

Assistierter Suizid – Frauensache?! Ein Rückblick

Bei der Veranstaltung „Assistierter Suizid – Frauensache?!“ kamen am 28. April 2022 unterschiedliche Bereiche in den Blick, die sich in ihrer Verschiedenheit ergänzen konnten, um eine individuelle Annäherung zu ermöglichen. Es war nicht das Ziel der Veranstaltung definitive Antworten zu geben, sondern vielmehr sollte dazu angeregt werden, durch die Beschäftigung mit verschiedenen Perspektiven auf den assistierten Suizid eine eigene Position zu finden.

Der Abend begann mit einem Impuls von **Pfarrerin Anja Schwier-Weinrich**, die uns, ausgehend von Kohelet 3, 1-8, einige Gedanken mit auf den Weg gab: Gedanken dazu, wie die Ereignisse der Pandemie und des Krieges in der Ukraine Gewissheiten vorschoben und Menschen erschüttert haben. Diese Konfrontation mit den Themen Tod und Sterben hat viele zum Nachdenken gebracht, weshalb es umso wichtiger sei, sich mit der Ambivalenz des Lebensendes auseinander zu setzen, um sowohl dem Sterben als auch dem Leben gerecht zu werden.

Der inhaltliche Einstieg kam von **Dr. Dorothee Arnold-Krüger**, Theologischer Referentin am Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum. In ihrem Vortrag skizzierte sie zunächst die aktuelle Rechtssituation seit am 26. Februar 2020 der § 217 StGB vom Bundesverfassungsgericht für nichtig erklärt wurde. Damit wurde grundsätzlich der assistierte Suizid für alle volljährigen Personen möglich, unabhängig von schweren Erkrankungen. Die Begründung des Gerichts hat die persönliche Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung sehr stark gemacht und daraus auch ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben abgeleitet. Der ursprüngliche Zweck von § 217, eine „Normalisierung“ des assistierten Suizids in der Gesellschaft zu verhindern, wurde zwar als durchaus legitim angesehen, allerdings würde es nach Einschätzung des Gerichts durch das Gesetz faktisch unmöglich, bei einem selbstbestimmten Sterben Beihilfe in Anspruch zu nehmen.

Seit 2021 wurden mehrere Gesetzesentwürfe vorgelegt, die sich um den Spagat bemühen, das vom BVerfG formulierte Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben mit einem angemessenen Schutzkonzept zu vereinbaren, um Missbrauch zu verhindern und vulnerable Gruppen zu schützen. Bisher ist es allerdings nicht zu einer gesetzlichen Neuregelung gekommen. Nach aktuellem Stand wird für den Herbst 2022 eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zu dem Thema und eine parlamentarische Debatte zu den bis dahin vorgelegten Entwürfen erwartet. Eine der Schwierigkeiten, die sich dabei stellen, ist die Frage nach der Freiverantwortlichkeit. Ein Begriff, mit dem sich auch Psychiater*innen schwertun und der nach Ansicht von Prof. Dr. Barbara Schneider schwierig in einer Begutachtung zu bescheinigen ist, die von den meisten Gesetzesentwürfen für die Person mit Sterbewunsch vorgesehen wird.

Nach diesem Überblick über den Status Quo stellte Dr. Arnold-Krüger einige theologische Perspektiven vor, wobei zwischen einem sozialetischen und einem individualetischen Ansatz unterschieden werden kann. Die sozialetische Argumentation geht davon aus, dass das menschliche Leben, auch für die einzelne Person, unverfügbar ist. Der Ausgangspunkt hierfür ist die Unantastbarkeit und Heiligkeit des Lebens als Geschenk Gottes. Die individualetische Sichtweise ist hingegen, dass die Menschenwürde in der Fähigkeit zur Selbstbestimmung begründet ist, weshalb dieser Selbstbestimmung und ihrer Achtung zentrale Bedeutung zukommt. Verschiedene theologische Positionen, die vorgestellt wurden, waren die von Wilfried Härle, Wolfgang Huber, Elisabeth Gräß-Schmidt und Reiner Anselm. Wobei diese Positionen größtenteils vor der Aufhebung von § 217 formuliert wurden, sich jedoch seitdem auch nicht wesentlich verändert haben.

Als Beispiel für den innerprotestantischen Diskussionsprozess ging Dr. Arnold-Krüger kurz auf die Veröffentlichungen in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung von Reiner Anselm, Isolde Karle und Ulrich Lilie auf der einen, und Peter Dabrock und Wolfgang Huber auf der anderen Seite im Januar 2021 ein. Der ursprüngliche Artikel von Anselm, Karle und Lilie hatte nicht nur innerkirchlich, sondern auch gesamtgesellschaftlich wieder Bewegung in die Diskussion um den assistierten Suizid gebracht. Wobei vor allem die Positionierung von Ulrich Lilie, als Direktor der Diakonie Deutschland, für Aufsehen sorgte. Die Positionen von Anselm und Karle waren, zumindest innertheologisch, im Wesentlichen bereits so bekannt.¹

Neben den theologisch-ethischen Diskussionspunkten, stellte Dr. Arnold-Krüger auch einige Forschungsergebnisse vor, die in einer Studie am Zentrum für Gesundheitsethik erhoben wurden. Darin wurden Seelsorger*innen der Landeskirche Hannover zu ihrer Einstellung und ihren Erfahrungen mit dem assistierten Suizid befragt. Dabei zeigte sich, dass viele Seelsorger*innen öffentlichen Verlautbarungen, etwa von der EKD, eher nicht als Orientierung für ihr Handeln ansahen. Vielmehr wurde vorrangig im Einzelfall entschieden und danach gehandelt. Es wurde bei der Befragung deutlich, dass sich viele Seelsorger*innen hierfür noch mehr Unterstützung wünschen, etwa in Form von Fort- und Weiterbildungen, um für die individuelle Einschätzung und den Umgang damit geschult zu werden. Zusätzlich gab es ein Bedürfnis nach klaren rechtlichen Vorgaben.

Nach dem Vortrag von Dr. Arnold-Krüger begann der zweite Teil der Veranstaltung, mit Gesprächen zwischen der Moderatorin und den anderen drei Referentinnen. Das erste Gespräch wurde mit **Prof. Dr. Barbara Schneider**, Vorsitzende des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, geführt. Sie hat den Prozess um die Abschaffung des § 217 intensiv begleitet, und geht davon aus, dass sich die Öffnung des assistierten Suizids in Deutschland ähnlich auswirken wird wie in anderen Ländern. Derzeit versterben in Deutschland etwas dreimal mehr Männer als Frauen an einem Suizid. In Ländern, in denen es bereits Angebote zur Suizid-Beihilfe gibt, ist jedoch auch die Suizid-Rate unter Frauen angestiegen. Außerdem zeigen die Daten, dass meist etwas mehr Frauen als Männer einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen. Prof. Dr. Schneider verwies auf eine Studie aus den USA, die gezeigt hat, dass dort auch starke wirtschaftliche Belastungen durch die Krankenversorgung eine Rolle spielen. Das Geld werde meist für die Versorgung der Männer ausgegeben und für die häufig länger lebenden Frauen bliebe dann für die Behandlung altersbedingter Erkrankungen nichts mehr übrig. Hier unterscheidet sich jedoch die Situation in Deutschland durch das anders strukturierte Gesundheitssystem.

Mit Blick auf die allgemeine Suizidprävention sagte Prof. Dr. Schneider, dass hier Frauen deutlich besser erreicht würden als Männer. Beratungen und Therapien würden natürlich immer individuell zugeschnitten, aber suizidale Männer überhaupt erst einmal zu erreichen sei immer noch ein großes Problem. Einer von mehreren Risikofaktoren sei dabei Einsamkeit, was viele im Alter verstärkt betrifft, wenn durch das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und ab einem gewissen Punkt den Tod von Freund*innen und Ehepartner*innen das soziale Umfeld immer weiter schrumpft. In anderen Ländern gibt es eine wesentlich stärkere Vernetzung von alten Menschen, besonders auch Männern, als das in Deutschland der Fall ist. Wissenschaftlich gesehen bewegt man sich hier jedoch noch in

¹ Beide Artikel können auf der Internetseite von Zeitzeichen nachgelesen werden, die Links dazu finden Sie in unserer Sammlung weiterführender Medienbeiträge.

einem relativ neuen Gebiet, da die Suizidalität von Männern erst seit etwa 20 Jahren gezielt untersucht wird.

Im zweiten Gespräch, mit **Dr. Ulrike Reinholz**, ging es konkret um die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. Dr. Reinholz hat langjährige Berufserfahrung als Fachärztin in der interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin der Universitätsklinik Mainz, die sie derzeit kommissarisch leitet. Auf solchen Palliativstationen erfolgt in der Regel die Versorgung von Patient*innen mit sehr komplexen Krankheitssituationen, die eine besondere, multiprofessionelle Betreuung benötigen. Neben den Palliativstationen gibt es auch die Möglichkeit einer palliativen Betreuung auf den Normalstationen oder ambulant, sowie einer Betreuung im häuslichen Umfeld durch SAPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung), die die Anzahl ihrer Besuche auf die Situation der Patient*innen abstimmen. Hospize stellen einen weiteren Ort dar, an dem eine Palliativversorgung möglich ist, wobei hier, im Unterschied zu Krankenhäusern, nicht rund um die Uhr Ärzt*innen zur Verfügung stehen, sondern diese im Bedarfsfall hinzugeholt werden.

Die konkrete Versorgungslage kann, wie in so vielen Bereichen, regional recht unterschiedlich sein – besonders im Bereich der SAPV-Teams – da sie von den entsprechenden Fachkräften abhängig ist. Im internationalen Vergleich ist die Abdeckung allerdings sehr gut. Dr. Reinholz berichtete von einem spanischen Kollegen, der teilweise bis zu zwei Stunden Anfahrt zu seinen Patient*innen habe. Sie betonte außerdem, dass es sich in Deutschland bei palliativer und hospizlicher Versorgung um eine Kassenleistung handelt, die für alle Versicherten, unabhängig vom Einkommen, zugänglich ist. Weibliche Altersarmut würde sich hier also nicht in gleicherweise auf die Behandlungsoption auswirken, wie es in der von Prof. Dr. Schneider angesprochenen amerikanischen Studie der Fall war.

Angesprochen auf die Dauerhaftigkeit von Sterbewünschen und konkrete Fragen nach einem assistierten Suizid, erzählte Dr. Reinholz, dass ihr dies hauptsächlich bei ambulanten Patient*innen begegnet sei. Meist stecke dahinter vor allem ein Sicherheitsbedürfnis, dass es im Zweifelsfall einen Ausweg gebe, wenn die Situation nicht mehr auszuhalten sei. Wobei es sie immer wieder erstaune, wie viel Menschen bereit sind auszuhalten. Viele ihrer Patient*innen treibt am Lebensende auch die Frage um, wie es für ihre Angehörigen weitergeht. Dabei gebe es grundsätzlich keine echten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wobei gerade jüngeren Männern mit Familie wichtig sei, dass die Familie weiterhin gut versorgt ist.

Der Umgang mit den Angehörigen ist das Arbeitsfeld von **Tabitha Oehler**, Trauerseelsorgerin im Dekanat Darmstadt und vierte Gesprächspartnerin des Abends. Während ihre Art der Trauerbegleitung erst nach dem Tod einsetzt, gibt es besonders in Hospizen auch bereits davor Begleitungsangebote, die die Angehörigen einbeziehen. Und auch Klinikseelsorger*innen können hier Gesprächspartner*innen sein. Denn Trauer vor und nach dem Tod einer Person unterscheiden sich deutlich. Bis zum Sterben besteht immer noch die Möglichkeit miteinander in Kontakt zu treten, im Gespräch oder wenn das nicht mehr geht durch körperliche Nähe.

Für die Verarbeitung der Trauer ist es ihrer Erfahrung nach hilfreich, wenn Klarheit über die Wünsche der Verstorbenen besteht. Wenn also zum Beispiel eine Patientenverfügung vorliegt und diese auch mit den Angehörigen besprochen wurde. Besonders das Gefühl, die Gelegenheit für offene oder letzte Worte verpasst zu haben, erschwere für viele den Trauerprozess. Neben Ehrlichkeit zwischen Sterbenden und Angehörigen sei daher auch eine ehrliche Einschätzung von Seiten des

medizinischen Personals wichtig, um eine Situation realistisch beurteilen zu können und die verbleibende Zeit zu nutzen.

In ihren Trauergruppen begegnet Frau Oehler meistens Frauen, was auch daran liegen könne, dass sie selbst als Frau eher andere Frauen anspricht. Wobei es in den letzten Jahren auch einen spürbaren Wandel gegeben habe und gerade jüngere Männer nun stärker Angebote der Trauerseelsorge wahrnehmen, als dies früher der Fall war. Eine Sondersituation seien auch die Gruppen für trauernde Eltern, da hier in der Regel beide Elternteile teilnehmen.

Ein deutliches Geschlechterungleichgewicht, das in der Fragerunde zur Sprache kam und von allen Referentinnen aus ihrer Erfahrung bestätigt wurde, gibt es nach wie vor bei Ehrenamtlichen. Sowohl Hospize als auch die Palliativstationen haben in der Regel einen Kreis an Ehrenamtlichen, hauptsächlich Frauen, denen als Gesprächspartner*innen für die Patient*innen große Bedeutung zukommt. Denn als Personen, die weder Angehörige noch medizinisches oder pflegerisches Personal sind, fällt es Patient*innen oft einfacher, mit ihnen über sensible Themen zu sprechen, gerade auch über einen Sterbewunsch. Diese große Offenheit kann für die Ehrenamtlichen auch eine Herausforderung darstellen. Die Schulung für das Ehrenamt, besonders im Hospizbereich, mag auf manche solcher Situationen vorbereiten. Darüber hinaus gibt es jedoch auch spezielle Fort- und Weiterbildungen für den Palliativbereich. Dr. Arnold-Krüger verwies hierfür auf die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, über die sich vielfältige Angebote für unterschiedliche Bereiche und Berufsgruppen finden.² Besonders für Ehrenamtliche gibt es zum Teil auch über Seelsorge-Institute entsprechende Schulungen.

Am Ende der Veranstaltung wurde auch noch einmal die Schwierigkeit der fehlenden Rechtsregelung deutlich, da dadurch unklar sei, wer im Zweifelsfall zuständig sei und wo Betroffenen gegebenenfalls Informationen und Beihilfe zum Suizid bekommen könnten. Denn auf der einen Seite kann nach aktueller Rechtslage jede Person Suizid-Beihilfe leisten, es darf jedoch auch niemand dazu verpflichtet werden. Solange es also an anderen Ansprechstationen mangelt, sind dadurch die bereits bestehenden Sterbehilfevereine im Zweifelsfall die eindeutigsten Ansprechstellen, was jedoch auch mit teils hohen Kosten verbunden ist.

Wann es zu einer Neuregelung der Suizid-Beihilfe kommen wird und wie die diversen offenen Fragen darin geklärt werden, ist derzeit nicht konkret absehbar. Aber für eine individuelle Positionierung konnten die vier Referentinnen mit den Einblicken und Informationen aus ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern sicherlich einen Beitrag leisten.

² <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/fort-und-weiterbildung.html>