



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

**„Tod und Sterben als Thema im Ethikunterricht
unter besonderer Berücksichtigung der Sterbehilfe.
Eine Auseinandersetzung mit dem aktuell geplanten
österreichischen Lehrplan des Ethikunterrichts.“**

verfasst von / submitted by

Katharina Knauseder

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 190 350 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtstudium Italienisch, Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Dr. Dr. Mag. Mag. Mag. Paul Tarmann

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Textpassagen und Gedankengänge sind durch genaue Angabe der Quelle in Form von Anmerkungen bzw. In-Text-Zitationen ausgewiesen. Dies gilt auch für Quellen aus dem Internet, bei denen zusätzlich URL und Zugriffsdatum angeführt sind. Mir ist bekannt, dass jeder Fall von Plagiat zur Nicht-Bewertung der gesamten Lehrveranstaltung führt und der Studienprogrammleitung gemeldet werden muss. Ferner versichere ich, diese Arbeit nicht bereits andernorts zur Beurteilung vorgelegt zu haben

Wien, im Jänner 2020

Unterschrift

*Für meine Großeltern Josef und Theresia Knauseder,
die mir für immer Vorbild sein werden.*

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1 Thematische Einführung.....	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung.....	3
1.3 Aufbau und Methodik.....	4
2. Tod und Sterben	5
2.1 Begriffsdefinitionen	5
2.1.1 Definition des Sterbeprozesses.....	5
2.1.2 Sterbeverläufe	7
2.1.3 Beeinflussung des Sterbeprozesses	8
2.1.4 Definition des Todes.....	10
2.2 Die Todesvorstellung bei Kindern und Jugendlichen	11
2.3 Wie Kinder und Jugendliche dem Tod begegnen: Sozio- kulturelle Einflüsse.....	16
2.3.1 Der (gewaltsame) Tod in den Medien und der (fiktive) Tod in Videospiele.....	16
2.3.2 Der (gewaltsame Tod) im realen Leben.....	17
2.4 Trauer- und Sterbephasen nach Kübler Ross.....	18
2.4.1 Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung	18
2.4.2 Die zweite Phase: Zorn.....	19
2.4.3 Die dritte Phase: Verhandeln	19
2.4.4 Die vierte Phase: Depression	19
2.4.5 Die letzte Phase: Akzeptanz	20
2.3.6 Kritik an dem Phasenmodell nach Kübler- Ross.....	20
2.5 Trauer	21
2.5.1 Die Trauerphasen bei Verena Kast.....	22
2.5.2 Trauerreaktionen bei Kindern und Jugendlichen	25
2.5.3 Die Traueraufgaben nach Worden.....	26
3. Ethische Konflikte zur Beendigung des Lebens	28
3.1 Suizid	28
3.1.1 Begriffsdefinition	29
3.1.2 Philosophische Betrachtung des Suizids	30
3.2 Sterbehilfe	32
3.2.1 Begriffsdefinition	32
3.2.2 Passive Sterbehilfe.....	33
3.2.3 Indirekt- aktive Sterbehilfe.....	34
3.2.4 Direkt-aktive Sterbehilfe.....	35
3.2.5 Assistierter Suizid	37

3.2.6	Terminale Sedierung	38
3.3	Die ethische Bewertung der Sterbehilfe	39
4.	Hospiz und Palliative Care	46
5.	Ethikunterricht.....	49
5.1	Die zentralen Aufgaben des Ethikunterrichts	49
5.2	Didaktische Prinzipien	50
5.2.1	Die zentralen Fragen der Didaktik nach Pfister	50
5.2.2	Schüler-, und Schülerinnenorientierung.....	51
5.2.3	Förderung des kritischen Geistes	52
5.3	Methoden des Ethikunterrichts	53
5.3.1	Das pädagogische Rollenspiel	54
5.3.2	Das Gedankenexperiment.....	56
5.3.3	Die Dilemmadiskussion.....	56
5.3.4	Die Argumentationsschulung.....	58
5.3.5	Die Podiumsdiskussion.....	59
6.	Das Thema Tod und Sterben im Ethikunterricht.....	60
6.1	Die Brisanz der Themen Tod und Sterben im Ethikunterricht	61
6.2	Voraussetzungen für die geplanten Unterrichtseinheiten.....	62
6.3	Das Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung im Ethikunterricht.....	63
6.3.1	Unterrichtseinheit 1.....	66
6.3.2	Unterrichtseinheit 2.....	68
6.3.3	Unterrichtseinheit 3.....	70
6.3.4	Das Thema Sterbehilfe im Film	72
6.3.5	Kommentar zu den geplanten Unterrichtseinheiten	73
7.	Resümee und Ausblick	75
8.	Materialien zu den Unterrichtseinheiten.....	77
9.	Literaturverzeichnis	89
10.	Anhang	97
10.1	Kurzzusammenfassung	97
10.2	Abstract	97

*„In den meisten Fällen ist die Todesursache eines Menschen sein
Leben.“*

François Marie Arouet de Voltaire

1. Einleitung

Die Einleitung soll zugleich das erste Kapitel dieser Diplomarbeit sein und deren Problemstellung darlegen.

1.1 Thematische Einführung

Zum Leben gehören der Tod und das endgültige Abschiednehmen dazu, doch das wollen wir heutzutage nicht mehr wahrhaben. Wir unternehmen viel, um diese existenzielle Tatsache zu verdrängen oder zu verleugnen. So wird beispielsweise auch in Todesanzeigen, die ja den Zweck haben Nachricht zu geben, dass jemand gestorben ist, selten vom Sterben und Tod gesprochen, sondern es werden vielmehr Phrasen verwendet, zum Beispiel, dass 'jemand *entschlafen, eingeschlafen* oder *von uns gegangen* ist.

Sterben und Trauer sind ein fixer Bestandteil unseres Lebens und gehören auch für Kinder zum Lebensalltag dazu. Trotzdem stellt der Tod eines der letzten Tabuthemen unserer Gesellschaft dar. Tritt er ein, ob unerwartet oder nicht, macht er oft sprachlos, und durch eine falsch verstandene Fürsorge wird versucht die Kinder davon abzuschirmen. So wird oft vermieden, dass Kinder Trauerfeiern besuchen oder am Grab Abschied nehmen. Jedoch fühlen die Kinder, dass etwas nicht stimmt, was dazu führen kann, dass sich ihr Misstrauen gegen Erwachsene verstärkt¹. Sie können durch dieses Fernhalten den Tod nicht begreifen und ihnen fehlt der Beweis des körperlichen Todes. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die Kinder immer seltener mit den Großeltern unter einem Dach leben und so die Pflege der Seniorinnen und Senioren oftmals durch geschultes Pflegepersonal übernommen wird. Dadurch fehlt es den Kindern an Erfahrung im Zusammenleben mit älteren Menschen und sie können kontinuierliche Alterungsprozesse nicht wahrnehmen. Somit machen sie auch nicht die Erfahrung, dass das Leben auch im fortgeschrittenen Alter durchaus lebenswert sein kann, oder der Tod den lang herbeigesehnten, erlösenden Schlusspunkt nach Krankheit oder einem erfüllten Leben darstellen kann².

¹ Kübler-Ross, Elisabeth (1973). Interviews mit Sterbenden. Stuttgart. S.13

² vgl. Franz, Margit (2002). Tabuthema Trauerarbeit. Erzieherinnen begleiten Kinder bei Abschied, Verlust und Tod. München. S. 46

Noch vor wenigen Jahrzehnten waren das Sterben und der Tod in den Alltag einer Gemeinschaft integriert, und somit auch für die Kinder und Jugendlichen viel greifbarer.

„Die Sterbenden verbrachten ihre Sterbezeit meist zu Hause, im Kreise der Familie und ihnen nahe stehender Menschen. Dinge, die bislang noch nicht „zur Sprache kamen“, konnten während dieser Phase offen ausgesprochen werden. Diese letzten Möglichkeiten zum Gespräch waren für Sterbende wie Hinterbliebene klärend, befreiend und tröstend³.“

In manchen Familien ist dieses Abschiednehmen auch heute noch so, sie bilden jedoch die Ausnahme. In unserer modernen Leistungsgesellschaft wird der Tod weit weggeschoben und geschieht meist unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Der Journalist Bernd Martin fasst dies wie folgt zusammen:

„Über Sterben, Tod, Grab, Vergänglichkeit wird nur noch hoch zensuriert gesprochen. Der früher alltägliche Anblick von Leichen ist extrem selten geworden. Die Verschleierung des Sterbens und des Todes schon vor Kindern führt später bei Erwachsenen zu schmerzlicher Verlegenheit der Lebenden in Gegenwart eines Sterbenden oder Trauernden. Wir wissen oft nicht recht, was zu sagen“⁴.

Dass das Sterben immer mehr in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen stattfindet, zeigt sich auch an folgenden Zahlen: Im Jahr 2018 wurden in Österreich 83.975 Sterbefälle verzeichnet, davon starben etwa zwei Drittel in Krankenhäusern und Pflege- oder Altersheimen ⁵. Nicht nur der Tod und das Sterben an sich werden in unserer westlichen Welt tabuisiert, sondern auch das Altern, die damit einhergehende Gebrechlichkeit und die Angst vor Demenz. Die Menschen streben nach Jugendlichkeit und Vitalität, deshalb unternehmen sie viel um sich diese zu erhalten. Simone de Beauvoir schreibt dazu: *„Weder in der Literatur noch im Leben bin ich je einer Frau begegnet, die das hohe Alter mit Wohlgefallen betrachtet hätte⁶.“*

³ Ebd., S. 51

⁴ Bernd, Martin. Tod und Sterben heute. In: der Standard, <https://www.derstandard.at/story/2828278/tod--sterben-heute>

⁵ Statistik Austria. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html

⁶ Beauvoir, Simone de (2015). 6. Auflage. Hamburg. S. 382

Wie bereits erwähnt werden Kinder und Jugendliche immer seltener mit der Realität des Todes konfrontiert, jedoch ist er in den Medien in Form von Fernsehleichen, Aufnahmen von Kriegsgebieten und anderen Aufnahmen vom Sterben ständig präsent. Nach Einschätzung von Expertinnen und Experten haben Kinder bis zu ihrem achtzehnten Lebensjahr bereits 18.000 Tode in Videospielen, Filmen, Cartoons und im Fernsehen, z.B. in den Nachrichten, gesehen⁷. Solche Darstellungen führen meist zu keiner persönlichen Auseinandersetzung mit dem Tod, weil sie keine tiefgreifende Betroffenheit auslösen, was auch eine gewisse Abstumpfung nach sich ziehen kann⁸.

Umso wichtiger ist es, diese Themen im Ethikunterricht aufzugreifen und zu besprechen, ohne jedoch die persönlichen Grenzen der Schülerinnen und Schüler zu übertreten. Der Lehrplan Ethik der Bundes-ARGE für die 11. Schulstufe aus dem Jahr 2017 sieht vor, dass die Schülerinnen und Schüler den *„individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod beschreiben und reflektieren“*⁹ können. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in der Entwicklungspsychologie Aussagen zu einem bestimmten Alter immer nur einen statistischen Mittelwert darstellen und die Schüler und Schülerinnen in einer Klasse oftmals unterschiedliche Entwicklungsstände aufweisen, was bei Lehrerinnen und Lehrern oftmals zu Unsicherheit in der Frage führt, ob brisante Themen wie Abtreibung und Sterbehilfe im Unterricht behandelt werden sollen oder nicht, bzw. in welchem Ausmaß dies geschehen sollte.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Das Thema dieser Diplomarbeit setzt sich mit den Möglichkeiten auseinander, wie man mit Kindern und Jugendlichen das Thema Tod und Sterben im Ethikunterricht behandeln kann, ohne diese zu überfordern oder zu triggern.

⁷ Vgl. Kroen, William C. (1998). Da sein, wenn Kinder trauern. Freiburg. S. 29

⁸ Vgl. Franz, S. 47

⁹ Bundes ARGE (2017). Lehrplan für den Schulversuch ETHIK an der Sekundarstufe 2 AHS und BHS. <https://arge-ethik.tsn.at/sites/arge-ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf>

Der Unterrichtsgegenstand Ethik wird in Österreich bis dato als Schulversuch geführt und soll im Schuljahr 2020 als alternativer Pflichtgegenstand zum Religionsunterricht für die Sekundarstufe 2 eingeführt werden. Damit der Lehrplan den Vorgaben für die Lehrpläne entspricht, wurde der von der Bundes-ARGE Ethik empfohlene Lehrplanvorschlag 2017 angepasst. Dieser neu erstellte Lehrplan gilt solange als Entwurf, bis er verordnet wird¹⁰. Einen genauen Termin dafür gab es bei Einreichung dieser Diplomarbeit noch nicht.

Ich möchte in dieser Diplomarbeit aufzeigen, welche Möglichkeiten es für einen schüler- und schülerinnengerechten Unterricht gibt, und wo gegebenenfalls die Grenzen liegen. Einen besonderen Schwerpunkt dieser Arbeit stellt das Thema Sterbehilfe dar, das auch im vorläufigen Lehrplan der BundesARGE für den Schulversuch Ethik an der Sekundarstufe 2 AHS und BHS für die 11. Schulstufe empfohlen wird. Im Lehrplanentwurf für das Jahr 2020 wird nicht spezifisch auf das Thema Sterbehilfe hingewiesen wird, unter dem Themenblock *Ende des Lebens* ist dennoch der „Umgang mit Alter, Sterben und Tod“¹¹ angeführt, was meines Erachtens auch die Thematik der Sterbehilfe beinhaltet: Folgende Forschungsfrage lässt sich nun ableiten:

Wie gelingt eine altersadäquate Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe im Ethikunterricht?

1.3 Aufbau und Methodik

Um diese Frage beantworten zu können, wird im zweiten Kapitel auf die Todesvorstellungen von Kindern in verschiedenen Altersgruppen eingegangen, außerdem wird das Konzept der Sterbephasen nach Kübler Ross erläutert und analysiert, um das Kapitel durch eine Auseinandersetzung mit den Trauerphasen nach Verena Kast abzuschließen.

¹⁰ Vgl. Lehrplan Ethik (2020).

https://fewd.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_ethik_wiss_dialog/Bundes-ARGE_Ethik_2019.11.22_Lehrplan_Ethik_2020_191113_Entwurf.pdf

¹¹ Ebd.

Das dritte Kapitel bildet den Schwerpunkt dieser Arbeit, kontrovers diskutierte ethische Konflikte zur Beendigung des Lebens, nämlich Suizid und Sterbehilfe, sollen dargestellt werden, um im Anschluss aufzuzeigen, wie man dieses Thema altersadäquat im Unterricht behandeln kann. Vor allem die Thematik der aktiven Sterbehilfe bietet viel Konfliktpotential, darum scheint hier eine durchdachte Herangehensweise und Neutralität durch die Lehrperson sehr wichtig. Auch kritischen Stimmen soll genug Platz eingeräumt werden. Im vierten Kapitel wird das Konzept der Palliative Care dargestellt, das auch im europäischen Raum immer mehr Befürworterinnen und Befürworter findet. Hier soll aufgezeigt werden, dass Sterbehilfe nicht immer vom Sterben an sich abgegrenzt werden kann. Im fünften Kapitel sollen die Möglichkeiten des Ethikunterrichts erläutert werden und im darauffolgenden Kapitel soll anhand von geplanten Unterrichtseinheiten ein altersadäquater und schülerorientierter Zugang zu dem Thema Tod und Sterben geschaffen werden. Hier wird versucht, die theoretischen Konzepte praktisch herauszuarbeiten. Die geplanten Stunden sollen ineinander übergehen und einen Themenblock bilden.

2. Tod und Sterben

„Der Tod ist ein Problem der Lebenden, denn tot sind immer die anderen“¹².

2.1 Begriffsdefinitionen

„Das Sterben ist ein Prozess, der im Leben stattfindet, und kann, je nach den jeweiligen Umständen, vom Sterbenden bewusst erlebt werden“¹³. Das Sterben stellt somit eine Phase des Lebens dar, die aber unmittelbar mit dem Tod zusammenhängt. Im folgenden Abschnitt sollen das Sterben und der Tod genauer definiert werden.

2.1.1 Definition des Sterbeprozesses

Nach Wittwer bezeichnet der Sterbeprozess *„die letzte Phase des Lebens eines organischen Individuums, in der die Lebensfunktionen unumkehrbar zu einem Ende*

¹² Elias, Norbert (2002). Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt am Main. S.11

¹³ Lacina, Katharina (2009). Tod. Wien. S. 14

*kommen*¹⁴.“ Dieser kann allmählich oder als plötzliches Organversagen eintreten (ausgelöst durch Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Schlaganfall etc.) und endet unumkehrbar mit dem Tod¹⁵.

Wittwer beschreibt den Sterbevorgang als ein Durchlaufen mehrerer Phasen, so führt anfangs eine verringerte Hirnaktivität dazu, dass die Wahrnehmung eingeschränkt wird, damit einhergehend verringern sich das Hör-, und Sehvermögen, oder schwinden zur Gänze. Die Atmung wird immer flacher, bis der Herzstillstand eintritt, dem innerhalb weniger Minuten der Hirntod folgt¹⁶. Der Begriff des Hirntodes wurde 1968 zusätzlich zum Herz- Kreislauf- Stillstand als Todeskriterium anerkannt, jedoch erscheint heutzutage die präzisere Bezeichnung „irreversibles Hirnversagen“ angemessener zu sein¹⁷.

Kritikerinnen und Kritiker sehen den Hirntod nicht als Todeskriterium, denn dieser würde den Menschen bloß auf messbare Hirnströme reduzieren. Somit sei das Kriterium des Hirntodes. bloß ein Instrument zur Legitimation von Organspenden und Organtransplantationen¹⁸. Wo denn nun das Leben aufhört und der Tod beginnt ist nicht genau festzumachen. In Bezug auf die Feststellung diese Grenzen treten eine Vielzahl ethischer Fragestellungen auf. Pöltner betont, dass durch den Verlust des Lebens keine Veränderung an einem existierenden Menschen bewirkt wird, sondern dass er dessen Tod bedeutet. „*Sich Verändern ist zu unterscheiden von aufhören zu existieren*¹⁹.“ Das Wissen darum, im Jetzt zu leben bedeutet für den Menschen auch das Wissen, früher nicht gewesen zu sein und in der Zukunft nicht mehr zu sein. „*Keiner kann hinter seinen eigenen Anfang zurück, keiner über seinen Tod hinaus*²⁰“. Somit ist das Geheimnis des Todes eines Menschen auch jenes seines Anfangs. Tarmann setzt sich in seinem Buch über Menschenrechte mit dem Personenbegriff des österreichischen Philosophen Karl Lügmayr auseinander. Lügmayers

¹⁴ Wittwer, Hector et. al. (2010). Sterben und Tod. Geschichte- Theorie- Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart. S. 75

¹⁵ Vgl. Ebd., S. 75

¹⁶ Vgl. Ebd., S. 76

¹⁷ Vgl. Pöltner, Günther (2002). Grundkurs Medizin-Ethik. Wien. S. 229-231

¹⁸ Vgl. Schneider, Werner (2001). Vom schlechten Sterben und dem guten Tod – Die Neu-Ordnung des Todes in der politischen Debatte um Hirntod und Organtransplantation. In: Thomas Schlich et al. (Hrsg.). Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Frankfurt. S. 298

¹⁹ Pöltner, S. 131

²⁰ Ebd.

Auffassung zufolge sind in ihrem Sein alle Menschen als Person gleich, doch dieses Sein unterscheidet sich immer von dem Sein der anderen²¹. „Das Besondere an der jeweiligen Person ist ihr Sein²².“ Laut Lugmayer könnte der Begriff der Person auch als Ich bezeichnet werden, wobei hier die Gefahr besteht, dieses mit dem Ichbewusstsein zu verwechseln²³. *„Denn das Ich, die Person, ist auch dann, wenn das Ichbewusstsein nicht vorhanden ist, zum Beispiel im Schlaf²⁴.“*

Bei dem Versuch die Frage zu beantworten, wann der Mensch tot ist und der damit einhergehenden Hirntod Debatte kommt auch der Begriff der Menschenwürde ins Spiel. Lugmayer definiert die Menschenrechte als einen zeitgebundenen und unvollkommenen Ausdruck der Gottes- und der Nächstenliebe. Jeder Mensch ist Person und jede Person besitzt Würde²⁵. In Bezug auf die Menschenwürde ist es geboten, Menschen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Dies kann auch den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder den Abbruch der Behandlung bedeuten. *„Ziel dieser unter Aufrechterhaltung der Basisversorgung getroffenen Maßnahmen ist nicht der Tod, sondern das Sterbenkönnen des Patienten²⁶.“*

2.1.2 Sterbeverläufe

In diesem Kapitel soll ein Konzept zu den unterschiedlichen Sterbeverläufen dargestellt werden, dessen Fokus auf den äußeren Umständen liegt, wie etwa dem Krankheitsverlauf. Konzepte mit Schwerpunkt auf dem Verhalten der sterbenden Menschen, wie etwa jenem der Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross, werden in den folgenden Kapiteln dieser Arbeit noch näher beleuchtet.

Der individuelle Sterbeverlauf ist von einem großen Variantenreichtum geprägt. Manchmal passiert das Sterben sehr schnell und unerwartet, häufig handelt es sich aber um eine langsame, stetig abwärtsgehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, es kann aber auch nach einem fortwährend gleichbleibenden

²¹ Vgl. Tarmann, Paul (2010). Menschenrecht, Ethik und Friedenssicherung. Der personalphilosophische Ansatz Karl Lugmayers. Frankfurt. S. 57

²² Ebd.

²³ Vgl. ebd., S. 61

²⁴ Ebd.

²⁵ Vgl. ebd., S. 72 f.

²⁶ Vgl. Pöltner, S. 256

Zustand sehr abrupt geschehen. Die Soziologen Glaser und Strauß, sowie die Pflegewissenschaftlerin Benoliel, beschreiben die Periode des Sterbens in drei Verläufen: Beim **schleppenden Verlauf** erfolgt das Sterben über einen sehr langen Zeitraum. Dies betrifft häufig Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und Menschen mit chronisch degenerativen Erkrankungen. Auch wenn diese Menschen von den Angehörigen und dem medizinischen Personal oftmals als „bereit zum Sterben“ eingeschätzt werden, wird diese Einschätzung von den sterbenden Menschen nicht unbedingt geteilt²⁷. Als zweite Form wird der **erwartet schnelle Verlauf** genannt, der anderer Behandlungsformen bedarf. Charakteristisch hierfür sind beispielsweise die Palliativ- und Notfallmedizin. Bei Letzterer liegt der Fokus auf der Lebenserhaltung der Patientin oder des Patienten, etwa nach einem akuten Herzinfarkt oder nach einem Unfall. Bei der Palliativmedizin liegt das Hauptaugenmerk hingegen auf einer Verminderung der Schmerzen und des Leides, wie es beispielsweise bei Menschen mit metastasiertem Lungenkrebs der Fall sein kann. Ziel hierbei ist es, die verbleibende Zeit so erträglich wie möglich zu gestalten²⁸.

2.1.3 Beeinflussung des Sterbeprozesses

Beschäftigt man sich mit Sterbeprozessen taucht auch die Frage auf, durch welche Faktoren diese beeinflusst werden. Diese Fragestellung wurde von Kastenbaum untersucht und der Prozess mit fünf Variablen beschrieben:

Das Alter: Mit dem Alter verändert sich die Einstellung gegenüber dem Tod. Da Kinder noch kein ausgereiftes Todesverständnis haben, unterscheidet sich ihr Sterbeprozess deutlich von dem Erwachsener. Auch beeinflusst das Alter die Art und Weise, wie die sterbende Person ihr Umfeld wahrnimmt und wie mit ihr umgegangen wird. Vor allem im amerikanischen Raum, wo der Jugend eine größere Rolle zukommt, ist der Tod eines Kindes schwerer zu akzeptieren. Auch wird bei älteren Menschen häufig zu weniger aggressiven Behandlungen zurückgegriffen als bei Jüngeren²⁹.

²⁷ Vgl. Samarel, Nelda (2003). Der Sterbeprozess. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart. S. 135

²⁸ Vgl. ebd.

²⁹ Vgl. ebd., S. 141

Zwischenmenschliche Beziehungen: Weiters weist Kastenbaum auf die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen im Sterbeprozess hin:

„Die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen steht in Beziehung zur Dauer des Überlebens und zur Qualität des verbleibenden Lebens, wobei Menschen, die spärliche zwischenmenschliche Beziehungen haben, mehr Kummer und Not im Sterbeprozess empfinden³⁰.“

Das Geschlecht: Laut Kastenbaum nimmt das Geschlecht bei der Beeinflussung des Sterbeprozesses eine besondere Rolle ein und führt zu unterschiedlichen Erfahrungen im Sterben. Er sieht dies vor allem in der unterschiedlichen Rollenverteilung von Mann und Frau, sowie in der Unterscheidung der geschlechtsspezifischen Werte begründet. So seien sterbende Männer vor allem um die finanzielle Sicherheit der Familie besorgt, während Frauen eher um den Zusammenhalt innerhalb der Familie bangen würden. Durch die zunehmende Veränderung der Geschlechterrollen, der Karriereorientierung der Frau und der gesteigerten Einbindung der Männer in Erziehung und Haushalt kommt dem Geschlecht bei der Beeinflussung des Sterbeprozesses jedoch eine immer geringere Bedeutung zu³¹.

Die Art der Erkrankung und Behandlung: Die Art der Erkrankung und deren Behandlung spielen eine wesentliche Rolle dabei, wie das Sterben erlebt wird. Es ist nachvollziehbar, dass eine Krankheit, welche die Versorgung im Krankenhaus notwendig macht und mit starken Schmerzen einher geht, sich negativ auf das Erleben des eigenen Sterbens auswirkt. Eine positivere Wirkung zeigt im Gegensatz dazu das Sterben Zuhause, in der gewohnten Umgebung, wie es etwa bei einem chronischen Nierenversagen der Fall sein kann, das mit zunehmender Lethargie einher geht³².

Religion und Kultur: Als weitere Variable der Beeinflussung des Sterbeprozesses nennt Kastenbaum die Religion und den Kulturkreis des sterbenden Menschen. Eine Person, die den Tod als Ende des Lebens sieht, fürchtet den Sterbeprozess und den Tod in der Regel mehr als eine, die an Wiedergeburt oder an ein Weiterleben im Himmel glaubt. Diese Menschen ängstigt zwar zumeist die bevorstehende Trennung von ihren Angehörigen und Freunden, jedoch nicht der Sterbeprozess und der Tod an

³⁰ Samarel, S. 142

³¹ Vgl. Ebd.

³² Vgl. Ebd.

sich. Diese Unterschiede haben während der Sterbepériode Auswirkung auf die betroffenen Personen, weswegen es auch unterschiedlicher Unterstützung und Betreuung bedarf. Untersuchungen haben gezeigt, dass Gläubige, unabhängig davon, woran sie glauben, den Sterbeprozess leichter ertragen können und eine positivere Einstellung gegenüber dem Tod haben als Menschen, die nicht glauben³³. Jakoby betont die Notwendigkeit einer frühen Aneignung des Wissens um den Sterbeprozess, da dadurch die Angst vor dem Tod gemindert oder ganz abgebaut werden kann. Wenn der Mensch weiß, was beim Sterben mit ihm geschieht, schwindet auch die Furcht³⁴.

2.1.4 Definition des Todes

Der deutsche Philosoph Martin Heidegger bezeichnet den Tod als ein „Zu Ende sein des Daseins“. Für Frank Thieme ist er *„eine unausweichliche, biologisch bedingte, durch die Gesellschaft und ihre Kultur beeinflusste und individuell sowie sozial zu bewältigende Tatsache“*³⁵. Aus naturwissenschaftlich- medizinischer Sicht ist der Tod *„jener Zustand eines Körpers, dessen Lebensfunktionen irreversibel erloschen sind“*³⁶.

Es ist nicht möglich genau zu definieren wann der Tod eintritt, da er kein punktuelles Geschehnis darstellt. Die lebenswichtigen Organe des menschlichen Körpers benötigen unterschiedlich viel Sauerstoff um arbeiten zu können, wodurch sie ihre Funktion zu unterschiedlichen Zeitpunkten einstellen. Auf der Totenbescheinigung gilt *„die Zeit, zu der die Herzaktion spontan sistiert oder lebenserhaltende Geräte abgestellt wurden“*³⁷ als Zeitpunkt des Todes. Ein Mensch gilt als klinisch tot, wenn Kreislauf, Herzschlag und Kreislauf zum Stillstand kommen. In diesem Zustand ist es für einige wenige Minuten möglich eine Person erfolgreich ohne irreversible Schäden zu reanimieren, ein längerer Stillstand führt zum Tod. Auch wenn es durch intensivmedizinische Technologien möglich ist, den Blutkreislauf aufrechtzuerhalten, kann die Gehirnfunktion bereits erloschen sein. Dies wird als Hirntod bezeichnet, erst dann dürfen Organe zur Organspende entnommen werden³⁸. Der Tod muss durch eine dafür qualifizierte Person diagnostiziert werden, erst dann darf der Arzt oder die

³³ Vgl. Ebd.

³⁴ Vgl. Jakoby, Bernard (2007). Geheimnis Sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen. München. S. 21

³⁵ Thieme, Frank (2019). Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie. Wiesbaden. S. 3

³⁶ Ebd., S.4

³⁷ Trechsel, Manuel und Maercker, Andreas (2016). Lebensende, Sterben und Tod. Göttingen. S. 2

³⁸ Vgl. ebd., S.3 f

Ärztin die Sterbeurkunde ausstellen. Für die Bestattung des oder der Toten ist eine genaue Bestimmung des Todes nötig. Die Todeskriterien sind jedoch nicht konstant, sondern haben sich im Laufe der Geschichte immer wieder verändert. So wurden früher Fühllosigkeit auf Stimuli, das Aussetzen der Atmung, Totenflecken oder Veränderungen der Augen traditionell als Todeskriterien angesehen³⁹. Lacina verweist auf den Medizinhistoriker Martin S. Pernick, laut dem es *„in der Vergangenheit keine völlige Sicherheit in der Definition und Diagnose des Todes gegeben habe, sondern dass die Definitionen des Todes immer in kulturelle, soziale und technische Kontexte eingebettet“*⁴⁰ waren.

Definitionsgemäß gilt es zwischen zwei Todesursachen zu unterscheiden, dem *natürlichen Tod* und dem *unnatürlichen Tod*. Im engeren Sinn wird unter Ersterem der alters- oder krankheitsbedingte Tod verstanden, dessen Ursachen auf Abbau der Organsubstanz oder Organveränderungen aufgrund von Suchtmittelmissbrauch, Fehlernährung und Umwelteinflüsse zurückgehen⁴¹. Zu den nichtnatürlichen Todesarten zählen Totschlag und Mord, die aus juristischer Sicht zu den Tötungsdelikten gehören. Abzugrenzen davon ist die Tötung durch Unterlassung, z.B. wenn keine lebensverlängernden Maßnahmen durch den Arzt oder die Ärztin gesetzt werden, weil diese (meist mittels einer PatientInnenverfügung) ausdrücklich abgelehnt wurden.

2.2 Die Todesvorstellung bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, welche Vorstellung Kinder in den verschiedenen Altersstufen vom Tod haben. Um als Lehrperson das Thema Tod altersadäquat behandeln zu können ist es wichtig zu verstehen, wie Kinder und Jugendliche den Tod begreifen und wie man am besten mit ihnen darüber spricht.

³⁹ Vgl. Lacina, S. 15

⁴⁰ Ebd., S. 17

⁴¹ Vgl. Wittwer et.al, S. 112

Kinder im Alter von null bis zwei Jahren

Laut Löble ist es schwierig zu erfassen, wie Kinder dieser Altersgruppe den Tod begreifen, was unter anderem daran liegt, dass sie in ihren Möglichkeiten, sich Erwachsenen mitzuteilen, sehr beschränkt sind. Auch wenn sie den Tod kognitiv noch nicht verstehen können, bemerken sie sehr wohl, wenn eine Bezugsperson plötzlich nicht mehr da ist. Dies liegt Großteils auch daran, dass sich die Hinterbliebenen oft anderes verhalten. Die kleinen Kinder spüren deren Trauer und reagieren darauf mit einem verstärkten Bedürfnis nach körperlicher Nähe oder vermehrtem Weinen und Schreien⁴². Durch die enge Verbundenheit mit der Mutter nehmen Kinder dieser Altersgruppe deren Emotionen und Trauer verstärkt wahr. Betrauert die Mutter einen Todesfall, ändert sich wohlmöglich ihre Stimme oder andere Personen übernehmen für eine gewisse Zeit ihre Aufgaben⁴³. Durch sein großes Bedürfnis nach Nähe und seinem subjektiven Zeitempfinden kann für das Kind eine kurzzeitige Trennung von der Mutter oder anderen nahen Bezugspersonen als existenziell bedrohlich empfunden werden, was Verlustängste auslösen kann. Somit erlebt es die Abwesenheit einer Bezugsperson als „kleinen Tod“- es wurde von einem sehr wichtigen Menschen im Stich gelassen⁴⁴.

Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren

Im Alter von etwa drei Jahren entwickeln Kinder ein Konzept davon, was *lebendig* ist. In diesem Alter sehen sie all das als unbelebt an, was nicht mehr funktioniert. Ist beispielsweise eine Kerze ausgeblasen, dann ist sie „tot“. Das ist in der kindlichen Welt jedoch nicht schlimm, da man sie wieder anzünden kann. Tot sein bedeutet für sie somit *nicht mehr zu funktionieren oder weg zu sein*. „[...] Kinder halten oft den Tod für einen vorübergehenden Zustand, der ihnen genau wie eine Scheidung immer noch die Hoffnung lässt, den verlorenen Vater oder die verlorene Mutter doch wiederzusehen⁴⁵“.

⁴² Vgl. Löble, Markus et al. (2000). Tod und Sterben in der Vorstellung von Kindern und Jugendlichen. In: Rettungsdienst, Bd. 10, S. 42

⁴³ Specht- Tomann, Monika und Tropper, Doris (2005). Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. Krummwisch. S. 69

⁴⁴ Vgl. Ebd.

⁴⁵ Kübler-Ross, S. 10

Viele Kinder assoziieren den Tod auch mit schlafen und glauben, dass der oder die Tote bald wieder aufwacht und zurückkommt. Wer Tod ist kann somit auch wieder lebendig werden. Deshalb weinen kleine Kinder oft nicht sofort, wenn man ihnen mitteilt, dass jemand gestorben ist, auch nicht, wenn es sich dabei um ein Elternteil handelt. Wenn sie weinen, dann meist, weil sie von den Gefühlen anderer angesteckt werden, aber nicht, weil sie verstehen was der Tod tatsächlich bedeutet. Dominierend ist hier also die Idee, dass der Tod zeitlich begrenzt und nicht von Dauer ist.⁴⁶

Auch sind Kinder in dieser Altersgruppe davon überzeugt, dass böse vor den guten Menschen sterben, was unter anderem den Märchen geschuldet ist. Die Hexe wird verbrannt und die Prinzessin lebt bis ans Ende ihrer Tage mit ihrem Gemahl im Schloss. Dass beispielsweise eine Krankheit ursächlich für den Tod sein kann, ist für sie oft unbegreiflich. Einerseits da sie und die Angehörigen ja selbst schon krank waren, andererseits weil viele Krankheiten äußerlich nicht oder kaum sichtbar sind⁴⁷. In dieser Entwicklungsstufe glauben Kinder häufig, dass sie den Tod durch ihr eigenes Zutun bedingen können, etwa durch Gedanken, Wünsche und Fehlverhalten⁴⁸.

Volksschulkinder im Alter von 6-9 Jahren

Mit dem Eintritt in die Volksschule lernen Kinder nicht nur Lesen und Schreiben, sondern bekommen auch ein erstes Gefühl für Zeit. Die Schule strukturiert ihren Tag in Stunden und ihre Woche in Tage. Sie beginnen beispielsweise für einen Test zu lernen, der drei Tage später stattfindet und bekommen dadurch eine vage Vorstellung von dem Begriff *Zukunft* und beginnen zu verstehen, was Zeit ist. Wenn man das Konzept *Zeit* verstanden hat, beginnt man auch zu verstehen, was *Endgültigkeit* bedeutet. Sie beginnen also zu begreifen, dass der Tod endgültig sein kann, zumindest kognitiv. Gefühlsmäßig fällt es ihnen in diesem Alter noch schwer dies zu akzeptieren. Das Wissen über den Tod schwankt also zwischen einem Wunschdenken und der Realität. Volksschulkinder glauben häufig noch, dass nur alte und kranke Menschen sterben, sie verstehen noch nicht, dass der Tod jeden ereilen kann, auch sie selbst.

Die Vorstellung von der Allgemeingültigkeit des Todes ist für Kinder unerträglich, um mit dieser Unerträglichkeit klarzukommen fangen sie an, als Bewältigungsstrategie

⁴⁶ Vgl. Franz, S. 72

⁴⁷ Ebd. S.77

⁴⁸ Vgl. Wittwer et al., S. 138

eine Vorstellung vom Himmel zu entwickeln, da es unerträglich für sie wäre, nichts mehr zu sein. So entwickeln sie Fantasien, wie etwa die Vorstellung von einem ewigen Leben oder einer Wiedergeburt. Für die Kinder ist der Tod aber nicht nur unerträglich und beängstigend, sondern zeitgleich auch spannend und lustvoll. In dieser Zeit fangen Kinder an mit dem Tod zu experimentieren, bspw. Regenwürmer in der Mitte zu teilen und sind fasziniert, dass sich beide Teile danach noch bewegen, was bei Wespen nicht der Fall ist. Kinder können das Gefühl der Trauer oft noch nicht richtig einordnen, weil es ein neues Gefühl ist und verwechseln es mit Wut. Die Unterscheidung muss erst erlernt werden und braucht eine gewisse Zeit. Sie reagieren deshalb auch entsprechend, schlagen um sich oder laufen wütend weg⁴⁹. In diesem Alter beginnen Kinder auch sich vorzustellen, wie der eigene Tod wohl für die Eltern wäre, und wie traurig er sie machen würde. Diese Vorstellung hilft ihnen manchmal, ihren Ärger auszudrücken und Mutter und Vater so gedanklich zu bestrafen⁵⁰.

Schulkinder im Alter von 9-12 Jahren

In diesem Alter begreifen die Kinder, dass ausnahmslos alle Menschen sterben müssen, unabhängig vom Alter. Ihr Verständnis von Zeit ist nun vollständig ausgebildet, somit haben sie ein Konzept vom Tod gleich dem Erwachsener. Sie beginnen sich dafür zu interessieren wie es zum Sterben kommt und was die Ursachen dafür sind. Trotzdem gehen sie noch davon aus, dass dieses Ereignis für sie weit in der Zukunft liegt, oder glauben, dass die Medizin, bis es bei ihnen soweit ist, bereits so fortgeschritten ist um alle Krankheiten heilen zu können.⁵¹ Weiters stellen sie sich die Frage, was nach dem Tod sein könnte und warum es den Tod überhaupt gibt. Auch die Frage nach der Ewigkeit spielt eine Rolle, hier machen sich religiöse Einflüsse bemerkbar.⁵²

⁴⁹ Vgl. Freese, Susanne (2001). Umgang mit Tod und Sterben als pädagogische Herausforderung. Münster. S. 115

⁵⁰ Vgl. Cramer, Barbara (2012). Bist du jetzt ein Engel? Mit Kindern und Jugendlichen über den Tod reden. Tübingen. S. 43

⁵¹ Vgl. Freese, S. 115

⁵² Vgl. Cramer, S. 56-S.68

Jugendliche (ab etwa 12 Jahren)

Die Jugendlichen beginnen, alles was sie bereits über den Tod wissen, bzw. meinen zu wissen, in Frage zu stellen. Sie zweifeln an den Erklärungen der Eltern und fragen vor allem in der Peer Group nach, wie es ist tot zu sein. Sie beginnen sich von der Idee der Unsterblichkeit nach dem Tod zu lösen, unabhängig von der Religionszugehörigkeit⁵³.

Heranwachsende sind in der Lage Endgültigkeit und Funktionsende zu begreifen, jedoch beschränkt sich das Verständnis davon auf ihre Möglichkeiten. Jugendliche haben oft noch Schwierigkeiten damit logische Einsichten in die Realität des Lebens zu integrieren, was unter anderem daran liegt, dass mit der Adoleszenz das schnelle Wachstum und die Fortpflanzungsfähigkeit beginnen, was in direkter Opposition zum Tod steht. Somit ist ihr Verständnis von Tod und Sterben noch nicht zur Gänze ausgereift. Einen weiteren Grund stellt der Glaube an die persönliche Einzigartigkeit dar, woraus die Jugendlichen folgern unsterblich zu sein. Sie wissen, dass der Tod unausweichlich ist und stets eintreten kann, beziehen die Möglichkeit des Todes aber nicht auf sich, obwohl Todesfälle bei Teenagern meistens plötzlich eintreten. So zählen Unfälle, Selbstmord und Mord zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen ⁵⁴.

Untersuchungen zeigen, dass Frauen stärkere Ängste vor dem Tod haben als Männer. Dieser Unterschied manifestiert sich bereits in der Kindheit. Mädchen fürchten sich mehr vor dem Tod eines Familienmitglieds durch hohes Alter oder Krankheit, vor ihrem eigenen Unfalltod und machen sich stärkere Gedanken über das durch Trauer verursachte Leid innerhalb der Familie. Jungen setzen sich hingegen verstärkt mit gewaltsamen Todesformen und Waffengewalt auseinander. Die differierende Auseinandersetzung der Geschlechter ist vor allem in der unterschiedlichen Sozialisation begründet. Mädchen ist es nach wie vor eher gestattet Angst zu empfinden, während Jungen aggressiver sein dürfen und deutlich mehr Gewalttaten und Tötungsdelikte begehen⁵⁵.

⁵³ Vgl. Freese, S.116

⁵⁴ Vgl. Berk, Laura (2005). Entwicklungspsychologie. 3., aktualisierte Auflage. München. S.869-870

⁵⁵ Vgl. Wass, Hannelore (2003). Die Begegnung von Kindern mit dem Tod. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart. S. 91 f

Anhand der Darstellung der Entwicklung des Todesverständnisses von Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Altersgruppen wurde nun gezeigt, dass sich die geläufige Annahme, Kinder seien zu jung um eine Vorstellung vom Tod zu haben, nicht bewahrheitet.

2.3 Wie Kinder und Jugendliche dem Tod begegnen: Sozio- kulturelle Einflüsse

Im vorherigen Kapitel wurde bereits auf die Todesvorstellungen von Kindern und Jugendlichen eingegangen. Nun sollen die Erkenntnisse darüber, wann und wo diese dem Tod begegnen, dargestellt werden. Kinder werden in bestimmten Gesellschaften groß, die ihre Verhaltensweisen und Werte prägen. Durch die Medien, Videospiele, usw., fallweise auch durch Erfahrungen im realen Leben, kommen sie manchmal schon in jungen Jahren mit dem Tod in Berührung.

2.3.1 Der (gewaltsame) Tod in den Medien und der (fiktive) Tod in Videospiele

Im Jahr 2010 betrug die durchschnittliche Fernsehdauer der 10-13jährigen Kinder 107 Minuten pro Tag. Mädchen sehen etwas häufiger fern als Jungen, haben jedoch seltener ein eigenes Fernsehgerät in ihrem Zimmer⁵⁶. Kinder und Jugendliche werden immer mehr mit Gewalt-, und Todesdarstellungen in Filmen und Serien, aber auch mit Bildern von getöteten Menschen in den Nachrichten, konfrontiert. Einer schwedischen Studie zufolge sind 40 Prozent der Kinder zwischen 6 und 10 Jahren der Meinung, dass Menschen in der Regel nur durch Mord sterben⁵⁷. Tod und Sterben werden in der nicht- medialen Wirklichkeit immer mehr ausgeklammert und finden oft nur noch in den Medien statt. Dadurch werden Bilder des Todes, mit denen man in der Berichterstattung oder in Filmen konfrontiert wird, zwar kognitiv wahrgenommen,

⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011). Gefflimmer im Zimmer. Informationen, Anregungen und Tipps zum Umgang mit dem Fernsehen in der Familie. <https://www.bmfsfj.de/blob/93926/a21d212ef3d0bc9e24d6a1a40ed318d5/gefflimmer-im-zimmer-data.pdf>

⁵⁷ Vgl. Wie Kinder trauern (2016). Bayerischer Rundfunk <https://www.br.de/themen/ratgeber/inhalt/familie/wie-kinder-trauern100.html>

jedoch nicht emotional. Häufig werden die gewaltausübenden Charaktere in Filmen und Serien als attraktiv und heldenhaft dargestellt, in der der überwiegenden Mehrheit der Fälle sind sowohl Opfer als auch Aggressor männlich. Vor allem in Trickfilmen wird der Tod als temporärer Zustand dargestellt, die Figuren scheinen unzerstörbar zu sein, was das noch nicht ausreichend entwickelte Todesverständnis jüngerer Kinder bekräftigen kann⁵⁸.

Auch in vielen Videospiele, in denen das Sterben omnipräsent ist, können die Charaktere sofort wieder zum Leben erweckt werden. Wenn die eigene Spielfigur im Spiel stirbt, ist dies als Element des Scheiterns an einer Herausforderung zu sehen, wie etwa beim Schach oder anderen klassischen Spielen. Der Tod kann hier als eine „Bestrafung“ angesehen werden, die durch Lernprozesse und größere Anstrengungen überwunden werden kann. Untersuchungen zeigen außerdem, dass Kinder, die zuvor sehr gewalthaltige Computerspiele gespielt haben, bei Konzentrationstests schlechter abschneiden als die Vergleichsgruppe. Dies ist auf die massive Belastung zurückzuführen, welche die emotionale Wucht dieser Spiele mit sich bringen kann⁵⁹. Mehr als 70 % der 6-13-Jährigen geben an, mindestens einmal in der Woche Videospiele zu spielen, sie sind also fester Bestandteil der kindlichen Lebenswirklichkeit.

2.3.2 Der (gewaltsame Tod) im realen Leben

Den größten Einfluss stellen Erfahrungen des Kindes mit dem Tod im realen Leben dar. Viele Kinder erleben den Tod erstmals in Gestalt eines toten Tieres. Während sie bei fremden Tieren in der Natur (z.B. ein toter Frosch) oft noch gelassen bleiben, da sie zu dem Tier keine emotionale Bindung haben, geht der Tod des geliebten Haustieres oft mit großer Verzweiflung und Trauer einher. Leider bleibt es meist nicht bei einem derartigen Verlust, oftmals müssen auch Kinder erleben, dass ein geliebter Mensch stirbt.

„Es wäre dem Kind zu wünschen, dass es diese Erfahrung in Ruhe machen darf, dass die erste Begegnung mit dem Tod nicht als Schock kommt, etwa als

⁵⁸ Vgl. Wass, S. 94 f

⁵⁹ Vgl. Kegel, Sandra (2007). Wenn Kinder Mörder spielen. In: FAZ

<https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/computerspiele-wenn-kinder-moerder-spielen-1490149-p2.html>

*Verkehrsunfall, sondern als der sinnvolle Abschluss eines Lebens voll Mühe, Arbeit und Sorgen*⁶⁰.“

Dies ist insofern wünschenswert, als das Kind die mit dem Tod einhergehenden Aspekte nicht auf einmal erleben muss, sondern sie nach und nach verarbeiten kann. Das Gespräch mit dem Kind ist hier sehr wichtig, da es helfen kann die Realität und Unumkehrbarkeit des Todes zu begreifen. Es ist die Aufgabe der Erwachsenen dafür zu sorgen, dass Kinder altersadäquate Erfahrungen mit den Themen Sterben, Tod und Trauer machen dürfen, vor allem aber gilt es sie vor besonderen Belastungen zu schützen⁶¹.

2.4 Trauer- und Sterbephasen nach Kübler Ross

Auch wenn die Theorie der schweizerisch-US-amerikanischen Psychiaterin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler Ross teils heftig kritisiert wurde und wird, soll sie in dieser Arbeit trotzdem nicht unerwähnt bleiben, hat sie doch das Bewusstsein der Gesellschaft für die psychologischen Bedürfnisse sterbender Menschen geschärft. Sie führte Interviews mit mehr als 200 todkranken Menschen und entwickelte daraus eine Theorie über fünf Phasen, die der herannahende Tod und das wohlmöglich qualvolle Sterben mit sich bringen.

2.4.1 Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung

Erhält ein Mensch die Diagnose, dass er eine totbringende Krankheit hat, reagiert er anfangs oft mit Abwehr. Er hofft auf ein Vertauschen der Befunde oder einen ähnlichen Irrtum. Dieses Verdrängen dient dem Kranken als Puffer zwischen sich und seiner Erschütterung über die Diagnose. Patientinnen und Patienten weichen dem Ernst ihrer Erkrankung vermehrt aus, wenn sie mit Personen zu tun haben, die ebenfalls für sich selbst auch keine Strategie entwickelt haben mit dem Gedanken an das Sterben fertigzuwerden.

⁶⁰ Ennulat, Gertrud (2001). Kinder trauern anders. Wie wir sie einfühlsam richtig begleiten. Freiburg. S. 30

⁶¹ Vgl. Ebd., S. 33 f

Die Phase des Nichtwahrhabenwollens ist meist nur vorübergehend und wird schon bald durch eine zumindest teilweise Akzeptanz abgelöst⁶². Trotzdem sind die Gefühle in dieser ersten Phase sehr wichtig, da ein sofortiges Zulassen aller Empfindungen, die mit dem Verlust des Lebens einhergehen, zu einer emotionalen Überforderung führen würde⁶³.

2.4.2 Die zweite Phase: Zorn

Nach der anfänglichen Verleugnung realisiert der Mensch, dass es wirklich er ist, der todkrank ist. Damit einher gehen Gefühle wie Zorn, Wut und Neid. Er fragt sich, warum es genau ihn trifft und nicht jemand anderes. Diese Phase ist auch für die Angehörigen und das Personal der Kranken,- und Pflegeeinrichtungen nicht einfach, da der Kranke seinen Zorn häufig ohne sichtbaren Grund an ihnen auslöst. Besonders hier ist es wichtig, sich in die Lage des Patienten, der sich vom vitalen Dasein plötzlich außen vor sieht, hineinzusetzen.⁶⁴

2.4.3 Die dritte Phase: Verhandeln

Kübler- Ross vergleicht diese Phase mit der Reaktion von Kindern, die erst fordern, dann bitten und schließlich wütend werden, wenn ihnen ein Wunsch nicht gewährt wird, sich dann aber besinnen und einen Kompromiss suchen. Auf diese Weise verhandelt auch ein todkranker Mensch. Ist sein Hauptwunsch erst eine längere Lebensdauer, sieht er bald ein paar schmerz-, und beschwerdefreie Tage als guten Kompromiss. Jedoch ist diese Phase meist nur flüchtig⁶⁵.

2.4.4 Die vierte Phase: Depression

Wenn der todkranke Mensch immer schwächer wird, die Krankenhausaufenthalte häufiger werden und er oder sie die todbringende Krankheit nicht mehr länger verleugnen kann, weichen die Erstarrung und der Zorn bald dem Gefühl eines

⁶² Vgl. Kübler-Ross (1973), S. 41-44

⁶³ Vgl. Kübler-Ross, Elisabeth und Kessler, David (2006). Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch die fünf Stadien des Verlustes finden. Stuttgart. S. 21-24

⁶⁴ Vgl. Kübler-Ross (1973), S. 50-76

⁶⁵ Vgl. Ebd., S. 77

schrecklichen Verlustes. Die Patientinnen und Patienten müssen nicht nur häufig mit einem veränderten Äußeren zurechtkommen, wie beispielsweise nach einer Mastektomie, auch Geldsorgen werden oftmals zur Belastung. Dazu kommt die Vorbereitung auf den Tod, die mit großem innerem Schmerz verbunden ist. Die Depression der Patientinnen und Patienten bessert sich häufig, wenn sie die Angehörigen, vor allem Kinder und ältere Personen, gut versorgt wissen⁶⁶.

2.4.5 Die letzte Phase: Akzeptanz

In dieser letzten Phase hat der todkranke Mensch auf gewisse Weise Frieden mit seiner Situation geschlossen, trotzdem darf sie nicht als glücklicher Zustand betrachtet werden. Der oder die Kranke möchte von den Problemen der Außenwelt abgeschirmt werden, verbale Kommunikation ist immer weniger erwünscht, schweigend am Bett zu sitzen und die Hand der oder des Sterbenden zu halten spendet jedoch Kraft und Trost. Laut Kübler Ross bleibt dem oder der Sterbenden bis zuletzt ein Funken Hoffnung, auch wenn er oder sie sich schon mit der Unausweichlichkeit des Todes abgefunden hat. Ist auch dieser zur Gänze geschwunden, tritt der Tod schnell ein.⁶⁷

Nach aktuellem Stand der Forschung können die Sterbephasen nach Kübler-Ross als Orientierungshilfe angewendet werden. Jedoch erscheint es sinnvoll, sie nicht als aufeinanderfolgende Phasen zu betrachten, da sie parallel verlaufen oder kurzfristig wechseln können. Immer wieder kommt es vor, dass sterbende Menschen in die Phase des Nichtwahrhabenwollens zurückkehren. Sie planen ihr Leben mehrere Jahre in die Zukunft, um kurze Zeit später ihrem bevorstehenden Lebensende realistisch entgegenzublicken⁶⁸.

2.3.6 Kritik an dem Phasenmodell nach Kübler- Ross

Wie zu Beginn dieses Kapitels bereits erwähnt, stößt das Phasenmodell nach Elisabeth Kübler Ross auf teils heftige Kritik, die zum Teil auch berechtigt erscheint.

⁶⁶ Vgl. Ebd., S.80-81

⁶⁷ Vgl. Ebd., S. 99-100

⁶⁸ Vgl. Trechsel, Manuel und Maercker, Andreas (2016). Lebensende, Sterben und Tod. Göttingen. S. 9-12

Joachim Wittkowsi fasst einige dieser Kritikpunkte in seinem Buch „Psychologie des Todes“ zusammen⁶⁹:

- Es wird nicht berücksichtigt, dass bei unterschiedlichen Menschen auch der Sterbeprozess verschieden auftreten kann.
- Sterbende Menschen reagieren auf unterschiedliche Weise, manche wollen die Krankheit bekämpfen, andere nicht.
- Da die Sterbephasen sehr plausibel erscheinen, werden sie als gesicherte Fakten angesehen und starr an den Patienten und Patientinnen angewendet, wenngleich in guter Absicht.
- Es ist schwierig, einzelne Phasen ausreichend voneinander abzugrenzen, eine falsche Zuordnung kann für den Sterbenden oder die Sterbende zu negativen Konsequenzen führen.

2.5 Trauer

Da sich diese Arbeit damit befasst, wie Tod und Sterben im Ethikunterricht altersadäquat behandelt werden können und man als Lehrperson oft nicht weiß, ob die Schülerinnen und Schüler kürzlich Angehörige oder Freunde verloren haben, sollen in diesem Kapitel das Thema Trauer und die Phasen der Trauer nach Verena Kast und die Traueraufgaben nach Worden abgehandelt werden.

„In keinem anderen Gefühlsbereich gibt es derart viele Tabus, Zwänge und Widersprüche wie dem der Trauer. Trauer soll nach außen deutlich sichtbar sein, jedoch nicht zu lange und nicht zu intensiv.“⁷⁰

Dieses Zitat zeigt auf, dass in der heutigen Gesellschaft nicht nur der Tod und das Sterben an sich, sondern auch die Trauer nach wie vor ein Tabu darstellen. Trauernde werden häufig von der Gesellschaft gemieden, manche Menschen wechseln sogar die Straßenseite um dem oder der Trauernden nicht begegnen zu müssen, da ihnen oft die Worte fehlen und sie nicht recht wissen, wie sie mit der Person umgehen sollen, die kürzlich einen Verlust erlebt hat. *„Die Trauer oder das, was ihr ähnlich sieht, gilt*

⁶⁹ Vgl. Wittkowsi, Joachim (1990). Psychologie des Todes. Darmstadt. S. 127-133

⁷⁰ Franz, S. 55

*heutzutage geradezu als ansteckende Krankheit, die man sich im Zimmer eines Sterbenden oder Toten zuzuziehen droht*⁷¹.“

Auch wird von den Menschen erwartet im Verborgenen zu trauern oder bald wieder in die Normalität zurückzufinden. Dieser gesellschaftliche Zwang kann viele Trauernde überfordern.

Wittwer definiert die Trauer als „*natürliche Reaktion auf das Erleben eines Verlusts bzw. der Bewältigung einer Verlusterfahrung*“⁷².“ Seiner Definition nach ergeben sich die Unterschiede im Trauerprozess (Dauer, Intensität etc.) aus:

- Beziehungsqualität zwischen dem oder der Verstorbenen und der hinterbliebenen Person (Geschwister, Eltern, Partner).
- Dem Alter sowohl der verstorbenen als auch der hinterbliebenen Person (Kind, Jugendlicher, Erwachsener).
- Todesart (Krankheit, Unfall, Suizid, Verbrechen)

So werde der krankheitsbedingte Tod der Großeltern bei den erwachsenen Enkeln meist als weniger belastend erlebt, während der Suizid des eigenen Kindes die stärksten Auswirkungen habe⁷³.

2.5.1 Die Trauerphasen bei Verena Kast

Seit den 70er Jahren geht man davon aus, dass Trauer in aufeinander folgenden Phasen abläuft. Die Psychologin Verena Kast hat das Modell der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross, auf das im vorherigen Abschnitt schon eingegangen wurde, überarbeitet und in vier Phasen der Trauer unterteilt.

Erste Phase: Das Nicht-Wahrhaben-Wollen

Erfahren Menschen vom Tod eines Angehörigen oder einer anderen ihnen nahestehenden Person, stehen sie anfangs oft unter Schock. Da sie nicht begreifen können, dass der Mensch wirklich gestorben ist, reden sie sich ein das alles wäre nur ein böser Traum, aus dem sie jeden Augenblick aufwachen können. Diese Phase geht mit einer Empfindungslosigkeit einher, die „[...] als *Überwältigung von einem zu*

⁷¹ Ariés, Philippe (2009). Geschichte des Todes. München. S. 743

⁷² Wittwer et. al, S. 197

⁷³ Ebd., S. 197-198

*starken Gefühl, mit nicht umgegangen werden kann*⁷⁴, verstanden wird. Die Hinterbliebenen kann man in dieser Phase unterstützen, indem man alltägliche Arbeiten übernimmt und bei allem, was mit dem Trauerfall zu tun hat, Hilfe leistet. Diese Phase kann nur wenige Stunden, aber auch mehrere Tage andauern.

Zweite Phase: Aufbrechen der Emotionen

Diese Phase beginnt, sobald man den Verlust nicht mehr verdrängen kann, etwa beim Anblick des Leichnams. Während dieser Phase leiden die Hinterbliebenen häufig an Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, auch ihr Risiko für Infektionen steigt in dieser Zeit an.

Verena Kast bezeichnet diese Phase auch als „Aufbrechen der chaotischen Emotionen“, weil man verschiedene, sich teilweise auch widersprechende, Gefühle erlebt (z.B. Angst, Zorn, Schuld, Dankbarkeit, Freude). Nicht selten suchen Trauernde in ihrem Zorn nach einem oder einer Schuldigen, etwa der Ärztin oder dem Arzt, was ihnen für einen kurzen Moment Erleichterung in ihrem Schmerz verschaffen kann. Seltener richtet sich dieser Zorn auch gegen die verstorbene Person, dies ist besonders bei Suizidanten der Fall. Es herrscht das Gefühl vor, von ihm oder ihr verlassen und mit schwierig zu lösenden Problemen zurückgelassen worden zu sein.

Trauernde suchen die Schuld nicht nur bei anderen, auch sie selbst können sich schuldig fühlen und der Zorn sich gegen sie selbst richten. Dies geschieht vor Allem, wenn die Kommunikation zwischen der trauernden und der verstorbenen Person nicht gut, wenn Konflikte nicht mehr geklärt werden konnten und wenn es einem nicht mehr möglich war sich zu verabschieden. Durch diese Schuldgefühle kann sich die Trauerperiode wesentlich verlängern⁷⁵.

⁷⁴ Kast, Verena (2013). Trauern: Phasen und Chancen des psychologischen Prozesses. Freiburg. S. 62

⁷⁵ Vgl. Kast, S. 62-66

Dritte Phase: Phase des Suchens und Sich-Trennens

In dieser Phase wird der oder die Verstorbene häufig idealisiert. Es werden Orte aufgesucht, an denen sich die verstorbene Person gerne aufgehalten hat, und Tätigkeiten ausgeführt, die er oder sie gerne ausgeübt hat. Dies kann so weit gehen, dass der oder die Trauernde sich den kompletten Lebensstil der oder des Verstorbenen übernimmt, obwohl dieser überhaupt nicht zu ihm oder ihr passt. Verena Kast ist der Ansicht, dass dieses Suchen des verlorenen Menschen den Sinn hat, sich immer wieder mit ihm auseinander zu setzen. Dieses Suchverhalten scheint die Hinterbliebenen darauf vorzubereiten, den Verlust schlussendlich akzeptieren zu können. Um mit dem Verlust leben zu können, suchen vor allem ältere Personen den Partner oder die Partnerin im inneren Zwiegespräch, da sie nach dem Verlust niemanden mehr haben mit dem sie sprechen können. Die Phase des Suchens- und sich Trennens dauert umso länger, je weniger der oder die Betroffene die eigenen chaotischen Emotionen äußern durfte. Es ist also wichtig, dass die Trauernden ihre Geschichte immer wieder erzählen dürfen, weil dadurch ihre Emotionen geweckt werden⁷⁶.

Vierte Phase: Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

In dieser Phase schaffen es die Trauernden in den Alltag zurückzukehren. Der Verlust wurde akzeptiert, an die Stelle der Lebensmuster, die man sich mit der verstorbene Person angeeignet hat, sind neue, eigene Lebensmuster getreten. Der oder die Verstorbene ist nicht vergessen, vielmehr ist er zu einer *inneren Figur* geworden.

Diese Trauerphasen sind laut Verena Kast keine Anleitung für richtiges Trauern, sondern vielmehr der Versuch, Trauer greifbarer und fassbar zumachen. In unserer Gesellschaft scheint es ein Zeichen von Stärke zu sein, wenn man die Phasen der Trauer so schnell wie möglich überwindet, jedoch kann nicht richtig verarbeitete Trauer Depressionen mit sich bringen. Auch soll nochmals erwähnt werden, dass die Trauerphasen nicht immer nach dem oben erwähnten Schema ablaufen, und ein zurückkehren in bereits durchlebte Phasen zum Trauerprozess dazu gehört ⁷⁷.Je

⁷⁶ Vgl Ebd., S. 67-71

⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 81 ff.

besser sich der oder die Trauernde in der neuen Rolle zurechtfindet, umso mehr Selbstachtung und Selbstvertrauen gewinnt er oder sie zurück und ist immer weniger auf die Hilfe von anderen angewiesen. Trotzdem sind auch in dieser Trauerphase Rückfälle in die bereits Vergangenen zu erwarten, vor allem nach Erlebnissen, die emotional stark besetzt sind, wie etwa ein erneuter Verlust⁷⁸.

2.5.2 Trauerreaktionen bei Kindern und Jugendlichen

Durch die gestiegene Lebenserwartung werden Familien im Schnitt nur noch alle 18-20 Jahre mit dem Tod eines nahen Angehörigen konfrontiert⁷⁹. Kinder reagieren in ihrer Trauer meist spontan, so spielen manche Kinder fröhlich mit ihren Freunden und lachen, während sich andere Kinder zurückziehen und traurig sind. Da es in einer gefühlsbetonten Welt lebt und die Situation unterschiedlich erlebt, trauert jedes Kind auf seine eigene Weise. Kinder können in dem einen Moment lachen, und in dem anderen traurig sein und weinen⁸⁰. Anders ist hingegen der Umgang mit Trauer bei Jugendlichen. Im Gegensatz zu Kindern sind sie kognitiv in der Lage zu begreifen, dass der Tod irreversibel ist und wissen um dessen Universalität.

Die Pubertät ist geprägt von der Suche nach der eigenen Identität und der Suche nach dem Sinn des Lebens. Diese Entwicklung geht nicht selten mit depressiven Verstimmungen selbstverletzendem Verhalten und suizidalen Gedanken einher. Kommen zu diesen normalen Entwicklungsprozessen noch die verwirrenden Gefühle der Trauer hinzu, führt dies häufig zu Verwirrung. Durch den erlittenen Verlust fällt es den Jugendlichen schwer einen Sinn in ihrer Existenz und der Welt als Ganzem zu sehen. Deshalb können durch den Verlust bei den Heranwachsenden eine tiefe Identitäts- oder Sinnkrise ausgelöst und Suizidgedanken verstärkt werden. Die erlebten Gefühle gehen oftmals mit fehlendem Selbstvertrauen und einer großen Hilflosigkeit einher. Es ist daher sehr wichtig, die Jugendlichen in ihrem Trauerprozess zu unterstützen, da sie sonst durch den Verlust in ihrer Entwicklung gehemmt werden können⁸¹.

⁷⁸ Vgl. Ebd, S. 71-78

⁷⁹ Vgl. Witt- Loers, Stephanie (2015). Trauernde Jugendliche in der Schule. 2. Auflage. Göttingen. S. 13

⁸⁰ Vgl. Franz, S. 86

⁸¹ Vgl. Witt- Loers, S. 25 f.

2.5.3 Die Traueraufgaben nach Worden

Der amerikanische Trauerforscher William Worden vertritt die Ansicht, dass man sich aktiv mit der eigenen Trauer auseinandersetzen sollte. *„Da die Trauer ein Prozess und kein Zustand ist, erfordert die Erfüllung der Aufgaben echte Mühe, doch stellt nicht jeder Todesfall, den wir erleben, die Aufgaben in gleichem Maße⁸²“.*

Die bekannten Trauermodelle, wie jene von Kübler-Ross oder Kast, setzen seiner Ansicht nach voraus, dass man passiv auf das Eintreten der nächsten Phase wartet. Um dieser Passivität entgegen zu steuern hat Worden ein Konzept zur Erledigung von vier Traueraufgaben erarbeitet⁸³:

Aufgabe 1: Die Realität des Verlustes akzeptieren:

Nach einem Verlust ist die erste Aufgabe zu akzeptieren, dass der oder die Verstorbene tot ist und nicht zurückkommen wird. Es ist wichtig zu realisieren, dass man den geliebten Menschen nicht mehr wiedersehen wird. Worden führt an, dass es anfangs normal ist, wenn der oder die Trauernde meint die verstorbene Person z.B. auf der Straße gesehen zu haben, es ist aber wichtig sich ins Bewusstsein zu rufen, dass dies nicht möglich ist, denn der Mensch ist ja tot. Als Gegenteil der Akzeptanz des Verlustes sieht Worden das „Nicht-wahrhaben-Wollen“. Eine kurze Phase des Leugnens und die Hoffnung auf ein Wiedersehen sei zwar normal, sollte aber in der Regel nach einer gewissen Zeit als Utopie akzeptiert werden. Schafft die hinterbliebene Person das nicht, bleibt sie bereits in der ersten Aufgabe stecken.

Aufgabe 2: Verarbeitung des Schmerzes

Durch einen Verlust erleiden die Hinterbliebenen einen tiefen Schmerz, der sich auf physischer und psychischer Ebene auswirkt. Worden betont die Notwendigkeit, dass Trauernde diesen Schmerz zulassen und durchstehen. Im Umfeld von trauernden Menschen neigt man oft dazu, diese ablenken und aufheitern zu wollen, für Worden ist dies der falsche Weg. Der Schmerz darf nicht verdrängt oder bekämpft werden, da dies zu sehr problematischen Verhaltensweisen führen kann und ein späteres Verarbeiten mit vielen Schwierigkeiten einhergeht.

⁸² Worden, William (2011). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. S. 45

⁸³ Vgl. ebd, S. 45-59

Aufgabe 3: Anpassung an eine Welt, in der die verstorbene Person fehlt

Ein Leben ohne die verstorbene Person hat für die Hinterbliebenen unterschiedliche Dimensionen, es kommt stark darauf an, welchen Stellenwert der oder die Verstorbene in ihrem Leben hatte und wie das Leben mit ihm oder ihr strukturiert war. Vor allem Witwen und Witwer benötigen viel Zeit, um zu erfassen, dass sich ihr Leben ohne den Partner oder die Partnerin radikal ändert. In der Regel dauert dieser Prozess etwa drei Monate und die Erkenntnis wirft viele Fragen auf, etwa wie sie das allein Leben, die finanziellen Hürden oder die Versorgung der Kinder meistern sollen. Die Aufgabe an die hinterbliebene Person ist es nun, sich an eine Welt ohne den Verstorbenen oder die Verstorbene anzupassen. Das bedeutet, sich neue Fertigkeiten anzueignen und Aufgaben zu übernehmen, für die früher der Partner oder die Partnerin zuständig war. Ziel der Aufgabe ist es, dem Verlust auch vorteilhafte Aspekte abgewinnen zu können, beispielsweise der Entwicklung ungeahnter Kräfte und neuer Kompetenzen.

Aufgabe 4: Der verstorbenen Person einen Platz im neuen Leben geben

In dieser letzten Aufgabe geht es darum, der verstorbenen Person einen neuen Platz im Leben einzuräumen, worden bezeichnet dies als „*Neuverortung der verstorbenen Person*.“ Die Hinterbliebenen brauchen die Erinnerung an den geliebten Menschen, es gilt nun diesen Erinnerungen im neuen Alltag einen angemessenen Platz zuzuweisen und somit selbst auf positive Weise weiterzuleben. Gelingt die Erfüllung dieser Aufgabe nicht, bleiben die Trauernden gedanklich in der Vergangenheit zurück und gestatten es sich nicht, neue Bindungen einzugehen und lebensbejahend weiterzuleben.

3. Ethische Konflikte zur Beendigung des Lebens

3.1 Suizid

Der Lehrplan der BundesARGE für die 11. Schulstufe sieht vor, dass die Schülerinnen und Schüler in „den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod beschreiben und reflektieren“⁸⁴ können. Dazu gehört auch der Suizid, der in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabuthema darstellt. Weltweit tötet sich alle 40 Sekunden ein Mensch selbst, das sind mehr als 800.000 Menschen pro Jahr⁸⁵. Jährlich sterben drei – bis viermal so viele Männer durch Suizid wie Frauen, wobei zu beachten ist, dass Suizidversuche vermehrt bei Frauen auftreten. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass Suizidversuche oft als Hilfeschrei zu verstehen sind und Mädchen und Frauen bei persönlichen Schwierigkeiten häufiger auf ihr soziales Umfeld zurückgreifen und sie öfter über Probleme sprechen als Jungen und Männer. Dadurch gelingt es ihnen eher, ihr Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung nach außen zu zeigen⁸⁶. Laut der Erhebung des Sozialministeriums kamen im Jahr 2017 in Österreich 1.224 Personen durch Suizid ums Leben, fast dreimal so viele wie im Straßenverkehr⁸⁷. Ein Großteil der durch Selbsttötung verstorbenen Personen litt an Depressionen⁸⁸. In der Altersgruppe der 15 bis 29-Jährigen ist die Selbsttötung die zweithäufigste Todesursache⁸⁹. Das Jugendalter ist die Zeit der Selbstfindung und Selbstwerdung, diese Prozesse können für die Jugendlichen eine große Herausforderung darstellen. Sie erleben die Abnabelung von den Eltern, haben erste amouröse Beziehungen und müssen sich mit ihrem beruflichen Werdegang oder

⁸⁴ Bundes ARGE (2017). Lehrplan für den Schulversuch ETHIK an der Sekundarstufe 2 AHS und BHS <https://arge-ethik.tsn.at/sites/arge-ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf>

⁸⁵ WHO Suizidprävention : https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_german.pdf?ua=1

⁸⁶ Vgl. Meister, Barbara (2005). Suizid. Ein verschwiegenes, lebenswichtiges Thema. In: Amuat, Renate (Hrsg.). Last minute. Der Tod macht auch vor Schule nicht Halt. 4. aktualisierte Auflage. Zürich. S. 33

⁸⁷ Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Suizidprävention in Österreich 2018. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/3/9/CH4000/CMS1392806075313/suizidbericht_2018_korr2019.pdf, S. 3

⁸⁸ Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wenn Männer nicht mehr leben wollen. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/maenner>, S. 13

⁸⁹ Vgl. ebd., S. 14

weiteren Bildungsweg auseinandersetzen. All diese Anforderungen an das eigene Leben können für die Heranwachsenden auch bei einem intakten sozialen Umfeld zu Überforderung oder einer Krise führen. Auch die Institution Schule kann eine suizidale Krise mitverursachen oder gar auslösen, etwa durch Mobbing (seitens der Mitschüler und Mitschülerinnen, aber auch durch die Lehrperson), schlechte Noten und dem Gefühl der stetigen Überforderung⁹⁰. Diese Prozesse zeigen umso mehr die Brisanz der Thematik auf und die Notwendigkeit, es im Ethikunterricht zu behandeln. Umfragen zeigen, dass weitaus mehr Schülerinnen und Schüler mit dem Thema Suizid bereits in Berührung gekommen sind als man vermutet, und sie sich auch wünschen im Unterricht darüber zu sprechen⁹¹.

Das Thema Suizid ist keineswegs bloßes Thema der Gegenwart, sondern zieht sich durch die gesamte Menschheitsgeschichte. Darauf soll im folgenden Kapiteln genauer eingegangen werden.

3.1.1 Begriffsdefinition

Unter Suizid versteht man die gezielte Selbsttötung von Menschen⁹².

In der deutschen Literatur wird neben dem Begriff Suizid auch immer wieder von Selbstmord, Selbsttötung oder Freitod gesprochen, deren Verwendung jedoch teils problematisch. So impliziert der Begriff Freitod, dass man sich aus freiem Willen dazu entscheidet, sich das Leben zu nehmen. Diese Entscheidungsfreiheit kann aber eingeschränkt sein, z.B. aufgrund einer Depression. Menschen, die Suizid begehen sehen sich oftmals in einer für sie ausweglosen Situation, er kann daher als freie Wahl angesehen werden. Der Begriff des *Selbstmordes* bestätigt sich ebenfalls als inkorrekt, da er zum einen nicht wertfrei ist und zum anderen das Wort Mord beinhaltet, der aus juristischer Sicht im Gegensatz zum Suizid einen Straftatbestand darstellt⁹³. Medizinethiker bevorzugen den Begriff *Freitod*, da er am wertneutralsten erscheint und

⁹⁰ Vgl. Meister, S. 34 f

⁹¹ Vgl. Nolden, Nicole et al. (2018). Palliativ und Schule. Sterben, Tod und Trauer im Unterricht mit jugendlichen Schülerinnen und Schülern. Stuttgart, S. 85

⁹² Vgl. Watzka, Carlos (2008). Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. Wiesbaden. S. 23

⁹³ Vgl. Helmich, Peter (2004). Selbstmord- Ein Wort das es nicht geben sollte.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/42167/Selbstmord-Ein-Wort-das-es-nicht-geben-sollte>

sich vom Terminus *Suizid* abgrenzt, der weitestgehend im klinischen Umfeld benutzt wird ⁹⁴.

Es gibt die unterschiedlichsten Zugänge zu der Thematik Suizid, so schreibt etwa der österreichische Schriftsteller Jean Améry in seinem Werk *Diskurs über den Freitod*:

*„Lieber rede ich vom Freitod, wohl wissend, dass der Akt manchmal, häufig, durch den Zustand drangvollen Zwanges zustande kommt. Als Todesart aber ist der Freitod frei noch im Schraubstock der Zwänge; kein Karzinom frisst mich auf, kein Infarkt fällt mich, keiner Urämiekrise benimmt mir den Atem. Ich bin es, der Hand an sich legt, der da stirbt, [...]“*⁹⁵.

3.1.2 Philosophische Betrachtung des Suizids

Die Thematik des Suizids beschäftigte die Menschen schon in der Antike und im Mittelalter und hat in der Moderne noch an Bedeutung gewonnen. Eine philosophische Betrachtung des Themas Suizid zeigt, dass er oftmals als Zeichen menschlicher Freiheit angesehen werden kann. Ob der Mensch jedoch davon Gebrauch machen darf, soll in diesem Kapitel anhand der verschiedenen philosophischen Strömungen dargestellt werden.

Eine erste schriftliche Abhandlung über die Selbsttötung findet sich bereits in der Ersten Zwischenzeit (2216-2025 v. Chr.) im alten Ägypten. Bei den Stoikern ist die aktive Beendigung des eigenen Lebens unter bestimmten Umständen (z.B. Krankheit und Schmerz) erlaubt, denn ein gutes Leben ist nicht gleichsam mit einem langen Leben.⁹⁶ Im christlichen Mittelalter wird der Suizid abgelehnt und als Zeichen des Wahnsinns und Werk des Teufels gesehen. Misslungene Selbsttötungsversuche werden oftmals mit dem Tod bestraft, gelingt es den Suizid zu vollenden wird der Leichnam nicht selten geschändet. Auch geht die Selbsttötung mit einem Verlust der Ehre einher, was vor allem den Hinterbliebenen massiv schadet. Die Vorstellung sich aus Lebensüberdruß selbst zu töten ist im Mittelalter noch nicht bekannt. Der Scholastiker Thomas von Aquin wiegt in seiner Schrift *Summa theologica* die Argumente, die für den Tod sprechen- etwa, dass man kein Unrecht begehe, wenn

⁹⁴ Vgl. Thieme, S. 33 f.

⁹⁵ Améry, Jean (1976). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. S.13

⁹⁶ Vgl. Engelhardt, Dietrich von (2005). *Die Beurteilung des Suizids im Wandel der Geschichte*. In: Wolflast, Gabriele und Schmidt, Kurt W. (Hrsg.). *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderungen im klinischen Alltag*. München. S. 14

man sich selbst töte- ab, um sie anschließend aufzulösen. Für ihn ist der Suizid absolut verboten, da sich der Mensch dadurch zum einen gegenüber Gott und der Gesellschaft versündigt und zum anderen der Pflicht sich selbst zu lieben widerspricht⁹⁷.

In der Renaissance tritt erstmals der Begriff der Melancholie in Erscheinung. Diese wird als Krankheit angesehen, aus der die Neigung zur Selbsttötung hervorgeht. Menschen die sich selbst töten werden eher als Opfer denn als Mörder gesehen. Es entsteht eine Kluft zwischen der religiösen Haltung der Kirche, die Selbsttötung immer noch als Werk des Teufels ansieht, und dem weltlichen Recht und dessen Urteil. Der französische Philosoph Descartes spricht sich gegen den Selbstmord aus. Er sieht darin kein moralisches Problem sondern stellt sich eher die Frage der Vernunft. *„Wer sich das Leben nimmt, begeht einen Irrtum, aber keine Sünde, was natürlich jede Strafe ausschließt, denn wer einen Irrtum begeht, straft sich selbst.“*⁹⁸

Im Zeitalter der Aufklärung interessieren sich immer mehr Philosophen für die Thematik des Suizids, dessen Ursache immer mehr in einer psychophysiologischen Störung gesehen wird und so nicht mehr der Religion, sondern mehr der Medizin zugeordnet werden sollte. Im Jahr 1774, zu einem Zeitpunkt, an dem sich der Diskurs über die Berechtigung des Suizids zuspitzt, veröffentlicht Goethe seinen Briefroman „Die Leiden des jungen Werther“. Die fiktionale Selbsttötung hatte einen realen Nachahmungseffekt zur Folge, daher wird das Werk in manchen Gegenden verboten. 1785 nimmt Immanuel Kant die Suiziddebatte zum Anlass, um sich mit ihr in der „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ in einem längeren Abschnitt zu befassen. Anders als viele Philosophen seiner Zeit sieht er Suizid als Mord, der somit ein Verbrechen darstellt. Für ihn widerspricht es dem Grundgesetz der praktischen Vernunft, sich selbst zu töten. Der Mensch hat sich als Vernunftwesen zu achten und da Suizid aus einem Gefühl heraus motiviert ist, ist es für Kant ein Widerspruch sich aufgrund eines Gefühls töten zu wollen⁹⁹.

⁹⁷ Vgl. Minois, Georg (1996). Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf. S.56

⁹⁸ Ebd., S.240

⁹⁹ Ebd., S. 350-3397

Friedrich Nietzsche hingegen steht dem Suizid in seiner Rede *Vom freien Tode* wohlwollend gegenüber:

„Viele sterben zu spät, und Einige sterben zu früh. Noch klingt fremd die Lehre: ‘Stirb zur rechten Zeit! Stirb zur rechten Zeit: also lehrt es Zarathustra. Freilich, wer nie zur rechten Zeit lebt, wie soll er denn je zur rechten Zeit sterben? Möchte er doch nie geboren sein!’“¹⁰⁰

3.2 Sterbehilfe

Im Lehrplan der BundesARGE ist vorgesehen, dass die Schülerinnen und Schüler nach dem Kompetenzmodul 5 in der Lage sind, die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten der Therapie am Lebensende zu unterscheiden, und die Problematiken der verschiedenen Formen der Sterbehilfe erörtern zu können¹⁰¹. Auf diese soll nun im folgenden Kapitel eingegangen werden.

3.2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff *Euthanasie* stammt aus dem Griechischen und setzt sich zusammen aus „eu“ (=gut,schön) und „thantos“ (= Tod), er bedeutet somit *guter Tod*. Darunter wird die Hilfe beim oder im Sterben verstanden. Letztere Teilbedeutung ist der Sterbebegleitung zuzuordnen, auf die in Kapitel 4 näher eingegangen wird. In der medizinischen Fachliteratur taucht der Begriff Euthanasie erstmals im 18. Jahrhundert auf¹⁰². Während in anderen Ländern die Wörter Euthanasie und Sterbehilfe gleichbedeutend verwendet werden, wird im deutschsprachigen Raum der Begriff *Sterbehilfe* bevorzugt. Dies ist auf die Verbrechen zur Zeit des Nationalsozialismus zurückzuführen, die den Begriff Euthanasie besonders geprägt haben. In diesen Jahren wurden Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch kranke Menschen systematisch getötet. Zuvor war der Ausdruck Euthanasie auch in Österreich und Deutschland positiv konnotiert und es dauerte bis in die späten 60er Jahre, bis die

¹⁰⁰ Nietzsche, Friedrich (2019). Also sprach Zarathustra. 8: Auflage. Hamburg. S. 69

¹⁰¹ BundesARGE [online]

¹⁰² Vgl. Wittwer et.al, S. 229 f

Diskussion um die Grenzen und Möglichkeiten ärztlicher Sterbehilfe wieder möglich war¹⁰³.

Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und vor allem des assistierten Suizids werden in Österreich, sowie in vielen anderen Ländern, in den letzten Jahren verstärkt diskutiert. Beide sind im Rahmen der Patientenverfügung ausgeschlossen, obwohl sich die Bioethikkommission für eine Öffnung zur Beihilfe zum Suizid ausspricht¹⁰⁴. Auf diese kontroverse Diskussion soll am Ende dieses Kapitels genauer eingegangen werden.

3.2.2 Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe versteht man das Zulassen des Todes aufgrund alters- oder krankheitsbedingter Gründe. Es wird auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet, die schmerzlindernde Behandlung und Grundpflege jedoch fortgesetzt. Für Stein Husebo bedeutet passive Sterbehilfe: *„einen Patienten sterben zu lassen, weil er an einer oder mehreren Krankheiten leidet. Es ist die Krankheit und nicht die Behandlung, die zum Tod führt. Bei aktiver Sterbehilfe ist es die Behandlung und nicht die Krankheit, die zum Tod führt.“*¹⁰⁵. Als Formen der passiven Sterbehilfe gelten beispielsweise der Verzicht auf künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, Dialyse und auch von Reanimation. Auch das Abschalten von Beatmungsgeräten zählt, obwohl die Handlung aktiv stattfindet, zur passiven Sterbehilfe. Die weitere Behandlung hat danach nach den Grundsätzen der Palliativmedizin zu erfolgen¹⁰⁶. Nicht der Abbruch der Beatmung wird als Todesursache gesehen, sondern der Verlauf der Krankheit der Patientin oder des Patienten. *„So stirbt der Patient an den Ursachen, deren medizinische Bekämpfung nicht mehr sinnvoll ist“*¹⁰⁷.

Diese Form der Sterbehilfe ist in Österreich und den meisten anderen Ländern zulässig, falls es eine entsprechende Willensäußerung des Patienten oder der Patientin gibt. Die Willenserklärung erfolgt im besten Fall in Form einer Patientenverfügung, für den Fall, dass der oder die Kranke nicht mehr fähig ist selbst

¹⁰³ Vgl. Winau, S. 365-370

¹⁰⁴ Vgl. Kleinert, Markus (2002). Suiziddiskurs bei Jean Ámery und Hermann Burger. Stuttgart. S. 48

¹⁰⁵ Husebo, Stein (2002). Leben lohnt sich immer. Freiburg und Breisgau. S. 125

¹⁰⁶ Vgl. Husebo, S. 125 f

¹⁰⁷ Oduncu, Fuat Shamoun (2007). In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Göttingen. S. 33

den ausdrücklichen Willen zu äußern. Wird die Willenserklärung von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten missachtet, können sie wegen Körperverletzung belangt werden, da jegliche ärztliche Behandlung „*grundsätzlich ein vor dem Hintergrund personaler Selbstbestimmung rechtfertigungsbedürftiger Eingriff in die körperliche und gegebenenfalls psychische Integrität des Patienten*¹⁰⁸“ darstellt. Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten hat einen derart hohen Stellenwert, dass auch ein aus objektiver Sicht unvernünftiges oder unverantwortliches Verlangen der zu Behandelnden bindend ist¹⁰⁹. Bei Suizidversuchen bildet das Selbstbestimmungsrecht jedoch eine Ausnahme. Wenn der Suizident bewusstlos ist und sich in Lebensgefahr befindet, darf sich der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin nicht „*nach dem vor Eintreten der Bewusstlosigkeit erklärten Willen*¹¹⁰.“ richten, sondern ist befugt, eigenverantwortliche Entscheidungen bezüglich eines medizinischen Eingriffs zu treffen.

3.2.3 Indirekt- aktive Sterbehilfe

Bei der indirekten Sterbehilfe werden zur Linderung des Leides des Patienten oder der Patientin Medikamente (z.B. Opioide oder Barbiturate) eingesetzt, deren primäres Ziel es ist, die Linderung von Schmerz zu verschaffen, aber als Nebenwirkung das Leben verkürzen können¹¹¹. Hier wird die Reduzierung des Leides über die Erhaltung des Lebens gestellt. Im Gegensatz zur direkt-aktiven Sterbehilfe, bei der die Herbeiführung des Todes vorrangig ist, stellt dieser bei der indirekt-aktiven Sterbehilfe eine mögliche Begleiterscheinung dar¹¹².

„Die Rate tödlicher unerwünschter Folgen bei der Schmerztherapie liegt weit unter der anderer medizinischer Interventionen, etwa der Gabe von Medikamenten zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen oder etwa der vielen operativen Eingriffe“¹¹³.

¹⁰⁸ Vgl. Grimm, Carlo und Hillebrand, Ingo (2009): Sterbehilfe: Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg und München. S. 48

¹⁰⁹ Vgl. Ebd, S. 49

¹¹⁰ Ebd. S. 49

¹¹¹ Vgl. Bischof, Paul. Legitimität ärztlicher Sterbehilfe. Roth, Volkert (Hrsg.). München. S. 35

¹¹² Vgl. Woellert, Katharina und Schmiedebach, Heinz-Peter (2008). Sterbehilfe. München. S. 19

¹¹³ Wittwer et al, S. 230

Für Wittwer scheint der Begriff der *indirekten Sterbehilfe* aus medizinischer Sicht überholt, da dadurch eine Todeshandlung suggeriert wird, obwohl die gute Absicht im Vordergrund steht, die eben in manchen Fällen einen schlechten Ausgang nehmen kann. Er beruft sich auf einen Bericht der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2004 und empfiehlt den Terminus *Schmerztherapie*. Betont wird auch, dass dadurch gegebenenfalls die Lebenszeit der Patientinnen und Patienten sogar verlängert werden kann¹¹⁴, während der Begriff *indirekte Sterbehilfe* das Gegenteil vermuten lässt. Bei schwersten Erkrankungen bleibt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten jedoch oftmals keine andere Wahl, als die Symptome mit Opiaten oder anderen stark schmerzstillenden Mitteln, die zu einer Lebensverkürzung führen können, zu bekämpfen. Zwar könnte dieses Handeln aus objektiver Betrachtung als aktive Tötung angesehen werden, heutzutage ist man sich jedoch weiterstgehend darüber einig, dass die Leidensmilderung absolute Priorität hat und unerwünschte Folgeerscheinungen somit in den Hintergrund treten. Es soll dem Patienten oder der Patientin ermöglicht werden, die letzten Lebenstage schmerzfrei und würdevoll verbringen zu dürfen und ihm oder ihr sogenannte Vernichtungsschmerzen¹¹⁵ (d.h. *akut auftretende, stärkste Schmerzen [...], die bei den Betroffenen ein Gefühl der Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit auslösen und zu massiver Todesangst führen können*¹¹⁶) zu ersparen. Dies gilt als höchstes Rechtsgut. Dennoch ist von Seiten der Ärzteschaft Vorsicht geboten, denn je geringer der Zweifel der Ärztin oder des Arztes ist, dass die gesetzten Maßnahmen zum Tod führen können, und „*die Maßnahme der Lebensverkürzung auch stärker von der Motivation des handelnden Arztes getragen wird, desto eher nähert sich der Arzt der bis heute nach überwiegender Ansicht verbotenen Sterbehilfe an*¹¹⁷.“

3.2.4 Direkt-aktive Sterbehilfe

Als direkt-aktive Sterbehilfe wird die bewusste Herbeiführung des Todes mithilfe lebensverkürzender Substanzen bezeichnet, welche aufgrund des tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches des Patienten oder der Patientin erfolgt. Da der Ausdruck

¹¹⁴ Vgl. Ebd., S. 30

¹¹⁵ Vgl. Ebd., S. 37

¹¹⁶ DocCheck Flexikon. Das Medizinlexikon zum Medmachen.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Vernichtungsschmerz>

¹¹⁷ Wittwer et al., S. 237

„aktive Sterbehilfe“ positiv besetzt ist, da Hilfe an sich etwas Gutes ist, wird immer wieder gefordert stattdessen von „Tötung auf Verlangen“ zu sprechen, immerhin geht es dabei um Handlungen, die darauf abzielen, den Tod des Menschen mit dessen Einwilligung herbeizuführen¹¹⁸. Im Gegensatz zum assistierten Suizid erfolgt die Einnahme der totbringenden Mittel nicht durch den Patienten oder die Patientin selbst, sondern von außen, meist von dem Arzt oder der Ärztin. Diese Art der Sterbehilfe ist jedoch in den meisten europäischen Ländern, nicht erlaubt. In Österreich ist die direkt-aktive Sterbehilfe nach § 77 StGB verboten.

„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“¹¹⁹

Eine Ausnahme bilden Belgien und die Niederlande, hier ist das Verabreichen von todbringenden Medikamenten unter bestimmten Voraussetzungen und Einhaltung der Sorgfaltskriterien erlaubt: Der Patient oder die Patientin muss den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe gemäß der Vorgaben des **Informed Consent** äußern, dies kann auch in Form einer PatientInnenverfügung geschehen. Unter **Informed Consent** ist die „informierte Zustimmung des Patienten zu einer medizinischen Entscheidung¹²⁰“ zu verstehen. Voraussetzungen dafür sind: Freiwilligkeit, Einwilligung und Kompetenz. Der Arzt oder die Ärztin muss zu überzeugt sein, dass die Leiden des oder der Kranken unerträglich sind und keine Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht, dieser Zustand muss von einem weiteren begutachtenden Arzt oder Ärztin bestätigt werden. Weiters ist die Ärzteschaft dazu verpflichtet, den todtranken Menschen über Alternativen (z.B. die Palliativmedizin) aufzuklären. Kommt es zur Lebensbeendigung, so muss diese medizinisch fachgerecht durchgeführt und anschließend der Ethikkommission gemeldet werden¹²¹.

¹¹⁸ Vgl. Nationaler Ethikrat (2006. Expertenstreit um Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt, Vol.103(30). S. 50

¹¹⁹ Rechtsinformationssystem des Bundes:
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620#:~:targetText=%C2%A7%2077.,zu%20f%C3%BCnf%20Jahren%20zu%20bestrafen.>

¹²⁰ Woellert und Schmiedebach, S. 49

¹²¹ Vgl. Woellert und Schmiedebach, S. 34 f

3.2.5 Assistierter Suizid

Deutlich von den oben angeführten Formen der Sterbehilfe abzugrenzen ist der assistierte Suizid, der auch als Beihilfe zur Selbsttötung bezeichnet wird. Hier wird die todbringende Substanz ohne die Einwirkung Dritter selbstbestimmt eingenommen, die Bereitstellung dieser Substanz wird den Suizidanten durch den Arzt oder die Ärztin verschoben. Während der assistierte Suizid in Deutschland und der Schweiz unter bestimmten Umständen straffrei ist (die unterstützende Person darf nicht geschäftsmäßig handeln und die betroffene Person muss urteilsfähig sein), ist er in Österreich strafbar und wird nach mit Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren sanktioniert¹²². Grundsätzlich unterscheidet man beim assistierten Suizid zwischen der ärztlichen, der individuellen, der organisierten und der kommerziellen Suizidbeihilfe. Erstgenannte erfolgt durch den Arzt oder die Ärztin, die Individuelle durch eine dem oder der Suizidenten nahestehende Person und die organisierte Suizidbeihilfe durch eine Vereinigung, die zweckmäßig zur regelmäßigen Suizidbeihilfe gegründet wurde (z.B. die Schweizer Vereine Dignitas und Exit). Ziel der kommerziellen Form ist unabhängig ob organisiert, ärztlich oder individuell - die monetäre Gewinnerzielung¹²³. Während früher Suizide noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts in bestimmten Ländern unter Strafe standen und Suizidenten moralisch verurteilt wurden, herrscht heute eine andere Meinung vor. Dies beruht jedoch nicht auf einer gesellschaftlichen Akzeptanz, sondern auf der Anschauung, dass man über eine freiwillig begangene Selbsttötung nicht wertend urteilen sollte¹²⁴. *„Das Netz der Beziehungen, in dem jedes Leben steht, darf die Freiheit, die alleine Grund der Enthaltung eines Urteils ist, nicht beeinflussen“*¹²⁵.“ Somit wird die persönliche Freiheit umso mehr eingeschränkt, je professioneller und größer das dargelegte Angebot der Suizidbeihilfe ist. Suggestiert wird eine soziale Akzeptanz, obwohl es lediglich um eine Enthaltung des Urteils handelt¹²⁶.

¹²² Vgl. Trachsler und Maercker, S. 8 f.

¹²³ Vgl. Grimm und Hillebrand, S. 127 f.

¹²⁴ Vgl. Ebd., S. 232

¹²⁵ Ebd., S. 232

¹²⁶ Vgl. Ebd., S.233

3.2.6 Terminale Sedierung

Bei der Terminalen Sedierung, in der Literatur auch als Palliative Sedierung bezeichnet, wird das Bewusstsein gedämpft, bis sich der Patient oder die Patientin in einem narkoseähnlichen Zustand befindet. Ziel ist es, dem oder der Sterbenden in der letzten Lebensphase eine Linderung unerträglichen Leidens zu verschaffen. Voraussetzung hierfür ist die ausdrückliche Einwilligung des sterbenden Menschen oder seines Vertreters¹²⁷.

In manchen Fällen ist eine palliative Sedierung unumgänglich, da die Symptome so quälend sein können, dass ein friedlicher Sterbeprozess nicht möglich ist. Das Ertragen von Schmerz kann den Menschen helfen auch in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens noch an sich zu wachsen. Unerträglicher Schmerz hingegen kann *„Wachstum auch verhindern, indem der Mensch sich auf sein Symptomerleben reduziert wahrnimmt“*¹²⁸. Was noch erträglich ist und was nicht, vermag nur der Patient oder die Patientin zu beurteilen, es ist daher die Aufgabe der hospizlichen und palliativen Mitarbeitenden sie dabei zu unterstützen, um herauszufinden, welches Maß an Schmerzen noch zu verkraften ist oder nicht¹²⁹. Eine leichte, zeitweise Sedierung kann oftmals zu einer effektiven Linderung der belastenden Symptome führen. Leiden die Patientinnen und Patienten jedoch an starken Symptomen und ist ihr Leidensdruck sehr groß, kann in manchen Fällen eine anhaltende, tiefe Sedierung notwendig sein. Gegebenenfalls wird die sterbende Person bis zu ihrem Tod in diesem kontinuierlichen Tiefschlaf gehalten¹³⁰. Die terminale Sedierung stellt keine Form der Sterbehilfe dar, sondern kommt vor allem in der Palliativmedizin zum Einsatz. Im Gegensatz zur Sterbehilfe wird dabei das Leben nicht verkürzt, sondern oftmals sogar verlängert¹³¹. Es handelt sich hierbei also nicht um die oben beschriebene Hilfe „zum Sterben“, sondern um Hilfe „im Sterben“. Dennoch wird in der wissenschaftlichen Literatur

¹²⁷ Vgl. Trachsler und Maercker, S. 8 f

¹²⁸ Weixler, Dietmar und Mattek, Karin (2017). Palliative Sedierungstherapie. In: Steffen- Bürgi, Barbara et al. Lehrbuch Palliative Care. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. S. 883

¹²⁹ Vgl. ebd., S. 883 f.

¹³⁰ Vgl. Bioethikkommission: Bundeskanzleramt Österreich (2015). Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission
https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf, S. 20

¹³¹ Vgl. Barasio, Gian Domenico (2015). Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 4. Auflage. München. S 78 f.

mitunter die Frage aufgeworfen, inwieweit eine tiefe, anhaltende Sedierung von der Tötung auf Verlangen zu unterscheiden sei. Als Argument wird unter anderem angeführt, dass sie darauf abzielt, begleitende Symptome zu lindern und dieses erreicht ist, wenn die den Patienten oder die Patientin belastenden Symptome gelindert sind, während Ziel der Tötung auf Verlangen der Tod ist. Somit ist es nicht das Ziel der terminalen Sedierung die Restlebenszeit der zu Behandelnden zu verkürzen. Dies wird allenfalls in Kauf genommen, wobei in der Realität eine Sedierung die Lebenszeit im Vergleich zu nicht sedierten Patientinnen und Patienten in vielen Fällen sogar verlängert¹³². Es ist also möglich die beiden Termini argumentativ zu differenzieren.

3.3 Die ethische Bewertung der Sterbehilfe

Die Debatte um die Sterbehilfe ist nicht neu, was vor Jahrzehnten als rein theoretischer Diskurs begann, wurde mittlerweile in Form der Nationalen Gesetzgebung praktisch umgesetzt. Über die ethische Legitimation der direkt aktiven Sterbehilfe wird immer wieder kontrovers diskutiert.

„Unter den moralischen Problemen, die sich aus unserer Sterblichkeit ergeben, ist die Frage nach der Zulässigkeit der Sterbehilfe zweifellos dasjenige, dem in der Öffentlichkeit die größte Aufmerksamkeit zuteil wird“¹³³.

Die Verfechterinnen und Verfechter der persönlichen Autonomie des Menschen stehen den Lebensbefürworterinnen und Lebensbefürwortern gegenüber. Beide Seiten haben ihre Standpunkte, und beide Seiten haben Recht. In diesem Kapitel sollen die pro-, und contra Argumente behandelt und ethisch begründete werden. Wenn man untersuchen will, ob aktive Sterbehilfe legitim ist, muss man sich mit der Frage beschäftigen, ob es eine Rechtfertigung für das Ziel dieser Handlung (jemanden von einem schweren Leid zu erlösen) gibt. In den meisten Fällen ist eine Tötungshandlung moralisch und rechtlich verboten, weil der hohe Wert des Lebens zerstört wird. Im Falle der Sterbehilfe muss die Frage beantwortet werden, ob der autonome Wunsch des Patienten oder der Patientin nach der Beendigung seines oder ihres Leids die Tötung rechtfertigen kann.

¹³² Vgl. Bioethikkommission S. 20-21

¹³³ Wittwer, Héctor (2009). Philosophie des Todes. S. 95

Die Heiligkeit des Lebens: Ein Argument, das besonders in der christlichen Theologie angeführt wird, lautet, dass das menschliche Leben durch Gott gegeben sei, und einzig allein er die Berechtigung habe, dieses auch wieder zu nehmen¹³⁴. Da bei der aktiven Sterbehilfe der Mensch und nicht Gott über Leben und Tod entscheidet, ist sie deshalb aus christlicher Sicht nicht erlaubt. Die Annahme, dass das menschliche Leben unantastbar sei, und daher niemals absichtlich beendet werden darf, ist weit verbreitet. Laut Wittwer beruht diese Annahme in vielen Fällen auf der religiösen Lehre von der Heiligkeit des Lebens. Aus religiösen Überzeugungen lassen sich jedoch keine allgemeinverbindlichen Verbote ableiten, zumal:

„Selbst die Kirche billigt Tötungen in gerechten Kriegen und aus Notwehr, viele Menschen haben nichts gegen Abtreibungen einzuwenden, und einige halten die Todesstrafe für moralisch gerechtfertigt. Tatsächlich scheint kaum jemand ernsthaft die Auffassung zu vertreten, dass Menschen unter keinen Umständen getötet werden dürfen.“¹³⁵

Wittwer merkt außerdem an, dass es aus moralischer Sicht kein allgemeingültiges Verbot der Sterbehilfe geben kann, da das Tötungsverbot Ausnahmen zulässt und nicht uneingeschränkt gültig ist. Außerdem muss beachtet werden, dass es viele Menschen gibt, die nicht religiös sind und die Lehre von der Heiligkeit des Lebens nicht auf sich beziehen. Somit scheint es für sie legitim die Sterbehilfe zu befürworten.

Die Selbstbestimmung am Lebensende: Seit Jahrzehnten steigt die durchschnittliche Lebenserwartung an, der Anteil alter Menschen nimmt zu, und wird in den nächsten Jahrzehnten noch steigen. Durch den technischen Fortschritt sind die Möglichkeiten schwerkranke Menschen am Leben zu erhalten, rapide angestiegen. In Deutschland werden jedes Jahr etwa 140.000 Magensonden gelegt, um kranke Menschen künstlich zu ernähren. Davon leben etwa zwei Drittel in Pflegeheimen. Davon ist wiederum circa die Hälfte demenzkrank. Viele Menschen, die an schmerzhaften und unheilbaren Krankheiten leiden, müssen in der letzten Phase ihres Lebens sehr starke Schmerzen ertragen, weil die palliativmedizinische Behandlung oft unzureichend ist, was oftmals finanzielle Gründe hat¹³⁶.

¹³⁴ Vgl. Thiele, S. 12

¹³⁵ Vgl. Wittwer., S. 96

¹³⁶ Vgl. Ebd, S. 95

Für die moralische Erlaubnis der Sterbehilfe spricht ein moralisch wichtiger Grundsatz, nämlich das Recht auf Selbstbestimmung. Dieses darf beschränkt werden, wenn andere geschädigt oder zu etwas gezwungen werden, oder wenn der Schaden, der anderen dadurch zugefügt wird, nicht durch die Ansprüche des Handelnden gerechtfertigt werden kann. Solange also kein Arzt dazu genötigt wird, Sterbehilfe zu leisten, liegt auch kein Zwang vor. Wenn ein Mensch, der im Besitz seiner geistigen Kräfte ist, darüber entscheiden darf, ob er sein Leben fortsetzen will oder nicht, dann darf sein Interesse an der Beendigung seines Lebens auch nicht durch den berechtigten Wunsch seiner Angehörigen, ihn noch nicht gehen zu lassen sondern bei sich zu haben, durch diesen Wunsch nicht aufgewogen werden. Denn sein oder ihr Wunsch ist schwerwiegender als der von anderen. Diese Argumentation geht jedoch davon aus, dass der Sterbewillige immer im Stande ist, seine Lebensaussichten realistisch einzuschätzen, was in der Realität nicht immer der Fall ist¹³⁷.

Der Missbrauch der menschlichen Autonomie: Ein gravierender Einwand gegen die Zulassung der aktiven Sterbehilfe lautet, dass alte und kranke Menschen von ihrem Umfeld so unter Druck gesetzt werden können, dass sie um Sterbehilfe bäten, obwohl sie selbst das überhaupt nicht wollen. Somit müssten sich irgendwann nicht mehr diejenigen rechtfertigen, die sterben wollen, sondern diejenigen, die weiterleben wollen. Dieses Bedenken muss ernst genommen werden, zumal die Mittel im Gesundheitswesen immer knapper bemessen werden, und die Pflege eines alten oder kranken Angehörigen sowohl physisch, psychisch als auch finanziell eine große Belastung darstellen kann. Auch wenn freiwillige aktive Sterbehilfe moralisch grundsätzlich erlaubt ist, sollte sie dennoch nicht leichtfertig legalisieren¹³⁸.

¹³⁷ Vgl. Ebd, S. 97

¹³⁸ Vgl. Wittwer (2009), S. 103

Das Tötungsverbot:

Ein weiteres Argument, das von Gegnerinnen und Gegnern der aktiven Sterbehilfe genannt wird, ist das des Tötungsverbotes. Da in einer Gesellschaft das Prinzip gelten soll, dass das Töten unschuldiger Menschen aus moralischer Sicht verboten ist, und da die Tötung auf Verlangen ebenfalls die Tötung Unschuldiger ist, resultiert daraus auch das moralische Verbot der aktiven Sterbehilfe. Jedoch lässt diese Argumentation in gewissen Ländern bereits Ausnahmen zu, wie beispielsweise die Tötung aus Notwehr oder das Töten im Krieg¹³⁹.

Der Vertrauensverlust: Das Argument des Vertrauensverlustes der Menschen in den Arzt oder die Ärztin besagt, dass diese beruflich bedingt verpflichtet sind, alles in ihrer Macht stehende zu tun am das Leben der Patientin oder des Patienten zu erhalten, was die aktive Tötung somit ausschließt. Andernfalls würde das Vertrauen in den Arzt oder die Ärztin beschädigt, was moralisch als nicht zulässig gilt. Von der Gegenseite wird jedoch betont, dass das Vertrauen in den Arzt oder die Ärztin vielmehr gestärkt wird, wenn er oder sie dem Wunsch zu Sterben der Patientin oder des Patienten nachkommt und sie oder ihn von den Qualen erlöst¹⁴⁰.

Das Mitleidmotiv: Als mitunter stärkstes Argument für die aktive Sterbehilfe und den assistierten Suizid wird das Leid der Patientinnen und Patienten genannt, das auf Seiten der Gesellschaft und der Ärzteschaft Mitgefühl hervorruft¹⁴¹. Für Befürworterinnen und Befürworter der Sterbehilfe gilt im Mitleid das Prinzip der Menschlichkeit und Wohltätigkeit als erfüllt.

„Wenn ein Mensch sterben und von schwerem Leiden befreit werden will, dann ist die Paternalisierung einer solchen Person unter der Berufung auf Arztpflicht und ‚Heiligkeit des Lebens‘ eine unerträgliche Demütigung. Es werden ihr nämlich Ideale aufgezwungen, die sie gar nicht teilt“¹⁴².

Gegnerinnen und Gegner argumentieren jedoch, dass die Mitleidenden weniger Mitleid mit den Leidenden als vielmehr mit sich selbst hätten. Außerdem kann das

¹³⁹ Vgl. Wittwer, (2009), S. 105

¹⁴⁰ Vgl. Ebd., S. 107f.

¹⁴¹ Vgl. Benzenhöfer, Udo (2009). Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen. S. 199

¹⁴² Wolf Wolf, Jean- Claude (2000). Sterben, Tod und Tötung. In: Wiesing, Urban: Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 2. Auflage. Stuttgart. S. 224

Mitleid eine bloße Abwehrreaktion sein, da die Angst vor dem Leid auf den leidenden Menschen projiziert wird¹⁴³.

Argumente auf politischer und rechtsethischer Ebene:

„Um einer grundsätzlichen Neubewertung der gesamten Sterbehilfeproblematik aus dem Weg zu gehen, behandelt man anscheinend weniger gravierende Fälle aktiver Sterbehilfe unter Umgehung der gesetzlichen Regelung einfach als rechtmäßig und erklärt gleichzeitig die gesetzliche Regelung als über jeden Zweifel erhaben¹⁴⁴.“

Die Argumente auf der moralphilosophischen Seite zeigen, dass diese kein Verbot von aktiver Sterbehilfe begründen können. Eine Umfrage der deutschen Bundesärztekammer im Jahr 2010 hat gezeigt, dass 60 Prozent der deutschen Bevölkerung der aktiven Sterbehilfe positiv gegenüberstehen, während sich etwa 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte dagegen aussprechen, was wohl auch mit der allgemeinen Rechtsunsicherheit zu tun hat. Auch hinsichtlich der indirekten Sterbehilfe ist für viele Medizinerinnen und Mediziner die Rechtslage nicht klar. So wurden in der Vergangenheit in Deutschland Schmerzmittel nur sehr zurückhaltend verabreicht, im Jahr 2000 war der Morphinverbrauch hier deutlich geringer als beispielsweise bei uns in Österreich oder in Norwegen und Dänemark. Deshalb fürchtet Habicht, *„dass in Deutschland bei rund 75% aller sterbenskranken Menschen stark anhaltende oder chronische Schmerzen- und Angstzustände nicht ausreichend gelindert worden sind, obwohl dies medizinisch sehr wahrscheinlich möglich gewesen wäre¹⁴⁵.“* Auch in Österreich gibt es viele solcher Fälle der medizinischen Zurückhaltung, auch wenn auf rechtlicher Ebene kein Grund dafür besteht. Aus moralischer Sicht ist diese Zurückhaltung dem leidenden Patienten gegenüber verwerflich.

Die Palliativmedizin als Alternative: Die Pflege chronisch kranker und sterbender Menschen ist aufwändig, und stellt nicht nur für die Angehörigen eine hohe Belastung dar. Auch die personellen und finanziellen Ressourcen in Alters- und Pflegeheimen sind begrenzt und durch die demographische Alterung wird in den nächsten Jahrzehnten die Lage noch um ein Vielfaches verschärft werden. Die

¹⁴³ Vgl. Pöltner, S. 267

¹⁴⁴ Hoerster, S. 12

¹⁴⁵ Habicht, Annkatrin (2009). Sterbehilfe- Wandel in der Terminologie. Eine integrative Betrachtung aus Sicht von Medizin, Ethik und Recht. S. 36

Lebenserwartung steigt, die Babyboomer Jahrgänge altern und die Geburtenrate ist rückläufig. Bei Menschen über 85 Jahren steigt das Demenzrisiko dramatisch an.

„Aus Altersschwäche sterben, das ist ein seltener, ein eigenartiger, ein ungewöhnlicher Tod und darum weniger natürlich als die anderen Todesarten: es ist die letzte, die äußerste Möglichkeit des Sterbens; je weiter wir von ihr entfernt sind, umso weniger können wir hoffen, sie zu erleben; es ist die äußerste Grenze, die wir erreichen können; ein Naturgesetz hat verboten, sie zu überschreiten¹⁴⁶.“ (Essais, 153)

Viele Menschen haben den Wunsch, die letzten Tage und Woche bis zu ihrem Tod zuhause zu verbringen, doch diesem Wunsch kann immer seltener nachgekommen werden. Etwa, weil Angehörige oft zu weit weg wohnen, und so die Pflege und das Sterben zuhause trotz Unterstützung durch ambulante Pflegedienste nicht möglich ist.

Aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren in vielen Krankenhäusern palliativmedizinische Stationen aufgebaut um schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten so gut es geht betreuen zu können. Und auch außerhalb der Spitäler wurden sogenannte Sterbehospize errichtet, in denen sterbende Menschen ihre letzten Wochen verbringen können. Früher war dies die Domaine des Hautarztes, heutzutage entwickelt sich daraus immer mehr ein eigenes Fachgebiet.

Von vielen Kritikerinnen und Kritikern wird in der Debatte um die Sterbehilfe der Ausbau der Palliativmedizin gefordert, unter anderem deshalb, weil man der Meinung ist, dass durch menschliche Zuwendung und wirksame Schmerzbekämpfung, sowie dem eigenen Beitrag zur Gestaltung des Sterbeprozesses der Wunsch nach einer Vorverlegung des natürlichen Todes nicht mehr auftritt. Somit wird Palliativmedizin auch immer mehr als eine Alternative zur Sterbehilfe gesehen, wodurch sich die Debatte immer mehr verlagert¹⁴⁷. *„Heute wird die Diskussion beherrscht von dem nicht weniger irreführenden Gegensatz zwischen Palliativmedizin und Sterbehilfe- so als handle es sich hierbei um wechselseitig ausschließende Optionen¹⁴⁸.“* Laut Bischof wird durch diese Argumentation die Vorstellung geweckt, dass Palliativmedizin in der Lage ist, die letzte Lebensphase so angenehm zu machen und so der Wunsch nach Sterbehilfe verschwindet. Andererseits handelt es sich seiner Meinung nach in vielen Fällen der Palliativmedizin auch um nichts anderes als Sterbehilfe, nämlich dann,

¹⁴⁶Montaigne, Michael de (2005) Die Essais. Ausgewiesen und übertragen von Franz, Arthur. Stuttgart. S. 153

¹⁴⁷ Vgl. Bischof, S. 103

¹⁴⁸ Birnbacher, S. 34

wenn der Verzicht auf eine ausgebaute Schmerztherapie oder anders liegende medizinische Maßnahmen mit einer Lebensverkürzung des Patienten verbunden sind. Auch die oben schon erwähnte Terminale Sedierung ist eine der palliativmedizinischen Maßnahmen, die für Bischof durchaus eine Alternative darstellt¹⁴⁹.

„Grundsätzlich ist der Ausbau der Palliativmedizin zugunsten schwerstkranker Patienten zu begrüßen. Die kritiklose Begeisterung täuscht aber darüber hinweg, dass auch sie sich vor Grenzen gestellt sieht, die meines Erachtens ignoriert werden. Auch bei optimaler medikamentöser Behandlung gibt es Patienten, die nicht schmerzfrei sind“¹⁵⁰.

Ein weiteres von ihm angeführtes Argument ist, dass auch andere Gründe das Verlangen nach Sterbehilfe begründen können, wie zum Beispiel der irreversible Verlust der Autonomie oder das Empfinden von Würdelosigkeit, und dass diese Motive oft palliativmedizinisch nicht behandelt werden würden. Palliativmedizin und Sterbehilfe hätten im Sinne der Leidensminderung das gleiche Ziel, und sollten deshalb nicht als Gegensatz, sondern als zusätzliche Option zueinander betrachtet werden¹⁵¹.

Das Dambruchargument: Ein weiterer, oft genannter Einwand ist das Dambruchargument, das auch als Slippery- Slope- Argument oder Argument der schiefen Ebene bezeichnet wird. Hierin wird die Gefahr gesehen, dass eine Legalisierung der direkt- aktiven Sterbehilfe oder des ärztlich assistierten Suizids dazu führen würde, dass sich nicht nur einige wenige, schwerstkranke Menschen dafür entscheiden, sondern es immer mehr Personen geben wird, die nicht mehr weiterleben wollen und so auf die ärztliche Hilfe zum Sterben zurückgreifen. Dies würde dazu führen, dass sich kranke Menschen, für die Sterbehilfe keine Option darstellt, rechtfertigen müssen, weil sie weiterleben wollen. Der Druck von außen und der Konsens, dass das Leben kranker und alter Menschen nichts wert sei, weil sie keinen Nutzen mehr für die Gesellschaft haben und dem Staat nur eine Menge Geld kosten, könnte dazu führen, dass diese Menschen irgendwann selbst zu dieser Einschätzung kommen und dem öffentlich oder seitens der Angehörigen ausgeübten Druck nachgeben. Die Entscheidung zur Sterbehilfe wäre demnach nicht freiwillig¹⁵². Wäre die Sterbehilfe legal, würde sie zur Pflicht, weil die Verantwortung dafür ganz allein bei

¹⁴⁹ Vgl. Bischof, S. 104 f.

¹⁵⁰ Bischof, S. 105

¹⁵¹ Vgl. Ebd.

¹⁵² Vgl. Bischof, S. 114- 119

den Betroffenen liegen würde. Spaemann fasst dies folgendermaßen zusammen: *„Für einen sensiblen Menschen kann das Leben unerträglich werden, wenn er weiß, dass er anderen auf anerkannte Weise ermöglichen kann, ihn zu töten und seine Umgebung täglich darauf wartet¹⁵³.“*

4. Hospiz und Palliative Care

Die meisten Menschen geben an, Zuhause sterben zu wollen, in der Realität versterben jedoch drei Viertel in Krankenhäusern. Aufgrund der alternden Gesellschaft und der sich ständig verlängernden Lebenserwartung von Männern und Frauen, sowohl der Auslagerung der Betreuung alter Menschen von der Familie hin zu Pflegeeinrichtungen, kommt der Hospiz- und Palliativbewegung eine immer größere Bedeutung zu. Die Hospizidee im Kontext der modernen Medizin begann Ende der 60er Jahre in Großbritannien mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London durch das Bestreben der britischen Ärztin Dame Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Pionierin im Bereich der Schmerztherapie gilt¹⁵⁴. Erste Vorläufer der Hospize finden sich jedoch schon im Römischen Reich. Zwar wurde die Hospizidee rasch auch im deutschsprachigen Raum übernommen und war durchwegs christlich geprägt, trotzdem wurden in den 1970er und 1980er Jahren sterbende Menschen oftmals in den Abstellräumen der Krankenhäuser untergebracht um das Sterben „auszulagern“, und die Sterbenden somit sozial ausgegrenzt. Die Empörung der Bevölkerung über diese Zustände und der Wunsch nach humaneren Alternativen trugen erheblich zur Hospizbewegung bei¹⁵⁵. Mittlerweile wurde das Konzept der Hospizarbeit weltweit auf viele andere Länder übertragen.

¹⁵³ Spaemann, Robert (1990). Wenn Tötung auf Verlangen rechtlich anerkannt würde. In: Süddeutsche Zeitung 92

¹⁵⁴ Vgl. Steffen-Bürgi, Barbara. Reflexionen zur ausgewählten Definition von Palliative Care. In: Steffen-Bürgi, Barbara et al. (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. S. 41 f

¹⁵⁵ Vgl. Wegleitner, Klaus und Heller, Andreas (2014). Öffentliche Sorge: Gesundheitsförderung in Palliative Care. Warum Sterben und Trauer in den Raum der öffentlichen Sorge gehören. In: Wegleitner, Klaus et al. (Hrsg.). Tod- kein Thema für Kinder? Verlust und Trauer im Leben von Kindern und Jugendlichen. Ludwigsburg. S. 17

Das Wort *Hospiz* wird von dem lateinischen Ausdruck *hospitium* abgeleitet und bedeutet Gastfreundschaft oder Herberge¹⁵⁶. Hospiz vertritt den Grundsatz: „*Wenn nichts mehr zu tun ist, gibt es noch viel zu tun*“¹⁵⁷. Es zielt darauf an, bei der Begleitung Sterbender bis zuletzt eine ausreichende Lebensqualität zu gewährleisten, unabhängig davon, was der oder die Sterbende selbst unter Lebensqualität versteht, und ihm oder ihr, sowie den Angehörigen, einen selbstbestimmten Abschied in Würde zu ermöglichen¹⁵⁸. Den Schwerpunkt der Hospizarbeit bilden ambulante Hospizdienste, die als Ergänzung zu ambulanten Pflegediensten gesehen werden können. Durch diese soll schwerstkranken Menschen das Sterben in ihrer gewohnten Umgebung ermöglicht werden und ihren Angehörigen Unterstützung angeboten werden.

Unter Palliative Care versteht man den „*Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen*“¹⁵⁹.“ Hierbei geht es um die Begleitung sterbender und schwerkranker Menschen und der Verbesserung ihrer Lebensqualität. Die medizinischen und therapeutischen Maßnahmen zielen nicht notwendigerweise auf eine Verlängerung der Lebenszeit ab, sondern auf die persönlichen Bedürfnisse und Werte der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.

Bei der Hospizversorgung steht der pflegerische Aspekt im Vordergrund, während die Palliative Care der Fokus vor allem auf die medizinische Betreuung des Patienten oder der Patientin gerichtet ist, jedoch sind beide als Einheit zu sehen. Sie umfassen die Betreuung und Versorgung von totkranken Personen mit dem Ziel, ihnen bis zum Lebensende ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität zu gewährleisten¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Vgl. Wittwer et al., S. 243

¹⁵⁷ Student, Johann- Christoph und Napiwotzky, Annedore (2011). Palliative Care. Wahrnehmen- verstehen- schützen. 2. Auflage. Stuttgart. S. 63

¹⁵⁸ Vgl. Ebd, S. 63

¹⁵⁹ WHO (2014). Palliative Care.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

¹⁶⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Hospiz und Palliativversorgung.

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich

Derzeit wird die Palliativmedizin vielfach als bester Weg bei der Lösung ethischer Konflikte, die medizinische Entscheidungen am Lebensende betreffen, angesehen. Aufgrund vielfältiger Methoden bei der optimalen Schmerzbekämpfung ist es mittlerweile möglich, dass mehr als 90% der sterbenden Menschen die letzte Phase ihres Lebens schmerzfrei durchstehen können. Auch andere belastende Symptome wie Atemnot, Unruhe und Angst können durch die Palliativmedizin Linderung erfahren¹⁶¹. Laut dem Palliativmediziner Johann- Christoph Student ist es bei der Bekämpfung chronischer Schmerzen obligatorisch die Ganzheitlichkeit des Menschen zu sehen. Schmerz entsteht nicht nur durch körperliche Mechanismen, auch das soziale Gefüge (z.B. der Verlust eines geliebten)Menschen, erlebte Ungerechtigkeiten und Kränkungen können dazu beitragen und müssen deshalb bei dem Bestreben der Schmerzlinderung miteinbezogen werden¹⁶².

Zusammenfassend lassend sich die Ziele der Palliative Care folgendermaßen charakterisieren: In der Palliativmedizin müssen alle Mittel, die zur Leidenslinderung der Patientinnen und Patienten beitragen, eingesetzt werden. Es gilt nicht nur die körperlichen Symptome zu behandeln, sondern auch auf die psychischen und sozialen Dimensionen der zu behandelnden Menschen einzugehen. Um dies gewährleisten zu können, sollen gegebenenfalls neben der Expertise des medizinischen Fachpersonals auch palliative Spezialisten, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Geistliche und Ehrenamtliche herangezogen werden¹⁶³. Diese können ihre Kenntnisse einbringen, um neben den sterbenden Menschen auch deren Familien zu betreuen. Wichtig beim Umgang mit Sterbenden ist das Miteinbeziehen der Angehörigen, da deren Verhalten und das Respektieren der persönlichen Autonomie zu einem würdigen Abschiednehmen beitragen und dadurch letzte Momente der Nähe geschaffen werden können. Außerdem sind viele Patientinnen und Patienten erleichtert, wenn Angehörige in die Behandlung und Informationsprozesse miteinbezogen werden, dies sollte auch von Seiten des medizinischen Personals deutlich kommuniziert und abgestimmt werden. Angehörige können es oft nur schwer ertragen, dass ihre sterbenden Angehörigen nur mit medizinischer Hilfe am Leben erhalten werden und wünschen sich ein „Ende dieser Qualen“. Teilweise handeln sie so, als wäre die sterbende Person

¹⁶¹ Vgl. Woellert und Schmiedebach, S. 87

¹⁶² Vgl. Student et al., S. 56 f

¹⁶³ Vgl. Lattanzi-Licht, S. 204 f

schon tot, obwohl sie noch am Leben ist. Dadurch können große, teilweise sehr belastende, Schuldgefühle entstehen¹⁶⁴. Zusätzlich dazu wird den Familienangehörigen durch den herannahenden Tod die persönliche Verletzbarkeit bewusst. Da die Bedürfnisse des oder der Sterbenden an erster Stelle stehen, ist die Familie dazu angehalten sich zurückzunehmen, was zu einem Gefühl des Macht-, und Kontrollverlustes führen kann¹⁶⁵. Deshalb gilt es die Angehörigen mit professioneller oder ehrenamtlicher Hilfe besonders zu unterstützen. Dadurch soll der der Gedanke an aktive Sterbehilfe als „vermeintlich einzigen Ausweg“ ausgeschlossen werden¹⁶⁶.

Zwar haben der Ausbau und die Professionalisierung der Hospizbewegung und Palliative Care zu einer positiven Entwicklung im Umgang mit todkranken und sterbenden Menschen geführt, dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass dadurch das Sterben weiterhin aus dem Blickfeld der Gesellschaft rückt. Dadurch geht das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und das sich Zutrauen, nahestehende Personen in den letzten Stunden ihres Lebens begleiten zu können, verloren.

5.Ethikunterricht

Im folgenden Kapitel soll erläutert werden, wie ein altersadäquater Ethikunterricht im Allgemeinen und - auf thanatale Themen bezogen- im Besonderen gelingen kann.

5.1 Die zentralen Aufgaben des Ethikunterrichts

Die Ziele des Ethikunterrichts sind zum einen die Schülerinnen und Schüler darin zu bestärken, verantwortungsvoll mit dem Leben umzugehen. Dies gilt sowohl für das eigene als auch für das ihrer Mitmenschen im sozialen, ökonomischen, ökologischen, politischen und kulturellen Kontext. Er soll ihnen Orientierung für die zukünftige

¹⁶⁴ Vgl. Trachsel und Maercker, S. 75 f

¹⁶⁵ Vgl. Lattanzi- Licht, Marcia (2003). Die Betreuung von Menschen am Ende des Lebens. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart., S. 197

¹⁶⁶ Vgl. Wollert und Schmiedebach, S. 87 f

Lebensgestaltung geben und sie zu selbstständiger Reflexion motivieren. Außerdem setzt er sich zum Ziel den Schülerinnen und Schülern Hilfestellung in der fundierten Auseinandersetzung mit den Grundfragen des Lebens zu geben, dies impliziert auch die Auseinandersetzung mit diversen philosophischen, religiösen und weltanschaulichen Menschenbildern und Traditionen. Weiters zielt der Ethikunterricht darauf ab die Kinder und Jugendlichen darin zu bestärken eigene Krisenerfahrungen aufzugreifen, sich damit auseinanderzusetzen und durch diese Auseinandersetzung mit sich selbst Wachstum im autonomen Handeln zu erfahren¹⁶⁷.

5.2 Didaktische Prinzipien

Laut Wiater spricht man immer dann von Didaktik, wenn durch „*Instruieren, Anleiten oder Anregen bei Personen [...] Lernen initiiert, unterstützt, gesichert und überprüft wird.*“¹⁶⁸ Ihr Gegenstand ist im weiteren Sinn jegliche Form des Lehrens und Lernens, im engeren Sinn der Unterricht und noch genauer umfasst der Schulunterricht.¹⁶⁹ Somit wird die Didaktik als Theorie des Lehrens und Lernens verstanden.

5.2.1 Die zentralen Fragen der Didaktik nach Pfister

Der Philosoph Jonas Pfister hat die zentralen Fragen der Didaktik formuliert, die den Lehrenden als Orientierung dienen sollen und die insbesondere für die Unterrichtsplanung sehr wichtig sind. Diese sind sehr allgemein formuliert, können aber auch auf ein bestimmtes Schulfach oder eine bestimmte Unterrichtseinheit angewendet werden¹⁷⁰:

- **Was soll gelehrt und gelernt werden?**

Hierbei wird gefragt, welche Themen für den Ethikunterricht von Relevanz sind und welche Lehrinhalte den Lernenden helfen Fertigkeiten zu erschließen.

¹⁶⁷ Vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2020). Ethik-Pflichtgegenstand für alle Schülerinnen und Schüler die keinen Religionsunterricht besuchen. <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/zrp/ethik.html>

¹⁶⁸ Wiater, Werner (2011). Ethik unterrichten. Einführung in die Fachdidaktik. Stuttgart. S. 74

¹⁶⁹ Vgl. Pfister, Jonas (2014). Fachdidaktik Philosophie. 2. Auflage. Bern. S. 101,

¹⁷⁰ Vgl. Ebd., S. 102-108

- **Wozu soll gelehrt und gelernt werden?**

Mit der Frage nach dem Wozu wird der Lehr- und Lerninhalt begründet. Die Lehrperson sollte sich fragen, welchen Nutzen er für die Kinder und Jugendlichen hat. Passt er in ihre Lebens-, und Erfahrungswelt? Welche Bedeutung kommt ihm in ihrem Leben zu? Ist der Inhalt in ihrem späteren Leben relevant?

- **Wie kann gelehrt werden, damit das Gelehrte (am besten) gelernt wird?**

Hier sollte sich der Lehrer oder die Lehrerin fragen, auf welche Weise er der Klasse den Lehrinhalt vermitteln möchte um den Unterricht abwechslungsreich, begreiflich und interessant zu gestalten. Auf welche Hilfsmittel kann zurückgegriffen werden? Welche Medien stehen zur Verfügung?

In diesen drei Punkten bezieht sich Pfister auf die von dem deutschen Erziehungswissenschaftler entwickelte bildungstheoretische Didaktik, Sie sollen dabei helfen eine Unterrichtseinheit didaktisch analysieren zu können.¹⁷¹ Außerdem hilft die Beantwortung der oben genannten Fragen dabei, den Mehrwert, den die geplante Unterrichtsstunde für die Schülerinnen und Schüler hat, zugänglich zu machen und gegebenenfalls anzupassen. Somit hilft die Fragestellung der theoretischen Didaktik Lehrerinnen und Lehrern dabei zu überprüfen, ob ihre Lehr- und Lerninhalte für den Unterricht tauglich sind oder nicht.

5.2.2 Schüler-, und Schülerinnenorientierung

Um fachrelevante Themen im Ethikunterricht altersadäquat behandeln zu können, ist es unumgänglich sich mit den unterschiedlichen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen auseinanderzusetzen. Nach Roew und Kiesel zeichnet sich altersgerechter Unterricht dadurch aus, dass *„er sich passgenau auf die Möglichkeiten einstellt, die den Schülern aufgrund ihres Alters gegeben sind, und sie weder unter- noch überfordert.“*¹⁷² Da die Entwicklungspsychologie in ihren Entwicklungsmodellen der verschiedenen Altersgruppen lediglich einen statistischen Mittelwert aufzeigt, können Schüler und Schülerinnen einer Klasse sich deutlich voneinander

¹⁷¹ Vgl. Ebd, S. 109

¹⁷² Roew, Rolf und Kiesel, Peter (2017). Einführung in die Fachdidaktik des Ethikunterrichts. Bad Heilbrunn. S. 212

unterscheidende Entwicklungsstände haben. Als Lehrperson ist es daher sehr wichtig sich mit dem Entwicklungsstand der Kinder oder Jugendlichen in der zu unterrichtenden Klasse vertraut zu machen und gegebenenfalls Maßnahmen zu setzen¹⁷³. Zu berücksichtigen sind außerdem das Geschlecht der Schülerinnen und Schüler sowie deren kultureller Hintergrund¹⁷⁴.

Weiters gilt es zu beachten, auf die Lebens- und Erfahrungswelt der Schülerinnen und Schüler Rücksicht zu nehmen. So können besonders ihre bisher gemachten moralisch- und sozial problemhaften Erfahrungen Gegenstand im Ethikunterricht werden. Durch Kommunikationsübungen, Rollentausch und Interaktion ist es möglich, neue Erfahrungen zu sammeln, die einen Perspektivwechsel mit sich bringen können. Durch die im Unterricht neu erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten soll es den Schülerinnen und Schülern möglich sein, im Alltag bessere Erfahrungen zu sammeln¹⁷⁵. Kommen die Lebenswelt und die Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen im Lerninhalt nicht vor, kann das in der Schule Gelernte kaum einen Platz in der Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler finden.¹⁷⁶

5.2.3 Förderung des kritischen Geistes

Eine der zentralen Aufgaben des Ethikunterrichts ist die Vermittlung des kritischen Denkens. Sobald ihr Entwicklungsstand es zulässt und sie zu rationalem Denken befähigt sind, soll Kindern und Jugendlichen auch ein Urteil über Wertvorstellungen zugestanden werden. Es gilt die Fähigkeit zu rationaler Kritik der Schülerinnen und Schüler zu fördern und ihnen so zu ermöglichen, sich dem Ideal moralischer Autonomie annähern zu können. Durch die Ermutigung zu kritischem Denken bringt der Lehrer oder die Lehrerin den Lernenden bei was nach seinem oder ihrem Dafürhalten richtig ist und ermutigt sie zeitgleich den Wahrheitsgehalt dieser Aussagen und deren Gründe zu überprüfen, kritisch zu hinterfragen und zu beurteilen.¹⁷⁷

¹⁷³ Vgl. Ebd, S. 212-215

¹⁷⁴ Vgl. Bundes ARGE. Lehrplan für den Schulversuch ETHIK an der Sekundarstufe 2 AHS und BHS (2017), <https://arge-ethik.tsn.at/sites/arge-ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf>

¹⁷⁵ Vgl. Roew und Kiesel, S.213

¹⁷⁶ Vgl. Rumpf, Horst (1986). Unterricht und Identität. Perspektiven für ein humanes Lernen. Weinheim. S. 26

¹⁷⁷ Vgl. Roew und Kiesel, S. 47 f.

Eine weitere Aufgabe des Ethikunterrichts ist die Erziehung zu sittlichem Handeln. Diese erscheint nur dann legitim, wenn sie stets mit der Förderung des kritischen Geistes der Schülerinnen und Schüler einhergeht. Somit gilt es den Ethikunterricht stets mit dieser Förderung zu verbinden, unabhängig von der aktuellen Thematik. In den höheren Klassen zählen zu den Forderungen an das kritische Denken auch das Streben nach Wissenschaftlichkeit, was damit einhergehen sollte, dass *„ein kritischer Geist sich der Grenze des wissenschaftlichen Denkens bewusst ist“*¹⁷⁸. Es ist Aufgabe der Lehrperson diese Haltung in jeder Unterrichtseinheit vorzuleben und Aufgabe der Lernenden diese zu üben. Im Ethikunterricht sollte daher eine Atmosphäre herrschen, in der Kritik seitens der Heranwachsenden nicht nur zugelassen, sondern auch eingefordert wird.¹⁷⁹

5.3 Methoden des Ethikunterrichts

Die Methodik beschäftigt sich mit der Frage, wie gelehrt und gelernt werden soll. Diese bezieht sowohl auf die Struktur des geplanten Inhalts als auch auf die verwendeten Mittel. Bei der Auswahl der Methoden im Ethikunterricht gilt es die in Unterkapitel 5.2 erläuterten didaktischen Prinzipien zu beachten. Somit soll z.B. immer auf die Vorerfahrung der Lernenden Bezug genommen werden¹⁸⁰. Es stellt sich nun die Frage, welche Methoden die Kompetenz zum sittlichen Handeln der Schülerinnen und Schüler fördern. Für den Unterricht gibt es eine Vielzahl an Methoden und gleich viele Auffassungen darüber, welche davon nützlich sind oder nicht. Als nicht geeignet haben sich rein rationalitätsorientierte Methoden erwiesen, die vor allem auf eine Erweiterung expliziten Wissens abzielen. Der Erziehungswissenschaftler Siegfried Uhl fasst diese Erkenntnisse wie folgt zusammen:

*„[...] wie beim herkömmlichen Moralunterricht hat sich auch hier die Auffassung der Kritiker bestätigt, dass die rein rationalitätsorientierten Programme im Regelfall wenig bis gar nichts für das Werden der moralisch relevanten Wertüberzeugungen und Verhaltensbereitschaften beitragen.“*¹⁸¹

¹⁷⁸ Ebd., S. 218

¹⁷⁹ Vgl. Ebd. S. 217 f.

¹⁸⁰ Vgl. Pfister S. 103, 105

¹⁸¹ Uhl, Siegfried (1996). Die Mittel der Moralerziehung und ihre Wirksamkeit. Bad Heilbrunn. S. 109

Als am aussichtsreichsten erweisen sich Methoden, die nicht nur rationalitätsorientiert sind, sondern auch weitere Bereiche der menschlichen Psyche intendieren¹⁸². Erfolgreich sind somit jene Methoden, bei denen die gesamte Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen angesprochen wird. Im Folgenden sollen nun jene Methoden dargestellt werden, die dafür geeignet sind, sensible Themen (z.B. Suizid, Sterbehilfe etc.), die kontrovers diskutiert werden, im Unterricht zu behandeln und es möglich machen, die Lehr- und Lernziele zu erfüllen.

5.3.1 Das pädagogische Rollenspiel

Im pädagogischen Rollenspiel werden lebensnahe Situationen inszeniert und anschließend gemeinsam reflektiert. Laut Freudenreich hat es vor allem den Vorteil, dass die Schülerinnen und Schüler hier in einem geschützten Raum Alternativen für ihr eigenes Handeln üben und sich ausprobieren können. Weiters bietet ihnen im Rollenspiel die Trennung der Rolle von der eigenen Person den nötigen Schutz. Nicht sie selbst sind es, die auf bestimmte Weise handeln, sondern ihr fiktives Ich¹⁸³. Ziel des Rollenspiels ist es, dass sich die Schülerinnen und Schüler in andere Menschen und Situationen hineinversetzen können und lernen, auf andere Sichtweisen einzugehen.

Im pädagogischen Rollenspiel sind zahlreiche Komponenten zur Förderung des sittlichen Handelns gegeben:

- Durch ihre Handlungserfahrungen und den Umgang mit ihren Emotionen erlangen die Schülerinnen und Schüler ein implizites Wissen, was auch ihre impliziten Einstellungen verändert.
- Beobachter und Beobachterinnen des Rollenspiels verfestigen ihre Fähigkeiten zur Differenzierung von Wahrnehmung und Interpretation.
- Gelingt es den Lernenden, im Rollenspiel erfolgreich zu handeln, erfahren sie ein Gefühl von Selbstwirksamkeit.
- Das Rollenspiel kann als Übung von Selbstkontrolle und konstruktiver Kommunikation dienen.
- Durch die Simulation von Konflikten wird die Empathie-Fähigkeit gefördert.

¹⁸² Vgl. Roew und Kriesel, S. 227

¹⁸³ Vgl. Freudenreich, S. 45 f.

Das pädagogische Rollenspiel stärkt vor allem jene Bereiche, in denen rationalitätsorientierte Methoden nur wenig leisten können. Durch die zahlreichen Anknüpfungspunkte birgt sich jedoch die Gefahr, dass die Lehrperson den Überblick verliert. Daher ist es sehr wichtig sich auf bestimmte Punkte zu konzentrieren, da sonst die nötige Tiefe und Klarheit nicht erreicht werden kann, was die Auswertung des Rollenspiels unbedeutend macht¹⁸⁴. Ziel des Rollenspiels ist es, dass sich die Schülerinnen und Schüler in andere Menschen und Situationen hineinversetzen können. Um sich gut auf das Rollenspiel vorbereiten zu können, ist es empfehlenswert, sich an Spielen und Übungen aus dem Improvisationstheater zu bedienen. Dies hilft die Schülerinnen und Schülern dabei, spontan auf die Beiträge der Mitschüler und Mitschülerinnen zu reagieren, was ihre Hemmschwelle senkt und für das Rollenspiel sehr wichtig ist. Diese Fertigkeit zu erlernen wird den Kindern und vor allem Jugendlichen auch in Alltagssituationen vieles erleichtern können.¹⁸⁵ Das Rollenspiel verlangt von den Lernenden Einfühlungsvermögen und Flexibilität. Diese Fähigkeiten fallen sowohl in den Bereich *Kreativität und Gestaltung* als auch in den Bereich *Mensch und Gesellschaft*, und stellen sich wie folgt dar:

Kreativität und Gestaltung:

„Der Ethikunterricht trägt dazu bei [...] übliche und erfolglose Pfade der Konfliktbehandlung zugunsten selbständiger und kreativer Wege [zu] verlassen, [...] rollenbewusst [zu] sprechen und [zu] handeln [und] die persönliche Ausdrucksfähigkeit mit künstlerischen Mitteln und Methoden [zu] erweitern.“¹⁸⁶

Mensch und Gesellschaft:

„Der Ethikunterricht trägt dazu bei, persönliche, interkulturelle und interreligiöse Handlungskompetenzen auszubilden [...], Verantwortung für eigenes und gesellschaftliches Handeln [zu] übernehmen [...], [die] Kritikfähigkeit [und] Zivilcourage [zu] stärken [und] Respekt und Toleranz [zu] zeigen.“

¹⁸⁴ Vgl. Roew und Kriesel, S. 227-229

¹⁸⁵ Vgl. Ebd., S. 230-239

¹⁸⁶ Lehrplan Ethik 2017, S. 2

5.3.2 Das Gedankenexperiment

Das Gedankenexperiment bietet sich ebenfalls als Methode für den Ethikunterricht an. Da Kinder und Jugendliche (noch) nicht nur auf das Faktische fixiert sind, hat die Ausführung eines Gedankenexperiments höhere Erfolgschancen, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Das Gedankenexperiment kann als Was-wäre-wenn-Überlegung gesehen werden, die gemeinsam mit einer philosophischen Frage dem Erkenntnisgewinn dienen kann¹⁸⁷. Es ist also ein imaginatives Spiel mit den Gedanken. Will man ein Gedankenexperiment ausführen bedarf es einer Aufnahmebereitschaft für neue Erfahrungen, dafür müssen sie sich von Altbekanntem lösen. Dies erleichtert es ihnen, sich in ein Gegenüber hineinzusetzen¹⁸⁸.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, um mit den Schülerinnen und Schülern ein Gedankenexperiment durchzuführen. Zum einen kann es gemeinsam mit den Lernenden gelesen und im Anschluss interpretiert und diskutiert werden, oder es wird schriftlich oder mündlich samt einer Fragestellung formuliert, die anschließend im Unterrichtsgespräch beantwortet werden soll.

5.3.3 Die Dilemmadiskussion

Von einem moralischen Dilemma spricht man, wenn man zwischen zwei moralischen Normen steht, die nicht gleichzeitig erfüllbar sind. Harding beschreibt die formale Struktur des moralischen Dilemmas wie folgt:

*„Wenn p und q zwei gleichwertige Handlungsalternativen darstellen und r und s zwei moralische Werte angeben, so ist ein Dilemma durch die Struktur gekennzeichnet:
Entweder p oder q.
Wenn p, dann r.
Wenn q, dann s.
Deshalb: Entweder r oder s.“¹⁸⁹*

Nach Langhans wird das Dilemma wie folgt definiert: *„Wird eine moralische Norm erfüllt, so wird dadurch mindestens eine andere verletzt und umgekehrt“¹⁹⁰*. Im Ethikunterricht benennt ein Dilemma also einen unumgänglichen Wertekonflikt, bei dem es in jedem Fall zu einer Verletzung von einem der beiden Werte kommt. Die

¹⁸⁷ Vgl. Engels, Helmut (2017). Gedankenexperimente. In: Nida-Rümelin et al. (Hrsg.). Handbuch Philosophie und Ethik. Band 1. Didaktik und Methodik. 2. Auflage. Paderborn. S. 187-190

¹⁸⁸ Vgl. Langhans, S. 38 f.

¹⁸⁹ Harding, zitiert nach Horlebein, S. 176

¹⁹⁰ Vgl. Langhans, Erika (2019). Methoden für den Ethikunterricht. Ein Leitfaden für die Sekundarstufe II. Bern. S. 11

Dilemmadiskussion dient somit der Förderung der moralischen Urteils- und Entscheidungsfähigkeit. Innere Werte und Prinzipien der Schülerinnen und Schüler werden an die Oberfläche getragen, um sie den Lernenden sichtbar und bewusst zu machen, um sie im Anschluss überprüfbar und reflektierbar zu machen¹⁹¹.

Detlef Horster empfiehlt in einer moralischen Dilemmasituation sich folgende vier Fragen zu stellen ¹⁹² :

- **Welche Pflichten stehen in Konkurrenz?**

Um eine Antwort auf die Frage, welche Pflichten angesprochen werden sollen, geben zu können, müssen zunächst die sich gegenüberstehenden Pflichten analysiert werden.

- **Welche Zusatzinformationen hat man im konkreten Fall?**

Um eine Antwort auf die Anwendungsprobleme zu finden, ist es unumgänglich, sich Zusatzinformationen einzuholen. Es ist wichtig, den Schülerinnen und Schülern zu erklären, dass jedes Dilemma verschiedene Aspekte aufweist und jedes Problem ganz individuell ist. Somit kann es für die Lösung eines Dilemmas keine universale Lösung geben.

- **Haben eine oder mehrere Personen Vorrang und Warum?**

Hierbei gilt es bei der Lösung eines Dilemmas eine der beiden Seiten zu wählen, je nach persönlicher Präferenz. Denn einer Pflicht kann nur dann nachgekommen werden, indem eine andere verletzt wird. Die persönliche Meinung ist hier also besonders wichtig.

- **Kann man mit der angestrebten Entscheidung leben?**

In diesem letzten Punkt werden die Folgen, die mit der getroffenen Entscheidung einhergehen, analysiert. Auch diese müssen bei der Entscheidungsfindung beachtet werden. Welche Konsequenzen können auf physischer, psychischer und rechtlicher

¹⁹¹ Vgl. Ebd., S. 12

¹⁹² Vgl. Horster, S.16 f

Ebene miteinhergehen? Es gilt also diese Frage vorausschauend zu beantworten, umso mehr, da viele Entscheidungen irreversibel sind.

Bei der Auswahl des zu behandelnden Dilemmas durch die Lehrperson sollte darauf geachtet werden, dass die dargelegte Situation möglichst offen dargelegt und strittig ist. Sind die Lösungen zu offenkundig, wird eine differenzierte Auseinandersetzung verhindert und Stellungnahmen können nicht fundiert begründet werden. Außerdem gilt es den Entwicklungsstand der Schülerinnen und Schüler zu berücksichtigen, die konkurrierenden Werte müssen die Kinder und Jugendliche in ihrer Gefühlswelt betreffen und auch eindeutig als solche erkennbar sein. Es sollte sich um eine Problemsituation handeln, deren Bewältigung in der Gegenwart oder nahen Zukunft der Lernenden bedeutsam sein kann, sie sollen sich also mit dem Entscheidungsträger des Dilemmas identifizieren können. Deshalb sind Dilemmata aus ihrer Lebenswelt (z.B. aus Peergroup, Familienverband oder Schule) fachspezifischen und hypothetischen Dilemmata vorzuziehen¹⁹³. Essenziell für die Motivation der Schülerinnen und Schüler ist die abwechslungsreiche Präsentation der Dilemmageschichten, etwa in Form von Zeitungsausschnitten, Videoaufzeichnungen oder des bereits erwähnten Rollenspiels.

5.3.4 Die Argumentationsschulung

Ein wichtiges Ziel des Ethikunterrichts ist auch die Kompetenz des Argumentierens. Der vorläufige Lehrplanentwurf für das Unterrichtsfach Ethik sieht vor, dass die Schülerinnen und Schüler *„Argumente kritisch prüfen sowie eigenständige und begründet ethische Urteile fällen“*¹⁹⁴ können. Laut dem deutschen Philosophen Johannes Rohbeck bedeutet Argumentieren, Behauptungen rational begründen zu können¹⁹⁵. Welches Medium bei der Argumentationsschulung zum Einsatz kommt ist der Lehrperson freigestellt, sowohl Texte, Gespräche und auch eigene Schreibaufträge an die Schülerinnen und Schüler sind dafür geeignet. Dies bringt, den Vorteil, dass als Ausgangspunkt des selbstständigen Philosophierens konkrete Fallbeispiele angewendet werden können. Als ersten Schritt des Argumentierens gilt

¹⁹³ Vgl. Köck, Peter (2019): Handbuch des Ethikunterrichts. 5. Überarbeitete Auflage. Augsburg. S. 179-181

¹⁹⁴ Lehrplan Ethik 2020

¹⁹⁵ Vgl. Rohbeck, Johannes (2013). Didaktik der Philosophie und Ethik. 3.Auflage. Dresden. S. 65

es, die Gründe für eine Handlung zu rechtfertigen. Rohbeck führt an, dass dafür meist auf drei Arten von Gründen verwiesen wird¹⁹⁶:

- Auf die faktischen Bedingungen des Handelns
- Auf ein individuelles Handlungsmotiv
- Auf einen bestimmten Wert oder eine bestimmte Norm

Im nächsten Schritt gilt es sich der Begründung zuzuwenden. Diese bildet sich in der Regel aus einer allgemeinen Feststellung, einer Einzelfall Feststellung und der dazugehörigen Schlussfolgerung. Argumentieren bedeutet auch, sich mit bestimmten Werten und Normen auseinanderzusetzen, die bei der Entscheidungsfindung in Widerspruch geraten können. In diesem Fall ist es hilfreich neue Regeln aufzustellen, und die Normen beispielsweise hierarchisch zu ordnen, gewisse Normen auszuschließen oder gewisse Normen anderen gegenüber zu präferieren. Ein wichtiger Bestandteil der Argumentationsschulung ist die Kritik, dadurch sollen die Schülerinnen und Schüler lernen sich in Stellungnahmen auf einem argumentativ hohen Niveau ausdrücken zu können¹⁹⁷. Zielsetzung der Argumentationsschulung ist, dass die Lernenden die erforderlichen Qualifikationen zur Äußerung der persönlichen Geltungsansprüche erworben haben und in der Lage sind, diese so verständlich darzulegen, dass die anderen sie als berechtigt ansehen¹⁹⁸.

5.3.5 Die Podiumsdiskussion

Bei der Podiumsdiskussion sitzen maximal fünf Schülerinnen und Schüler sowie ein Gesprächsleiter oder eine Gesprächsleiterin im Halbkreis vor der Klasse. Die Zahl der Diskutanten sollte begrenzt bleiben. Zum einen, damit die Zuhörenden dem Gesprächsverlauf gut folgen können und zum anderen, damit eine wirkliche Diskussion entstehen kann. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gelten als sachkundige Personen und vertreten jeweils unterschiedliche Positionen. Die „Expertinnen und Experten“ müssen nun über ein Thema, das von der Gesprächsleitung vorgegeben wird, vor dem Publikum (also vor der Klasse) diskutieren. Die Zuhörenden dürfen ihnen auch jederzeit Fragen stellen. Die

¹⁹⁶ Ebd, S. 65

¹⁹⁷ Vgl. Ebd, S. 67

¹⁹⁸ Vgl. Hilpert, Konrad. Argumentieren über Geltungsansprüche. In: Kliemann, Peter und Reinert, Andreas (Hrsg.). Thema Ethik. Band 1: Philosophische Ethik. Stuttgart. S. 354

diskutierenden Schülerinnen und Schüler sollen ihre Meinung klar formulieren und begründen. Anschließend sollen die unterschiedlichen Positionen gegenübergestellt werden. Die Podiumsdiskussion zielt darauf ab, dass die Jugendlichen lernen einander zuzuhören, aufeinander einzugehen und dazu befähigt werden, treffende Gegenargumente zu formulieren. Diese Methode eignet sich sehr gut für kontroverse Themen, deshalb sollte das Kontroverse oder Klärungsbedürftige in der Themenformulierung bereits beinhaltet sein (z.B. „Streitfall aktive Sterbehilfe: Wem gehört mein Leben?“)

6. Das Thema Tod und Sterben im Ethikunterricht

Ein wichtiger Begriff in der Auseinandersetzung mit thanatalen Themen ist jener der Death Education. Diese beschreibt die Wahrnehmungen und Verarbeitungsprozesse bei Menschen in Bezug auf den Tod und das Sterben, den Umgang mit sterbenden Menschen, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod und damit verbundenen Trauer-, und Todesritualen, sowie Fragen in Bezug auf die Ethik und ihren Werten¹⁹⁹.

Im schulischen Kontext bietet der Themenbereich Tod und Sterben zahlreiche und vielfältige Möglichkeiten sich der Thematik anzunähern. Der Ethikunterricht kann dazu beitragen die persönlichen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler aufzuzeigen und ihre sozialen Kompetenzen und empathisches Handeln zu fördern. Durch die Behandlung des Themas Trauer und den dazugehörigen Bewältigungsstrategien und Traueraufgaben können die Kinder und Jugendlichen Strategien entwickeln, die ihnen helfen einen Verlust zu verarbeiten und ihn als Teil ihres Lebens anzunehmen. Durch das Besprechen dieser Themen im Klassenverband machen die Schülerinnen und Schüler die Erfahrung, dass sie mit ihren Ängsten und Sorgen nicht allein sind, sondern dass es vielen anderen genauso geht.

¹⁹⁹ Vgl. Maywald, Claus (2014). Der pädagogische Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Unterrichtung, Beratung und Begleitung. Hamburg: disserta Verlag, S. 36 f.

6.1 Die Brisanz der Themen Tod und Sterben im Ethikunterricht

Die Beschäftigung mit dem Thema Tod, Sterben und Trauer existiert seit Anbeginn der Menschheit und findet sich in allen Kulturen. Wir leben in einer Zeit, in der das Sterben ein Tabuthema darstellt. Todeskontakte werden immer weniger, das Sterben wird ausgelagert und die Trauer wird ökonomisiert. Blickt man in die Vergangenheit zeigt sich, dass dies nicht immer so war. Im Mittelalter war die Todesthematik für die Menschen omnipräsent, was vor allem auf die fehlende medizinische Versorgung und die sozialen Verhältnisse zurückzuführen ist. Der Mensch wurde nicht ausgeschlossen, sondern konnte in der Gemeinschaft von Menschen versterben. Dies wird auch als „der gezähmte Tod“ bezeichnet. Durch das Aufnehmen in den Lebensalltag anhand von ritualisierten Handlungen verlor der Tod seinen Schrecken²⁰⁰.

In den fachwissenschaftlichen Schriften zum Thema Tod und Sterben wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, diese Themen auch im Unterricht zu behandeln. *„Abschied, Sterben, Verlust und Tod sind nichts Fremdes, Neues, das auf einmal bedrohlich in unser Leben eindringt: Es sind Urerfahrungen unseres Lebens“*²⁰¹. Trotzdem stellen der familiäre und auch der schulische Umgang mit dem Tod noch längst keine Selbstverständlichkeit dar:

„Den Wunsch Kinder möglichst lange von Schmerz und Leid zu bewahren und ihre ‚heile Welt‘ nicht mit so ‚schrecklich traurigen‘ Themen wie Sterben und Tod zu belasten, teilen viele Erwachsene, Erziehende und Lehrende“.²⁰²

Dennoch kommen Kinder und Jugendliche nicht nur tagtäglich durch die Medien mit dem Tod in Berührung, sondern erfahren ihn auch durch den Verlust eines Haustieres oder einer ihnen nahestehenden Person. Solche Erlebnisse werfen Fragen auf, die einer Antwort bedürfen. Die Institution Schule kann einen Rahmen schaffen, um diese zu beantworten. Kinder streben danach ihre Umwelt zu verstehen und zu begreifen, dies inkludiert auch den Tod und das Sterben. Umso wichtiger erscheint es, sich mit

²⁰⁰ Vgl. Winau, Rolf (1984). Einstellungen zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte. In: Winau, Rolf und Rosemeier, Hans Peter (Hrsg.). Berlin. S. 17 f.

²⁰¹ Specht-Tomann und Tropper, S. 8

²⁰² Rose, Susanne; Schreiner, Martin (2002). „Vielleicht wollen sie ihm das nicht sagen, weil sie finden, dass er noch zu klein dafür ist ...“. In: Bucher, Anton. et al. (Hrsg.). „Mittendrin ist Gott“. Kinder denken nach über Gott, Leben und Tod. Stuttgart, S. 115

diesen Themen auch im Unterricht zu befassen²⁰³. Auch haben Untersuchungen gezeigt, dass sich bei Personen, die an Veranstaltungen zum Thema Tod und Sterben teilgenommen haben, die Angst vor dem Tod minimiert hat oder gleichgeblieben ist, jedenfalls wurde sie nicht verstärkt. Außerdem konnte eine Sensibilisierung für todbezogene Inhalte und ein erhöhtes Problembewusstsein bestgestellt werden²⁰⁴, also Kompetenzen, auf die auch der Ethikunterricht abzielt. Der Kompetenzbereich Tod und Sterben ist in der 7. Klasse, also der 11. Schulstufe vorgesehen, die Jugendlichen sollten also bereits in der Lage sein, sich mit der Thematik auseinander zu setzen, persönlich Bezug darauf zu nehmen und ein allgemeines Verständnis dafür zu entwickeln.

6.2 Voraussetzungen für die geplanten Unterrichtseinheiten

Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, beginnen sich Kinder ab dem dritten Lebensjahr mit dem Tod zu beschäftigen. Somit haben sie bei Schuleintritt schon ein gewisses Verständnis davon, was die Begriffe Leben und Tod bedeuteten und diese sind somit ein Teil der Erfahrungswelt des Kindes. Deshalb erscheint es sinnvoll, diese Themen bereits früh im Unterricht zu behandeln, um ihnen ein Verständnis dafür zu vermitteln und Ängste abzubauen. Kinder wissen um die Möglichkeit des Sterben-Müssens Bescheid und können das Leben als bedrohlich empfinden, beispielsweise angesichts einer Krankheit. Dieses Wissen kann sehr belastend sein, umso wichtiger ist bereits in der Volksschule, eine altersadäquate Annäherung an die Thematik, in einem für die Kinder sicheren Umfeld²⁰⁵. Jugendliche scheinen oftmals eine „unsichtbare Mauer“ um sich aufzubauen, die nur schwer zu durchbrechen ist. Sie erfahren in der Schule einen hohen Leistungsdruck, haben Angst vor ihrer beruflichen Zukunft und haben daraus resultierend ein instabiles Selbstbewusstsein. Bis zu ihrem 16. Lebensjahr hat sich ihre Vorstellung vom Tod ähnlich zu der von Erwachsenen entwickelt, sie sind jedoch noch viel verletzlicher²⁰⁶. Auch das muss im Unterricht berücksichtigt und sensibel vorgegangen werden. Statistisch gesehen ist es sehr wahrscheinlich, dass in jeder

²⁰³ Vgl. Jennessen, Sven (2007). Manchmal muss man an den Tod denken. Wege der Enttabuisierung von Sterben, Tod und Trauer in der Grundschule. Baltmannsweiler. S. 25

²⁰⁴ Vgl. Wittkowski, S. 171

²⁰⁵ Vgl. Jennessen, S. 2

²⁰⁶ Vgl. Nolden et al., S22f

Schulklasse ein Jugendlicher oder eine Jugendliche sitzt, der oder die um eine Bezugsperson trauert. In der Regel wird die Trauer- wenn überhaupt- mit Freundinnen und Freunden aus dem Klassenverband geteilt, wodurch der Institution Schule eine große Bedeutung für das Verarbeiten der Trauer zukommt. Die Themen Tod, Sterben und Trauer betreffen somit alle Schülerinnen und Schüler, wenngleich auch in unterschiedlicher Intensität²⁰⁷.

Für die geplanten und im Kapitel 6.3 dargestellten Unterrichtsstunden wird vorausgesetzt, dass sich die Schülerinnen und Schüler bereits mit den Prinzipien der normativen Ethik, dem Themenbereich Konflikte und Konfliktmanagement sowie damit einhergehend auch mit Respekt und Toleranz auseinandergesetzt haben. Diese Kompetenzbereiche sind laut dem vorläufigen Lehrplanentwurf für das Unterrichtsfach Ethik im Jahr 2020 in der 6. Klasse, also der 10. Schulstufe vorgesehen²⁰⁸. Außerdem ist für die geplanten Unterrichtsstunden vorgesehen, dass in den vorangegangenen Unterrichtsstunden bereits über den Umgang mit dem Alter und über die Differenzierung von Leben, Tod und Sterben gesprochen wurde. Die Jugendlichen sollten also bereits ein gewisses Verständnis davon entwickelt haben, wie Sterbeverläufe funktionieren, wie man mit alten und/oder kranken Menschen umgehen sollte und was es bedeutet um einen Menschen zu trauern, auch wenn sie es selbst noch nicht erlebt haben.

6.3 Das Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung im Ethikunterricht

Der Themenbereich Sterbehilfe und Sterbebegleitung im Ethikunterricht behandelt unter anderem den Begriff der Menschenwürde, das richtige Handeln in Grenzsituationen, aber auch die Achtung kranker und älterer Menschen²⁰⁹. Außerdem eröffnet es die Frage, ob ein Sterben in Würde überhaupt möglich ist, und deckt somit nahezu alle ethischen Aspekte, die das Thema Tod und Sterben betreffen, ab.

Gegenwartsbedeutung: Da das Ge,- und Verbot der Sterbehilfe in den Medien immer wieder thematisiert wird, ist es sehr wahrscheinlich, dass sich die Schülerinnen und

²⁰⁷ Vgl. Ebd., S. 23 f

²⁰⁸ Vgl. Lehrplan Ethik 2020

²⁰⁹ Vgl. Ebd.

Schüler bereits Vorkenntnisse zu dieser Thematik angeeignet haben, ohne bereits im Unterricht darüber gesprochen zu haben. So ist beispielsweise in den Tageszeitungen, ob online oder Print, immer wieder von Fällen zu lesen, in denen Betroffene versuchen das Recht auf Sterbehilfe einzuklagen. Die Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich gelingt jedoch auch ohne Vorkenntnisse, da die Schülerinnen und Schüler in der Regel zumindest mit dem Thema Tod - mit seinen zahlreichen Facetten - schon Erfahrungen gemacht haben, wenn auch nur medial. Sie sollen weiters die Gegenwartsbedeutung hinter dieser Thematik erkennen und sich fragen, welche Rechte sie haben und wer gegebenenfalls über ihren Tod entscheiden würde oder dürfte, wenn sie unheilbar krank wären oder nach einem schweren Unfall im Koma lägen, ohne Aussicht auf Regeneration. Wären es sie selbst, die Angehörigen oder der Staat? Welche Vorteile bringt daher eine Patientinnen-, und Patientenverfügung und was kann sie zur Umsetzung des eigenen Willens beitragen²¹⁰? Den Jugendlichen soll bewusst werden, dass es jeden und jede betreffen könnte, schließlich weiß niemand wann er oder sie sterben muss.

Zukunftsbedeutung: Durch die Überalterung der Gesellschaft und der stetig steigenden Lebenserwartung in den Industriestaaten sowie den ständig wachsenden Möglichkeiten in der Medizin wird die Frage *wie man sterben möchte* in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Menschen noch viel mehr beschäftigen als heute. Prognosen der Statistik Austria zufolge, wird bereits in 40 Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung einer in Wien geborenen Frau 90,6 Jahre und die eines Mannes 87,3 Jahre betragen.

²¹⁰ Vgl. Röser, Winfried (2018). Ethik Schüler Hautnah unterrichten: Sterben & Tod. Augsburg. S. 6

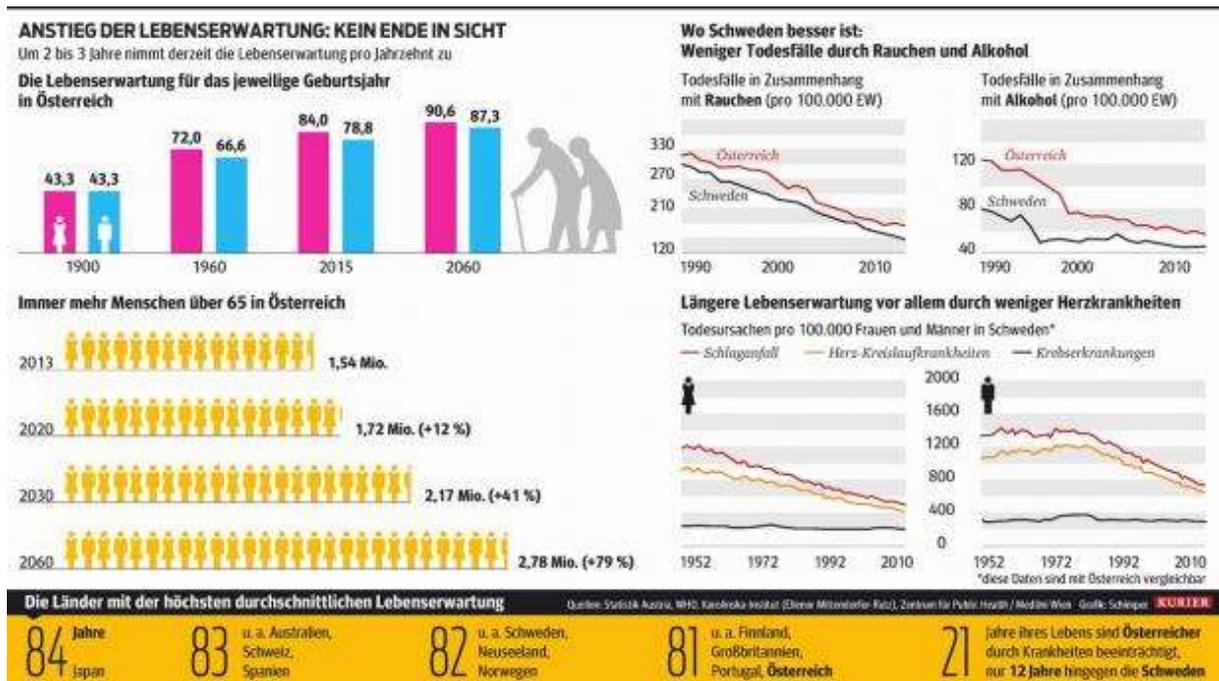


Abbildung 1

Zwar werden die Menschen immer älter, werden aber trotzdem in ihren letzten Lebensjahren häufig von Krankheiten gezeichnet sein. Dies trifft vor allem Männer und sozial schwächere Personen, aber auch Frauen, bei denen beispielsweise das Demenzrisiko erhöht ist²¹¹. Prognosen der österreichischen Alzheimer Gesellschaft werden im Jahr 2050 etwa 230.000 an einer dementiellen Erkrankung leiden²¹². Die Furcht vor Demenz und dem damit einhergehenden Schwinden der geistigen Kräfte und der eigenen Identität kann in Zukunft vermehrt dazu führen, der Krankheit zuvorkommen zu wollen und die Tötung auf Verlangen oder assistierten Suizid in Erwägung zu ziehen. Auch im beruflichen Kontext werden die Sterbehilfe und die Sterbebegleitung bei den Jugendlichen eine Rolle spielen, sollten sie medizinische oder pflegerische Berufe ergreifen.

²¹¹ Vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf

²¹² Vgl. Österreichische Alzheimer Gesellschaft. <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>

6.3.1 Unterrichtseinheit 1

Stundenbild

Stundenthema- Kernbereich: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Fach: Ethik, 7. Klasse AHS-Oberstufe

Name: Knauseder Katharina

Dauer: 50 Minuten

Vorhergehende Stunde: Das Sterben und der Tod- Sterbeprozesse und Trauerphasen

Nachfolgende Stunde: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Lehrziel der Stunde: Die Schülerinnen und Schüler entwickeln eine persönliche Vorstellung davon, was menschenwürdiges Sterben bedeutet und sind dadurch in der Lage, zu den unterschiedlichen Szenarien der Sterbehilfe Position zu beziehen.

Grobziel :

- Die Schülerinnen und Schüler können das neu erworbene Wissen mit ihren persönlichen Erfahrungen verknüpfen.
- Die Schülerinnen und Schüler können ihre Meinung im Plenum erörtern.
- Die Schülerinnen und Schüler können ihre Kriterien für ein wünschenswertes Sterben formulieren.
- Die Schülerinnen und Schüler sind sich bewusst, dass die Vorstellungen vom guten Sterben individuell sind.

Feinziel: *Die Schülerinnen und Schüler können...*

Kognitive Lehrziele:

- ihre persönliche Vorstellung von einem „guten Tod“ formulieren und ihre Wünsche und Ängste hinsichtlich des Sterbens benennen.
- erkennen, dass sowohl das Sterben an sich als auch das Thema Sterbehilfe etwas ist, das auch sie betrifft.
- einem Sachtext wichtige Informationen entnehmen
- erkennen, dass es keine universelle Antwort auf die Frage nach der Sterbehilfe geben kann.

Soziale Lehrziele:

- an Gesprächen im Plenum teilnehmen und einander ausreden lassen.
- akzeptieren, dass ihre Mitschüler und Mitschülerinnen möglicherweise eine andere Position als die ihre vertreten, ohne diese zu bewerten.

Tabellarische Übersicht der Stunde

Zeit	Phasen	Inhalte	Methode/ Sozialform/ Material
8 min	1 Einstieg	Lehrperson spielt „Who wants to live forever“ von Queen ab. Anschließend wird erklärt, dass nun ein neues Thema bearbeitet werden soll und das Arbeitsblatt M1 ausgeteilt.	LehrerInnenvortrag Audiogerät
10 min	2 Erarbeitung	Schülerinnen und Schüler lesen das Gedicht „Wie ich mir zu sterben wünsche“ und beantworten die Fragen auf dem Arbeitsblatt.	Einzelarbeit Arbeitsblatt M1
8 min	2 Ergebnissicherung	Die Lehrperson bespricht das Gedicht mit der Klasse, etwaige Fragen werden geklärt.	L-S Gespräch
5 min	3 Überleitung	Lehrperson macht Überleitung zum Thema Sterbehilfe. <i>„Wir alle wissen nicht, wie und wann wir sterben. Somit stellt sich die Frage, wie man sterbenden Menschen helfen kann, wie kann gutes Sterben gelingen? Habt ihr dazu eine Idee?“</i> Die Schülerinnen und Schüler formulieren ihre Gedanken zu dieser Frage.	L-S Gespräch
10 min	4 Erarbeitung	Die Schülerinnen und Schüler lesen sich das Handout (M2), auf dem die verschiedenen Formen der Sterbehilfe erklärt sind, durch.	Einzelarbeit Handout M2
6 min	5 Ergebnissicherung	Die Informationen aus M2 werden in die Tabelle eingetragen. Die Lehrperson geht herum, um etwaige Fragen zu beantworten.	PartnerInnenarbeit Tabelle M3
3 min	5 Abschluss	Lehrperson fasst die dargestellten Formen der Sterbehilfe nochmals zusammen und erklärt, dass die Entscheidungen und Gründe eines Menschen dafür oder dagegen immer individuell sind.	LehrerInnenvortrag

6.3.2 Unterrichtseinheit 2

Stundenbild

Stundenthema- Kernbereich: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Fach: Ethik, 7. Klasse AHS-Oberstufe

Name: Knauseder Katharina

Dauer: 50 Minuten

Vorhergehende Stunde: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Nachfolgende Stunde: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Lehrziel der Stunde: Die Schülerinnen und Schüler können in konkreten Fällen Argumente für und gegen die Sterbehilfe entwickeln und Position beziehen.

Grobziel :

- Die Schülerinnen und Schüler lernen ein ethisches Dilemma in Bezug auf die Sterbehilfe kennen.
- Die Schülerinnen und Schüler wissen, dass die Vorstellungen von einem guten Sterben bei jedem Menschen individuell sind.
- Die Schülerinnen und Schüler wissen, dass verschiedene Faktoren und Lebensumstände die Entscheidungsfindung bezüglich der Sterbehilfe beeinflussen können.

Feinziel: *Die Schülerinnen und Schüler können...*

Kognitive Lehrziele:

- Vorstellungen entwickeln, wie ein menschenwürdiges Sterben aussehen könnte.
- die Hintergründe für diese Vorstellungen kritisch hinterfragen.
- Eine Grafik interpretieren.
- Problematiken im Entscheidungsprozess erkennen
- in Bezug auf die Sterbehilfe begründete Entscheidungen treffen und diese formulieren.

Soziale Lehrziele:

- in der Gruppe eine Aufgabenstellung lösen
- ihre Vorstellungen und Meinungen in die Gruppenarbeit einfließen lassen.

die Beiträge ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler wertschätzen und gegebenenfalls Kritik konstruktiv äußern.

Tabellarische Übersicht der Stunde

Zeit	Phasen	Inhalte	Methode/ Sozialform/ Material
3 min	1 Einstieg und Anknüpfung	Lehrperson fasst den Inhalt der vorherigen Stunde zusammen.	LehrerInnenvortrag
10 min	2 Erarbeitung	Ethisches Dilemma nach Kohlberg. Die Schülerinnen und Schüler erarbeiten gemeinsam die Fragen.	Partnerarbeit Arbeitsblatt M4
8 min	3 Reflexion	Die Schülerinnen und Schüler diskutieren über das Beispiel, Lehrperson fungiert als Moderator /Moderatorin	Plenum/ Kleingruppen
7 min	4 Erarbeitung	Wie stehen die Bevölkerung und die zur aktiven Sterbehilfe und wie ist die rechtliche Lage in Europa? Die Schülerinnen und Schüler interpretieren die Grafiken auf dem Arbeitsblatt.	Gruppenarbeit Arbeitsblatt M5
3 min	5 Ergebnissicherung	Die Ausarbeitung der Fragen wird im Plenum besprochen und etwaige Fragen werden geklärt.	Plenum
12 min	6 Erarbeitung	Sterbehilfe pro und contra. Bekannte Meinungsäußerungen. Die Schülerinnen und Schüler bearbeiten das Arbeitsblatt M6	Kleingruppen Arbeitsblatt M6
5 min	7 Reflexion	Präsentation der Ergebnisse	Plenum
2 min	8 Abschluss	Lehrperson schließt die Unterrichtseinheit mit den Worten ab, dass es nicht immer leicht ist, eine Entscheidung zu treffen was die Sterbehilfe betrifft, da es viele Faktoren gibt, die es zu beachten gilt.	LehrerInnenvortrag

6.3.3 Unterrichtseinheit 3

Stundenbild

Stundenthema- Kernbereich: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Fach: Ethik, 7. Klasse AHS-Oberstufe

Name: Knauseder Katharina

Dauer: 50 Minuten

Vorhergehende Stunde: Das Sterben und der Tod- Sterbehilfe

Nachfolgende Stunde: Das Sterben und der Tod- Hospiz und Palliative Care

Lehrziel der Stunde: Die Schülerinnen und Schüler sind sich ihrer Standpunkte bewusst, können sich aber in andere Menschen hineinversetzen und deren Standpunkte vertreten. Dadurch soll ihre Kommunikationsfähigkeit gefördert werden.

Grobziel :

- Die Schülerinnen und Schüler können sich in eine vorgegebene Rolle hineinversetzen.
- Die Schülerinnen und Schüler kennen die verschiedenen Formen der Sterbehilfe

Feinziel: *Die Schülerinnen und Schüler können...*

Kognitive Lehrziele:

- Die Schwierigkeiten bei der die Sterbehilfe betreffenden Entscheidungsfindung und das damit verbundene Dilemma erkennen.
- zwischen den verschiedenen Formen der Sterbehilfe unterscheiden.
- Argumente sammeln und Position beziehen.

Soziale Lehrziele:

- gegenüber fremden Meinungen Toleranz zeigen.
- Empathie zeigen und einander zuhören.
- andere Position als die ihre vertreten, ohne diese zu bewerten.
- einander aussprechen lassen, ohne sich ins Wort zu fallen.

Tabellarische Übersicht der Stunde

Zeit	Phasen	Inhalte	Methode/ Sozialform/ Material
6 min	1 Erarbeitung	Fallbeispiele, Beantwortung der Fragen	Einzelarbeit. Arbeitsblatt (M7)
3 min	2 Zwischensicherung	Präsentation und Besprechung der Ergebnisse	Plenum
18 min	3 Erarbeitung	Lehrperson teilt die Schülerinnen und Schüler in Gruppen ein und teilt Rollenspielkarten aus. Im Brainstorming sollen sie Argumente für die jeweilige Rolle finden.	Gruppenarbeit Rollenspielkarten (M8)
20 min	4 Erarbeitung/ Reflexion	In Form einer Podiumsdiskussion schlüpfen die Schülerinnen und Schüler jeder Gruppe in ihre jeweilige Rolle und diskutieren über die Zulässigkeit der Sterbehilfe. Ein Gruppenmitglied fungiert als Moderator oder Moderatorin, das Publikum darf Fragen stellen.	Plenum
3 min	6 Schluss	Die Lehrperson gibt den Schülerinnen und Schülern den Auftrag, sich bis zur nächsten Stunde über Alternativen zur Sterbehilfe zu informieren und die Ergebnisse dann mitzubringen.	LehrerInnenvortrag

6.3.4 Das Thema Sterbehilfe im Film

Wenn es die Zeit zulässt kann das Thema Sterbehilfe in Form von Filmen vertieft werden. Da dies jedoch mehrere Stunden in Anspruch nimmt, bietet es sich an dies am Ende des Semesters oder fächerübergreifend (beispielweise in Kombination mit dem Deutsch-, oder Fremdsprachenunterricht) zu tun.

Ein Beispiel für die Ausarbeitung eines Films mit der Thematik Sterbehilfe soll in nun anhand des Films „das Meer in mir“, der auf einer wahren Begebenheit beruht, dargestellt werden. Darin geht es um den 25-jährigen Spanier Ramón Sampredo, der nach einem Sprung ins flache Wasser vom Hals abwärts gelähmt ist. Da er sein Leben nicht mehr als lebenswert ansieht, ist es sein Wunsch dieses zu beenden. Da er seinem Umfeld die Bitte um Beihilfe zum Suizid nicht aufbürden möchte, versucht er sein Recht auf Sterbehilfe einzuklagen, verliert jedoch den Prozess. So bleibt ihm keine Wahl als die Selbsttötung mit Hilfe seiner Freunde, die ihm das Gift Zyankali besorgen. In diesem Film werden die verschiedenen Positionen zur Tötung auf Verlangen aufgezeigt, etwa jene des Bruders von Ramón, der die Sterbehilfe kategorisch ablehnt, der katholischen Kirche und der spanischen Behörden, die ihm die Legalisierung verweigern, seiner Schwägerin, die dem Wunsch zu Sterben zwiespalten gegenübersteht, und seiner Anwältin, die selbst an einer erblich bedingten Krankheit leidet.

Mögliche Fragestellungen hierzu:

- Wie begründet Ramón seinen Wunsch zu sterben?
- Was bedeutet für Ramón ein menschenwürdiges Leben?
- Wie argumentiert Pater Francesco die Ansichten der katholischen Kirche?
- Welche Argumente werden im Film für die Tötung auf Verlangen/ den assistierten Suizid genannt, welche dagegen?

Weitere Filme, die sich meiner Meinung nach auch gut eignen um sie im Unterricht zu behandeln sind beispielsweise:

- Und morgen Mittag bin ich tot
- Maria beschließt zu sterben
- Notausgang
-

6.3.5 Kommentar zu den geplanten Unterrichtseinheiten

In der ersten Unterrichtseinheit sollen die Schülerinnen und Schüler durch das Hören des Liedes „Who wants to live forever“ von Queen, das den meisten von ihnen bekannt sein dürfte, in die passende Stimmung gebracht werden. Darauffolgend dient die Inhaltsanalyse des Gedichtes „Wie ich mir zu sterben wünsche“ zur Anknüpfung an die vorhergegangenen Unterrichtseinheiten, in denen die Thematik des Todes und des Sterbens bereits behandelt wurde. Da die dazugehörigen Fragen sehr privat sind, und es hier geboten ist als Lehrperson sensibel vorzugehen, reicht es diese schriftlich und nur für sich selbst zu beantworten. In Klassen, in denen ein gutes Vertrauensverhältnis herrscht, können die Fragen, je nach Einschätzung der Lehrerin oder des Lehrers, auch im Plenum besprochen werden. Anschließend leitet die Lehrperson auf die Frage über, wie gutes Sterben gelingen könnte. Um sich einen ersten Eindruck von den verschiedenen Formen der Sterbehilfe zu verschaffen, lesen sich die Schülerinnen und Schüler das Handout durch, die Lehrerin oder der Lehrer gibt zusätzlich ausführlichere Erklärungen ab. Danach wird ausgehändigte Tabelle bearbeitet und die Ergebnisse im Anschluss gemeinsam besprochen. Die Einheit endet mit den Schlussworten der Lehrperson, die erklärt, dass die Gründe für und gegen Sterbehilfe immer individuell sind, und dass es hierbei kein richtig oder falsch sind. Damit leitet sie auf die ethischen Kontroversen die Sterbehilfe betreffend über, die in der darauffolgenden Einheit besprochen werden.

In der zweiten Unterrichtseinheit fasst die Lehrperson anfangs den Inhalt der vorangegangenen Stunde nochmals zusammen, um anschließend auf das ethische Dilemma zu sprechen zu kommen. Wie soll man sich entscheiden? Die Schülerinnen und Schüler bearbeiten das Dilemma von Dr. Jefferson aus Lawrence Kohlbergs Buch „Die Psychologie der Moralentwicklung“. Hierbei geht es um die Frage wie der Arzt handeln sollte. Er weiß, dass die Beihilfe zum Suizid nicht erlaubt ist, andererseits weiß er um die Schmerzen und Qualen der krebserkrankten Frau, die nicht mehr lange zu leben hat. Soll er sie von ihrem Leid erlösen, oder soll er sich rechtskonform verhalten? Die Ansichten der Schülerinnen und Schüler darüber werden gemeinsam im Plenum besprochen. Im Anschluss daran wird die Rechtslage der Sterbehilfe in Europa besprochen. Wo ist assistierter Suizid erlaubt, wo die Tötung auf Verlangen? Wie sieht die Zustimmung der österreichischen Bevölkerung zur aktiven Sterbehilfe aus? Um den Jugendlichen die unterschiedlichen Positionen die Sterbehilfe betreffend

aufzuzeigen, bearbeiten sie anschließend in Kleingruppen die Aussagen von Personen, die sich beruflich mit der Thematik auseinandersetzen (Ethiker, Philosophen, Mediziner). Wie ist deren Einstellung dazu, und welche Argumente werden genannt? Die Lehrperson beendet die Unterrichtsstunde mit der Erklärung, dass es bei der Frage um die Zulässigkeit der Sterbehilfe viele Faktoren zu beachten gilt, und dass man sich mit vorschnellen Urteilen zurückhalten sollte.

In der dritten Einheit bearbeiten die Schülerinnen und Schüler das von mir erstellte Fallbeispiel von dem Studenten Sebastian M., der nach einem Selbstmordversuch im Koma liegt und irreparable Hirnschädigungen davongetragen hat. Da er keine Patientenverfügung hat und seine Mutter bereits verstorben ist, obliegt es dem Vater zu entscheiden ob die lebenserhaltenden Geräte abgestellt werden sollen. Die Schülerinnen und Schüler sollen abwägen welche Argumente dafür und welche dagegen sprechen Sebastian sterben zu lassen. Hat der Vater moralisch gesehen das Recht über Leben und Tod seines Sohnes zu entscheiden, obwohl die beiden kein gutes Verhältnis hatten? Um an die Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler anzuknüpfen sollen sie sich die Frage stellen, wie sie an der Stelle von Sebastians Freundin Marie handeln würden, die die Hoffnung, trotz des Wissens um seinen Gesundheitszustand, nicht aufgibt. Da die Jugendlichen nun schon einige Positionen für und gegen die Tötung auf Verlangen und den assistierten Suizid kennengelernt haben, sollen sie das erworbene Wissen nun in Form einer Podiumsdiskussion anwenden. Ihnen werden verschiedene Rollen (Moderator oder Moderatorin, Pfarrer, Ärztin, Jurist etc.) zugeteilt, die sie ausarbeiten sollen um sie anschließend vor den Klassenkolleginnen- und Kollegen, die auch Fragen stellen dürfen, zu präsentieren. Etwaige offen gebliebene Punkte und Problematiken werden am Ende der Stunde besprochen. Um in der folgenden Unterrichtseinheit mit dem Themenbereich der Hospiz- und Palliative Care beginnen zu können, bekommen die Schülerinnen und Schüler den Auftrag sich bis zur nächsten Stunde über die Alternativen zur Sterbehilfe zu informieren.

7. Resümee und Ausblick

Memento mori- bedenke, dass du sterben wirst. Die meisten Menschen wissen, dass ihre Lebensdauer auf Erden begrenzt ist, und sind sich ihrer eigenen Vergänglichkeit bewusst. Zwar mag der Tod an sich als etwas Abstraktes erscheinen, jedoch ist er fester Bestandteil des alltäglichen Lebens. Auf juristischer Ebene findet er sich als Eintrag ins Sterberegister, die Soziologie nähert sich ihm in Bestattungsritualen und Trauerkulten, in der Psychiatrie und Psychologie beschäftigt man sich mit ihm beispielsweise durch die Auseinandersetzung mit Verlust und Trauer, und in der Medizin unter anderem mit der Erforschung von Sterbeprozessen²¹³. Auch in der Philosophie und Ethik kommt ihm eine große Bedeutung zu, die Frage nach der moralischen Bewertung und des Lebens und des Sterbens, und damit verbunden auch die Frage nach dem „guten Tod“, beschäftigt den Menschen nachweislich bereits seit der Antike.

In der heutigen Gesellschaft, in der der Tod immer mehr hinter die geschlossenen Türen von Krankenhäusern und Hospizen verlagert wird, in der sogar Leichenwagen oftmals nicht mehr als solche erkennbar sind und in der die Menschen alles tun, um ihre Jugend zu erhalten und das Alter fürchten, herrscht oft große Unsicherheit im Umgang mit sterbenden und schwerstkranken Menschen. Tarmann betont außerdem die Notwendigkeit eines menschenwürdigen Umgangs miteinander. Es ist wichtig zu verstehen, dass man nicht *„dem Alten oder dem Kranken, sondern immer dem jeweiligen Menschen als solchen, sei er nun alt oder jung, krank oder gesund“*²¹⁴.

Obgleich der Tod zum Leben dazu gehört, und er unausweichlich jeden von uns treffen wird, gilt er als Hoffnungszerstörer. Trauernden Menschen ist geboten diese Trauer ja nicht öffentlich zur Schau zu stellen, da die Gesellschaft damit nicht umzugehen vermag und ihr hoffnungslos gegenübersteht. Die Tabuisierung des Todes und der damit einhergehenden Trauer führen zu einer Verdrängung dieses eigentlich so wichtigen Themas, das jedoch, wenn der Tod sich Zutritt verschafft, ob bei

²¹³ Lacina (2009). Tod. Wien, S. 13

²¹⁴ Tarmann (2009). Altern in Würde. In: Karl, Beatrix und Poier, Klaus (Hrsg.). Alter und soziale Gerechtigkeit. Graz

Angehörigen oder mit Ankündigung bei einem selbst, den Menschen unerwartet und mit voller Wucht trifft.

Umso wichtiger erscheint es, sich im schulischen Kontext mit dem Sterben und dem Tod auseinanderzusetzen. Wie bereits erwähnt scheuen sich Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen oft davor, mit Kindern über den Tod zu sprechen, doch damit schützen sie nicht die Kinder, sondern vielmehr sich selbst. Anhand einer altersadäquaten Auseinandersetzung mit todesbezogenen Themen können die Kinder und Jugendlichen gestärkt aus möglichen Krisen hinausgehen und auf ihre persönlichen Ressourcen zurückgreifen, wenn sie einmal persönlich von einem Todesfall betroffen sind, oder können ihrem Umfeld Unterstützung bieten. Durch die Behandlung des Themas Tod im Unterricht kann die Lehrperson vorgreifen und den Schülerinnen und Schülern helfen, Unsicherheiten abzubauen und Ängste hinsichtlich dieser Thematik zu reduzieren, und das nicht erst, wenn es dafür einen aktuellen Anlass gibt. Die Möglichkeiten das Thema Tod und Sterben, aber auch das Alter, in der Schule zu behandeln sind vielfältig und bieten sich auch außerhalb des Ethikunterrichts an, etwa in den Fächern Deutsch, Philosophie und Psychologie. Es wäre wünschenswert, wenn diese Chancen auch genutzt würden. Um es mit den Worten von Simone de Beauvoir zu sagen: *“Vorzeitig sterben oder altern, eine andere Wahl haben wir nicht.”*²¹⁵

²¹⁵ Beauvoir, Simone de (2015). Das Alter. 6. Auflage. Hamburg, S. 363

8. Materialien zu den Unterrichtseinheiten

M 1 Gedicht „Wie ich mir zu sterben wünsche“ von Christine Lang

*Wie ich mir zu sterben wünsche
ohne lang anhaltende schwere Krankheit,
ohne lang andauerndes Siechtum,
ohne Arzt und ohne professionelle Krankenpflegeperson,
ohne abgedroschene Phrasen,
ohne lärmende und überflüssige Geräusche,
die mir die Ohren zudröhnen,
ohne jegliche Gewaltanwendung von Menschenhand.*

*Ich möchte zu Hause sterben
oder irgendwo draußen in freier Natur
in der Gegenwart eines Menschen, der mich liebt
und der sehr leise und still sein kann.*

*Erst dann, wenn dieser mich liebende Mensch mich als tot erkannt hat,
möge auch ein Arzt hinzugezogen werden.*

*Ich möchte sterben dürfen
in der Rückschau auf ein trotz aller Fehler, Mängel, Schuldigkeiten
sinnerfülltes Leben,
friedfertig abschiednehmend
vom geliebten, geschätzten lebenden Menschen
mit einer Träne im Auge und einem Lächeln im Gesicht.
Gebe Gott, dass mir dieser ganz große Wunsch*

Aufgaben (M 1)

1. Welche Ängste und Befürchtungen hat das lyrischen Ich das Sterben betreffend?

2. Habt ihr schon mal über euer eigenes Sterben nachgedacht? Wie sehen diese Vorstellungen aus?

3. Was sind eure Ängste in Bezug auf das Sterben und den Tod?

Die Formen der Sterbehilfe



Sterbehilfe ist seit langer Zeit ein viel diskutiertes Thema. Der Begriff Sterbehilfe umfasst sämtliche Handlungen, die von der Hilfe und Unterstützung im Sterben, bis hin zur aktiven Tötung sterbender oder schwerstkranker Menschen reichen.

Es gibt eine Vielzahl an Befürwortern, aber auch an entschiedenen Gegnern, allen voran die katholische Kirche. Generell unterscheidet man zwischen aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe, sowie Beihilfe zum Suizid.

Gesetzliche Lage in Österreich

Ist Sterbehilfe in Österreich erlaubt?

Die gesetzliche Lage ist von Land zu Land unterschiedlich. In Deutschland und Österreich ähnelt sich das Recht bei der Sterbehilfe stark. Zunächst gibt es Unterschiede je nach Art der geleisteten Sterbehilfe:

Aktive Sterbehilfe

Unter aktiver Sterbehilfe versteht man das *Beenden des Lebens eines anderen Menschen*, etwa durch eine Überdosis Medikamente. Das Abschalten einer lebenserhaltenden Maschine fällt allerdings nicht unter die aktive Sterbehilfe, da eine Versorgungsmaßnahme nur unterlassen wird. Die aktive Sterbehilfe ist in Österreich *in jeglicher Form verboten*, selbst wenn eine Willenserklärung der betreffenden Person vorliegt. Sie kann mit einer Haftstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren belegt werden.

Indirekte Sterbehilfe

Bei der indirekten Sterbehilfe wird die *Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung* durch die Verabreichung schmerzlindernder Medikamente *in Kauf genommen*. Dies ist beispielsweise in Krankenhäusern der Fall, wenn einer Krebskranken/einem Krebskranken Morphin zur Schmerzlinderung verabreicht

wird. Man spricht im medizinischen Bereich auch von einer *palliativen Behandlung*. Die indirekte Sterbehilfe ist in Österreich erlaubt.

Passive Sterbehilfe

Unter passiver Sterbehilfe versteht man das *Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen*. Darunter fällt unter anderem das Abschalten eines Beatmungsgeräts. Die passive Sterbehilfe ist *komplett legal* und kann bereits in Ihrer Patientenverfügung festgehalten werden. Sollte keine Patientenverfügung vorhanden sein, so obliegt es den Angehörigen oder etwaigen anderen befugten Personen, über die lebenserhaltenden Maßnahmen zu entscheiden.

Beihilfe zum Suizid

Unter Beihilfe zum Suizid versteht man die *Selbsttötung mit Hilfe einer Person*, die ein Mittel dazu bereitstellt. Das Mittel muss aber von der erkrankten Person selbst eingenommen werden, da ansonsten eine *aktive Sterbehilfe* vorliegt. Im Gegensatz zu Deutschland ist die Beihilfe zum Suizid hierzulande gesetzlich verboten und wird mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren belegt.

In anderen europäischen Ländern wie *Belgien*, den *Niederlanden* und *Luxemburg* ist selbst die *aktive Sterbehilfe* erlaubt. In der Schweiz ist die aktive Sterbehilfe zwar verboten, allerdings gibt es zwei Vereine, die in der *Freitodbegleitung* aktiv sind.

Textquelle: <https://www.benu.at/ratgeber/bestattungsvorsorge/sterbehilfe/>

Bildquelle: <https://www.liberties.eu/de/news/aktive-sterbehilfe-der-fall-davide-in-italien/14965>

M 3 Sterbehilfe- Tabelle

	aktiv	passiv	indirekt	Assistierter Suizid
Definition				
Rechtliche Lage in Österreich				
Beispiele				

M 4 Das ethische Dilemma nach Kohlberg

Eine Frau hatte Krebs im fortgeschrittenen Stadium. Es gab keine Chance mehr, sie durch eine der bekannten medizinischen Behandlungsmethoden zu retten. Ihr Arzt Dr. Jefferson wusste, dass sie nur noch etwa 6 Monate zu leben hatte. Sie litt unbeschreibliche Schmerzen und war schon so geschwächt, dass eine

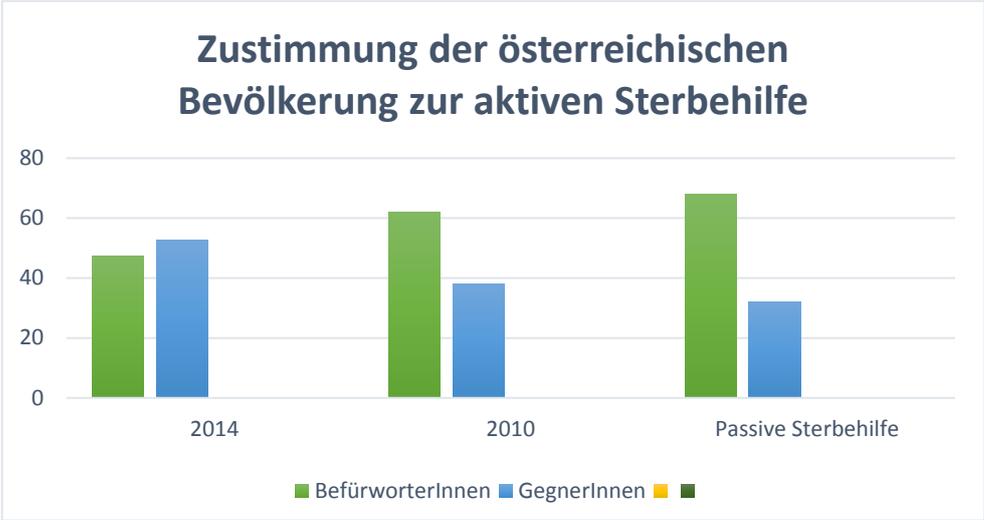


starke Dosis eines schmerzdämpfenden Mittels wie Morphium oder Äther ihren früheren Tod bewirkt hätte. Sie phantasierte und war fast wahnsinnig vor Schmerzen. In ihren ruhigen Phasen bat sie Dr. Jefferson wiederholt darum, ihr doch so viel Morphium zu geben, dass sie sterben könne. Sie erklärte ihm, dass sie die Schmerzen einfach nicht mehr ertragen könne und dass sie ja sowieso in einigen Monaten sterben müsse. – Der Arzt weiß, dass Sterbehilfe (zumal aktive Sterbehilfe) ungesetzlich ist; dennoch überlegt er, ob er den Wunsch der Frau erfüllen soll.

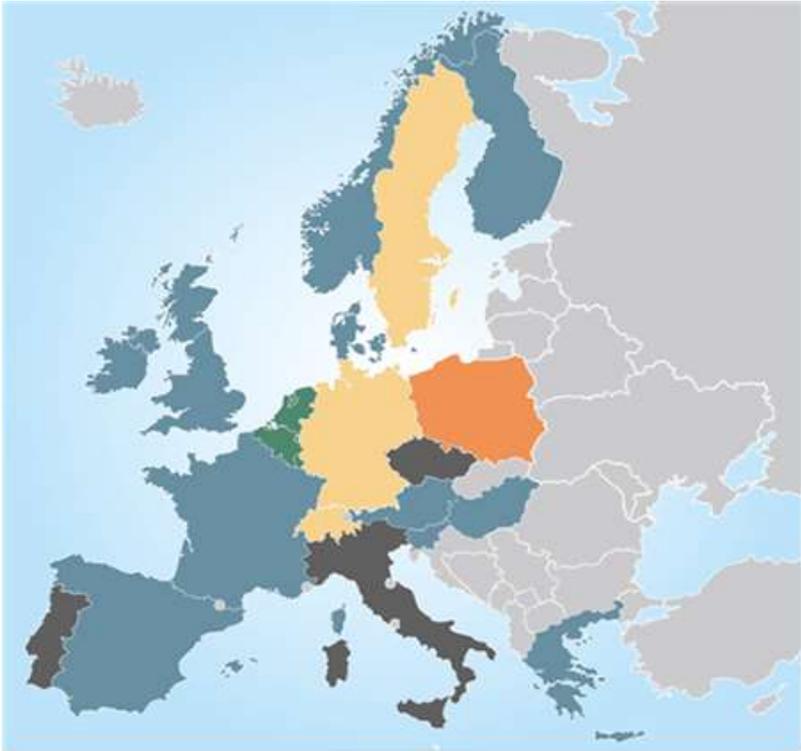
- 1.) Soll Dr. Jefferson der Frau das tödliche Medikament geben? Warum/ Warum nicht?
- 2.) Soll die Frau den Zeitpunkt ihres Todes selbst bestimmen dürfen?
- 3.) Wir wissen, dass der Arzt gegen das Gesetz verstoßen würde, sollte er der Frau Zugang zu dem Medikament verschaffen. Doch wäre diese Handlung auch aus moralischer Sicht falsch?
- 4.) Sollten die Angehörigen der Frau (Ehemann, Kinder...) bei ihrer Entscheidung ein Mitspracherecht haben? Warum/ warum nicht?
- 5.) Was könnte Dr. Jefferson tun, wenn er verantwortungsvoll handeln möchte?

Kohlberg, Lawrence (1996). Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 499
Bild: <https://static.europadonna.at/images/Mona/Fragen-an-deinen-Arzt.png>

M 5 Grafik: Wie steht die Bevölkerung zur aktiven Sterbehilfe und wie ist die Gesetzeslage in Europa?



Datenquelle: Kleine Zeitung



Euthanasie In Europa

- Aktive Sterbehilfe erlaubt
- Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) erlaubt*
- Passive bzw. indirekte Sterbehilfe erlaubt
- Keine Form der Sterbehilfe legal / Jede Form der Sterbehilfe gesetzlich verboten
- Unklare Gesetzeslage

Abbildung 2

Aufgaben (M 5)

1. Wie stehen die Österreicher und Österreicherinnen zur aktiven Sterbehilfe?
2. Woran könnte es eurer Meinung nach liegen, dass die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe in den letzten Jahren abgenommen hat?
3. In welchen Ländern sind die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid erlaubt?
4. Wie interpretiert ihr die unterschiedlichen Gesetzeslagen?

Mein Fazit

M 6 Sterbehilfe pro und contra- Positionen zur aktiven Sterbehilfe

Sollten die aktive Sterbehilfe und der assistierte Suizid erlaubt sein? Welche Gründe sprechen dafür, welche dagegen? Lest die folgenden Zitate und macht euch Notizen. Mit welchen Argumenten wird die jeweilige Position begründet? Tauscht euch in der Gruppe aus und präsentiert anschließend der Klasse eure Ergebnisse.

- „Die Frage, die von einer Reihe von Ärzten, in hochentwickelten Ländern gestellt wird: Darf die Medizin alles was sie kann? – diese Frage erscheint vor dem Hintergrund der medizinischen Praxis in den ehemaligen Ostblockländern als bloße Zukunftsmusik, als reine philosophische Spekulation.²¹⁶“
Rudolf Steindl, tschechischer Philosoph
- „Boshaft formuliert meine ich, dass weder der Staat noch sonst eine Institution an meinem Sterbebett etwas zu suchen hat. Ich würde eine gesetzliche Regelung befürworten, die die Entscheidungsfähigkeit dem Einzelnen überlässt. Es gibt sicher ein Recht auf Leben, aber dieses Recht auf Leben kann doch nicht - unter allen Umständen - zu einer Pflicht auf Leben gemacht werden. Man muss den Menschen Freiheitsrechte einräumen und diese respektieren.²¹⁷“
Peter Kampits, österreichischer Philosoph, im Interview mit der Wiener Zeitung
- „Es gibt wirklich Zustände am Lebensende, die möchte man sich nicht einmal vorstellen, und trotzdem gibt es sie. Und diese extrem leidenden Menschen, das sind die, die wir aufgrund einer- ich kann es nur so sagen, ideologischen Verbohrtheit im Stich lassen, und das kann ich als Arzt nicht akzeptieren²¹⁸.“
Gian Domenico Borasio, Palliativmediziner, in einem Telefoninterview mit Deutschlandfunk
- „Aber wie auch immer man den Suizid moralisch beurteilt, ihn juristisch zu erlauben ist eine ungeheuerliche Anmaßung. Wir können einen lieben Menschen auf der Reise zu einem Todeshaus begleiten, aber nicht ohne klar zu missbilligen, was er zu tun im Begriff ist. Keinesfalls darf er fordern oder auch nur erwarten, dass jemand behilflich ist bei seiner Beseitigung²¹⁹.“
Robert Spaemann, deutscher Philosoph, in einem Gastbeitrag für Die Zeit
- „Im Rahmen der Verantwortung und Humanität sollte besondere Rücksicht auf die Persönlichkeit der betroffenen Patienten genommen werden, und der Hausarzt sollte mit allen verfügbaren Mitteln und Möglichkeiten unterstützen und helfen, aber was die Angewiesenheit und Abhängigkeit betrifft, sollte der Patient immer noch „selbst“ entscheiden dürfen, ein „moralisches Fingerzeigen“ ist nicht angebracht²²⁰.“
Kurt Reisinger, österreichischer Medizinethiker

²¹⁶ Steindl, Rudolf (1994). Tod und Ethik in der modernen Gesellschaft. In: Kampits, Peter (Hrsg.). Medizin- Ethik-Recht. Krems: Zentrum für Ethik und Medizin. S. 147

²¹⁷ Neiss, Beatrix (2001). Den Tod ins Leben integrieren. In: WienerZeitung

²¹⁸ Heuer, Christine (2019). Wir lassen extrem leidende Menschen im Stich. In: Deutschlandfunk [online]

²¹⁹ Spaemann, Robert (2015). Euthanasie. In: Die Zeit Nr 7/15 [online]

²²⁰ Reisinger, Kurt (2016). Die Freiheit des Willens. Die Kunst des Sterbens. Der Landarztethos und der gute Tod. Gangkofen: Leonard GmbH. S. 9

M 7 Fallbeispiel

Sebastian M. ist 23 Jahre alt. Er studiert an der Universität für Veterinärmedizin und hat sich zum Ziel gesetzt, Tierarzt zu werden. Vor zwei Jahren ist er mit seiner Freundin Marie zusammengezogen, die beiden sind seit 4 Jahren ein Paar. Die Beziehung ist harmonisch, es gibt kaum Streit. Doch seit ein paar Wochen hat Marie das Gefühl, dass sich Sebastian von ihr distanziert. Als Sebastian 16 Jahre alt war, ist seine Mutter bei einem Unfall ums Leben gekommen, den Verlust hat er noch nicht verarbeitet. Zu seinem Vater hat er ein ziemlich angespanntes Verhältnis, die beiden haben schon vor Jahren die Bindung zueinander verloren. Seit Sebastian sich entschieden hat, nicht in die Firma des Vaters einzusteigen, sondern lieber Tierarzt zu werden, haben die beiden kaum noch Kontakt. Die seltenen Telefongespräche enden meist in einem großen Streit. Auch von Marie hält er nicht viel, daher hat er die beiden erst dreimal in der Wohnung besucht.

Als Marie eines Abends von der Arbeit nachhause kommt, findet sie Sebastian mit einem Seil um den Hals vor. Er lebt noch, ist aber nicht bei Bewusstsein. Sofort verständigt Marie den Notarzt, Sebastian kommt ins Krankenhaus. Auf dem Küchentisch findet Marie einen Abschiedsbrief, Sebastian schreibt, es täte



ihm Leid, doch er würde schon seit langem keinen Sinn mehr im Leben sehen und hätte keine Kraft mehr, darum wähle er den Tod. Im Krankenhaus wird festgestellt, dass Sebastians Gehirn durch die mangelnde Luftzufuhr irreparable Schäden genommen hat. Er liegt im Koma, und laut Aussage der Ärztinnen und Ärzte gibt es keine Chance, dass er je wieder aufwachen wird.

Einige Wochen später spricht sich Sebastians Vater dafür aus, dass die künstliche Ernährung bei seinem Sohn eingestellt wird und man ihn sterben lässt. Seiner Meinung nach hätte man Sebastian gleich nach dem Selbstmordversuch sterben lassen sollen, schließlich sei dies doch sein freier Wille gewesen. Marie, die die Hoffnung noch nicht aufgegeben hat, dass Sebastian wieder aufwacht, ist darüber sehr aufgebracht. Sie kann den Wunsch des Vaters nicht verstehen.

- 1.) Diskutiert das Fallbeispiel in eurer Gruppe. Welche Argumente sprechen dafür, Sebastian sterben zu lassen und welche dagegen?
- 2.) Hat der Vater das Recht über das Leben seines Sohnes zu entscheiden oder hat er dieses verwirkt? Wie lässt sich seine Sichtweise argumentieren?
- 3.) Wie würdet ihr handeln, wenn ihr an Maries Stelle wärt?

Bild: https://www.vice.com/de_at/article/4375xw/wenn-du-als-arzt-nichts-mehr-tun-kannst

M 8 Rollenspielkarten für die Podiumsdiskussion

Der Moderator / die Moderatorin

Mein Name ist _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Hinweis für die Moderatorin oder den Moderator

Der Moderator/die Moderatorin begrüßt das Publikum, stellt seine/ihre Gäste kurz vor und führt in die Thematik ein. Außerdem hat er oder sie sich eine kurze Einstiegsfrage ausgedacht (z.B. „Frau XY, warum sind Sie gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Österreich?“).

Ein katholischer Pfarrer – Gegner der aktiven Sterbehilfe

Mein Name ist _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Mein Fachgebiet ist _____

Meine Argumente gegen die aktive Sterbehilfe sind _____

Eine österreichische Ärztin – Befürworterin der aktiven Sterbehilfe

Mein Name ist _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Mein medizinisches Fachgebiet ist _____

Ich bin für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil

Ein Jurist– Gegner der aktiven Sterbehilfe

Ich heiße _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Mein beruflicher Schwerpunkt liegt auf _____

Ich bin gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil _____

Eine pflegende Angehörige- Befürworterin der aktiven Sterbehilfe

Ich heiße _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Ich bin pflegende Angehörige seit _____

Ich bin für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil

Ein Altenpfleger– Gegner der aktiven Sterbehilfe

Mein Name ist _____

Ich beschäftige mich mit dem Thema Sterbehilfe, weil _____

Beruflich habe ich vor allem mit...zu tun _____

Ich bin gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil

9. Literaturverzeichnis

- Améry, Jean (1976). Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Ernst Klett
- Ariés, Phillippe (2009). Geschichte des Todes. München: Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co.
- Berk, Laura E. (2005). Entwicklungspsychologie. 3., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium
- Beauvoir, Simone de (2015). Das Alter. 6. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Benzenhöfer, Udo (2009). Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht
- Birnbacher, Dieter (2005). Sterbehilfe-eine philosophische Sicht“. In: Thiele, Felix, Aktive und passive Sterbehilfe. München: Wilhelm Fink Verlag. S. 31-42
- Bischof, Paul (2011). Legitimität ärztlicher Sterbehilfe. Roth, Volkbert (Hrsg.). München: Hatung.Gorre Verlag
- Borasio, Gian Domenico (2015). Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir aus darauf einstellen. 4. Auflage. München: Dtv Verlag
- Cramer, Barbara. (2012). Bist du jetzt ein Engel? Mit Kindern und Jugendlichen über den Tod reden. Tübingen: dgvt Verlag
- Elias, Norbert (2002). Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Engelhardt, Dietrich von (2005). Die Beurteilung des Suizids im Wandel der Geschichte. In: Wolflast, Gabriele und Schmidt, Kurt W. (Hrsg.). Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. München: Verlag C.H. Beck. S. 11-26
- Engels, Helmut (2017). Gedankenexperimente. In: Nida-Rümelin et al. (Hrsg.). Handbuch Philosophie und Ethik. Band 1: Didaktik und Methodik. 2. Auflage. Paderborn: Ferdinand Schöningh
- Ennulat, Gertrud (2011). Kinder trauern anders, Wie wir sie einfühlsam richtig begleiten. Freiburg: Verlag Herder
- Franz, Margit (2002). Tabuthema Trauerarbeit. Erzieherinnen begleiten Kinder bei Abschied, Verlust und Tod. München: Don Bosco Verlag
- Freese, Susanne (2001). Umgang mit Tod und Sterben als pädagogische Herausforderung. Münster: LIT Verlag
- Grimm, Carlo und Hillebrand, Ingo (2009). Sterbehilfe. Rechtliche und ethische Aspekte. Freiburg und München: Verlag Karl Alber

- Habicht, Annekatrin (2009): Sterbehilfe-Wandel in der Terminologie. Eine integrative Betrachtung aus Sicht von Medizin, Ethik und Recht. (Recht und Medizin, Bd.94). Univ., Diss.—Halle-Wittenberg, 2007. Frankfurt am Main: Lang
- Hilpert, Konrad (2013). Argumentieren über Geltungsansprüche. In: Kliemann, Peter und Reinert, Andreas (Hrsg.). Thema: Ethik. Band 1: Philosophische Ethik. Stuttgart: Calwer Verlag. S. 354- 356
- Horlebein, Manfred (1998). Didaktik der Moralerziehung. Eine Fundierung auf der Grundlage Pädagogischer Anthropologie und Praktischer Philosophie. Detmold: Eusl Verlagsgesellschaft
- Hoerster, Nobert (2007). Rechtsethische Überlegungen zur Sterbehilfe. In: Endreß, Alexander und Bauer, Michael (Hrsg.). Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Aschaffenburg: Alibri Verlag
- Hoerster, Nobert (2009). Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft)
- Horster, Detlef (2013). Angewandte Ethik. Stuttgart: Reclam
- Hume, David (2000). Die Naturgeschichte der Religion. Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord. 2. Auflage. Kreimendahl Lothar (Hrsg.). Hamburg: Meiner
- Husebo, Stein (2002). Leben lohnt sich immer. Freiburg/Breisgau: Herder
- Jakoby, Bernard (2007). Geheimnis Sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen. München: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Jennessen, Sven (2007). Manchmal muss man an den Tod denken. Wege der Enttabuisierung von Sterben, Tod und Trauer in der Grundschule. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- Kast, Verena (2013). Trauern: Phasen und Chancen des psychologischen Prozesses. Freiburg: Kreuz Verlag
- Kleinert, Markus (2000). Suiziddiskurs bei Jean Améry und Hermann Burger. Stuttgart: Ibidem- Verlag
- Knoll, Jörg (2007). Kurs- und Seminarmethoden. Ein Trainingsbuch zur Gestaltung von Kursen und Seminaren, Arbeits- und Gesprächskreisen. 11., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und Basel :Beltz Verlag
- Köck, Peter (2019). Handbuch des Ethikunterrichts. 5. überarbeitete Auflage. Augsburg: Auer Verlag
- Kohlberg, Lawrence (1996). Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 499
- Kroen, William C. (1998). Da sein, wenn Kinder trauern. Freiburg: Herder
- Kuebler-Ross, Elisabeth (1973). Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz Verlag

Kuebler-Ross, Elisabeth und Kessler, David (2006). Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch die fünf Stadien des Verlustes finden. Stuttgart: Kreuzverlag

Lacina, Katharina (2009). Tod. Wien: Facultas

Lang, Christine (2001). Wie ich mir zu sterben wünsche. In: Ernst, Stephan; Engel, Ägidius (Hrsg.). Christliche Ethik konkret. Werkbuch für Schule, Gemeinde und Erwachsenenbildung. Kösel Verlag, S. 292.

Langhans, Erika (2019). Methoden für den Ethikunterricht. Ein Leitfaden für die Sekundarstufe II. Bern: hep Verlag

Lattanzi- Licht, Marcia (2003). Die Betreuung von Menschen am Ende des Lebens. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart: Kohlhammer. S. 195-210

Löble, Markus et al (2000). Tod und Sterben in der Vorstellung von Kindern und Jugendlichen. In: Rettungsdienst, Bd. 10. S. 41-45

Meister, Barbara (2005). Suizid. Ein verschwiegenes, lebenswichtiges Thema. In: Amuat, Renate (Hrsg.). Last minute. Der Tod macht auch vor der Schule nicht Halt. 4. aktualisierte Auflage. Zürich: Pestalozzianum Verlag

Minois, Georg (1996). Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler Verlag

Montaigne, Michael de (2005). Die Essais. Ausgewiesen und übertragen von Franz, Arthur. Stuttgart: Reclam

Nationaler Ethikrat (2006). Expertenstreit um Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt, Vol.103(30)

Nietzsche, Friedrich (2019). Also sprach Zarathustra. 8. Auflage. Hamburg: Nikol Verlag

Nolden, Nicole et al. (2018). Palliativ & Schule. Sterben, Tod und Trauer im Unterricht mit jugendlichen Schülerinnen und Schülern. Stuttgart: Kohlhammer

Oduncu, Fuat Shamoun (2007). In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht

Pfister, Jonas (2014). Fachdidaktik Philosophie. 2. Auflage. Bern: Haupt Verlag

Pöltner, Günther (2006). Grundkurs Medizin-Ethik. 2. Auflage. Wien: Facultas

Reisinger, Kurt (2016). Die Freiheit des Willens. Die Kunst des Sterbens. Der Landarztethos und der gute Tod. Gangkofen: Leonard GmbH

Roew, Rolf und Kriesel, Peter (2017). Einführung in die Fachdidaktik des Ethikunterrichts. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt

Rohbeck, Johannes (2013). Didaktik der Philosophie und Ethik. 3.Auflage. Dresden: Thelem Universitätsverlag

Rose, Susanne; Schreiner, Martin (2002). „Vielleicht wollen sie ihm das nicht sagen, weil sie finden, dass er noch zu klein dafür ist ...“. In: Bucher, Anton A. et al. (Hrsg.). „Mittendrin ist Gott“. Kinder denken nach über Gott, Leben und Tod. Stuttgart: Calwer Verlag. S. 115-128.

Vgl. Röser, Winfried (2018). Ethik Schüler Hautnah unterrichten: Sterben & Tod. Augsburg: Auer Verlag

Rumpf, Horst (1986). Unterricht und Identität. Perspektiven für ein humanes Lernen. Weinheim und München: Juventa

Samarel, Nelda (2003). Der Sterbeprozess. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart: Kohlhammer. S. 122- 151

Schneider, Werner (2001). Vom schlechten Sterben und dem guten Tod – Die Neu-Ordnung des Todes in der politischen Debatte um Hirntod und Organtransplantation. In: Thomas Schlich et al. (Hrsg.). Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Frankfurt: Suhrkamp

Singer, Peter (1994): Praktische Ethik. 2., revidierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co

Spaemann, Robert (1990). Wenn Tötung auf Verlangen rechtlich anerkannt würde. In: Süddeutsche Zeitung 92, (22. April 1990)

Specht-Tomann, Monika und Tropper, Doris (2005). Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung. Krummwisch: Königsfurt Verlag

Steffen-Bürgi, Barbara (2017). Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In: Steffen-Bürgi, Barbara et al. Lehrbuch Palliative Care. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 40-50

Steindl, Rudolf (1994). Tod und Ethik in der modernen Gesellschaft. In: Kampits, Peter (Hrsg.). Medizin- Ethik-Recht. Krems: Zentrum für Ethik und Medizin. S. 141- 149

Student, Johann-Christoph/ Napiwotzky, Annedore (2011). Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Student, Johann- Christoph et al. (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt

Tarmann, Paul R.(2009). Altern in Würde. In: Karl, Beatrix und Poier, Klaus (Hrsg.). Alter und soziale Gerechtigkeit. Graz: Laykam. S. 27- 32

Tarmann, Paul R. (2010) Menschenrecht, Ethik und Friedenssicherung. Der personalphilosophische Ansatz Karl Lugmayers. Frankfurt: Peter Lang

Thiele, Felix (2005). Aktive Sterbehilfe. Eine Einführung in die Diskussion. In: Thiele, Felix (Hrsg.). Aktive und Passive Sterbehilfe. München: Wilhelm Fink Verlag

Thieme. Frank (2019). Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie. Wiesbaden: Springer VS

Trechsel, Manuel und Maercker, Andreas (2016). Lebensende, Sterben und Tod. Göttingen: Hogrefe Verlag

Uhl, Siegfried (1996). Die Mittel der Moralerziehung und ihre Wirksamkeit. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Wass, Hannelore (2003). Die Begegnung von Kindern mit dem Tod. In: Wittkowski, Joachim (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. (S. 87-104). Stuttgart: Kohlhammer

Watzka, Carlos (2008). Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Wegleitner, Klaus und Heller, Andreas (2014). Öffentliche Sorge: Gesundheitsförderung in Palliative Care. Warum Sterben und Trauer in den Raum der öffentlichen Sorge gehören. In: Wegleitner, Klaus et al. (Hrsg.). Tod- kein Thema für Kinder? Verlust und Trauer im Leben von Kindern und Jugendlichen. Anregungen für die Praxis. Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag

Weixler, Dietmar und Mattek Karin (2017). Palliative Sedierungstherapie. In: Steffen-Bürgi, Barbara et al. Lehrbuch Palliative Care. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 873- 888

Wiater, Werner (2011). Ethik unterrichten. Einführung in die Fachdidaktik. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Winau, Rolf (1984). Einstellungen zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte. In: Winau, Rolf und Rosenmeier, Hans Peter (Hrsg.). Tod und Sterben. (S. 15-26). Berlin, New York: de Gruyter

Winau, Rolf (1984). Sterbehilfe. In: Winau, Rolf und Rosemeier, Hans Peter (Hrsg.). Tod und Sterben. (S. 365-380). Berlin, New York: de Gruyter

Witt-Loers, Stephanie (2015). Trauernde Jugendliche in der Schule. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Wittkowski, Joachim (1990). Psychologie des Todes. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Wittwer, Hector (2009). Philosophie des Todes. Stuttgart: Reclam

Wittwer, Héctor; Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas (Hrsg) (2010). Sterben und Tod. Geschichte- Theorie- Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Metzler Verlag

Woellert, Katharina und Schmiedebach, Heinz- Peter (2008). Sterbehilfe. München: Ernst Reinhardt Verlag

Wolf, Jean- Claude (2000). Sterben, Tod und Tötung. In: Wiesing, Urban: Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 2. Auflage. Stuttgart: Reclam. S. 220-225

Worden, William (2011). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Internetquellen:

Bayerischer Rundfunk (2016). Wie Kinder trauern:

<https://www.br.de/themen/ratgeber/inhalt/familie/wie-kinder-trauern100.html>, aufgerufen am 02.12.2019

Bernd, Martin (2007). Tod & Sterben heute. In: der Standard.

<https://www.derstandard.at/story/2828278/tod--sterben-heute>, aufgerufen am 12.08. 2019

Was ist Sterbehilfe?

<https://www.benu.at/ratgeber/bestattungsvorsorge/sterbehilfe/>, aufgerufen am 17.12.2019

Bioethikkommission: Bundeskanzleramt Österreich (2015). Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission

https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf, aufgerufen am 14.08.2019

Bundes ARGE. Lehrplan für den Schulversuch ETHIK an der Sekundarstufe 2 AHS und BHS (2017), [https://arge-ethik.tsn.at/sites/arge-](https://arge-ethik.tsn.at/sites/arge-ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf)

[ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf](https://arge-ethik.tsn.at/files/upload/Lehrplan%20f%C3%BCr%20den%20Schulversuch%20Ethik%201.3.2017.pdf), aufgerufen am 23.10.19

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Suizidprävention in Österreich 2018.

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/3/9/CH4000/CMS1392806075313/suizidbericht_2018_korr2019.pdf , aufgerufen am 17.11.2019

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Hospiz und Palliativversorgung.

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich, aufgerufen am 22.10.2019

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wenn Männer nicht mehr leben wollen.

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/maenner> , aufgerufen am 09.10.2019

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2020). Ethik-

Pflichtgegenstand für alle Schülerinnen und Schüler die keinen Religionsunterricht besuchen.

<https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/zrp/ethik.html>, aufgerufen am 10.01.2020

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011). Geflimmer im Zimmer.

Informationen, Anregungen und Tipps zum Umgang mit dem Fernsehen in der Familie.

<https://www.bmfsfj.de/blob/93926/a21d212ef3d0bc9e24d6a1a40ed318d5/geflimmer-im-zimmer-data.pdf>, aufgerufen am 02.01.2020

+

Deutsche Alzheimergesellschaft. [https://www.deutsche-](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzo.pdf)

[alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzo.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzo.pdf), aufgerufen am 07.12.2020

DocCheck Flexikon. Das Medizinlexikon zum Medmachen.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Vernichtungsschmerz>, aufgerufen am 03.01.2019

Helmich, Peter (2004). Selbstmord- Ein Wort das es nicht geben sollte.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/42167/Selbstmord-Ein-Wort-das-es-nicht-geben-sollte>,
aufgerufen am 03.09.2019

Heuer, Christine (2019). Wir lassen extrem leidende Menschen im Stich. In:
Deutschlandfunk.
https://www.deutschlandfunk.de/sterbehilfe-wir-lassen-extrem-leidende-menschen-im-stich.694.de.html?dram:article_id=446553, aufgerufen am 07.09.2019

Kegel, Sandra (2007). Wenn Kinder Mörder spielen. In: FAZ
<https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/computerspiele-wenn-kinder-moerder-spielen-1490149-p2.html>, aufgerufen am 02.09.2019

Klein, Andreas (2016). Sterbehilfe (wieder) in der Diskussion.
<https://www.oegern.at/sterbehilfe-wieder-in-der-diskussion/>, aufgerufen am 15.11.2019

Kleine Zeitung (2014). Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe nimmt ab.
https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/4151615/Grazer-Studie_Zustimmung-zu-aktiver-Sterbehilfe-nimmt-ab geöffnet am 20.01.2020

Lehrplan Ethik 2020,
https://fewd.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_ethik_wiss_dialog/Bundes-ARGE_Ethik_2019.11.22_Lehrplan_Ethik_2020_191113_Entwurf.pdf, aufgerufen am 07.12.2019

Neiss, Beatrix (2001). Den Tod ins Leben integrieren. In: Wiener Zeitung.
<https://www.wienerzeitung.at/dossiers/sterbehilfe/196698-Den-Tod-ins-Leben-integrieren.html>, aufgerufen am 02.01.2020

Nationaler Ethikrat (2006).
https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf, aufgerufen am 08.07.2019

Österreichische Alzheimer Gesellschaft. <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>, aufgerufen am 07.12.2019

Rechtsinformationssystem des Bundes:
https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620#:~:targetText=%C2%A7%2077.,zu%20f%C3%BCnf%20Jahren%20zu%20bestrafen_, aufgerufen am 10.12.2019

Spaemann, Robert (2015). Euthanasie. In: Die Zeit Nr 7/15.
<https://www.zeit.de/2015/07/sterbehilfe-selbstmord-pflicht-robert-spaemann>, aufgerufen am 30.12.2019

Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html, aufgerufen am 24.05.19

WHO Suizidprävention :
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_german.pdf?ua=1,
aufgerufen am 23.11.2019

WHO (2014). Palliative Care.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, aufgerufen am 22.10.2019

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Euthanasie in Europa:

<https://www.caritas-nrw.de/magazin/2015/artikel/sterbehilfe--nein>, aufgerufen am 20.01.2020

Abbildung 2: Anstieg der Lebenserwartung, aufgerufen am 07.12.20.

<https://kurier.at/wissen/staendig-steigende-lebenserwartung-als-widerspruch-zum-starren-pensionsantrittsalter/172.355.193>, aufgerufen am 23.12.2020

10. Anhang

10.1 Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit setzt sich mit der Frage auseinander, wie sensible Themen wie Tod und Sterben, aber auch die aktuelle Sterbehilfedebatte, im Ethikunterricht behandelt werden können, ohne die Schülerinnen und Schüler zu überfordern oder ihre persönlichen Grenzen zu übertreten.

Zu Beginn der Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie sich das Todesverständnis von Kindern und Jugendlichen entwickelt und wie sie dem Tod begegnen. Außerdem werden Trauerphasen, Traueraufgaben und die Trauer dargestellt. Anschließend werden ethischen Kontroversen am Lebensende, nämlich Suizid und Sterbehilfe dargestellt. Da sich die Lernenden nicht nur Fachwissen, sondern auch kritische Denkweisen aneignen und ihre Argumentationsfähigkeit schulen sollen, werden nicht nur die rechtlichen und medizinischen Aspekte behandelt, sondern auch die moralischen Gesichtspunkte analysiert. Den Abschluss dieser Arbeit bilden, in Bezugnahme auf den aktuell geplanten Lehrplan für das Unterrichtsfach Ethik, konkrete Vorschläge für Unterrichtseinheiten zum Thema Sterbehilfe in Österreich.

10.2 Abstract

Sensitive topics like death, dying and current debates on euthanasia can be difficult to address in class. This diploma thesis deals with the question how these topics can be dealt with in ethics class, without exceeding the students' personal boundaries.

The thesis first discusses the question how an understanding of death develops in children and adolescents and how the concept of death is encountered by them. Moreover, mourning as well as stages of grief are described in detail, followed by a discussion of ethical controversies at the end of life, namely suicide and euthanasia. Since teachers ought not only to acquire expertise, but also to train their skills in reasoning, not only legal and medical aspects, but also moral issues will be analyzed in that section of the thesis. Lastly, referring to the current design of the curriculum for the subject ethics, specific suggestions for lessons on the topic of euthanasia in Austria are presented.