

André Böhning/Silke Winkler

„So will ich
nicht
weiterleben“

Sterbewünsche und
assistierter Suizid als
Herausforderung für
die Seelsorge

HERDER 

FREIBURG · BASEL · WIEN



MIX
Papier | Fördert
gute Waldnutzung
FSC® C083411

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2026
Hermann-Herder-Straße 4, D-79104 Freiburg i.Br.

Alle Rechte vorbehalten

www.herder.de

produktsicherheit@herder.de

Umschlaggestaltung: Verlag Herder

Umschlagmotiv: © Be-Art / GettyImages

Satz: SatzWeise, Bad Wünnenberg

Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-451-02539-6

ISBN E-Book (PDF): 978-3-451-83989-4

Inhalt

Vorwort	11
1. Sterbewünsche, assistierter Suizid und die Frage nach Autonomie	15
1.1 Sterben und Tod – ein Tabu?	15
1.2 Autonomie – Selbstbestimmt sterben	19
1.2.1 Verlust von Autonomie?	23
1.2.3 Kritische Anmerkungen zum aktuellen Umgang mit Autonomie	26
1.2.4 Biblisch-theologische Überlegungen zur Autonomie	29
1.3 Ungewissheit und Souveränitätsanspruch	31
1.4 Anpassungsleistungen in herausfordernden Lebenssituationen	36
1.5 Eine Fallgeschichte: „Was soll ich denn noch hier?“	39
1.5.1 Biographisches von Frau P	41
1.5.2 Psychische Erkrankungen von Frau P	42
1.5.3 Nachvollziehbare Begründung für einen Sterbewunsch	44
1.5.4 Ängste im Sterbewunsch	45
1.5.5 Frau P und die Frage nach dem „Warum“	48
1.5.6 Die Bedeutung der Selbstwertfrage	51
1.5.7 Die Ambivalenz in der Autonomie	53
1.5.8 Kurzes Fazit	54
1.6 Grundphilosophie von Seelsorge	55
1.6.1 Partnerzentrierte Gesprächsführung	55
1.6.2 Sokratische Gesprächsführung	58
1.6.3 Der innere Raum	61
<i>Wer bin ich und was will ich wirklich?</i>	62
<i>Wie gehe ich mit Leiden um?</i>	63

	<i>Wie verabschiede ich mich von einem sterbenden Menschen?</i>	63
	<i>Wie schaue ich auf mein Leben zurück?</i>	64
	<i>Worauf kann ich hoffen?</i>	65
2.	Sterbe- und Lebenswünsche im Gespräch	70
2.1	Der verletzliche Mensch	70
2.2	Vulnerabilität bei Lévinas	72
2.3	Empfehlungen für Gespräche zu Sterbewünschen und assistiertem Suizid	75
2.4	Sterbewünsche	77
2.4.1	Gründe und Funktionalität von Sterbewünschen	82
2.4.2	Sterbewünsche älterer Menschen	85
2.4.3	Lebenssatt	86
2.4.4	Lebensmüde	89
2.4.5	Proaktives Ansprechen	92
2.4.6	Sterbewünsche unheilbar kranker Menschen	94
2.5.7	Total Pain	97
3.	Vom Umgang mit Ambivalenzen bei Sterbewünschen	105
3.1	Beim Wünschenden selbst: Seelsorge als Unterstützung bei der Entscheidungsfindung	111
3.1.1	„Wenn ich nicht mehr kann“ – letztes Hintertürchen	111
3.1.2	„Es hat alles keinen Sinn mehr“ – Hoffnungslosigkeit	115
3.1.3	Menschen suchen auch in Krankheit und Leid nach Sinn	117
3.2	Bei den Angehörigen: Seelsorge als Begleitung von An- und Zugehörigen mit unterschiedlicher Werthaltung	119
3.3	Beim medizinischen Fachpersonal: Seelsorge und die Heterogenität interprofessioneller Teams	130

3.4	Eigene Ambivalenzen als Seelsorger: Seelsorgliche Rollenfindung und praktische Durchführung	134
3.4.1	Sich der eigenen Haltung bewusst werden	138
4.	Plurale Rahmenbedingungen	145
4.1	Definitionen und Begriffsklärungen	146
4.2	Zur Wortwahl „assistierten Suizid“	148
4.3	Die rechtlichen Rahmenbedingungen	149
4.3.1	In Deutschland	150
	<i>Ärztliches Berufsrecht</i>	152
	<i>Besonderheiten</i>	153
4.3.2	In der Schweiz	153
	<i>Ärztliches Berufsrecht</i>	155
	<i>Besonderheiten</i>	155
4.3.3	In Österreich	156
	<i>Das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) und</i> <i>seine Voraussetzungen</i>	157
	<i>Ärztliches Berufsrecht</i>	159
	<i>Besonderheiten</i>	159
4.4	Ökumene	160
4.4.1	Selbstbestimmung und Autonomie	160
4.4.2	Die evangelische Perspektive	162
4.4.3	Die katholische Betrachtungsweise	162
4.5	Die Alternativen zum assistierten Suizid – Verschiedene Hilfen beim Sterben	164
4.5.1	Therapien am Lebensende (indirekte Sterbehilfe)	164
4.5.2	Palliative Sedierung	165
4.5.3	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)	165
4.5.4	Palliative Care – Palliativversorgung	166
4.5.5	Einige Gedanken zur ethischen Einordnung	167

5.	Der assistierte Suizid als Chance für die Kirchen	175
5.1	Kirchen im Kulturkampf?	175
5.2	Existentielle Kraft religiöser Bilder	179
5.3	Kirchen – Impulse für eine menschliche Gesellschaft	181
5.4	Gott – Geber und Nehmer des Lebens?	183
5.5	„Auferstehung als Lebenskunst“	185
5.6	Zeichen der Zeit erkennen	186
5.7	Kirchen mit Respekt vor der Autonomie	187
5.8	Kirche als Anwältin von unveräußerlicher Würde	189
6.	Werkzeuge der Seelsorge	193
6.1	Kompetenz in existentiellen Lebensfragen	193
6.1.1	Kernkompetenzen von Seelsorge	194
	<i>Beziehungsaufbau und Gesprächsführungs-</i>	
	<i>kompetenzen</i>	194
	<i>Reflektiertes Rollenverständnis</i>	195
	<i>Spirituell-religiöse Kompetenzen</i>	196
	<i>Kenntnis ethisch-moralischer Aspekte</i>	197
6.1.2	Kommunikative Techniken	197
	<i>Proaktives biographie-orientiertes Ansprechen von</i>	
	<i>Sterbewünschen, Sterben und Tod</i>	198
	<i>Zum Umgang mit Ambivalenzen:</i>	
	<i>Die innere Bühne oder das innere Team</i>	198
	<i>Fragen zu persönlichen Lebenserfahrungen:</i>	
	<i>Was ich von dir nicht weiß</i>	199
	<i>Fragen zum Selbstbild, zur Persönlichkeit und zum</i>	
	<i>Wesen eines Menschen</i>	200
6.1.3	Vom Umgang mit Ambivalenzen in biblischen	
	Texten	202
	<i>Das Buch Jona – eine Geschichte voller Ambivalenzen</i>	
	<i>und Lebensbilder</i>	202
	<i>Der göttliche Auftrag und Jonas Fluchtreaktion</i>	202
	<i>Die Seeleute und die Frage nach dem Warum</i>	204
	<i>Lernen in der Dunkelheit</i>	205
	<i>Jona und der fremde Gott</i>	207

6.2	Kompetenz bei ethischen Fragen	209
	<i>Personenzentriert und systemisch</i>	209
	<i>Respektvoll und ethisch verantwortlich</i>	210
	<i>Selbstsorge</i>	210
	<i>Ambivalenzsensibilität</i>	211
6.3	Kompetenz religiöse Hoffnung in hoffnungslosen Zeiten	211
6.3.1	Die biblische Hoffnung – eine zugesagte	212
6.3.2	Der Mensch, ein Geschöpf Gottes	213
6.3.3	Hoffnungsträger sein	214
6.3.4	Zusprechen von Versöhnung	214
6.3.5	Vergebende, tröstende und ermutigende Gottesbilder	215
6.3.6	Die Bibel – ein Buch der Hoffnung	216
6.3.7	Hoffnungsbilder vermitteln	216
6.3.8	Elija – Gott stärkt einen Lebensmüden und schenkt ihm Hoffnung	216
	<i>Was bisher geschah</i>	217
	<i>Elija – lebensmüde und gottmüde</i>	217
	<i>Elija – Wege aus der Wüste</i>	220
	<i>Elija am Berg Horeb</i>	223
	<i>Ausblick und Ermutigung</i>	225
6.4	Einübungshilfen in die Sterblichkeit	225
6.4.1	Biographieabende oder Biographiecafé: „Das ist mein Leben“	226
6.4.2	„Röbi geht“ – Ein Film von Heidi Schmid und Christian Labhart	226
6.4.3	Pilgern: Die Wege des Herrn	227
6.5	Rituale in Schwellensituationen	229
6.5.1	Gebete	229
	<i>Segen</i>	229
	<i>Klage</i>	230
6.5.2	Elemente einer Krankenkommunion	231
	<i>Lesungstext</i>	232
	<i>Gedanken zum Text</i>	233

	<i>Text nach der Kommunionsspendung</i>	233
	<i>Symbole bei der Krankenkommunion</i>	234
6.5.3	Elemente einer Krankensalbung	234
	<i>Geschichte – Ein Getragener sein</i>	235
	<i>Vorschläge für kurze Schrifttexte</i>	235
	<i>Liedvorschläge</i>	235
	<i>Segensgebet</i>	236
6.5.4	Dankgebet	237
6.5.5	Versöhnungsritual am Abend vor Exit	238
	1. <i>Ankommen und Eröffnen</i>	238
	2. <i>Rückblick und Dankbarkeit</i>	239
	3. <i>Raum für Schmerz</i>	239
	4. <i>Segen für das Paar</i>	240
	5. <i>Zeichen der getrennten Wege</i>	241
	6. <i>Schlussgebet</i>	241
	Literatur	246

Vorwort

Klopft man an die Zimmertür einer noch unbekanntem Patientin oder eines unbekanntem Patienten herrscht eine gewisse Neugier und Spannung, was einen hinter dieser Tür wohl erwartet. Das Eintreten in das Zimmer wirkt ein wenig wie das Eintreten in die Lebensgeschichte eines Menschen, der einem bis dahin völlig unbekannt war. Es ist gleichzeitig ein Eintreten in die Familiengeschichte, sofern vorhanden. Das wirkliche „Herein“, das wirkliche Einlassen in die Lebensgeschichte vollzieht sich schrittweise im Verlauf der Gespräche, wenn ein Beziehungsfaden geknüpft werden konnte. Derartige Gespräche beziehungsweise Kranken- oder Altenseelsorge allgemein sind kein plummes Eigeninteresse einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers, die ihr System überstülpen, sondern dies ist Dienst an einer Person, die krank und deren Leben limitiert ist, die sich mit Sterben und dem Tod auseinandersetzen muss.

Wir klopfen nun schon sehr lange an Zimmertüren in zwei Akutkrankenhäusern, einer Universitätsklinik, Psychiatrie und Heimeinrichtung. Viele Menschen durften wir kennenlernen, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben. Es gibt nicht wenige, die der Seelsorge skeptisch gegenüberstehen, die nicht wissen, wofür dieses Angebot da ist oder die veraltete Ansichten haben. Die an sich schöne Berufsbezeichnung „Seelsorge“ ist spürbar mit Kirchengeschichten belastet. Es gibt etliche, bei denen wir auch direkt wieder gehen dürfen. Säkularisierung ist längst bei Patientinnen und Patienten, ebenso bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen spürbar, sodass Ziele, Sinn und Zweck von Seelsorge im Gesundheitswesen immer wieder neu erklärt werden müssen. Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist ein konfessions- und religionsunabhängiges Angebot. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte die spirituelle Begleitung von kranken Menschen als Auseinandersetzung mit existentiellen Fragestellungen unter anderem im Blick auf das individuelle Wert- bzw. Sinnsystem. Jeder Mensch

verfügt über ein solches System, Denk- und Verhaltensmuster. In existentiellen Lebenssituationen wird das alles auf den Prüfstand gestellt. Davon sind dezidiert religiöse Menschen nicht ausgenommen, denn Sterben kann zum „Ernstfall des Glaubens“ (Bernhard Welte) werden.

Sterbewünsche und die Frage nach dem assistierten Suizid sind Teil unseres Berufsalltags. Sterbewünsche sind vielfältig und individuell verschieden. Motive und Funktionalitäten von Sterbewünschen verfügen über eine gewisse Spannweite. Menschen, die von einer schweren Erkrankung betroffen sind, äußern zuweilen einen Sterbewunsch. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie wirklich sterben wollen, sondern vielmehr, dass sie so nicht weiterleben möchten. Dann kommt der assistierte Suizid ins Spiel, der in den drei deutschsprachigen Ländern unterschiedlich geregelt ist. Er garantiert, gleich wo, dass ein Sterben in Würde, was immer das bedeutet, möglich ist.

Deutschland wurde nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 hinsichtlich des assistierten Suizids vom restriktiven Land zum beinahe liberalsten Land im Umgang mit dem assistierten Suizid. Damals kippte das Bundesverfassungsgericht das 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, das unter anderem auf die Sterbehilfe-Vereine zielte, und bekräftigte das Recht eines jeden auf ein selbstbestimmtes Sterben. Das schließt nach Auffassung der Karlsruher Richterinnen und Richter die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und dabei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen – und zwar unabhängig von Alter oder Krankheit. Die Richterinnen und Richter wollten an sich gar nicht den assistierten Suizid fördern. Ausdrücklich sollte aber die Bestrafung abgeschafft werden. Ob es eine politisch bestimmte Ausgestaltung des assistierten Suizids geben wird, ist derzeit unklar. Eine neue Regelung steht aus. In der Schweiz normalisierte sich der assistierte Suizid im Lauf der Jahrzehnte. Den assistierten Suizid gibt es dort schon lange. Er dient für viele ebenfalls als Versicherung, dass ein qualvolles Lebensende vermieden werden kann. In Österreich wurde der Umgang sehr ins Private verschoben, aus dem sich Politik bewusst heraushalten will. Den Menschen in allen drei Ländern ist gemein, dass Auto-

nomie das Prinzip ist, das die große Mehrheit der Menschen innerlich leitet. Sie bestimmen ihr Leben und ihr Ende selbst. Entsprechend ist es Aufgabe der Seelsorge, Sterbewünsche jeder Art mit Patientinnen und Patienten zu klären, damit sie zu einer authentischen Entscheidung finden. Die Seelsorge begleitet sie und ist, wenn gewünscht, bis zum Ende für sie da.

Da wir immer wieder zum Umgang mit Sterbewünschen und speziell mit dem assistierten Suizid befragt und dazu eingeladen werden, entstand die Idee, dieses Buch zu verfassen. Es gibt viele Bücher und Artikel zu diesem Themenfeld, sehr viele. Wir stehen inmitten der Seelsorgepraxis in interdisziplinären Teams. Dieses Buch ist ein Buch aus der Praxis für die Praxis von Seelsorgenden und Menschen in psychosozialen Diensten. Sicher ist es auch für Menschen im Ehrenamt von Interesse. Dabei haben wir nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und dass wir in jeden Winkel dieses Themas hineinleuchten. Wir versuchen die essenziellen Themen zusammenzufassen und sie für die Praxis hilfreich darzustellen.

Wir beginnen mit einigen Grundlegungen. Die Akzeptanz von Autonomie seitens der Seelsorge ist heute unerlässlich. Doch Autonomie fordert und überfordert. So einfach und klar für manche Selbstbestimmung klingt, dass jede und jeder selbst wissen muss, was er oder sie will, so klar ist es eben nicht. Stärkung von Autonomie ist sicher ein Gewinn, hat aber ihre Schattenseiten bzw. herausfordernden Aufgaben. Da es nicht den einen Sterbewunsch, sondern eine Vielfalt an Sterbewünschen gibt, führen wir zahlreiche Facetten von Sterbewünschen aus. Je nach Krankheitsbild, Alter und sozialer Disposition ergeben sich unterschiedliche Sterbewünsche. Wir reden keiner Patientin und keinem Patienten den Sterbewunsch aus, wir moralisieren keine Suizididee, sondern gehen ins entscheidungs-offene Gespräch über den Sterbewunsch. Angehörige werden mit einbezogen, wenn es möglich ist. Die Situationen sind meistens nicht so einfach klar, sondern voller Zweifel, innerem Hin und Her, also ambivalent. Für die Seelsorgepraxis und Klärung von jedwedem Sterbewunsch ist es wichtig, die Ambivalenzen, Zwiespalte und Gewissenskämpfe zu erkennen, zu benennen und von Anfang an den Anspruch loszulassen, sie alle lösen

zu können. Da sich Menschen mit Sterbewünschen mit ihrer Weltanschauung im Spiegel ihrer Situation auseinandersetzen, gibt es immer wieder Anfragen daran. Stimmt das so, was ich denke und glaube? An das christliche Denken und die Positionen der Kirchen zum assistierten Suizid gibt es von Interessierten viele Fragen. Ist Sterbehilfe unchristlich oder nicht doch christlich? In der Theologie gilt zuweilen das, was man im Gesundheitswesen auch kennt: zwei Ärzte, drei Meinungen. Daher dürfte es darauf ankommen, wo eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger sich inhaltlich verorten kann oder wo Toleranz im wörtlichen Sinn gefordert ist. Damit dies alles anschaulich wird, befindet sich in diesem Buch ein ausführlicher Methodenteil. Jede und jeder hat so seine Lieblingsmethoden. Wir haben jene zusammengestellt, die für uns gut und hinreichend erprobt sind.

Wir danken all jenen, die dieses Projekt begleitet und unterstützt haben, sei es ideell oder praktisch. Der Dank geht an unsere Familien, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen und an Frau Steiger vom Herder-Verlag. Besonders danken möchten wir all jenen Patientinnen und Patienten, die uns auf unser Klopfen an die Tür ihres Zimmers ein wirkliches „Herein“ antworteten. Ihnen ist dieses Buch gewidmet.

Dogern/Konstanz, Mai 2025

Silke Winkler
André Böhning

1. Sterbewünsche, assistierter Suizid und die Frage nach Autonomie

Autonomie ist ein sehr bedeutsamer, wenn nicht der zentralste Begriff in der modernen Ethik. Er steht spätestens seit der Aufklärung für das Freiheits- und Selbstbewusstsein des Menschen. Gesellschaftliche Werte und Normen werden daraufhin geprüft, ob sie der individuellen Selbstbestimmung zuwiderlaufen oder nicht. Meist wird Autonomie so verstanden, dass Menschen grundsätzlich das Recht haben, über und für sich selbst zu bestimmen. Das bedeutet, dass ein Gegenüber autonome Entscheidungen zu respektieren hat. Rahmenbedingungen müssten da sein, damit autonome Entscheidungen gefällt werden können. Ungeklärt ist, ob Autonomie ein Status oder eine Fähigkeit des Menschen ist. Wird dem Menschen dieser Status per Gesetz oder Religion zu- oder abgesprochen? Strittig ist ferner, ob Neugeborene und Kinder, ob Demente oder kognitiv eingeschränkte Personen eine graduelle oder volle Autonomie haben.

Im ersten Kapitel dieses Buches geht es um Autonomie im Spiegel der Sterbehilfedebatten. Wieweit und in welcher Art spielt Autonomie in Bezug auf das Ende menschlichen Lebens eine hilfreiche wie herausfordernde oder gar hinderliche Rolle? Ein Fallbeispiel wird verdeutlichen, dass Menschen im Umgang mit Autonomie Unterstützung brauchen. Begonnen wird mit einer kurzen Betrachtung über das vermeintliche Tabu, über Sterben und Tod zu sprechen, die letztlich in der Individualität von Sterbewünschen und der dazugehörigen Gedankenwelt mündet.

1.1 Sterben und Tod – ein Tabu?

„In Dankbarkeit für eure Liebe und Freundschaft in den vergangenen Jahren lade ich euch herzlich ein. Ich möchte im Le-

ben Abschied nehmen, nicht nach dem Tod. Ich möchte selbst noch da sein. Kommst du auch?“¹ Diese Einladung erhält die Belgierin Lieve Romanino von ihrer Tante. Die 73-Jährige ist schwerkrank, die ärztliche Prognose gibt ihr wenige Wochen. Der Tante kam diese Idee, ihre Angehörigen *vor* ihrer tatsächlichen Beerdigung einzuladen, bei anderen Beerdigungen. Sie dachte, dass es doch eigentlich schön gewesen wäre, die Verstorbenen hätten all die schönen Worte und Würdigungen noch im Leben gehört. Gut hundert Gäste seien dann ihrer Einladung gefolgt. Die Tante habe sich gefreut, alle zu sehen, und diesen Anlass selbst mit einer Rede begonnen. Darin forderte sie die Anwesenden auf, nicht zu trauern, das Leben zu feiern und immer wieder Danke dafür zu sagen. Zum Abschluss des Anlasses habe sie allen eine Tüte mit Vergiss-mein-nicht-Blumensamen geschenkt.

Living-funerals (lebendige Beerdigungen) liegen in den Beneluxländern, in denen sich die Sterbekultur in den letzten Jahrzehnten deutlich liberalisierte und pluralisierte, im Trend. Im Gegensatz zu den Beneluxländern ist man im deutschsprachigen Gebiet von sogenannten Living-funerals noch ein Stück entfernt. Von einem Trend kann man sicher noch nicht sprechen. Vereinzelt gibt es Beispiele aus der Schweiz im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid. Es soll, so die Grundidee, die Gelegenheit geben, im Leben einander Danke und Adieu zu sagen. An den Berichten über Living-funerals beeindruckt die Offenheit und Gelassenheit im Umgang mit dem eigenen Sterben und Tod. Fragwürdig erscheint, so Angehörige in Berichten, dass es nach dem Versterben kein Abschiedsritual o.ä. geben würde.² Doch das eine schließt das andere ja nicht aus. Von größerer Melancholie und ausgeprägter Trauer ist in den Berichten nichts zu finden, ebenso nicht von spirituellen und religiösen Aspekten. Es könnte ein problematischer Aspekt darin liegen, dass die psychologisch so wichtige Trauer umgangen wird.

Nicht nur dieses Beispiel von den Living-funerals zeigt, dass die Verdrängung und Tabuisierung von Sterben und Tod schon seit einigen Jahren als eine veraltete, aber immer noch verbreitete Sichtweise gilt.³ Vielmehr gibt es in diesem Themenfeld

zunehmend individualisierte Trends, die keinen öffentlichen Verpflichtungen resp. Diskursen unterliegen müssen und nach den Regeln der Privatheit kommuniziert werden. Es wird zunehmend auf das verzichtet, „was sich gehört“. Und warum über den Tod reden? Tatsächlich lässt sich für viele Menschen über den Tod nicht viel sagen. „Den Tod erlebt man nicht.“ (L. Wittgenstein) Der Tod als Teil des Lebens ist ein finales Verlaufsereignis in der Geschichte eines jeden Menschen.⁴ In einer säkularen Gesellschaft ist für die Mehrheit der Tod das absolute Ende. Das Leben ist aus und vorbei und danach kommt nichts. Für religiöse Menschen erhält der Tod eine Art Durchgangscharakter. Der Weg in das ewige Leben führt durch den Tod, der Weg zum leeren Grab über das Kreuz. Man kann an den Tod derartige Hoffnungen knüpfen, aber keine konkreten erfüllbaren Wünsche richten. Darin unterscheidet der Tod sich vom Sterben. Auf das Sterben haben Menschen Einfluss, auf den Tod an sich nicht. Im Unterschied zum Tod haben mehr Menschen Angst vor dem Sterben.⁵

Wünsche an das Sterben gibt es einige: in Würde, schnell, schmerz- und qualfrei, keine angstvollen Phasen und unerträgliches Leiden, keine unnötige Lebensverlängerung mit einer Apparatedizin, menschlich, allein oder begleitet, im Kreis der Angehörigen, mit oder ohne Sterbesegen oder -sakramente u. v. m.⁶ Konnte man in früheren Jahrzehnten noch eine gewisse Akzeptanz von Leidensphasen innerhalb westlicher Gesellschaften erkennen, so stellt sich dies heute anders dar. Leiden soll nach Möglichkeit behandelt werden. Doch bei allen Möglichkeiten wissen alle, dass es den „idealen Weg“ zum würdigen Sterben nicht gibt. Weder Arzt und Ärztin noch die besten Hospize und Palliativstationen der Welt können versprechen, dass das Lebensende den Wünschen genau entsprechen wird. Trotz gewisser Idealisierungen von Palliativmedizin und Hospizbewegung gibt es bei allen Fähigkeiten der Symptomkontrolle auch dort Grenzen. Die Idee des würdevollen Sterbens stellt hohe Ansprüche und erfordert vieles von allen Beteiligten. Das Gute daran ist, dass man über die eigenen Wünsche bezüglich des Sterbens vorab sprechen kann und muss und das Thema somit nicht tabuisiert. Wenn Menschen ihre Vorstellungen vom

Sterben tabuisieren, können diese nicht berücksichtigt und erfüllt werden. Es besteht also ein gewisses Eigeninteresse, über das Sterben zu sprechen. Insofern muss dieses Tabu immer weiter aufweichen. Patientenverfügungen sind für die Enttabuisierung des Themas Sterben und Tod wichtig gewesen. Sie sind eine strukturierte Hilfe, um über die Vorstellungen des eigenen Sterbens zu sprechen, selbst wenn Menschen verständlicherweise wenig Lust auf dieses Gespräch verspüren und sie das Thema aufschieben wie einen unliebsamen Zahnarztbesuch. Patientenverfügungen versprechen aufgrund ihrer juristisch hohen Bedeutung weitgehende Absicherung der eigenen Vorstellung, erst recht von einem möglichst schmerzfreien Sterben. Nach einem solchen Gespräch über Sterben und Tod, Behandlungs- oder Patientenverfügungen hört man immer wieder den Satz: „Gut, dass wir endlich mal darüber gesprochen haben!“ Erleichterung stellt sich ein.

Damit sich diese oben genannten das Sterben betreffenden Wünsche überhaupt erfüllen können, müssen in Patientenverfügungen Fragen beantwortet, d.h. das Vorgehen in Bezug auf das Sterben entschieden werden. Die Medizinerin Aleina Buyx bringt es so auf den Punkt: „Sterben heißt heute zumeist eben auch entscheiden.“⁷ An den oben genannten Wünschen wird ein schon lange vollzogener Wertewandel in zentralen Fragen des menschlichen Lebens in den westlichen, inkl. der mitteleuropäischen Gesellschaften deutlich. Während früher Sterben und Tod durch die religiösen Rahmenbedingungen geordnet waren, veränderte sich der Umgang mit Sterben und Tod zu einem sehr emotionalen Umgang. Das eigene Empfinden und Erleben stehen im Vordergrund der Entscheidungen, wie der niederländische Soziologe Cas Wouters beschreibt.⁸ Es entscheidet nicht automatisch eine Diagnose, sondern das individuelle Empfinden, Erleben und letztlich das empfundene Leiden daran, wie und ob das Leben weitergehen soll. Der emotionale Umgang bedeutet, dass unerträgliches Leiden individuell empfunden und verschieden eingeschätzt wird. Das ist wesentlich in der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen und in einem Entscheidungsprozess für oder gegen das eigene Sterben mit assistiertem Suizid.