch zu akzeptieren.

fertigung seiner selbst. So gilt Bonhoeffer der Suizid als «letzte und äusserste Selbstrechtfertigung der Menschen als Menschen». Wenn eine solche Tat verwerflich ist, dann «nicht vor dem Forum der Moral oder der Menschen, sondern vor dem Forum Gottes» (S. 192f.). Für Barth muss jede Form der «Selbstrechtfertigung, Selbstheilung, Selbsterrettung, Selbstverherrlichung des Menschen» (S. 460f.) scheitern.

Die Pointe besteht bei beiden darin, dass sie den Gedanken der Selbsttötung nicht schöpfungstheologisch als Eingriff des Geschöpfes Mensch gegen den Schöpfer Gott betrachten, sondern heilsgeschichtlich und christologisch als (vergeblichen) Versuch menschlicher (Selbst-)Rechtfertigung ablehnen (vgl. Röm 3,23f.). Wenn aber die Selbsttötung als *ultimativer Versuch menschlicher Selbstrechtfertigung* zurückgewiesen werden muss, dann gilt *rechtfertigungstheologisch* auch das Umgekehrte: Auch eine – etwa aus der Vorstellung von der ›Heiligkeit des Lebens‹ abgeleitete – Lebenspflicht kann den Menschen nicht vor Gott rechtfertigen. Aus theologischer Perspektive entpuppt sich die moralische Frage nach einer (Weiter-)Lebenspflicht als Scheinproblem: Es geht nicht um Moral, sondern um die Freiheit der vor Gott gerechtfertigten Menschen und ihrem Gehorsam gegenüber dem Handeln des gnädigen Gottes.

### Grenzen der Entscheidung

Was folgt daraus für ethische Entscheidungen am Lebensende? Pauschale Antworten darauf können weder die Ethik noch die Theologie bieten. Im Gegenteil: Weil es





dabei um das Leben selbst geht, können nur diejenigen entscheiden, deren Existenz damit auf dem Spiel steht. Eine Person wünscht sich ihr Sterben, weil *für sie ihr* Leiden, *ihre* Hoffnungslosigkeit, *ihr* Gefühl der Sinn- und Perspektivlosigkeit des eigenen Daseins oder *ihre* Verzweiflung unerträglich geworden ist. Sie *erlebt* ihre Lebenssituation als aussichtslos. Natürlich kann diese Person auch moralische Gründe für ihren Sterbewunsch haben, etwa weil sie anderen nicht zur Last fallen oder die wertvollen Ressourcen, die für ihre Lebenserhaltung aufgewendet werden, anderen zukommen lassen will. Aber es sind *ihre* Gründe, die für *ihre* Entscheidungen relevant sind. Drittpersonen können sich in ihren Urteilen und Handlungen nicht darauf zurückziehen. Denn dann würden sie entweder ihre Verantwortung schlichtweg auf die sterbewillige Person abschieben. Oder sie müssten die Gründe für den Sterbewunsch beurteilen können und – im negativen Fall – den Entschluss der sterbewilligen Person vereiteln oder umgekehrt sich – bei Anerkennung der Gründe – zu ihrem Komplizen machen. Aber: Wer hätte ein abschliessendes Recht, über Leben und Tod einer oder eines Anderen zu entscheiden?

#### **Leiden vergleichen?**

Das Argument in der Sterbehilfediskussion von der Schwere und Unerträglichkeit menschlichen Leidens in Krankheit und Sterben, verleitet zu der Annahme, Leiden liesse sich von aussen beurteilen und vergleichen. Wenn ein bestimm-

ter Wert auf einer solchen «Leidensskala» erreicht würde, wäre die (Selbst-)Tötung moralisch legitim. Aber: Die Leiden in dieser Welt lassen sich nicht vergleichen, weil jedes Leid nicht abgelöst werden kann von der *leidenden Person*, ihren Wahrnehmungen, Erfahrungen, Überzeugungen, Wünschen und Entscheidungen. Ein Urteil über das Leiden steht nur der leidenden Person selbst zu. Deshalb erweist sich auch die Frage im Untertitel als ethischer Holzweg: Mit dem Leiden einer Person kann nicht die *ethische Legitimität* ihrer Tötung begründet werden.

Die einzigen moralischen Gründe, sich in einer bestimmten Weise gegenüber dem Sterben oder Sterbewunsch einer anderen Person zu verhalten, bestehen einerseits in der Anerkennung der Person, ihrer Situation und Wünsche und andererseits in den allgemeinen Pflichten gegenüber der und dem Nächsten. Dies bedeutet im *menschlichen Umgang*, Respekt vor der Autonomie jedes Menschen, sowie Solidaritäts- und Fürsorgepflichten und in der *Sache* das Prinzip des Lebensschutzes. Diese Normen bestehen aber unabhängig vom jeweiligen Leiden einer anderen Person.

#### **Leben auf der Grenze**

Daraus folgt dreierlei: Konkrete Entscheidungen am Lebensende lassen sich erstens nicht über den Leisten ethischer Prinzipien schlagen. Zweitens liefern Glaubensüberzeugungen und theologische Sätze keine verallgemeinerbaren ethischen Grundsätze. Und drittens können theologische Einsichten umgekehrt nicht ethische Reflexionen und Ori-

entierungen ersetzen. Auf der Grenze des Lebens stösst die Moral an ihre unüberwindbaren Grenzen, weil solche Situationen dem Blick von aussen verschlossen bleiben. Die «innere Begründung der Tat», bemerkt Bonhoeffer über den Suizid, entzieht sich «dem fremden Einblick» (S. 196). Und Barth erinnert auch den «hartgesottensten theologischen Ethiker» daran, dass er niemals genau wissen könne «was sich zwischen Gott und dem Selbsttöter nun eigentlich zuge- tragen hat, in welcher Entscheidung dieser dann zu seiner so bedenklichen Tat geschritten sein möchte.» (460).

Die Spannung bleibt, weil das menschliche Leben nicht darin aufgeht, was Menschen aus sich heraus tun oder wozu sie von anderen gemacht werden. Wo das moralische Urteil an seine Grenzen stösst, ist mit Gottes Heilshandeln an den Menschen noch lange nicht Schluss. Deshalb enden weder der christliche Gehorsam noch die fürsorgende Zuwendung an den Grenzen der Moral. Im Gegenteil: genau dort ereignet sich die Gnade Gottes im menschlichen Leben. Sie gründet auf der Zusage Jesu Christi: «Ich bin das Licht der Welt. Wer mir folgt, wird nicht in der Finster-

nis umhergehen, sondern das Licht des Lebens haben.» (Joh 8,12). Die Verheissung vom Licht in der Dunkelheit bildet die christlich-kirchliche Alternative zu Stroms Absicht, den Menschen die Finsternis zu bringen. Den entgegen gesetzten Bildern entspricht die fundamentale Differenz in den Auffassungen vom Tod: als ultimatives Ende (*exitus*) allen Seins oder als Übergang (*transitus*) zum «Ewigen Leben». Erst und nur im Licht der Barmherzigkeit Gottes kann die Frage aufscheinen: Könnte es nicht sein, dass das Jenseits im «Diesseits von Eden» gerade im liebenden Teilnehmen am Leben und Sterben des Anderen wirklich werden kann?

---

Frank Mathwig ist Beauftragter für Ethik.

Zitate: Lukas Bärfuss: Alice Reise in die Schweiz. Die Probe. Amygdala. Stücke, Göttingen 2007; Dietrich Bonhoeffer: Ethik, DBW 6, Gütersloh 1992; Karl Barth: Die kirchliche Dogmatik, Bd. III/4, Zürich 1969.

Ramón in «Mar Adentro»:

«Nein, wer bin ich denn, jemanden zu verurteilen, der leben will. Deshalb verurteile bitte auch niemand mich, und auch nicht die Person, die mir helfen will zu sterben.»



# Frank Mathwig,

## welche Position vertritt der Rat SEK?



Grundlage für die Position des SEK zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe bildet das normative Dreieck aus dem sechsten Gebot «Du sollst nicht morden», dem Respekt vor der autonomen Entscheidung der und des Einzelnen sowie den Solidaritäts- und Fürsorgepflichten. Nach Überzeugung des Rates SEK darf keiner dieser drei Eckpfeiler auf Kosten der anderen absolut gesetzt werden. Vielmehr geht es um eine angemessene Vermittlung zwischen diesen Prinzipien, die in jeder Situation neu gewichtet und in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden müssen.

Im Zentrum jeder theologisch-ethischen Reflexion steht die *Beziehung* zwischen Gott und Mensch und der Menschen untereinander. Daraus folgt ein Doppeltes: Entscheidungen am Lebensende müssen im achtsamen und würdevollen Umgang mit den Betroffenen, in Freiheit und nach ethisch und sachlich bestem Wissen und Gewissen getroffen werden. Ausserdem steht jeder Mensch in seinem Urteilen und Handeln in der Verantwortung vor Gott. Denn der Anspruch Gottes auf seine Geschöpfe will in unserem Handeln an unseren Nächsten wirklich werden.

Die aktuelle SEK Position präsentiert einen Standpunkt in der kirchlichen Diskussion um seelsorgerliche, theologische und ethische Fragen von Sterben und Tod. Wichtige Beiträge bilden etwa das Votum des Zürcher Kirchenrats «Nein zur aktiven Sterbehilfe» (2000), die kürzeren Texte des Rates SEK «Selbstbestimmt leben – und Sterben» (2005) und «Palliative Care» (2006; beide Texte sind auf [www.sek.ch](http://www.sek.ch) einsehbar), sowie das Engagement des Bereichs Seelsorge der Aargauischen Kirche, zuletzt die 3. Seelsorgetagung «Sterbebegleitung oder Sterbehilfe – Seelsorge und Palliative Care» Anfang November 2007.



Dr. Frank Mathwig ist Beauftragter für Ethik beim SEK

### Die Publikation zum Thema



Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive. SEK Position 9, 41 S., CHF 12.–.

Eine Beschreibung des Inhalts finden Sie auf Seite 21. Demnächst erscheint eine ausführliche Studie zum Thema.



# Markus Zimmermann-Acklin, wie können Ärzte bei ihren Entscheidungen unterstützt werden?



Die Zeiten, in denen Ärztinnen und Ärzte als Halbgötter in weiss verehrt wurden, sind vorbei. Gut daran ist, dass damit die Autonomie der Patienten neues Gewicht erhält und der übermässige ärztliche Paternalismus der Vergangenheit angehört. Das heisst aber auch, dass die Patientenautonomie wahr- und ernst genommen werden muss. Autonomie kommt nicht einfach zur hoch technisierten Medizin als weitere Errungenschaft hinzu, sondern heisst auch, für sich und gegenüber der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen und trotz aller Fortschritte die Endlichkeit des Lebens nicht zu verdrängen.

Auf der Ebene der *Arzt-Patienten-Beziehung* ist darum wichtig, als Patient bereit zu sein, rechtzeitig über das Sterben zu sprechen, auch wenn das oft schwierig ist. Unter diesem Aspekt erhalten auch die Patientenverfügungen neues Gewicht. Ursprünglich als Instrumente gegen den ärztlichen Paternalismus gedacht, können sie ein Behandlungsteam heute in schwierigen Entscheidungssituationen entlasten. Auch offene Worte von Bekannten, Freunden und Angehörigen können zur Ermittlung des mutmasslichen Patientenwillens beitragen.

Neben dieser unmittelbaren Beziehungsebene ist es auch möglich, dass *Institutionen* wie Spitalverwaltungen, klinische Ethikkommissionen oder Krankenkassen zur Entlastung der Ärzte beitragen, indem sie beispielsweise den Ausbau der Palliative Care fördern, Weiter- und Fortbildung in Fragen der Entscheidungsfindung am Lebensende anbieten, die ethische Beratung unterstützen und nicht zuletzt auch Verantwortung für eine gerechte Zuteilung der Ressourcen übernehmen.

Schliesslich sollte es auf *gesellschaftlicher Ebene* darum gehen, Ärztinnen und Ärzte zum einen durch eine klare, aber nicht einengende Gesetzgebung und zum andern durch standesethische Richtlinien zu entlasten.



Dr. Markus Zimmermann-Acklin ist katholischer Theologe und ständiger Lehr- und Forschungsbeauftragter am Institut für Sozialethik an der Theologischen Fakultät der Universität Luzern. Seit 2005 ist er Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE) und seit 2007 Vizepräsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).





# Heike Gudat Keller,

## macht eine flächendeckende Versorgung mit Palliative Care Sterbehilfe überflüssig?



Ein Sterbewunsch bildet eine vielschichtige Situation ab und muss im Kontext von gesundheitlichem Zustand, lebensgeschichtlichem und kulturellem Hintergrund und individueller Haltung gegenüber Leben, Sterben und Tod betrachtet werden. Sterbewünsche sind nicht statisch. Sie verändern sich je nach *Konstellation* von verstärkenden (Vereinsamung, Schmerzen) und hemmenden (Kontakte, Behandlung) Faktoren. Ein einzelner Faktor kann *unterschiedlich gewichtet* werden. Die Übergänge zwischen Lebenswille, blossen Sterbewunsch und Fantasien über eine aktive Beendigung des eigenen Lebens sind meistens fließend. Daraus resultiert eine Ambivalenz zwischen Lebenswille und Sterbewunsch, deren Interpretation grosser (Lebens)Erfahrung bedarf und die manchmal bis zuletzt nicht sicher aufzuschlüsseln ist. Diese ambivalenten Patienten halte ich für die grösste Herausforderung, weil sie uns täglich begegnen und uns vor schwierige Entscheidungen stellen.

Ein Sterbewunsch sollte zuallererst als Hilferuf verstanden werden. Gerade bei Patienten mit körperlichen oder psychischen Beschwerden – wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder aber Angst und Depression – verschwindet der Sterbewunsch in der Regel mit angemessener Symptombehandlung. Doch nicht die körperlichen Beschwerden stellen das grosse Problem dar. Für sie existieren inzwischen einige Therapierichtlinien. Viel schwieriger sind die oft verschwiegenen Sorgen, wie Angst, Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Wertlosigkeit und (Tumor-)Müdigkeit, deren Ausmasse wir Gesunden uns wohl gar nicht vorstellen können. Gegen sie bestehen keine griffigen Therapien, hier sind Entlastung im Alltag, verlässliche Präsenz, Respekt und Empathie gefragt.

Dennoch – oder gerade deswegen? – weisen verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass besonders die existenziellen Probleme wie Hoffnungslosigkeit, Vereinsamung, das Gefühl zur Last zu fallen und finanzielle Nöte zu einem Sterbewunsch führen. In diesem Zusammenhang erhält auch der Begriff «Autonomie» (Selbstbestimmung) eine problematische Rolle. Gerade kranke Menschen sind auf unsere unbedingte Fürsorge angewiesen. Bei Krankheit und Behinderung zeigt sich, dass wir soziale Wesen sind, denen die Gesellschaft einen schützenden und stützenden Rah-

men bieten *muss*. Die Selbstbestimmung, die besonders von Sterbehilfeorganisationen hochgehalten wird, ist in diesem Kontext eine missbräuchlich zugeschobene Schein-Freiheit.

Auch bei besten Voraussetzungen kann ein Sterbewunsch bestehen bleiben, ist die Lage der Betroffenen wirklich verzweifelt. Wie sollen die Mutter einer Grossfamilie, ein lebenslanger «Chrupfer», ein Unternehmer im mittleren Jahren akzeptieren, dass nichts mehr von alleine geht, auf den Körper kein Verlass mehr ist und dass man seine Würde auch dann nicht verliert, wenn Körper und Geist auseinander fallen?

In der Schweiz ist die Suizidhilfe erlaubt. Man sagt, Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe seien umso prominenter, je schlechter die Palliative Care sei. In der Tat bewegt sich die Schweiz im internationalen Vergleich im hinteren Mittelfeld. Die erreichte Liberalisierung der Sterbehilfe lässt sich zwar nicht mehr rückgängig machen. Unsere Angebote an Palliative Care können aber sehr wohl ausgebaut werden. Behandelnde, besonders Ärztinnen und Ärzte, müssten vermehrt erkennen, bis wohin das schrittweise Sterben Dank technischem Fortschritt für die Betroffenen noch zumutbar ist. Mit etwas mehr Offenheit und Mut im Umgang mit Endlichkeit und Sterben würden sie vielen – nicht allen – Patienten helfen, ihrem wohl schwierigsten Lebensabschnitt vertrauensvoller zu begegnen.



Dr. med. Heike Gudat-Keller ist seit 2000 leitende Ärztin im Hospiz im Park in Arlesheim.

# Urs Brügger,

## wieviel darf Gesundheit und Pflege maximal kosten?



Eine erste Antwort auf diese Frage ist aus ökonomischer Sicht recht einfach zu geben: maximal so viel wie Gesundheit und Pflege den Menschen einer Gesellschaft Wert sind. Nun stellt sich jedoch die etwas schwierigere Anschlussfrage, wie gross der Wert dieser beiden Güter ist und wie man ihn feststellen kann. In anderen Bereichen, in denen die Leute als Konsumenten auf Märkten Güter erwerben, regelt sich dieses Problem gewissermassen von selbst über die Marktpreise. Die Leute kaufen diejenigen Dinge, die ihnen im Vergleich zum Preis genügend wertvoll erscheinen. Im Gesundheitswesen ist der Markt aus sozialpolitischen Überlegungen (zu recht) grösstenteils ausgeschaltet und so verlieren die Preise diese Steuerungs- und Signalfunktion. Nur deshalb stellt sich überhaupt die Frage: Wie viel darf es kosten?

Obwohl häufig gesagt wird, dass Gesundheit ein unbezahlbares Gut ist, wäre es trotzdem absurd zu fordern, dass man dafür unendlich viel Geld ausgeben sollte. Je mehr eine Gesellschaft für Gesundheit und Pflege ausgibt, desto weniger bleibt für andere, ebenfalls als wertvoll eingeschätzte Güter. Es besteht ein Interessenskonflikt, der nicht aus der Welt zu schaffen sondern nur möglichst gut auszutarieren ist.

Die «richtige» Höhe der Kosten für Gesundheit und Pflege muss demzufolge politisch ausgehandelt werden. Das schweizerische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr teuer aber offenbar ist es den Schweizerinnen und Schweizern auch entsprechend viel wert. Ein anderes Thema ist die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel innerhalb des Gesundheitswesens auf die verschiedenen Leistungserbringer. Dort spielen mit Sicherheit auch Machtaspekte eine nicht unwesentliche Rolle.

*Wie realistisch ist die Forderung nach einem allgemeinen Recht auf Palliative Care in einer Zeit, in der vor allem an der Pflege gespart wird und absehbar ist, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen ansteigen wird?*

Gesundheitsökonomische Studien haben gezeigt, dass in der Zeit kurz vor dem Tod die Kosten der medizinischen Versorgung explosionsartig zunehmen. Häufig sind das Fälle, in denen mit teuerster High-tech-Medizin noch alles Mögliche versucht wird,

obwohl keine begründete Hoffnung auf Besserung oder Heilung mehr besteht. Nüchtern betrachtet handelt es sich hier in vielen Fällen um einen übertriebenen Ressourceneinsatz, und dabei ist es gleichzeitig sehr fraglich, ob für den Patienten überhaupt noch ein Nutzen in Form von besserer Lebensqualität oder eines längeren Lebens entsteht. «Palliative Care» statt kurativer Medizin kann in solchen Fällen humaner und gleichzeitig kostengünstiger sein.

Wenn sich jemand am Lebensende für diesen Weg entscheidet, sollten ihm dadurch nicht noch zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen, da Palliative Care meistens (aber nicht immer) mit einem weitgehenden Verzicht auf in der Regel teure kurative Anstrengungen einher geht. Falls mit entsprechenden Studien gezeigt und argumentiert werden könnte, dass durch Palliative Care ein deutlicher Patientennutzen bei möglicherweise gar tieferen Gesamtkosten entstehen könnte, dann würde ich durchaus eine reelle Chance sehen, dass die Finanzierung aus der Sozialversicherung in diesem Bereich verbessert werden könnte.



Prof. Dr. Urs Brügger ist Ökonom und Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) an der School of Management der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.

# Edith Weber-Halter,

## welche Erfahrungen machen Sie mit Sterbehilfeorganisationen?

«Belastend ist für mich weniger der Tod von Patienten oder ein qualvolles Leiden, sondern ein Leben in Hilflosigkeit, wo der Wille der betroffenen Person völlig übergangen wird. Dies spottet jeder Menschenwürde. Es gibt Spitäler und zum Teil auch Heime, da erhalten die Patientinnen und Patienten alle Behandlungen, die noch möglich sind. Das unausweichliche Sterben wird dadurch zum Teil über Jahre verzögert. Bei Infekten, an denen die Patientinnen und Patienten sterben würden, gibt man ihnen Antibiotika und sie werden gegen ihren Willen ernährt. Da ertappe ich mich ab und zu schon beim Gedanken, dass ein Sterben mittels *Sterbeorganisation* noch menschlicher wäre als das.

Aber auch bei Angehörigen und Pflegenden kann ab und zu der Wunsch nach einer schnelleren Lösung aufkommen. Das langsame, monatelange Sterben, wo die Patientinnen und Patienten irgendwann kaum mehr ansprechbar sind, ist auch für das Umfeld eine Extremsituation. Da kommen unangenehme eigene Ohnmachtsgefühle auf und man wird mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert. Aber eine Sterbeorganisation würde ich trotzdem *nie* empfehlen.

Ich erlebe die Sterbeorganisationen etwa als Lückenbüsser für nicht angegangene, tabuisierte Probleme – der schnelle Weg aus komplexen Situationen in einem schwierigen Umfeld. Ein Beispiel: Eine Patientin erkrankte an einer Lungenentzündung und hatte viele soziale Probleme. Sie hätte die Antibiotika absetzen und an den Folgen der Entzündung sterben können. Sie sagte: «Ich will gesund und ohne Beschwerden sterben, es soll ein schneller, nicht bewusster Tod sein.» Sie nahm die Antibiotika zu Ende und die Sterbeorganisation hat anschliessend den schnellen Tod einer Gesunden ermöglicht. Die Abkürzung des Sterbens kann es Patienten auch ermöglichen, sich nicht verantworten zu müssen im letzten Lebensabschnitt. Und ich erlebe Angehörige, die mit dem Tod des Verwandten durch eine Sterbeorganisation nicht klarkommen und über längere Zeit fachliche Hilfe beanspruchen müssen.

Mir ist es wichtig, dass sich die Menschen bereits im Leben mit ihrer Vergänglichkeit befassen und sich bewusst werden, dass sie selber viele Möglichkeiten

haben, im Krankheitsfall den eigenen Tod auf natürliche Weise zu beeinflussen. Auch ohne eine Sterbeorganisation kann man einer Sterbeverlängerung vorbeugen. Ein vertieftes Nachdenken über die eigene Endlichkeit trägt dazu bei, dass auch schon vorher, im Alltag, bewusst(er), frei(er) und sinnvoll gelebt werden kann. Das hat erfahrungsgemäss einen Einfluss auf das eigene Sterben. In meiner Ausbildung hörte ich immer wieder: «Wie man sich bettet, so liegt man.» Inzwischen weiss ich, dass dies nicht nur fürs Leben, sondern auch im Tod gilt.

Als Case Managerin und Gesundheitsschwester muss ich mit meinen Patienten und ihren Angehörigen eine Atmosphäre schaffen, in welcher möglichst ohne Angst ein sachlich-kritisches Nachdenken über die Themen Sterben und Tod möglich ist. Ich muss diese Themen ansprechen, muss wissen, was der Wunsch der Kranken ist. Ich beharre auf eine Willenserklärung, wie auch immer der Inhalt lauten mag. Jeder Sterbende empfindet individuell. Es ist eine wichtige persönliche Erfahrung und ein Gewinn, mitzuerleben, dass Beistand, Klarheit, Offenheit und absoluter Respekt bis zum Schluss den Patientinnen und Patienten hilft, die letzten Schritte würdevoll zu gehen.



Edith Weber-Halter betreibt in Bern die «Fachstelle Prävention und Gesundheitsberatung». Sie ist diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Kursleiterin und Case Managerin FH. Edith Weber-Halter arbeitet vor allem in der Prävention und bietet ganzheitliches Case Management Zuhause und am Arbeitsplatz an, wobei sie alle Mitbeteiligten und das soziale Umfeld in ihre Überlegungen einbezieht.