

Seelsorge & Strafvollzug

Nr. 3
Dezember 2019

Zur Praxis heutiger Gefängnisseelsorge

Gegründet 2018
www.seelsorgeundstrafvollzug.ch

Redaktionsleitung
Dr. des. Frank Stüfen, frank.stuefen@bluewin.ch
Christoph Rottler, christoph.rottler@zh.kath.ch

Inhalt

Grusswort	4
Editorial	5
Assistierter Suizid im Gefängnis. Überlegungen zu Gefangenen und Angehörigen. Karoline Iseli/Dr. des. Frank Stüfen	7
Assistierter Suizid: Diskussion eines Grundlagenpapiers. Frank Stüfen	36
Traumasensible Seelsorge. Eine Anregung für die Gefängnisseelsorge. Dr. Andreas Stahl	55
Ethik im Gefängnis. Hubert Kössler	72

Grusswort

Liebe Leserinnen und Leser

Die Gefängnisseelsorge ist meines Erachtens eine wichtige Ergänzung, die es in jeder Institution des Justizvollzuges braucht. Wohin kann sich eine inhaftierte Person sonst wenden, wo sie ein Gegenüber findet, das sich Zeit nimmt, um mit ihr über ihre Sorgen zu sprechen und das sich zugleich an die Schweigespflicht hält? Als Dozent für Gefängnisseelsorge im Schweizerischen Kompetenzzentrum für Justizvollzug (SKJV) stelle ich immer wieder fest, dass dem Personal nach einer Auseinandersetzung mit unseren Standards bewusst wird, wie wichtig der Beitrag der Seelsorge im System ist, auch wenn man sich selbst nicht als religiös bezeichnen würde.

Mit der Publikation dieser vom Umfang her bescheidenen, akademisch ausgerichteten Zeitschrift beleuchten wir aktuelle Themen rund um den Justizvollzug aus unserem Blickwinkel als Theologinnen und Theologen und leisten auf wissenschaftlicher Ebene unseren Beitrag. Deshalb diskutieren wir in dieser Nummer die Frage des «Assistierte Suizids». Karoline Iseli und Dr. des. Frank Stüfen machen eine übersichtliche Auslegeordnung der wichtigsten Fragestellungen und nehmen Stellung. Kurz nach Beendigung ihres Artikels wurden ein Rechtsgutachten der Universität Zürich und neue Richtlinien des SKJV veröffentlicht, so dass sich die Redaktion veranlasst sah, diese Publikationen gesondert in einem ergänzenden Artikel aufzunehmen. Auch der Artikel von Hubert Kössler zur Wahrnehmung ethischer Themen und zur Implementierung von Ethikstrukturen sowie der Beitrag von Dr. Andreas Stahl zur Traumasensiblen Seelsorge regen zum Nachdenken über die eigene Tätigkeit als Gefängnisseelsorgende an und geben interessierten Fachleuten aus anderen Disziplinen einen Einblick in unser Wirken.

Ich nutze die Gelegenheit, um zur Jahrestagung des Schweizerischen Vereins für Gefängnisseelsorge am Donnerstag, 5. März 2020 an der Universität in Bern einzuladen. Den thematischen Fokus legen wir auf die Änderungen im Ausländergesetz und die Folgen für die Gefängnisseelsorge. Zu diesem Teil sind auch andere Fachleute herzlich willkommen. Mehr Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.gefaengnisseelsorge.ch.

Ich bin überzeugt, dass Ihnen die Lektüre dieser Zeitschrift gefallen und zur kritischen Auseinandersetzung anregen wird.

Alfredo Díez, Präsident des Schweizerischen Vereins für Gefängnisseelsorge

Editorial

Nun liegt bereits die dritte Nummer unserer Zeitschrift «Seelsorge & Strafvollzug» vor. Das Redaktionsteam freut sich feststellen zu dürfen, dass diese Zeitschrift ein stetig zunehmendes Interesse erfährt. Auch dieses Mal möchte sich die Redaktionskonferenz für all die Rückmeldungen bedanken, die bei ihr eingegangen sind. Sie waren ausnahmslos wertschätzend, kritisch-konstruktiv und somit motivierend für die Präsentation der nun vorliegenden dritten Nummer. Herzlich Dank an die Leserinnen und Leser für das Interesse an der Zeitschrift und unserem sozialen Anliegen.

Befasste sich die letzte Nummer mit Grundhaltungen christlicher Seelsorge, die helfen können, Heilung für Täterinnen und Tätern zu bewirken, ohne Opfer aus dem Blick zu verlieren, so nimmt Seelsorge & Strafvollzug 3 diese Impulse erneut auf, wird dabei aber konkreter!

Die ersten beiden Artikel befassen sich mit «Assistiertem Suizid». Dieses Thema wird zurzeit besonders in der Schweiz breit diskutiert und beschäftigt durch die Medien die allgemeine Öffentlichkeit. Der Artikel mit seinen detaillierten Überlegungen zu diesem hochkomplexen Thema, plädiert letztlich dafür, alles in der Verantwortung der Justiz Liegende zu tun, um Menschen aus ihrer existenziellen Krise herauszuführen. Die Aufgabe der Gefängnisseelsorge ist es, Menschen treu zur Seite zu stehen, die sich hinter Gefängnismauern in tiefer Dunkelheit befinden.

Der erste Artikel ist gemeinsam verfasst von den beiden JVA Pöschwies Seelsorgenden Pfr. Karoline Iseli und Dr. des. Frank Stüfen. Den zweiten Artikel schrieb letzterer als Reaktion auf ein nach Verfassen des gemeinsamen Artikels erschienenes Rechtsgutachten der Universität Zürich. In diesem Aufsatz würdigt Frank Stüfen dieses neue Grundlagenpapier kritisch, das im Auftrag des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Justizvollzug (SKJV) veröffentlicht wurde.

Der dritte Artikel «Traumasensible Seelsorge: Eine Anregung für die Gefängnisseelsorge» von Dr. Andreas Stahl beschäftigt sich mit Überlegungen, wie Erfahrungen von Gewalt, die in ihrer Folge Traumata auslösen und Menschen derart belasten können, dass sie mitunter zu einem gewaltoffenen Verhalten führen. Dies sind Beobachtungen, wie sie in der Gefängnisseelsorge immer wieder gemacht werden. Die moderne Traumaforschung ist nach Stahl in der Lage, für die Seelsorge im Strafvollzug wichtige Anregungen zu geben. Dem Artikel von Stahl liegt seine Promotionsarbeit zugrunde, die 2019 im

Kohlhammer Verlag als Buch erschienen ist: «Traumasensible Seelsorge. Grundlinien für die Arbeit mit Gewaltbetroffenen». Mit seinem Artikel leistet Stahl einen wesentlichen Beitrag zur Thematik einer opferorientierten Seelsorge.

Der vierte Artikel von Hubert Kössler, dem Co-Leiter der Medizinethik im Insepsital, mit der Überschrift «Ethik im Gefängnis» stellt ein Ethikmodell exemplarisch für den Justizvollzug und die Seelsorge im Strafvollzug dar.

Die Redaktion plant bereits die Nummern 4 und 5 von Strafvollzug & Seelsorge, die beide 2020 erscheinen sollen.

Diese Zeitschrift erscheint in Papierform und steht nach der Veröffentlichung auf www.seelsorgeundstrafvollzug.ch zum Download bereit. Die Kosten pro Heft betragen ca. vier Franken. Wir sind weiterhin auf Spenden angewiesen und freuen uns über jede Unterstützung.

Die Redaktion wünscht ein anregendes Leseerlebnis

freundlich grüsst

Christoph Rottler, Redaktion.

Assistierter Suizid im Gefängnis. Überlegungen zur seelsorglichen Begleitung von Gefangenen und Angehörigen

Von Karoline Iseli, Zürich und Dr. theol. des. Frank Stüfen, Bern und Zürich.

Abstract

Im folgenden Artikel soll die Thematik des assistierten Suizides durch Sterbehilfeorganisationen (SHO) innerhalb des Gefängnisses aufgegriffen und unter juristischen, theologisch-ethischen sowie seelsorglichen Aspekten beleuchtet werden. Kann der Wunsch nach assistiertem Suizid im Gefängnis aus juristischer und theologischer Perspektive legitimiert werden? Welche alternativen Handlungsoptionen kann die seelsorgliche Begleitung für Gefangene und Angehörige aufzeigen?

Einleitende Überlegungen zu Suizid und assistiertem Suizid in der Schweiz

Während bereits die Bibel neun Suizide von Menschen erwähnt¹, die sich in die Enge getrieben fühlen und keinen Ausweg mehr sehen – ohne sie moralisch zu be- oder verurteilen – und der Suizid in der Zeitgeschichte durchgängig bis heute beobachtet werden konnte und kann, ist der assistierte Suizid mit einer Sterbehilfeorganisation ein modernes Phänomen, das besonders seit 2008 stark zunimmt.² Unter assistiertem Suizid versteht man die «Beihilfe zur Selbsttötung»; das heisst, der oder die Sterbewillige nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Diese wurde ihm oder ihr von einer anderen Person, das heisst einem Angehörigen oder nahestehenden Menschen, einem Arzt, einer Ärztin oder Sterbehelfenden zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt. In der Schweiz leisten die beiden Sterbehilfeorganisationen EXIT und Dignitas Beihilfe zur Selbsttötung, sie nennen dies Freitodbegleitung.

Der Grund, warum Betroffenen ihr Leben nicht mehr als lebenswert erscheint, ist nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen. Viele Faktoren tragen in Kombination dazu bei, dass Menschen sich entweder für Suizid oder assistierten Suizid entscheiden. Beim Letztgenannten ist es meistens eine

¹ Vgl. Ri 16,30; 1. Sam 31,4ff; 2. Sam 17,23; 1. Kön 16,17; 1. Chronik 10,4; 1. Makk 6,46; 2. Makk 10,12; 2. Makk 14,41; Mt 27,5. Tötung auf Verlangen in Ri 9,5–254.

² Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.40496.html> Todesursachenstatistik 2014: Assistierter Suizid und Suizid in der Schweiz. Korrigierte Version, 14.11.2017 (Besuch am 24.8.2019).

Krankheit sowie fehlende Informationen zu den Möglichkeiten der palliativen Medizin und/oder unbefriedigende ärztliche Begleitung. Beim Suizid bringen persönliche existentielle Krisen mit seelischen Schmerzen den Menschen in einen psychischen Ausnahmezustand, in dem lebensorientierte Pläne und das Wissen um den Wert des eigenen Lebens nicht mehr zugänglich sind. Suizid ist kein seltenes Phänomen in der Schweiz, wobei die Zahlen seit 1980 gesunken sind.³ Seit 2010 hat sich die Suizidrate bei durchschnittlich elf Todesfällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner stabilisiert. Die Suizidrate der Männer ist insgesamt rund dreimal so hoch wie die der Frauen. 2015 lag die Suizidrate bei 16,6 Todesfällen pro 100 000 Männer und bei 5,7 Todesfällen pro 100 000 Frauen.⁴ Die Anzahl der Suizidversuche pro Jahr ist etwa zehnmal höher, wobei eine hohe Dunkelziffer vermutet wird.

Risikofaktoren für Suizid

Depression, Trennungserlebnisse, Arbeitsplatzverlust, Lebensübergänge (Pubertät-Erwachsenenalter, Pensionierung) sowie Verlust von Freiheit gelten als Risikofaktoren. Die Insassen⁵ tragen also durch den Freiheitsentzug ein erhöhtes Suizidrisiko und dieses nimmt zusätzlich wesentlich zu, wenn man folgende Risikofaktoren dazu rechnet, auf die Thomas Noll (2016) hingewiesen hat:

- Persönlichkeitsstörungen (bei bis zu 50% der Insassen)
- Wiederholte Bedrohung durch Mitgefangene
- Unterbringung in Einzelzellen (zusätzlich erhöhtes Risiko: Arrestzelle [Bunker])
- Untersuchungshaft
- Freiheitsstrafen von mehr als 1,5 Jahren

³ Der Peak lag 1980 bei 25 Suiziden pro 100 000 Einwohner_innen. Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet/alle-nach-themen/lebensbedingungen/suizidrate.html (Besuch am 1.9.2019).

⁴ Vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet/alle-nach-themen/lebensbedingungen/suizidrate.html (Besuch am 16.8.2019).

⁵ Da ca. 95 Prozent der Straftaten von Männern begangen werden, benutzen wir im Gefängniscontext nur die männliche Form. Ansonsten werden beide Geschlechter erwähnt. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-straftrecht/justizvollzug/unterbringung-vollzugaufenthalt.html#-913378131> (Besuch am 9.9.2019).

Diese Akkumulation von Risikofaktoren in Gefängnissen führt zu fast vierfach erhöhtem Suizidrisiko bei Gefangenen!⁶

Suizid und assistierter Suizid sind persönliche Entscheidungen, die Menschen aufgrund von fehlender Sinnhaftigkeit bzw. von Sinnverlust, Vorstellungen von zukünftigem Leiden, unerträglichen Schmerzen, Angst zu ersticken u.a. treffen, meist nach längerem Abwägungsprozess. Bei einem Suizid findet dieser Prozess in der Regel alleine, ohne den Einbezug von Angehörigen statt, beim assistierten Suizid hingegen wissen die Angehörigen meistens um den Wunsch des Betroffenen, sich das Leben zu nehmen bzw. einer Sterbehilfeorganisation beizutreten. Die Frage, wie weit die Selbstbestimmung eines Menschen geht, ob seine Autonomie absolut oder relativ zu verstehen ist, ist dabei für die Betroffenen und für die Angehörigen zentral.⁷

Die Selbstbestimmung wurzelt aus theologischer Perspektive in der Gottesebenbildlichkeit und steht im Zusammenhang mit der Freiheit und Würde des Menschen. Suizid als Ausdruck von Selbstbestimmung und/oder Freiheit zu verstehen, greift jedoch zu kurz, da diejenigen Menschen, die kurz vor einem Suizidversuch stehen, sich in einer individuellen und existentiellen Krise befinden, in der die persönliche Identität («das Selbst») eine akute Bedrohung erlebt. Es geht um «seelische Schmerzen, die den Menschen in einen psychischen Ausnahmezustand bringen, in dem lebensorientierte Pläne und das Wissen um den Wert des eigenen Lebens nicht mehr zugänglich sind.»⁸ Ob dies auch für den assistierten Suizid geltend gemacht werden kann, soll im nachfolgenden Artikel erörtert werden.

Historischer Abriss

Die Gründung der ersten Sterbehilfeorganisationen erfolgte 1982 in Zürich und in Genf mit EXIT Deutsche Schweiz und EXIT A. D. M. D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)⁹. Der Schwerpunkt in den ersten Jahren lag auf der Bekanntmachung von Patientenverfügungen sowie dem Versuch,

⁶ Vgl. Noll, 2016, 61.

⁷ Die Sterbehilfeorganisationen stellen die Selbstbestimmung einer Person in den Vordergrund, da diejenige, die den assistierten Suizid in Anspruch nehmen will, selbst soweit handlungsfähig sein muss, dass sie das Mittel selbst einnehmen kann. Mit dieser absoluten Autonomie legitimieren Patienten und Patientinnen und Angehörige den Entscheid, vertuschen so Schuldgefühle und verdrängen ihre Dilemmata. Vgl. Morgenthaler, 2017, 166.

⁸ Michel, 2013, 13.

⁹ 1998 erfolgte die Gründung von «Dignitas – menschenwürdig leben – menschenwürdig sterben» auf der Forch, Zürich.

diesen rechtliche Geltung zu verschaffen. Zudem gab es die Möglichkeit, sich über Selbsttötung zu informieren, jedoch engagierte sich EXIT nicht selber direkt dabei, erst ab Ende der 1980er Jahre begann die persönliche Begleitung für den assistierten Suizid.¹⁰ Infrage dafür kamen ausschliesslich Mitglieder von EXIT mit Wohnsitz in der Schweiz¹¹, die an einer Krankheit mit hoffnungsloser Prognose, an unerträglichen Schmerzen oder an einer unzumutbaren Behinderung litten. Das verwendete Medikament war Natrium-Pentobarbital (NaP) in einer Dosis von 10–15 Gramm, das von einem Arzt abgegeben wurde, der oder die Suizident_in aber selbstständig einnehmen können musste. Diese Praxis wurde von den Behörden toleriert, obwohl die Ärzte dem Strafrecht und den medizinrechtlichen Bestimmungen unterstanden bzw. unterstehen.¹² Bis zum Jahr 2000 fanden alle Fälle von assistiertem Suizid ausserhalb von Spitälern und Pflegeheimen statt, meist am Wohnort des Sterbewilligen. Die im Jahre 2000 vom Zürcher Regierungsrat erlassene neue Regelung ermöglichte fortan, dass Suizidbeihilfe unter bestimmten Bedingungen auch in städtischen Alters- und Pflegeheimen stattfinden konnte, weiterhin jedoch nicht in den Zürcher Stadtspitälern. Die Universitätsspitäler Lausanne und Genf waren die ersten öffentlichen Spitäler, in denen 2006 aufgrund einer neuen Regelung die Suizidbeihilfe zugelassen wurde, ebenfalls unter einschränkenden Bedingungen. Bis heute besteht dieser markante Unterschied zwischen Deutsch- und Westschweiz¹³; was in Spitälern der letztgenannten Region unter Einschränkungen erlaubt wird, ist in den Zürcher Stadtspitälern verboten und in den anderen Deutschschweizer Kantonen teilweise ebenfalls, bzw. unterliegt die Suizidbeihilfe einer Grauzone, in der gesetzliche kantonale Bestimmungen fehlen.¹⁴ Bei den Pflegeheimen neigt hingegen die

¹⁰ Vgl. Bosshard, 2012, 184ff. Der erste assistierte Suizid fand 1985 statt. Vgl. Kovacecic/Bartsch, 2017.

¹¹ Dignitas bietet hingegen auch im Ausland wohnhaften Menschen mit unheilbaren Krankheiten, unerträglichen Schmerzen oder unzumutbaren Behinderungen aller Nationalitäten die Möglichkeiten zum assistierten Suizid an.

¹² Erste kantonale Gerichtsurteile ab 1999, erster Bundesgerichtsentscheid 2006, vgl. BGE 133/58 sowie im nachfolgenden juristischen Teil.

¹³ Der Kanton Waadt hat 2012 den assistierten Suizid als erster Kanton gesetzlich geregelt (erlaubt in Spitälern und Pflegeheimen); 2014 folgte der Kanton Neuenburg mit einem Gesetz für Institutionen, die öffentliche Beiträge beziehen. Vgl. www.curaviva.ch/files/2QVUQQ5/begleiteter_suizid_in_institutionen_fuer_menschen_mit_unterstuetzungsbedarf_grundlagenpapier_curaviva_schweiz_2018.pdf (Besuch am 25.8.2019).

¹⁴ So schied This Jenny, Nationalratspolitiker, im November 2014 im Kantonsspital Glarus mit EXIT aus dem Leben.

Mehrheit der Institutionen auch in der Deutschschweiz dazu, den assistierten Suizid unter Einschränkungen zuzulassen.¹⁵ Dies ist möglich, wenn spezifische Rechtsvorschriften fehlen.¹⁶ Dann können die Institutionen entscheiden, ob sie hausintern Suizidbeihilfe tolerieren wollen. Einige wenige Kantone regeln die Suizidbeihilfe¹⁷, andere hingegen verzichten darauf und überlassen den Entscheid den Institutionen (mit bestimmten Rahmenbedingungen)¹⁸. Eine mögliche Begründung dafür könnte sein, dass die Privatsphäre der Heimbewohner Vorrang vor dem Betreuungsauftrag der Institution hat.¹⁹

Die meisten Fälle von Suizidbeihilfe wurde von EXIT Schweiz begleitet, gefolgt von A.D.M.D. und Dignitas; die zugrundeliegenden Erkrankungen waren zu 24 Prozent Malignome, zu 17 Prozent neurologische Leiden, zu 14 Prozent rheumatologische Krankheiten und die persönlichen Suizidmotive waren unzureichende Schmerzkontrolle, drohender Verlust von Körperfunktionen sowie Verlust von Lebensqualität.²⁰

Angehörige und Institution

Jeder Entscheid eines einzelnen Menschen, das Leben selbst zu beenden, durch Suizid oder assistierten Suizid, betrifft weitere Menschen: Angehörige, Freunde, und wenn der assistierte Suizid in einer Institution durchgeführt wird, dann auch Mitarbeitende und Insassen. Während Suizide oft ohne Vorkündigungen geschehen und die Mitteilung desselben die Angehörigen oft in einen Schockzustand versetzt, erleben die Angehörigen bei einem assistierten Suizid häufig den ganzen Entscheidungs- und Vorbereitungsprozess und werden darin miteinbezogen. Morgenthaler/Plüss/Zeindler (2017) wiesen darauf hin, dass die meisten Angehörigen während der Phase der Entscheidung mit moralischen Dilemmata kämpfen, ob die Suizidbeihilfe der richtige Weg und jetzt der richtige Zeitpunkt dafür sei.²¹ Dass das qualvolle Leiden

¹⁵ Vgl. Bosshard, 2012, 186.

¹⁶ So etwa in Zürich (2013), Bern (2016), Wallis (2016) oder dem Tessin (2016): Diese Kantone haben es abgelehnt, den assistierten Suizid in Heimen und sozialen Institutionen zu regeln. Vgl. www.curaviva.ch/files/2QVUQQ5/begleiteter_suizid_in_institutionen_fuer_menschen_mit_unterstuetzungsbedarf_grundlagenpapier_curaviva_schweiz_2018.pdf (Besuch am 25.8.2019).

¹⁷ Waadt, Neuenburg, Wallis. Vgl. www.sozialinfo.ch/fachwissen/dossiers/suizid-hilfe-zwischen-liberalisierung-und-praevention.html (Besuch am 1.9.2019).

¹⁸ Im Kanton Neuenburg werden Heime verpflichtet, Suizidbeihilfe in ihren Räumen zuzulassen.

¹⁹ Vgl. Bosshard, 2012, 186.

²⁰ Vgl. Kovacecic/Bartsch, 2017.

²¹ Vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 2017, 217–219.

eines nahestehenden Menschen mit einem assistierten Suizid ein Ende haben wird und dass diese Sterbform juristisch in der Schweiz legal ist, hilft den Angehörigen die Dilemmata auszuhalten bzw. zu rechtfertigen. Dennoch tragen die Angehörigen auch Schuldgefühle in sich, weil sie den Entscheid für den assistierten Suizid nicht (vollends) bejahen können, dennoch aber etwa in der Phase der Realisierung helfen, den Suizid zu organisieren und der letzten Lebensphase eine speziell erfüllte Zeit zu geben versuchen.²²

Auch dem Ort respektive der Institution, in welcher der assistierte Suizid durchgeführt wird, gilt es Beachtung zu schenken. Mitarbeitende, für die Sterben und Tod zum Alltag gehören (bspw. auf einer Palliativstation eines Spitals oder in einem Hospiz) werden und können Angehörige kompetenter in Bezug auf den Abschied begleiten als Mitarbeitende in einer Institution, in der Sterben und Tod sich nur ausnahmsweise ereignen, dazu gehören mit Sicherheit die Justizvollzugsanstalten. Für Mitarbeitende solcher Institutionen ist ein assistierter Suizid ein Fremdkörper, abgesehen vom sicherheitsorganisatorischen Aspekt, da in einem solchen Fall zusätzlich Personen, Medikamente etc. kontrolliert werden müssen.

Trauer nach assistiertem Suizid und Trauer nach Suizid

In der Schweiz müssen bei einem assistierten Suizid zwei Zeugen dabei sein. Neben einem Mitglied der Sterbehilfeorganisation ist dies – gemäss EXIT – meist ein nahes Familienmitglied oder eine befreundete Person des Sterbewilligen.²³ Wenn Angehörige nach dem Freitod sehr litten, würde man ihnen Unterstützung bieten oder ihnen beispielsweise eine therapeutische Nachbetreuung empfehlen.²⁴ Dignitas verweist auf ihre Informationsbroschüre, in der steht: «Dignitas ist auch nach einer Freitodbegleitung für die Angehörigen noch da und steht ihnen auf Wunsch mit Rat und Tat bei.»²⁵

Eine Schweizer Studie zeigte 2012 auf, dass die Belastung für Angehörige in der Begleitung bei assistiertem Suizid deutlich stärker ist als bei natürlichen Todesfällen.²⁶ So entwickelten 20 Prozent eine posttraumatische

²² Das gilt auch für den Todestag: «Eine ‚Einladung‘ zu der finalen Szene kann fast nicht ausgeschlagen werden.» Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 2017, 219.

²³ Vgl. Wagner/Müller/Maercker, 2012, 542–546. Vgl. zudem <https://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Nach-der-Freitodbegleitung-in-die-Therapie/story/31591511> (Besuch am 27.8.2019).

²⁴ Vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 2017, 217–219.

²⁵ Vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 2017, 217–219.

²⁶ Vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 2017, 217–219.

Belastungsstörung (PTBS)²⁷, 16 Prozent eine Depression und 5 Prozent wiesen eine komplexe Trauerreaktion auf (d.h. starke Trauer wie in den ersten Monaten nach dem Tod eines Angehörigen). Studienleiterin Birgit Wagner fasste zusammen: «Gemäss unserer Studie treten nach einer Freitodbegleitung psychische Störungen deutlich häufiger auf.»²⁸

Eine zusätzliche Belastung ist auch die forensische Untersuchung, die bei einem assistierten Suizid durch Ärzte oder Ärztinnen, Polizei und Staatsanwaltschaft unmittelbar nach dem Tod obligatorisch erfolgt. Die Anwesenheit von bewaffneten Polizisten und insbesondere deren Verhalten wird von mehr als der Hälfte aller Angehörigen als nicht respektvoll empfunden.²⁹

Angehörige sind nach einem (nicht assistierten) Suizid ebenfalls dieser forensischen Untersuchung ausgesetzt, und diese kann sich teilweise über Tage hinziehen, insbesondere wenn Zweifel bestehen, ob sich der Verstorbene tatsächlich selbst getötet hat. Je nach Suizidart ist der oder die Verstorbene sehr entstellt und diese Bilder setzen sich quälend in der Erinnerung fest. Ähnliches passiert, wenn ein Angehöriger oder eine Angehörige den oder die Suizident_in selbst auffindet, dann laufen diese Bilder wie ein Film unkontrollierbar immer wieder vor dem inneren Auge der bzw. des Angehörigen ab. Wenn sich der Mensch suizidiert hat, ohne dass es Anzeichen dafür gab (keine Depression, Lebensmüdigkeit oder bereits erfolgte Suizidversuche), löst dies bei vielen Angehörigen den Zustand eines Schocks als erste Trauerreaktion aus.³⁰ Das Leben vor dem Suizid wird in Frage gestellt und die Angehörigen suchen bei sich nach Fehlverhalten und versäumten Chancen und sie werfen sich vor,

²⁷ Symptome von PTBS sind Schlafprobleme, Albträume, wiederkehrende belastende Erinnerungen, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen. Zudem ist das Umfeld bei PTBS entscheidend: Wenn sich Betroffene mit kaum jemanden über den assistierten Suizid unterhalten können oder sich abgelehnt fühlen, kommt es häufiger zu PTBS.

²⁸ Vgl. <https://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Nach-der-Freitodbegleitung-in-die-Therapie/story/31591511> (Besuch am 27.8.2019).

²⁹ Vgl. <https://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Nach-der-Freitodbegleitung-in-die-Therapie/story/31591511> (Besuch am 27.8.2019).

³⁰ Der Verlust nach Suizid ist häufig überraschend und heftig, ähnlich wie Trauerprozesse nach unerwarteten und plötzlichen Todesfällen (z.B. Verkehrsunfälle, Mord, plötzlicher Kindstod, Arbeitsunfälle, Naturkatastrophen), und er kann bei den Angehörigen ein Trauma hervorrufen. Der Schmerz nach einem Verlust durch Suizid hat jedoch auch spezifische Merkmale: die Frage nach dem «Warum»; die Suche nach dem Schuldigen; Stigma und Isolation; Wut. Vgl. www.trauernetz.ch/ein-schwerer-verlust/ (Besuch am 30.8.2019).

die Notsituation des oder der Suizident_in nicht erkannt zu haben. Das Selbstvertrauen, Situationen richtig einzuschätzen und darauf zu reagieren, zerbricht; Schuldgefühle quälen die Angehörigen.³¹

Die Komplexität der Trauer nach einem Suizid zeigt sich am Trauerprozess, in dem die verschiedenen Phasen selten linear, sondern sprunghaft durchlebt werden und sich oft wiederholen. Die Merkmale dieser «komplizierten Trauer»³² sind: Die Welt und Regeln des Zusammenlebens sind erschüttert, Grundüberzeugungen in Bezug auf Sicherheit und zwischenmenschliches Verhalten werden in Frage gestellt und der traumatisierte Mensch erlebt sich selbst als verletzbar und zieht sich zurück (auch wegen Schuldgefühlen und Scham – Suizid ist besonders auf dem Lande noch immer ein Stigma).³³

Das Nicht-loslassen-Können, besonders wenn Erklärungen für den Suizid fehlen oder kein Abschiedsbrief vorhanden ist, erschwert die Trauerverarbeitung und verstärkt die Sinnfrage bzgl. des Suizids wie auch des persönlichen Weiterlebens massiv. Angehörige haben besonders im ersten Jahr nach dem Suizid ein viel höheres Risiko, sich selbst das Leben zu nehmen und werden darum auch als «survivors of suicide»³⁴ bezeichnet.

Unterstützung nach einem Suizid finden Angehörige in der Schweiz z.B. beim Verein Refugium³⁵, der in vier Regionen (Zürich, Bern, Luzern, Basel) geleitete Selbsthilfegruppen und Einzelgespräche³⁶ anbietet³⁷, aber auch bei der geleiteten Selbsthilfegruppe «Nebelmeer» in Bern, Biel und Zürich mitwirkt³⁸. Das

³¹ Vgl. Paul, 2012, 42.

³² www.pukzh.ch/default/assets/File/Komplizierte_Trauer_Psych_Kolloq_19_05_2017.pdf. (Besuch am 27.8.2019).

³³ Vgl. Wagner, 2017, 18.

³⁴ Vgl. Zollinger, 2004, 1561–1563.

³⁵ Vgl. www.verein-refugium.ch (Besuch am 30.8.2019).

³⁶ Mit ebenfalls von Suizid Betroffenen, die ihre Trauer weitgehend aufgearbeitet haben.

³⁷ Der reformierte Stadtverband der Stadtzürcher Kirchgemeinden finanzierte bis 2017 30 Jahre lang die Suizidnachsorge, d.h. die Refugium-Gruppe Region Zürich (innerhalb der Arbeitsstelle «Kirche und Jugend»); im Rahmen der Umstrukturierung der Stadtzürcher Kirchgemeinden wurde die Suizidnachsorge als «nicht mehr zur Kernkompetenz gehörend» gestrichen. Vgl. www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/kirche-zieht-sich-aus-hilfe-fuer-suizidbetroffene-zurueck/story/27557245 (Besuch am 30.8.2019).

³⁸ Vgl. <https://nebelmeer.net> (Besuch am 1.9.2019).

«Nebelmeer» ist ein Angebot für junge Erwachsene (bis ca. 30 Jahre), die einen Elternteil durch Suizid verloren haben.³⁹

Diese einleitenden Überlegungen zeigen auf, dass Suizid und assistierter Suizid zwar die Entscheidung eines einzelnen Menschen sind, gleichwohl aber durch die Handlung und deren Folge – das selbstbestimmte Ende des Lebens dieses Einzelnen – viele Menschen teilweise existentiell betroffen werden (unabhängig davon ob sie den Entscheid befürworten oder nicht). Nachfolgend soll – nach einem juristischen Teil – das grundsätzliche ethische Problem bei assistiertem Suizid im Gefängnis und die Haltungen der Seelsorge erläutert werden. Die Frage, was Seelsorge den Entscheidungen für Suizid/assistierten Suizid entgegensetzen kann, ist dabei leitend.

Juristische Grundlagen zu assistiertem Suizid

Claudia Sieber (2017) stellte in ihrer juristischen Masterarbeit «Freitodbegleitung im Freiheitsentzug. Eine grundrechtliche Betrachtung» fest, dass «bis anhin [...] die Frage, ob der Staat die Freitodbegleitung einer Person, welche sich im Freiheitsentzug befindet u.U. bewilligen muss, [...] noch rein theoretischer Natur [sei]»⁴⁰. Diese Feststellung erwies sich im Juli 2018 als überholt, da ein nach Art. 64 StGB verwahrter Sexualstraftäter «wegen permanent unerträglicher werdenden Lebensbedingungen sterben»⁴¹ wollte und sich deshalb an die Sterbehilfeorganisation EXIT wandte. Dieses Anliegen brachte das Thema in eine breitere Öffentlichkeit und notwendigerweise auf die Agenda von Politik, Justiz, Straf- und Massnahmenvollzug und Rechtswesen. EXIT antwortete laut der Berner Tageszeitung «Der Bund» folgendes: «Bei Ihnen als verwahrte Person liegen besondere Umstände vor, die vertieft abgeklärt werden müssen.»⁴²

Die Frage, ob einem inhaftierten Menschen der Wunsch auf Einbeziehung einer Sterbehilfeorganisation für einen assistierten Suizid erfüllt werden soll bzw. muss oder nicht, hat verschiedene Aspekte. Es gibt den ethischen Aspekt, auf den weiter unten noch eingegangen werden soll. Es ist vor allem und zuerst einmal eine juristisch zu klärende Frage. Die gefängnisseelsorgliche Perspektive, die das Ziel dieses Artikels ist, kann erst bedacht werden, wenn die juristische und ethische Sicht dargestellt wurden.

³⁹ Die Gruppen Nebelmeer Biel und Bern werden von der reformierten Kirche Bern-Jura-Solothurn teilfinanziert.

⁴⁰ Sieber, 2017, 3.

⁴¹ Senn/Zellweger, 27.7.2018.

⁴² Senn/Zellweger, 27.7. 2018.

In der Schweiz ist der Versuch eines Suizides keine strafbare Handlung. Dies leitet sich aus Art. 7 [«Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen»] und Art. 10. Abs. 2 [«Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.»] der Bundesverfassung ab. Sieber fasste zusammen: «In unserer Rechtsordnung hat der Mensch ein grundsätzliches Recht auf Selbstbestimmung. Dies beinhaltet die Freiheit, Entscheidungen in persönlichen Angelegenheiten selber treffen zu können.»⁴³ Sie wies mit einem Zitat darauf hin, dass Suizid als Teil des Rechts auf Selbstbestimmung verstanden werden müsse: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln.»⁴⁴ Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass aus diesem Freiheitsrecht kein Anspruch auf Suizid abgeleitet werden kann: «Mit anderen Worten, es gebietet dem Staat nur, die Suizidhandlung zuzulassen. Nicht aber, dabei Beihilfe zu leisten.»⁴⁵ Darauf wies auch das Bundesgericht im Fall eines Mannes dezidiert hin, der ohne ärztliche Verschreibung die Abgabe von NaP forderte.⁴⁶ Das Bundesgericht argumentierte mit übergeordnetem Recht, welches einen Suizid als Grundrecht des Menschen statuiert. Mit Art.8 Ziff.1 EMRK ist zugleich zumindest eine rechtliche Grundlage gegeben, einen assistierten Suizid zu ermöglichen. Wie weiter unten ersichtlich wird, sehen Länder wie Deutschland oder Frankreich dies in ihrer jeweiligen Rechtsprechung bezogen auf die Möglichkeit assistierten Suizids anders.

Allerdings gilt es auch den Entscheid eines Neuenburger Gerichts (Tribunal de police du district de Boudry) aus dem Jahr 2010 zur Kenntnis zu nehmen, in dem eine Kantonsärztin freigesprochen wurde, die eine Patientin am Lebensende so begleitete, dass eigentlich der Tatbestand einer Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB erfüllt zu sein schien. Sie verabreichte der Patientin das Barbiturat NaP, das Gericht entschied jedoch, dass die Handlung der Ärztin straffrei bleiben solle, da die Patientin nicht mehr körperlich dazu in der Lage gewesen sei, das Gift selbst zu sich zu nehmen, jedoch eine klare

⁴³ Sieber, 2017, 4.

⁴⁴ Sieber, 2017, 4. Das Zitat stammt von Müller, Jörg Paul 1999, Grundrechte in der Schweiz. Im Rahmen der Bundesverfassung von 1999, der UNO-Pakte und der EMRK, 3. Aufl., Bern, 61.

⁴⁵ Sieber, 2017, 5f.

⁴⁶ BGE 133/58, 6.1.2006.

Willensäußerung getan habe.⁴⁷ Auch ein zweites Urteil ist noch zu erwähnen, das im Juli 2019 in Basel gefällt wurde: Dort wurde eine Ärztin verurteilt, die 2016 bei einer nicht terminalen psychisch kranken Person einen assistierten Suizid leistete. Zwar wurde die Ärztin wegen Verstosses gegen das Heilmittelrecht verurteilt, jedoch vom Vorwurf der Tötung freigesprochen.⁴⁸ Im selben Fall entschied das Verwaltungsgericht des Kantons Basel-Stadt, dass der Hinweis auf die Standesregeln der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften ungenügend sei, da diese zum Zeitpunkt der Tat, nur den assistierten Suizid am Lebensende regelten: «Wie vorstehend eingehend dargelegt wurde, gelten die SAMW Richtlinien nur für Patienten am Lebensende und gibt es in der Schweiz keine expliziten Richtlinien oder Standesregeln, welche die ärztliche Suizidhilfe für noch nicht am Lebensende stehende Personen regeln. Damit können die SAMW Richtlinien von vornherein keine in allen Fällen des ärztlichen Suizidhilfe einzuhaltende Qualitätsvorschriften darstellen.»⁴⁹ Rechtlich bildet dieses Urteil des Verwaltungsgerichts Basel-Stadt möglicherweise eine Begründung, die auch auf die Insassen in Strafanstalten zutreffen könnte, die reklamieren, den psychischen Druck der Inhaftierung nicht mehr aushalten zu können und deshalb mithilfe eines assistierten Suizids aus dem Leben scheiden zu wollen. In ihrer Publikation zur «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» (4. Aufl. 2019) streift die SAMW das Thema eines Suizids im Gefängnis im Abschnitt über Hungerstreik, wo keine weiteren ärztlichen Massnahmen empfohlen werden, wenn die betreffende Person «ausdrückliche Anordnungen für den Fall eines Bewusstseinsverlustes hinterlegt [habe], auch wenn diese den Tod zur Folge haben können.»⁵⁰ In einer überarbeiteten Neuauflage (2018) regelte die SAMW die Suizidhilfe neu und nahm im weitesten Sinne auch die Themen psychische Erkrankung und Demenz mit auf: «Der Patient ist in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig. Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat. Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, wurde die Urteilsfähigkeit durch den entsprechenden Facharzt

⁴⁷ Vgl. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20104163>

⁴⁸ Das Gerichtsurteil lag zum Zeitpunkt des Schreibens dieses Artikels noch nicht in begründeter Form vor. Es hat noch keine Rechtskraft erlangt, da die Angeklagte angekündigt hat, das Urteil weiterziehen zu wollen.

⁴⁹ VD.2017.21, 6.1.

⁵⁰ SAMW 2019a, 9.

evaluiert.»⁵¹ Bedeutsam scheint in unserem Zusammenhang auch, dass die SAMW in der Neuauflage die Frage nach dem sog. Sterbefasten reflektiert hat. Als besonders schwierig stufte sie Situationen ein, «in denen Menschen, die nicht sterbend sind, den Weg des freiwilligen Verzichts wählen. Die Motivation der Patientin,⁵² ihr Gesundheitszustand und die Werthaltung der Gesundheitsfachpersonen sind massgebend für den Entscheid, ob eine Begleitung angeboten werden kann oder nicht.»⁵³

Die rechtliche Grundlage für einen assistierten Suizid bildet heute Art. 115 StGB: «Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.» Ursina Stocker (2015) präziserte: «Beihilfe zum Suizid, die uneigennützig erfolgt, bleibt nur dann straffrei, wenn eine freie Willensentscheidung des urteilsfähigen Sterbewilligen vorliegt. Wenn jedoch eine Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt, ist dies nach Art. 115 StGB strafbar und wird entsprechend sanktioniert.»⁵⁴ Nun könnte man vermuten, dass EXIT und Dignitas, die ein gewisses Entgelt für ihre Aufwendungen bekommen, dadurch selbstsüchtig handeln würden. Tatsächlich hat der Gesetzgeber diese Entschädigung als nicht relevant eingestuft: «Die Strafverfolgungspraxis hat bis dato die gewerbsmässige und entgeltliche Leistung von Sterbehilfe nie als strafbar betrachtet.»⁵⁵ Eines der Resultate dieser Einschätzung sei, so Stocker, «dass so viele ausländische Sterbewillige in die Schweiz reisen, um vom hiesigen Angebot der Sterbehilfeorganisationen Gebrauch zu machen»⁵⁶

Stocker listete in ihrer Masterarbeit «Sterbehilfe – Assistierter Suizid. Rechtliche, politische und moralisch-ethische Aspekte, inkl. Checkliste für Sterbehilfe-agTs» die Praxis in anderen Ländern auf: So sei in den Niederlanden «die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid per Gesetz für legal erklärt»⁵⁷ worden und Belgien habe rasch nachgezogen. Dort seien sowohl die direkte aktive Sterbehilfe als auch der assistierte Suizid legal. In Deutschland werde «jede einverständliche Tötung, auch bei einem absolut nachvollziehbaren Motiv des Verlangenden, als tatbestandsmässig im Sinne einer

⁵¹ SAMW, 2019b, 26.

⁵² Der im Zitat verwendete Terminus «Patientin» schliesst beide Geschlechter ein.

⁵³ SAMW, 2019b, 28.

⁵⁴ Stocker, 2015, 28.

⁵⁵ Stocker, 2015, 25.

⁵⁶ Stocker, 2015, 25.

⁵⁷ Stocker, 2015, 7.

Tötung auf Verlangen gemäss § 216 dt. StGB [angesehen] und mit einer erheblichen Freiheitsstrafe sanktioniert [...]»⁵⁸

In der Frage, wie ein assistierter Suizid ermöglicht werden könne, hat sich die ärztliche Abgabe von NaP durchgesetzt. Das Bundesgericht musste in der Frage entscheiden, ob ein Sterbewilliger ein Anrecht auf die Abgabe von NaP habe oder nicht: «Das Bundesgericht hat in diesem Entscheid zwar grundsätzlich anerkannt, dass NaP zum Zweck des Suizides abgegeben werden könne. Doch aus dem Recht des Einzelnen auf Suizid ergebe sich kein Anspruch, dass ihm durch den Staat Beihilfe bei der Selbsttötung oder bei der aktiven Sterbehilfe geleistet werde und somit auch nicht auf Abgabe von NaP ohne ärztliche Verschreibung.»⁵⁹ Damit hat das Bundesgericht die Verschreibung von NaP zum Zweck eines assistierten Suizids grundsätzlich ermöglicht.

Stocker versuchte darzustellen, wie eine rechtliche Klärung des Sachverhaltes unter Erweiterung von Art. 115 StGB aussehen könnte. Letztendlich wurde darauf verzichtet, den bis heute gültigen Art. 115 StGB anzupassen, da eine Neuregelung «gegenüber der heutigen Regelung nur einen sehr beschränkten Mehrwert [brächte], so der Bundesrat, weil sie lediglich die Verpflichtungen, die sich bereits heute aus Art. 115 StGB ergeben, konkretisieren würde.»⁶⁰

Die SAMW listete mehrere Gründe auf, die vorliegen müssten, damit ein assistierter Suizid durchgeführt werden könne: «Angesichts der ausserordentlichen Tragweite der Entscheidung muss eine allfällige Urteilsunfähigkeit der Patientin besonders sorgfältig ausgeschlossen werden und es muss gewissenhaft geprüft werden, dass der Suizidwunsch wohlherwogen und ohne äusseren Druck entstanden sowie dauerhaft ist.»⁶¹

Fragt man nach einem möglichen rechtlichen Argumentarium, um Menschen im Strafvollzug das Recht auf einen assistierten Suizid zu gewähren, wäre vermutlich – neben der eher ethisch motivierten Frage, ob einem Menschen in Gefangenschaft Rechte verweigert werden können, die er in Freiheit besässe – die enorme psychische Belastung zu nennen, die ein fortgesetzter Freiheitsentzug bedeuten kann. Der bereits zitierte BGE 113/58 konstatierte: «Es ist nicht zu verkennen, dass eine unheilbare, dauerhafte, schwere psychische Beeinträchtigung ähnlich wie eine somatische ein Leiden begründen kann, das dem Patienten sein Leben auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert

⁵⁸ Stocker, 2015, 11.

⁵⁹ Stocker, 2015, 26.

⁶⁰ Stocker, 2015, 34.

⁶¹ SAMW, 2019b, 25.

erscheinen lässt. Nach neueren ethischen, rechtlichen und medizinischen Stellungnahmen ist auch in solchen Fällen eine allfällige Verschreibung von NatriumPentobarbital nicht mehr notwendigerweise kontraindiziert und generell als Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflichten ausgeschlossen.»⁶²

Damit wird wohl auch verständlich, weshalb es gerade ein verwarhter Straftäter war, der sich an EXIT mit dem Anliegen einer Suizidbeihilfe wandte. Im Straf- und Massnahmenvollzug gibt es zwei Kategorien von Straftätern, bei denen eine hohe psychische Belastung angenommen werden kann: Menschen, die eine lebenslängliche Freiheitsstrafe verbüssen und Menschen, die nach Art. 64 ordentlich oder nach Art. 64. 1^{bis} lebenslänglich verwarht wurden. Obwohl auch Menschen mit hohen Zeitstrafen oder mit einer wiederholt erneuerbaren Massnahme nach Art. 59 schwere Belastungssituationen aushalten müssen, tritt vermutlich erst mit infiniten Strafen oder Massnahmen der Zustand sehr grosser Perspektivlosigkeit ein, der aus einer Strafe ein fortgesetztes psychisches Leiden an der eigenen Lebenssituation werden lässt. Sollte jedoch die Möglichkeit grundsätzlich geschaffen werden, dass Gefangene wegen fortgesetzten psychischen Leidens mit einem assistierten Suizid aus dem Leben scheiden können, könnten auch Menschen, die zu hohen Freiheitsstrafen oder wegen schwer stigmatisierenden Delikten (etwa gewisse Sexualdelikte) verurteilt wurden, oder die hohe Schulden und wenig beruflicher Perspektive in einer häufig resozialisierungsunfreundlichen Gesellschaft belasten, solch fortgesetzte psychische Leiden durchaus glaubhaft für sich reklamieren.

Es lässt sich schwer einschätzen, ob Justiz und Justizvollzug eines Tages den Entscheid treffen werden, eine Sterbehilfeorganisation in den Institutionen des Straf- und Massnahmenvollzugs zuzulassen oder es sterbewilligen Gefangenen zu ermöglichen, dies ausserhalb der Mauern zu vollziehen. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine Entscheidung dazu.⁶³ Es ist, zumindest solange man heutiger Praxis folgt, zu vermuten, dass sich der Straf- und Massnahmenvollzug gegen eine solche Massnahme entscheiden würde. Blickt man auf die Argumentation, die psychisches Leiden als möglichen Grund für einen assistierten Suizid ansieht, kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Gericht dem Wunsch eines suizidwilligen Insassen Recht gäbe. Vermutlich müsste, um dem Justizvollzug Rechtssicherheit zu ermöglichen, ein solcher

⁶² BGE 133/58, 6.3.5.1, der fehlende Bindestrich bei Natrium-Pentobarbital wurde aus der Quelle übernommen.

⁶³ Die Implikationen aus dem Rechtsgutachten Tag/Baur, 2019, werden in einem eigenen Artikel in diesem Heft reflektiert.

Fall durch das Bundesgericht entschieden werden. Allerdings würde der Straf- und Massnahmenvollzug damit nur rechtliche Sicherheit gewinnen, die ethisch hochproblematische Perspektive aufs Thema kann aufgrund der dilemmatischen Struktur nicht gelöst werden.

Wie diese Fragen ethisch einzuordnen sind und welche ethischen Dilemmasituationen entstehen können, soll im Folgenden erörtert werden.

Grundsätzliche ethische Probleme

Ein grundsätzliches ethisches Problem besteht bereits heute und bliebe unabhängig davon bestehen, wie eine juristische Klärung der Frage durch einen höchstrichterlichen Entscheid ausgehen würde. Das ethische Dilemma entfaltet sich nach mehreren Seiten hin und betrifft verschiedene Akteure.

Der Insasse

Zuerst einmal ist die Person zu nennen, die mit einem assistierten Suizid aus dem Leben zu scheiden wünscht. Es liesse sich zeigen, dass dieser Wunsch keiner rationalen Bewältigungsstrategie folgt, sondern eine existenzielle Krise beschreibt, in der zumindest in der gegenwärtigen Lebenssituation keine Lösung erkennbar ist. Der dauerhaft geäusserte Wunsch einer Person lässt sich in diesem Fall nicht als valables Argument werten, da die durch den Freiheitsentzug entstandene äussere Situation das fortgesetzte Leiden verursacht und die Perspektive verdunkelt. Wo keine Perspektive sichtbar ist, wo sich Hoffnungslosigkeit breit macht, da kann ein Suizid zur selbstermächtigenden Handlung werden. Der von aussen kommende Druck kann (neben der eigenen Verantwortung zur Begehung eines Delikts) ein fortgesetztes psychisches Leiden erzeugen. Dieser wiederum kann, anders als der innere Druck durch die Bearbeitung der begangenen Delikte, kaum durch den Gefangenen verändert werden. Dieses permanente Ausgeliefertsein kann Grund zur existenziellen Krise werden. Dieses Dilemma könnte nur durch eine grundsätzlich veränderte gesellschaftliche Haltung, die direkte Auswirkungen auf Politik und Rechtsprechung hätte, aufgelöst werden. Eine solche Veränderung ist heute nicht in Sicht, im Gegenteil ist zu befürchten, dass der Druck durch wiederholt geäusserte Forderungen nach härteren Strafen weiterhin zunehmen wird.

Als weitere Akteure, die Teil dieser grundsätzlichen ethischen Problematik sind, lassen sich Mitgefangene, Angehörige, Mitarbeitende und die Institution selbst ausmachen.

Die Mitgefangenen

Der Tod scheint im Gefängnis beängstigender als in Freiheit zu sein. Es gibt langjährige Insassen, die sich im Seelsorgegespräch dahingehend äusserten, dass es für sie die grauenhafteste Vorstellung sei, hinter Gittern zu sterben. Ein natürlicher Tod durch Alter oder Krankheit sollte mit Freiheit einhergehen, so die Hoffnung, weil dann vielleicht die Angehörigen bei einem sein oder das Spital, die Ärzte oder Ärztinnen des eigenen Vertrauens bzw. das Pflegeheim selbst gewählt werden könnten. Wie sehr sich solche Hoffnungen für Menschen in Freiheit tatsächlich erfüllen, ist dabei nebensächlich.

Bei Suiziden, die in Zürcher Gefängnissen sehr selten vorkommen, zeigt sich auf den Abteilungen und im Werkbereich, wo der Verstorbene gewohnt und gearbeitet hat, eine grosse Betroffenheit. Diese speist sich einerseits aus derselben Empathie, wie wir sie auch unter Nachbarn kennen, darüber hinaus speist sie sich aus einem existenziellen Schrecken, dass es möglich ist, in Unfreiheit zu sterben. Es ist dieser Moment, in dem das überdeutlich wird, was in der Regel aus den Gedanken gedrängt wird: Der Tod hat auch im Gefängnis Macht und jemand, der sich in einer ähnlichen Position wie man selbst befunden hat, hat die Konsequenz gezogen, sein Leben zu beenden. Das bringt Erschütterung mit sich und die Frage nach dem Wert des eigenen Lebens: Mache ich mir etwas vor und mein eigenes Leben ist eigentlich schon vorbei und ich weigere mich nur, das einzusehen? Individuelle Nachbeben sind bei betroffenen Mitgefangenen nach Suiziden in Seelsorgegesprächen noch eine ganze Weile zu spüren.

Mitgefangene leben in einer Zwangsgemeinschaft. Anders als in Zwangsgemeinschaften wie etwa in Pflegeheimen, ist der Tod hier eine Ausnahme. Dieser Unterschied in Verbindung mit der durch die Strafe und nicht mit Alter oder Krankheit einhergehende Unfreiheit lässt die Situation gerade dieser Zwangsgemeinschaft zu etwas Besonderem werden. Dadurch entsteht ein ethischer Konflikt: Ist die Selbstbestimmung des einen ein zureichender Grund andere Mitglieder der Gemeinschaft einer zusätzlichen Belastung auszusetzen, die wiederum ihrerseits deren existenzielle Krise verschärfen kann? Wie sollen daraus entstehende Themen wie etwa die Frage nach der Belastung, die man für die Angehörigen bedeutet, die zu Besuch kommen, bearbeitet werden? Zwar kennt man diese Fragen auch von kranken oder pflegebedürftigen Menschen, aber hier haben sie eine andere Qualität: Gefangene stellen sie aufgrund ihres Inhaftiertseins, nicht aufgrund von Alter oder Krankheit.

Die Angehörigen

Angehörige nehmen im Umfeld eines assistierten Suizids – ausserhalb der Gefängnismauern – eine zentrale Rolle ein. Sie nehmen Teil am Entscheidungsprozess und durchlaufen dabei oft eine Phase innerer und äusserer Auseinandersetzung.⁶⁴ Wo sie strikt dagegen sind, kommt es seltener zu einer Selbsttötung (oder zur ärztlichen Euthanasie).⁶⁵ Murielle Pott (2012) nannte fünf Etappen, die Angehörige in der Begleitung eines assistierten Suizids durchlaufen:

1. Beteiligung bei der Legitimierung des Todeswunsches
2. Beteiligung beim Entscheid der tatsächlichen Durchführung des assistierten Suizids
3. Beteiligung während des Lebensendes
4. Beteiligung am Todestag
5. Verarbeiten der Erinnerungen an das Geschehene.⁶⁶

Um aufzuzeigen, was ein assistierter Suizid für Angehörige von Insassen bedeuten könnte, inwieweit sie beim Entscheidungsprozess und bei den darauffolgenden Schritten bis zum Todestag und an diesem selbst miteinbezogen werden könnten oder nicht, gilt es kurz zu schildern, von welcher einschneidenden Tragweite die Haft an sich für Angehörige ist.

Die Inhaftierung ist – vor allem wenn sie unerwartet kommt – für die Angehörigen oft ein Schock. Sie verlieren eine nahe/die nächste Bezugsperson und sind ganz auf sich alleine gestellt; die Konsequenzen der Haft tragen immer auch die Angehörigen. Die damit verbundenen Probleme in psychischer, sozialer und materieller Hinsicht müssen sie oft allein bewältigen.⁶⁷ So stehen beispielsweise Ehepartnerinnen mit Kindern plötzlich als Alleinerziehende da. Der Insasse kann seine Familie nur in sehr geringem Masse unterstützen, was zu Frustration und Wut – sowohl beim Inhaftierten wie auch den Angehörigen – führen kann, doch werden diese Emotionen aus Schutz der/des anderen zu verbergen versucht. Ebenfalls kann es für die Angehörigen zu Stigmatisierungen durch Freunde/Freundinnen oder Nachbarn/Nachbarinnen kommen, was einen verstärkten sozialen Rückzug zur Folge hat. Die Besuchszeit

⁶⁴ Vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeindler, 216.

⁶⁵ Vgl. Ganzini, 2009, 807–815.

⁶⁶ Vgl. Pott, 2014, 68–75.

⁶⁷ Vgl. www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Ueber_uns/sozial/Sozial-Nr-4.pdf (Besuch am 12.9.2019).

– in der Regel eine Stunde pro Woche – erlaubt kaum vertiefte Gespräche, ebenso wenig die für den Insassen begrenzte Telefonzeit.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass es bei einem assistierten Suizid den Angehörigen nie im gleichen Masse möglich sein würde, am Entscheidungsprozess des Sterbewilligen teilnehmen zu können; eine Begleitung während des Lebensendes beschränkte sich möglicherweise auf wöchentliche Besuche und die Anwesenheit am Todestag wäre mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, da Besuchern Zutritt nur in den Besuchsräumen gewährt und dort kein assistierter Suizid durchgeführt werden würde. Die Angehörigen eines Insassen im Vorfeld weitaus stärker in solche Entscheidungsprozesse einzubeziehen, als es durch die sonstigen Besuchszeiten zu gewährleisten wäre, kann als wünschenswert bezeichnet werden. Dies wäre ein zumindest nicht häufig zu erwartender Spezialfall, der vermutlich gut zu begründen und organisatorisch zu bewältigen wäre. Die existenzielle Krise könnte so für die Angehörigen sichtbar werden und möglicherweise Prozesse zwischen dem Insassen und seinen Angehörigen in Gang kommen, die viel Erleichterung auf beiden Seiten schaffen könnten. Seelsorge müsste für solche Prozesse, die viel mit Versöhnung zu tun haben können, zur Verfügung stehen. Möglicherweise würde dieses Ernstnehmen der Situation die existenzielle Krise etwas beruhigen und für mehr und neue Perspektive sorgen und so dem Todeswunsch entgegenwirken.

Diese institutionellen Rahmenbedingungen, die ansonsten die Teilnahme am Entscheidungsfindungsprozess für oder gegen einen assistierten Suizid sowie in der Begleitung in der letzten Lebensphase massiv erschweren, wären eine zusätzliche grosse Belastung für die Angehörigen in ihrer bedauernswerten Situation als «vergessene Opfer»⁶⁸. Sie wären mit der Situation überfordert, sowohl wegen ihrer grundsätzlichen Belastung in der Situation der Haft als allein gelassene Bezugspersonen, wie auch, weil sie niemals die entsprechende Zeit für den Entscheidungsfindungsprozess bekommen würden.

Aufgrund dessen und weil der Insasse seine Angehörigen schützen und ihnen nicht noch mehr zumuten möchte, wäre es denkbar, dass der Inhaftierte den Entscheidungsprozess für den assistierten Suizid bis zur Festlegung des Todestages ganz alleine gehen und seine Angehörigen wenige Tage vor seinem Tod mit seiner getroffenen Entscheidung vor vollendete Tatsachen stellen würde.

⁶⁸ Vgl. www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Ueber_uns/sozial/Sozial-Nr-4.pdf (Besuch am 12.9.2019).

Wie die Entscheidung des Insassen auch ausfällt, ob er den Entscheid ohne seine Angehörigen trifft oder ob er sie miteinbezieht, die Not der Angehörigen würde angesichts eines assistierten Suizids transformiert. Die Angehörigen blieben in jedem Fall mit Schuldgefühlen und Fragen wie «Habe ich nicht genug getan? Was hätte ich anders machen können?» zurück. Vielleicht würden sie nach dem Tod auch eine gewisse Erleichterung verspüren, da die wöchentlichen Gefängnisbesuche wegfielen, in denen sie als Besucher stark zu sein versuchen, um dem Insassen den Eindruck zugeben, mit der belasteten Situation zurechtzukommen.

Dennoch ist es wahrscheinlich, dass die Verarbeitung des Todes bei vielen Angehörigen erschwert sein würde (vgl. Einleitung) und dass insbesondere Schuldgefühle die Angehörigen weiter begleiteten.

Die Frage, an wen sich Angehörige in ihrer komplexen Trauer wenden könnten, stellte sich hier in noch grösserer Dringlichkeit als bei Angehörigen von Insassen grundsätzlich – eine Antwort darauf fehlt.

Ob und inwieweit ein assistierter Suizid bei den Angehörigen die Frage nach dem eigenen, persönlichen Weiterleben verstärken würde oder ob Angehörige nach einem assistierten Suizid sogar ein viel höheres Risiko hätten, sich selbst das Leben zu nehmen, wie dies bei Suiziden der Fall ist (vgl. Einleitung), kann nur hypothetisch reflektiert werden. Aus gefängnisseelsorglicher Perspektive ist die Vorstellung höchst besorgniserregend, dass sowieso schon mehrfach und schwer belastete Angehörige eines Inhaftierten durch dessen assistierten Suizid selbst in eine tiefe existenzielle Krise geraten könnten.

Die Mitarbeitenden

Mitarbeitende des Straf- und Massnahmenvollzugs erhalten in der Schweiz durch das Schweizerische Kompetenzzentrum für Strafvollzug (SKJV) eine umfassende berufsbegleitende Ausbildung zum Fachmann oder zur Fachfrau Justizfachangestellte.⁶⁹ In der Regel bringen die Mitarbeitenden eine Fachausbildung und Berufserfahrung mit. Die wenigsten davon (mit Ausnahme von Mitarbeitenden in Therapiestationen und dem ärztlichen Dienst) waren zuvor in Gesundheitsberufen oder in der Pflege tätig. Die grosse Mehrheit ist Sterben und Tod in beruflicher Hinsicht kaum begegnet. Die Arbeit als Justizfachangestellte_r ist herausfordernd und psychisch belastend. Neben die Schichtdienste tritt die Arbeit in einem schwierigen multikulturellen Umfeld mit Menschen, die schwierige Biografien und mannigfache Belastungssituationen haben. Mitarbeitende könnten sich nicht aus der Situation eines

⁶⁹ Vgl. <https://www.skjv.ch/de/bildung/grundausbildung> (Besuch am 5.10.2019).

assistierten Suizids heraushalten, da dieses Thema im Wohnpavillon zu Unruhen führen würde, ebenso am Arbeitsplatz. Der Suizidwillige wäre auf seinem letzten Gang durch Sicherheitsbeamte zu begleiten, die zusätzlichen Freitodbegleitenden müssten kontrolliert werden, das Medikament müsste abgeklärt werden und die folgende polizeiliche oder staatsanwaltliche Untersuchung müsste begleitet werden. Im Anschluss an den besonderen Todesfall müssten die Betreuungs- und Aufsichtspersonen und Werkmeister_innen mit zusätzlichen beruflichen Belastungen zurechtkommen, da davon auszugehen ist, dass es eine Weile dauern würde, bis die Belastungen bei den Mitgefangenen abgeklungen wären.

Es ist mehr als fraglich, ob es ethisch zu rechtfertigen ist, jemandem der sich bei einer Institution beworben hat, die einen dualen Auftrag hat, nämlich Freiheit zu entziehen (Strafe) und zu resozialisieren, noch mit einem dritten Auftrag zu belasten, nämlich Freitode zu begleiten. Da nicht anzunehmen ist, dass bei der Möglichkeit assistierter Suizide im Gefängnis zusätzliches Personal bewilligt würde, müssten alle anfallenden Arbeiten und die anschließenden Belastungssituationen mit dem bestehenden Personal bearbeitet werden. Welche psychischen Belastungen bei Einzelnen im Anschluss zu erwarten wären, ist nicht vorherzusagen.

Nähe und Distanz sind wichtige Themen im Strafvollzug. Die Insassen sind dem Aufsichtspersonal anvertraut und es entsteht im Lauf der Jahre eine Arbeitsbeziehung zwischen den Sozialarbeitenden, den Werkmeister_innen, den Therapeut_innen, den Aufsichtspersonen oder den Seelsorgenden. Diese Arbeitsbeziehung benötigt eine gewisse gesunde Nähe. Deshalb ist es für die involvierten Mitarbeitenden nicht möglich, davon nicht betroffen zu sein. Wie sich diese Betroffenheit äußert, lässt sich nicht vorhersagen, sondern ist individuell. Es liesse sich aber zumindest nicht ausschliessen, dass es zu Belastungen käme, die der von Angehörigen ähneln könnte.

Die Institution

Aus dem bisher Erarbeiteten hat sich schon einiges an Problemen für die Institution bei der Durchführung assistierter Suizide ergeben:

Die Mitgefangenen wären in der Zwangsgemeinschaft der Institution einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt: Dies entspricht nicht unbedingt dem Auftrag, den der Justizvollzug hat (vgl. Art 75. Abs. 1. StGB): Sicherung, Resozialisierung, Normalisierung und schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken. Bedenkt man die besondere Situation der Gefangenen, die dem Thema des assistierten Suizids nicht ausweichen könnten, liesse sich reflektieren, ob damit nicht schädliche Folgen des Freiheitsentzugs möglich

wären. Zudem wird eine Institution seine Mitarbeitenden vermutlich kaum so belasten wollen, wie wir das kurz ausgeführt haben, da sie um die Grundbelastung weiss, die den Beruf des Justizfachmanns bzw. der -fachfrau mit sich bringt. Die Fürsorgepflicht der Institution Justizvollzug für die ihnen anvertrauten Insassen lässt sich mit diesen Überlegungen weder den Inhaftierten noch den Mitarbeitenden gegenüber negieren. Dieses Dilemma bliebe selbst dann bestehen, wenn das Bundesgericht entscheiden würde, den assistierten Suizid auch im Gefängnis zu gestatten.

Da längst nicht alle Institutionen des Strafvollzugs in der Schweiz einen Arzt vor Ort haben, stellt sich die Frage, wer diese Abklärungen vornehmen sollte, die zu treffen wären, um NaP zu verschreiben. Einen Arzt oder eine Ärztin zu beauftragen, der oder die nicht mit institutionsbedingten Folgen vertraut ist, könnte dazu führen, eine möglicherweise nur momentane existenzielle Krise als eine andauernde zu verstehen. Auf die Problematik, die sich mit den verschiedenen Personen zur Freitodbegleitung und mit den Angehörigen ergibt, haben wir hingewiesen

Eine Frage sticht unseres Erachtens noch heraus: Wo sollte ein solcher assistierter Suizid durchgeführt werden? Besuchs- und Anwaltszimmer sind nicht möglich, ob der Arztdienst oder das Sanitätszimmer geeignet wären, bleibt zu bezweifeln, da diese Räumlichkeiten innerhalb des Insassenbereichs liegen. Die Zellen sind wegen der Mitgefangenen nicht geeignet. Ein extra eingerichtetes Sterbezimmer in einem zusätzlich aufgestellten Container wäre zwar möglich, würde aber auf Gefangene sehr verstörend wirken. Unserer Ansicht nach gibt es in der Institution keinen Ort, in dem ein solches Sterben verantwortet werden könnte. Noch einmal sei an die vulnerable Situation der Mitgefangenen erinnert und an die Zusatzbelastung für das Personal, das eben gerade nicht für solche Situationen ausgebildet ist. Aus unseren Erfahrungen als Pfarrpersonen lässt sich folgern, dass nur ein wenig Beschäftigung mit dem Thema und etwas Supervision nicht genügen, um das Personal sicher durch eine solche psychische und emotionale Herausforderung zu begleiten.

Man kann sich fragen, ob es möglich wäre, dass der Gefangene die Anstalt verlässt, um zu sterben. Das wäre mit enormem Aufwand verbunden, wenn als gemeingefährlich eingestufte Gefangene die Institution verlassen sollten. Ob und wie das rechtlich zu regeln wäre, stellt noch einmal eine Herausforderung eigener Art dar: Sollte es Sachurlaub geben für nicht urlaubsberechtigte Gefangene, damit sie sterben können? Bei solchen Überlegungen wird die Frage der Würde des Menschen rasch und nachhaltig berührt: Könnte der Justizvollzug zu einem Beziehungsurlaub Nein sagen, der möglicherweise helfen könnte, die existenzielle Krise zu beruhigen, jedoch zum Zweck eines

assistierten Suizids einen Sachurlaub gewähren?⁷⁰ Vermutlich liesse sich durch eine Versetzung in eine andere Institution das Problem des Sachurlaubs umgehen und dasselbe Prozedere, wie sonst bei Versetzungen anwenden.

Es lässt sich zusammenfassen: Die ethischen Probleme sind so gross, dass es aus dieser Perspektive kaum verantwortbar wäre, einen assistierten Suizid im Gefängnis möglich werden zu lassen.

Damit ist das Problem jedoch nicht gelöst, weil sich ein anderes Dilemma zeigt, sobald man zu diesem Schluss gekommen ist: Das Recht, das eigene Leben zu beenden, wie es im juristischen Teil ausgeführt wurde, muss auch für Menschen gelten, die in Haft sind. Hier entsteht ein Konflikt zwischen ethischen und juristischen Perspektiven, der letztlich zwar auf eine Seite hin entschieden werden kann, aber dennoch in seiner Grundstruktur bestehen bleibt. Was juristisch zuzugestehen ist, ist ethisch nicht vertretbar und was ethisch vertretbar sein könnte, schränkt die Rechte von Insassen auf eine unzulässige Weise ein.

Überlegungen aus gefängnisseelsorglicher Perspektive

Der ethisch-juristische Konflikt (Äquivalenzprinzip versus Fürsorgepflicht) bleibt bestehen, wie auch immer ein Gericht entscheiden wird. Im einleitenden Teil unserer Überlegungen haben wir darauf hingewiesen, dass Suizide oder Suizidversuche vor allem existenzielle Krisen markieren. Diese Krisen speisen sich im Umfeld des Justizvollzugs aus der psychischen Belastung der Haftsituation und können als Resultat anhaltender Perspektivlosigkeit verstanden werden. Der seelsorgliche Blickwinkel kann und will zwar die Frage nicht ausblenden, ob assistierte Suizide im Gefängnis möglich sein sollten oder nicht. Gefängnisseelsorge muss zuerst einmal etwas anderes in den Blick nehmen: Sie fokussiert sich auf die ihr anvertrauten Menschen und fragt danach, wie es zu der Perspektivlosigkeit kommt, die so starkes subjektiv unerträgliches Leiden hervorruft, dass ein assistierter Suizid eine Lösung zu sein scheint. Sie fragt danach, welche realistischen Möglichkeiten denkbar wären, um neue Perspektiven zu schaffen. Es lässt sich nur schwer voraussagen, wie gross letztlich der Spielraum ist, den der Justizvollzug hat, um Perspektiven zu vergrössern. Es gibt viele Bedenken auszuräumen, wenn man auch nur kleine Schritte in Richtung von Vollzugslockerungen gehen will. Um diesen Spielraum grösser werden zu lassen, müsste Freiheitsentzug in der Gesellschaft als das wahrgenommen werden, was er ist: die härteste mögliche

⁷⁰ Vgl. zu diesen Themenkomplexen den folgenden Artikel zum Rechtsgutachten Tag/Baur, 2019, in diesem Heft.

Bestrafung in einem demokratischen Rechtsstaat. Menschen leiden, die nach einer Straftat zu Freiheitsstrafen oder Massnahmen verurteilt werden. Sie leiden selbst dann, wenn der Straf- und Massnahmenvollzug auf Resozialisierung hin ausgerichtet ist und auf der für einen Rechtsstaat unumgänglichen Grundlage der Menschenrechte basiert. Das wird aus unserer Sicht zu wenig deutlich in der öffentlichen Diskussion um Strafvollzug.

Sobald der Eindruck entsteht, der Justizvollzug bewege sich auf Kosten der Sicherheit in Richtung auf mehr Freiheit hin, selbst wenn damit strikt Resozialisierungszwecke verfolgt würden, wäre gesellschaftlicher, medialer und letztlich auch politischer Druck zu befürchten. Dennoch zeigt gerade die Diskussion um den assistierten Suizid, wie nötig es ist, Perspektiven der Freiheit zu schaffen, um Menschen nicht am Leben verzweifeln zu lassen.

Unsere Erfahrungen in den Gefängnissen zeigen, dass die Not von verschiedenen Disziplinen (Sozialarbeit/Therapie) gesehen wird und nach Möglichkeiten gesucht wird, um Perspektiven zu vergrössern.

Was könnte Menschen helfen, die ihr Leben aufgrund fehlender Perspektiven als nicht mehr lebenswert empfinden, Hoffnung zu generieren und damit Schritte aus der existenziellen Krise zu machen? Die Antwort müsste am konkreten Fall durchdacht werden, das ist hier nicht möglich. Deshalb versuchen wir eine etwas allgemein gehaltene Antwort:

Perspektiven und Horizonterweiterungen im Gefängnis haben in unserer seelsorglichen Erfahrung fast immer einen Ankerpunkt auf der Beziehungsebene. Das Versöhnende in Beziehungen zu fördern, könnte dem einen oder anderen helfen, aus der Existenzkrise zu finden, wie sich bereits bei den Überlegungen vermuten liess, ob man Angehörige stärker in den Entscheidungsfindungsprozess des Insassen einbinden könnte. Versöhnung mit der Herkunftsfamilie, mit der eigenen Familie und mit den Kindern wären Aufgaben, die möglicherweise angegangen werden können, ohne den auf Sicherheit und Resozialisierung zugleich abzielenden Behandlungsvollzug zu überfordern. Hier ist auch an unsere Erfahrung mit sterbenden Menschen ausserhalb der Mauern zu erinnern, die zeigt, wie viel Versöhnung mit sich selbst, mit dem eigenen Leben und mit der Familie noch möglich ist, wenn der Sterbeprozess gut begleitet werden kann. Dies könnte auch für Menschen gelten, denen das Leben viel zu schwer geworden ist und die einen assistierten Suizid erwägen.

Das Erleben extramuraler Wirklichkeit in Form von Beziehungsurlauben, auch wenn diese nur wenige Stunden dauerten, die möglicherweise auch aus humanitären Gründen ohne bereits eingeleitete Progressionsstufen gewährt

werden könnten, würden vermutlich helfen, den Erlebnis- und Wirklichkeitshorizont zu vergrößern und eine Hoffnungsperspektive zu eröffnen. Inwiefern dies jedoch umsetzbar ist, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt kaum bestimmen. Aber wenn die Diskussion um den assistierten Suizid aus gefängnis-seelsorglicher Perspektive etwas in der Gesellschaft auslösen könnte, dann genau dieses neue Nachdenken über die Situation von Menschen hinter Gittern.

Familiäre Annäherung, ein Miteinander, das auf Versöhnung hin ausgerichtet ist, ein Blick in die Welt hinein – all das könnte nützen, da es auf der Beziehungsebene Veränderungen ermöglicht. Wo das aufgrund von Sicherheitsbedenken nicht möglich sein sollte, kann überlegt werden, auch hier kleinste Progressionen einzubauen: von etwas mehr Besuchs- und Telefonzeit hin zu Kontakten via Skype oder ähnlichem, natürlich unter entsprechenden Sicherheitsbedingungen. Neben dem Kontakt zu Menschen könnte auch der therapeutische Kontakt zu Tieren perspektivfördernd wirken, wie Theres Germann-Tillmann und Bernadette Roos Steiger (2019) gezeigt haben.⁷¹ An all diesen perspektivfördernden Themen arbeitet der heutige Justizvollzug bereits.

Diesen Überlegungen aus gefängnis-seelsorglicher Perspektive stehen jedoch auch gewichtige Probleme gegenüber: Nimmt man die Perspektive von Opfern ein, kann es so wirken, als ob verhängte Strafen aufgrund des Leids des Täters aufgeweicht würden und es könnte auch hier wieder die Vermutung auftauchen, ein Täter wolle so lediglich von möglichen Lockerungen profitieren. Hier wäre zu überlegen, ob und wie Opfern solche aus existenziellen Krisen von Tätern stammenden humanitär zu begründenden Lockerungen kommuniziert werden könnten. Das an anderer Stelle noch genauer zu beleuchtende ethische Dilemma, in welchem angeblich das Leid des Täters und das Leid des Opfers korrelieren, darf nicht vorschnell auf eine Seite hin aufgelöst werden. Das Dilemma besteht darin, dass die Forderung aus heutigem Strafverständnis nicht aufzugeben sei (Schuldausgleichsgedanke; Forderung nach Vergeltung), tatsächlich jedoch das Leid des Täters keineswegs das Leid des Opfers ausgleicht. Es kommt vielmehr zu einer Verdoppelung des Leids. Im Wissen um dieses Dilemma lässt sich formulieren: Täter *und* Opfer müssen gut begleitet werden, dann kann man auf Verständnis hoffen. Daneben sehen wir eine weitere Problematik, die nur schwer zu lösen sein wird: Wenn versucht würde, existenzielle Krisen durch kleinste Hafterleichterungen (als Tore zur Hoffnung) zu minimieren, böte das manchen Gefangenen ein gewisses

⁷¹ Vgl. Germann-Tillmann/Roos, 2019.

Manipulationspotenzial. Damit müsste wieder jemand in der Institution abwägen und entscheiden, ob nun eine authentische Existenzkrise oder ein Manipulationsversuch vorliegt. Allerdings meinen wir, dass es den erfahrenen Fachkräften im Justizvollzug durchaus möglich sein wird, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Eine dritte Problematik tut sich auf, die wiederum in eine Aporie führt: Wenn der Strafvollzug seine Möglichkeiten ausschöpft und versucht, soweit er kann, Perspektiven zu schaffen, damit aber entweder die existenzielle Krise nicht lösen kann oder der Insasse aufgrund fehlenden Lebensmutes (sei es nach vielen Jahren in Haft oder etwa wegen einer Schuld, die er sich selbst nicht vergeben kann) nicht mehr in der Lage ist, den Weg mitzugehen. Was soll dann geschehen? Was soll geschehen, wenn ein Insasse so krank und leidend ist, dass er sich nur noch den Tod herbeisehnt?

Die letzte Frage lässt sich recht einfach beantworten: Ein Mensch, der sich in einem solch fortgeschrittenen Krankheitsprozess befindet, gehört nicht hinter Gittern. Dieser Mensch gehört in Pflege und auf eine palliative Station. Sollte dort der Wunsch fortbestehen zu sterben, dann kann für ihn nichts anderes gelten als für jeden anderen Menschen in Freiheit.

Die angesprochene Aporie, dass ein Insasse trotz aller Bemühungen durch den Strafvollzug nicht aus seiner existenziellen Krise herausfindet und keinen neuen Lebensmut schöpft, lässt sich in zwei Richtungen hin entfalten: erstens im Mitleiden der Mitmenschen, die mit ihm leben (Mitgefangene) oder mit ihm arbeiten (Personal). Dass es gerade im Umfeld des Gefängnisses möglich sein wird, im Mitleiden mit dem Leid des anderen mitzuschwingen, klingt unwahrscheinlich. Die Aporie lässt sich zweitens in der stellvertretenden Hoffnung auf Veränderung entfalten. Eine Hoffnung, welche die Dunkelheit im seelischen Erleben des anderen ernst nimmt und zugleich die Möglichkeit von Veränderung im Leben bejaht. Die Aporie in diese Richtung hin zu entfalten, beinhaltet zweifellos die grosse Gefahr, dass die Bemühungen als billiger Trost misszuverstehen sein könnten.

Eine Zustimmung zu assistiertem Suizid in dieser Lebenslage führt nur scheinbar aus dieser Aporie heraus, da es wesentlich der Vollzug der Freiheitsstrafe ist, der mit seiner manchmal fehlenden Perspektive erst zu der existenziellen Krise führt. Ohne diese Rahmenbedingungen würde der Insasse, (weil er dann ein Mensch in Freiheit wäre,) weder diese tiefe Resignation spüren, noch schiene ihm der Weg zurück ins Leben so unmöglich.

Aus der Sicht der Gefängnisseelsorge, die sich selbstverständlich institutionsbedingter Schwierigkeiten bewusst ist und die weiss, wie komplex das Thema

eines assistierten Suizids im Gefängnis ist, sei dennoch im Sinne einer Ermunterung gesagt:

Alle Dienste des Justizvollzugs sind dazu aufgerufen, alles in ihrer Verantwortung Liegende zu tun, um Menschen aus der existenziellen Krise herauszuhelfen, die durch fortgesetzte Inhaftierung ausgelöst werden kann. Da die Gefängnisseelsorge nur spärlich helfen kann, Perspektiven zu schaffen, die über die Mauern hinausreichen, ist es ihre Aufgabe Menschen, die sich in tiefer Dunkelheit befinden, treu zur Seite zu stehen.

Literatur

BGE 133/58.

Bosshard, Georg 2012, Beihilfe zum Suizid – medizinische, rechtliche und ethische Aspekte, In: Praxis 2012, 101/3, 183–189.

Ganzini, Linda et al. 2009, Mental outcomes of family members of Oregonians who request physician aid in dying, in: Journal of Pain and Symptom Management 38, 807–815.

Germann-Tillmann, Theres, Roos Steiger, Bernadette 2019, Tiergestützte Therapie im Freiheitsentzug. Das unterschätzte Potenzial, Pabst Science Publishers: Lengrich.

Konrad Michel 2013, Mit Suizid zurechtkommen – vom Versuch zu akzeptieren, in Weisshaupt, Jörg (Hg.), Darüber reden. Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen, Verlag Johannes Petri: Zürich, 12–18.

Kovacecic, Anita, Bartsch Christine 2017. Suizidbeihilfe in der Schweiz, in: Sozialpolitik.CH VOL. 1/2017, 1–11.

Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (Hg.) 2017, Synthesebericht NFP 67 Lebensende, Bern.

Morgenthaler, Christoph, Plüss, David, Zeindler, Matthias 2017, Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen, TVZ: Zürich.

Noll, Thomas 2016, Strafvollzug – vom Leben im Gefängnis, Stämpfli Verlag: Bern.

Paul, Chris 2012, Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat, Goldmann Verlag: München.

Pott, Murielle et al. 2014, Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse, in: Médecine Palliative. Soins de Support – Accompagnement – Éthique, Vol.13, 68–76.

Schweizerische Akademie der Wissenschaften 2. Aufl. 2019a, Medizinisch-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod, Bern.

Schweizerische Akademie der Wissenschaften 4. Aufl. 2019b, Medizinisch-ethische Richtlinien. Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, Bern.

Senn, Carlo, Zellweger, Christian 2018, Häftling G. will sterben, in: Bund vom 27.7.2018.

Sieber, Claudia Cornelia 2017, Freitodbegleitung im Freiheitsentzug? Eine grundrechtliche Betrachtung, Masterthesis Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Bern.

Stocker, Ursina 2015, Sterbehilfe – Assistierter Suizid. Rechtliche, politische und moralisch-ethische Aspekte, inkl. Checkliste für Sterbe-agTs, Masterarbeit Master of Advanced Studies in Forensics, Universität Luzern.

VD.2017.21.

Wagner, Birgit, Müller, Julia, Maercker, Andreas 2012, Death by request in Switzerland. Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide, in: European Psychiatry, Vol 27, October 2012, 542–546.

Wagner, Birgit 2013, Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

Zollinger, Ruedi 2004, Survivors of Suicide. Aspekte zum Thema aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht, in: Schweizerische Ärztezeitung 2004/84, Nr. 29/30, 1561–1564.

Online Quellen

www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/mo-net/alle-nach-themen/lebensbedingungen/suizidrate.html

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.40496.html>

www.curaviva.ch/files/2QVUQQ5/begleiteter_suizid_in_institutionen_fuer_menschen_mit_unterstuetzungsbedarf_grundlagenpapier_curaviva_schweiz_2018.pdf

www.sozialinfo.ch/fachwissen/dossiers/suizidhilfe-zwischen-liberalisierung-und-praevention.html

<https://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Nach-der-Freitodbegleitung-in-die-Therapie/story/31591511>

www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/kirche-zieht-sich-aus-hilfe-fuer-suizid-betroffene-zurueck/story/27557245

www.trauernetz.ch/ein-schwerer-verlust

www.pukzh.ch/default/assets/File/Komplizierte_Trauer_Psych_Kolloq_19_Okto_2017.pdf

www.verein-refugium.ch/

www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Ueber_uns/sozial/Sozial-Nr-4.pdf

www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20104163

Kurzbiografien

Karoline Iseli, 1973, hat nach ihrer Ausbildung zur Pflegefachfrau an der Universität Zürich und der Martin-Luther-Universität Halle evangelische Theologie studiert. Nach drei Jahre im Gemeindepfarramt war sie von 2014–2017 an der Fachstelle Kirche & Jugend in Zürich im Bereich Suizidpostvention tätig, wo sie Angehörige nach Suizid begleitete. Parallel dazu absolvierte sie an der Universität Bern den CAS Seelsorge im Straf- und Massnahmenvollzug. Seit drei Jahren ist sie als Gefängnisseelsorgerin in der Untersuchungshaft in Pfäfers sowie in der JVA Pöschwies tätig.

Kontakt: Karoline.Iseli@gmx.net

Dr. theol. des. Frank Stüfen, 1963, hat in München und Bern evangelische Theologie studiert. Er ist reformierter Pfarrer und arbeitet seit ca. 15 Jahren im Straf- und Massnahmenvollzug, seit über zehn Jahren in der JVA Pöschwies. Seit 2015 leitet er den Studiengang «CAS Seelsorge im Straf- und Massnahmenvollzug (SSMV)» an der Universität in Bern.

Kontakt: frank.stuefen@bluewin.ch

www.seelsorgeundstrafvollzug

Assistierter Suizid: Diskussion eines Grundlagenpapiers

Von Dr. theol. des. Frank Stüfen, Zürich und Bern

Abstract

Im Folgenden soll ein neues, bedeutsames Grundlagenpapier, das vom bzw. im Auftrag des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Justizvollzug (SKJV) veröffentlicht wurde, dargestellt und diskutiert werden. Dazu werden acht Themenfelder herausgegriffen und aus gefängnisseelsorglicher Perspektive kritisch gewürdigt. Ziel ist es, die bisherige Auseinandersetzung im Licht dieses neuen Textes zu vertiefen.

In einer Sitzung vom 19./20. September 2019 nahm der Vorstand der Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren zwei Grundlagenpapiere des SKJV zur Kenntnis und beschloss, beide in eine Vernehmlassung zu geben. Bei diesen beiden Dokumenten handelte es sich um ein Gutachten des Kompetenzzentrums Medizin – Ethik – Recht Helvetiae der Universität Zürich, das von Brigitte Tag und Isabel Baur verfasst wurde: «Suizidhilfe im Freiheitsentzug. Expertise zuhanden des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug» und das darauf basierende Grundlagenpapier: «Der Assistierte Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug»¹, welches von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Barbara Rohner verfasst wurde. Im Folgenden sollen mehrere Themenfelder und daraus resultierende Schlussfolgerungen aus dem Gutachten der beiden Autorinnen Tag/Baur diskutiert werden. Da dieses Gutachten vor allem juristische Überlegungen vorlegt, an denen die Gefängnisseelsorge keine Kritik üben will, geht es vor allem darum, die darin enthaltenen ethischen und praktischen Implikationen kritisch aus gefängnisseelsorglicher Perspektive zu würdigen. Da die Richtlinien des SKJV aus dem Gutachten folgen, müssen sie nicht gesondert diskutiert werden.

¹<https://www.kkjpd.ch/newsreader/assistierter-suizid-im-straf-und-massnahmenvollzug.html> (Besuch am 10. 10.2019)

Tod und Sterben nehmen im Gefängnis an Bedeutung zu

Die Problematik, dass im Strafvollzug «Aspekte der persönlichen Freiheit, Selbstbestimmung und Würde einerseits sowie des Vollzuges und der Repression, der Sicherheit, aber auch Fürsorge andererseits [...] aufeinander [treffen]»,² wird weiterhin dadurch verschärft, dass «der Anteil an älteren Gefangenen [...] in der Schweiz kontinuierlich von Jahr zu Jahr zu[nimmt]. Das Bundesamt für Statistik verzeichnete im Jahr 2017 828 Insassen, die über 49-jährig waren. Davon waren 56 Personen sogar über siebzig Jahre alt. Diese Entwicklung folgt einer anhaltenden Tendenz, die sich seit 2005 zeigt.»³ Die beiden Autorinnen schlossen daraus, aus den längeren Strafen und der lebenslänglichen Verwahrung nach Art. 64 Abs. 1^{bis} StGB, «dass es mehr Insassen in den Institutionen gibt, die hinter den Gefängnismauern sterben werden.»⁴

Bereits 2012 hatten Ivo Graf, der ehemalige katholische Gefängnisseelsorgende der JVA Pöschwies und ich in einem Vortrag (gehalten bei einer von der «Reform im Strafwesen» veranstalteten Tagung und 2014 veröffentlicht) «Gefängnisseelsorge: Lebensbegleitung – bis in den Tod?» darauf hingewiesen, dass uns das Problem sterbender Insassen in Zukunft stärker fordern würde: «In der [Justizvollzugsanstalt] Pöschwies bringen die Gefängnisseelsorger Erfahrung in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender mit. Es steht ausser Frage, dass wir diese Erfahrungen in den kommenden Jahren auch vermehrt anwenden müssen. Menschen im Vollzug werden alt, schneller als draussen, [...], und sie werden krank und sterben. Wie soll eine Sterbebegleitung im Gefängnis aussehen? Das Personal wird diese aufwändige Arbeit nicht leisten können, wir Seelsorger werden noch einmal ganz anders arbeiten müssen. In den Sterbebegleitungen, die ich [Ivo Graf] als Seelsorger an Kranken- und Sterbebetten durchgeführt habe, durfte ich eines erfahren: Sterben gehört zum Leben. Deshalb geschieht in diesem letzten Lebensabschnitt des Sterbens auch noch sehr viel in einem Menschen. Ein Prozess, der mit Versöhnung mit sich selbst und mit anderen enden kann, ja vielleicht mit dem Wissen um die eigenen Taten und die Schuld vor Gott, der Welt und sich selbst. Ein Prozess, der aber auch sehr viel mit Loslassen und innerer Ruhe zu tun haben kann. Wir sind überzeugt, dass wir uns darauf vorbereiten müssen.

² Tag/Baur, 2019, 17.

³ Tag/Baur, 2019, 18.

⁴ Tag/Baur, 2019, 18.

Im heutigen Strafvollzug kämen alle Beteiligten sehr schnell an ihre Grenzen, das ist unsere Befürchtung.»⁵

Auch wenn damals das Thema des assistierten Suizids noch kaum diskutiert wurde, war doch abzusehen, dass zunehmend mehr ältere Menschen im Strafvollzug sein würden. Wir hatten damals vor allem die Frage im Blick, wie Sterbende würdevoll begleitet werden könnten und welche Problembereiche dies aufwerfen würde. Unsere damalige Einschätzung, dass mit dem Sterbeprozess auch innere Versöhnungsprozesse stattfinden könnten und zu begleiten wären, hat nichts von ihrer Gültigkeit verloren. Tag/Baur haben mit ihrem Verweis auf aktuelle Statistiken dieses Thema sehr deutlich konturiert. Die beiden Autorinnen haben deshalb an drei Stellen ihres Gutachtens den Einbezug der Seelsorge⁶ auch beim Thema des assistierten Suizids angemahnt und darauf verwiesen, dass die Seelsorge neben anderen Diensten «für solche Fragen zuständig sei.»⁷

Seit spätestens 2012 wird das Thema des Alterns und Sterbens im Gefängnis im Justizvollzug diskutiert. Ich bin überzeugt, dass der Justizvollzug, unabhängig davon, wie das Thema des assistierten Suizids juristisch entschieden wird, gute Lösungen entwickeln wird. Allerdings bleibt zu hoffen, dass gesellschaftliche Vorbehalte politische Lösungen für den Vollzug nicht verzögern oder gar blockieren.

Auswirkungen des Verhältnisses zwischen Staat und Inhaftierten auf den assistierten Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug.

Das Verhältnis einer inhaftierten Person zum Staat ist durch einen Sonderstatus geprägt. Damit geht ein Konflikt einher, der immer wieder aufs Neue zu lösen ist und auch beim assistierten Suizid eine gewichtige Rolle spielt. Jedem Inhaftierten stehen seine Grundrechte zu. Dies ist seit den 1970er Jahren in der Schweiz geregelt. Gleichzeitig ist jedoch die persönliche Freiheit jedes Inhaftierten eingeschränkt. Das Verhältnis zwischen Grundrecht und Einschränkung der persönlichen Freiheit ist konflikträchtig, es bedarf rechtlicher Grundlagen (StGB, StPO, Hausordnungen), um diese durchzusetzen. Der Konflikt ist trotz Art. 74 StGB («Die Rechte der inhaftierten Personen dürfen nur soweit beschränkt werden, als dies der Freiheitsentzug und das

⁵ Stüfen/Graf, 2014, 36.

⁶ Vgl. Tag/Baur, 2019, 47; 63; 74.

⁷ Tag/Baur, 2019, 74.

Zusammenleben in der Institution erfordern»⁸⁾ nicht wirklich zu lösen, sondern es ist, wie die beiden Autorinnen deutlich machten, auf Folgendes zu achten: «Dennoch muss stets eine rechtsgleiche und willkürfreie Behandlung der Personen in diesem Sonderstatusverhältnis gewährleistet werden.»⁹⁾

Dieses Sonderstatusverhältnis erfordere auf Seiten des Staates «[...] eine Garantenstellung zum Schutz von Leib und Leben gegenüber dem Inhaftierten, die in Fürsorge- und Obhutspflichten zu dessen Schutz resultieren.»¹⁰⁾ Tag/Baur konstatierten: «Hiermit verbunden ist grundsätzlich auch die Pflicht zur Suizidverhinderung.»¹¹⁾ Die Obhutspflicht sei auch dadurch bedingt, dass «der Inhaftierte [...] sich in einer besonderen organisatorischen und persönlichen Abhängigkeit von der Vollzugseinrichtung [befindet], was auch zu schädlichen Auswirkungen auf den Inhaftierten führen kann.»¹²⁾ Die beiden Autorinnen nannten verschiedene Gründe für diese schädlichen Auswirkungen des Vollzugs: Untersuchungshaft, den Beginn des Vollzugs, haftpsychologische Krisen, Haftpsychosen, depressive Zustände. Daraus folgerten sie die Notwendigkeit, «[...] in besonderem Masse auf den Betroffenen einzugehen und die damit zusammenhängenden Gefahren zu bannen.»¹³⁾ Noch einmal grösser ist der Stress für Menschen im Massnahmenvollzug, da dort das Ende der Haftzeit unbestimmt bleibt.

Aus gefängnisseelsorglicher Perspektive ist dem von Tag/Baur Festgestellten zuzustimmen: Haft ist schädlich für die Seele des Menschen. Gefängnisseelsorgende begegnen in der Untersuchungshaft und in der Strafhafte Menschen, die unter enormer psychischer Belastung leiden. Dieses Leid entsteht teilweise aus der Belastung, wenn Inhaftierte realisieren, was sie getan haben und aus dem Druck, wenn sie die Auswirkungen auf ihr Umfeld und ihr weiteres Leben spüren. Aber Stress entsteht gerade bei langjährigen Strafen durch die aufkommende Perspektivlosigkeit und in den stationären Massnahmen durch den Behandlungsdruck, der subjektiv als Ohnmachtserfahrung wahrgenommen werden kann. Tag/Baur schrieben von haftpsychologischen Krisen. Diese Krisen können sich zu existentiellen Krisen entwickeln, in denen der Sinn des eigenen Lebens nicht mehr sichtbar und spürbar wird. Die Fürsorgepflicht muss dabei die Handlungen des Justizvollzugs leiten. Die

⁸⁾ Tag/Baur, 2019, 25.

⁹⁾ Tag/Baur, 2019, 26.

¹⁰⁾ Tag/Baur, 2019, 26.

¹¹⁾ Tag/Baur, 2019, 27.

¹²⁾ Tag/Baur, 2019, 27.

¹³⁾ Tag/Baur, 2019, 28.

Mahnung der beiden Autorinnen, dass die Gefahren zu bannen seien und der Suizid zu verhindern sei, ist mehr als berechtigt. Welche Massnahmen dafür geeignet sind, steht allerdings in Frage. Die Haft selbst ist schädlich, der Entzug persönlicher Freiheit hemmt das Selbstwertgefühl, die fehlende Strafgrenze in Massnahmen nach Art. 59 StGB und die Sicherungsmassnahme nach Art. 64 StGB sind starke Belastungen. Daran kann der Vollzug wenig bis nichts ändern.

Die Folge ist, dass Schutzmassnahmen erwogen werden müssen: Bei konkret vermuteter Suizidalität kommen Inhaftierte zum Selbstschutz in Arrestzellen, sie bekommen psychiatrische Medikamente angeboten und Gespräche mit psychiatrischem Personal. Das alles schützt zwar, verändert aber nichts an dem, was die existenzielle Krise ausgelöst hat. Wenn Tag/Baur empfehlen, «[...] dass es Aufgabe des Staates [sei], im Rahmen der Beachtung der Vollzugsziele und des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit, Hilfe anzubieten, wie z.B. die Unterbringung in einer geeigneten Abteilung mit entsprechender psychiatrischer oder psychologischer Unterstützung»¹⁴, dann ist das zwar nachvollziehbar, löst aber das zugrundeliegende Problem nicht, da eine existenzielle Krise so eben nicht zu lösen ist. Die mangelnde Perspektive im Leben bleibt vermutlich bestehen. Aus gefängnisseelsorglicher Sicht ist danach zu fragen, was Perspektiven schaffen könnte. Die Antwort, die Iseli/Stüfen im Artikel zu Assistiertem Suizid im Gefängnis gegeben haben, gilt weiterhin: Menschen leben in Beziehungen und deshalb ist es richtig, Beziehungen zu fördern und Versöhnung zu ermöglichen.¹⁵ Dazu bedürfte es jedoch spezifischer und individuell abzuklärender Hafterleichterungen. Warum dies tatsächlich enorm schwierig ist, zeigt das dritte Themenfeld.

Assistierter Suizid kann als Nötigung des Staates verstanden werden

Einer der Haftschäden sei es, dass beim Inhaftierten ein Auflehnungs- oder Demonstrationsbedürfnis geweckt werde, schrieben die beiden Autorinnen.¹⁶ Als eines dieser Demonstrationsbedürfnisse können möglicherweise auch Äusserungen zu einem Suizid oder der Wunsch nach einem assistierten Suizid verstanden werden. Die beiden Autorinnen diskutierten deshalb die Frage, ob es sich beim assistierten Suizid um Nötigungen der Insassen handeln könnte. Genötigt würde hierbei die Anstalt, da ein solcher Vorfall für

¹⁴ Tag/Baur, 2019, 39f.

¹⁵ Vgl. Iseli/Stüfen, 2019, 29.

¹⁶ Vgl. Tag/Baur, 2019, 18.

«die Leitung der Anstalt die Androhung ernstlicher Nachteile»¹⁷ bedeute. Wohl sahen die beiden Autorinnen, dass die Motivlage schwierig zu eruieren sei (krankheitsbedingt, Sinnlosigkeit eines Lebens in Unfreiheit), schlossen aber aus einer Analogie zum Hungerstreik, «dass mit ihm nicht in erster Linie Todesabsichten verfolgt werden, sondern eine Verbesserung der Haftbedingungen.»¹⁸

Iseli/Stüfen wiesen im bereits zitierten Artikel ebenfalls darauf hin, dass der Wunsch nach besseren Lebensbedingungen durchaus als Grund nicht auszuschliessen sei, dass Inhaftierte das Thema des Assistierte Suizids ins Spiel bringen könnten. Die Frage ist, was aus dieser Feststellung folgen sollte: Soll Inhaftierten mit dem Grundmisstrauen begegnet werden, sie seien manipulativ, nötigend oder gar erpresserisch? Oder soll man die Auseinandersetzung eines Inhaftierten mit Suizidgedanken als den ernstlichen Hilfeschrei eines Menschen hören, der an seinen Lebensbedingungen verzweifelt? Tag/Baur sprachen von «Lebensattheit resp. Haftmüdigkeit»¹⁹, die dazu führen könnten, dass Menschen sich suizidieren wollten. Meine seelsorgliche Erfahrung im Straf- und Massnahmenvollzug lässt mich vermuten, dass bereits das Ernstnehmen einer existenziellen Krise, die wesentlich mehr ist, als es in den Begriffen von Lebensattheit oder Haftmüdigkeit zum Ausdruck kommt, ein erster Schritt hin zu einer inneren Veränderung sein kann. An diesen Stellen sollte die Seelsorge im Vollzug unbedingt in die Prozesse eingebunden werden. Da sie nichts entscheiden kann und muss, ist sie nicht in der Situation, Äusserungen zu einer Selbsttötung als Nötigung zu hören; sie kann vielmehr die Äusserung als das nehmen, was sie an der obersten Bedeutungsschicht aussagt: Da ist ein Mensch, der an seinem Leben verzweifelt.

Das Problem des grundsätzlichen Misstrauens, es könne sich um nötigendes Verhalten eines Gefangenen handeln, wenn er das Thema Suizid anspricht, liegt in seiner Folge: viele individuelle Handlungsoptionen werden so a priori ausgeschlossen. Nötigungen werden nicht mit Hafterleichterungen belohnt. Es könnte aber sein, dass ein Mensch in einer andauernden existenziellen Krise ist, die durch mangelnde Perspektiven und andauernde Haft ausgelöst wird. Dann lägen die lebenserhaltenden Massnahmen nicht in der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, sondern in der Hoffnung auf Veränderungen.

¹⁷ Tag/Baur, 2019, 39.

¹⁸ Tag/Baur, 2019, 39.

¹⁹ Tag/Baur, 2019, 39.

Straftheoretische Überlegungen zu assistiertem Suizid

Strafzwecktheorien begründen Strafen und setzen damit auch die Leitplanken für Vollzugskonzepte. Auch im Gutachten von Tag/Baur wurden strafzwecktheoretische Überlegungen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid diskutiert: «In weiten Teilen der Gesellschaft wird die Strafe auch als eine Art Ausgleich und Genugtuung für das geschehene Unrecht gewertet. Würde die Strafe oder die Massnahme nicht vollzogen, weil sich der Täter seiner Strafe oder der gegen ihn verhängten Massnahme durch Suizidhilfe ‚entzieht‘, kann argumentiert werden, dass damit dem Staat der Anspruch auf Durchsetzung der strafrechtlichen Sanktion aus der Hand genommen wird.»²⁰ Die Frage nach dem Verhältnis von Strafnotwendigkeit und Selbstbestimmungsrecht des Gefangenen nimmt einigen Raum ein in diesem Gutachten. Es gehe darum, so Tag/Baur, «wie das Selbstbestimmungsrecht des Inhaftierten und die staatliche Pflicht, die Strafe zu vollziehen, gewichtet»²¹ würden. Die beiden Autorinnen entfalteten die Diskussion folgendermassen: Einerseits müsse die Strafe vollzogen werden, damit der Staat Sanktionen durchsetzen könne und es sei nicht wünschenswert, dass sich Inhaftierte «weder durch ungerechtfertigte Hafterleichterungen, Haftunterbruch, auch nicht durch Selbsttötung der gegen sie verhängten Sanktion entziehen können [sollten], anderenfalls liefen die Vollzugsziele ins Leere.»²² Es wird mit gleich drei Strafzwecktheorien argumentiert, wie sie in Claus Roxins Lehre von der Vereinigungstheorie²³ angelegt sind. General- oder individualpräventive Strafzwecke gehören zu den sog. relativen Strafzwecktheorien. Negative Generalprävention soll potenzielle Täter von der Durchführung von Straftaten abschrecken, positive Generalprävention hingegen soll die Normtreue der Bürgerinnen und Bürger fördern und Spezialprävention soll auf den Täter einwirken. «Unter Spezialprävention ist die Einwirkung auf den Täter mit dem Ziel zu verstehen, ihn von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten.»²⁴ Positive Spezialprävention will den Täter bessern, z.B. durch Art. 59 (stationäre Therapie), Art. 60 (Suchtbehandlung) oder Art. 63 (ambulante Therapie) und so resozialisieren, negative Spezialprävention, z.B. durch Art. 64 (Verwahrung), will hingegen den Täter durch Sicherungsmassnahmen von weiteren Straftaten abhalten.

²⁰ Tag/Baur, 2019, 26f.

²¹ Tag/Baur, 2019, 32.

²² Tag/Baur, 2019, 34.

²³ Vgl. Roxin, 1966, 377–387.

²⁴ Neumann/Schroth, 1980, 19.

Absolute Strafzwecktheorien, die im Vergleich zu den relativen Straftheorien im Behandlungsvollzug an Bedeutung verloren haben, sind im Vergeltungsgedanken sichtbar. Durch vergeltende Strafzwecke soll beispielsweise ein Schuldausgleich geschaffen werden. Die negative Spezialprävention dient der Sicherung der Gesellschaft vor gefährlichen Straftätern. Die positive Spezialprävention dient der Besserung des Gefangenen, um ihm eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Tag/Baur wiesen darauf hin, dass ein assistierter Suizid die positive Spezialprävention zunichte mache. Dieser Resozialisierungsgedanke sei so wichtig, meinten Tag/Baur, dass der Einzelne nicht darüber zu entscheiden habe. Die Diskussion spitzt sich zu, wo es um das Prinzip der Vergeltung geht, also um den sogenannten Schuldausgleich: «[...] Durch den Suizid des Inhaftierten [kann] das öffentliche Interesse an einem gerechten Schuldausgleich nicht mehr oder nicht mehr vollständig realisiert werden [...] bzw. [wird] das Normvertrauen der Gesellschaft durch den Straf- oder Massnahmenvollzug nicht bestätigt [...]»²⁵ Die Diskussion reflektiert eine generalpräventiv-vergeltende Argumentationsfigur, die zum Zwecke des Schuldausgleichs und der Generalprävention eine Mindesthaftzeit von zwei Drittel der Strafe bei Zeitstrafen und 15 Jahren bei lebenslänglichen Freiheitsstrafen und Massnahmen statuiert, bevor der Staat die Bewilligung zum assistierten Suizid erteilen könne.

Indem der Vergeltungsaspekt als Schuldausgleich gegenüber dem Opfer interpretiert wird, geht ein Gedanke grundsätzlicher Art unter: Das Leid, das der Täter dem Opfer zugefügt hat, wird nicht dadurch getilgt, dass der Täter ebenso leidet. Es findet letztlich kein Ausgleich statt, sondern eine Verdoppelung des Leids. Darauf hatte schon Paul Ricœur 1974 hingewiesen, indem er schrieb: «Wie kann ein physisches Übel eine sittliche Verfehlung aufwiegen, kompensieren, tilgen?»²⁶ Ein sittliches Vergehen sei nämlich ein Handeln und Strafe ein Erleiden.²⁷ Deshalb ist das Argument eines Schuldausgleichs zugunsten eines Opfers nicht sehr stark zu gewichten, auch wenn dieses Argument des Ausgleichs auch Eingang in die Theologie gefunden hat, etwa bei Helmuth Gollwitzer (1964): Er hielt es für notwendig, dass der Täter die «Schuld [...] gegenüber unantastbaren Normen»²⁸ erkenne und einsehe, «dass dem Opfer, das er anderen widerrechtlich um seines Profits willen

²⁵ Tag/Baur, 2019, 48.

²⁶ Ricœur, 1974, 240.

²⁷ Vgl. Ricœur, 1974, 240.

²⁸ Gollwitzer, 1964, 208.

zugemutet hat, nun ein Opfer von seiner Seite korrespondieren» müsse.²⁹ Theologisch muss man hier an Karl Barths (1974) Diktum erinnern, dass es eigentlich eine Beleidigung Gottes sei, wenn nach Sühne und Wiedergutmachung gerufen würde³⁰ und an Hans-Richard Reuters Dekonstruktion von Strafe (1996): «Es gibt keine einzige theologische Legitimation des Strafrechts aus den Metaphern der Strafe. Die Schuld, die Jesus weggetragen hat, bedeutet ja keine Normübertretung, sondern eine kollektive Selbstverstrickung, die nicht vergolten, sondern nur erlöst werden kann.»³¹

Aus gefängnisseelsorglicher Sicht bedeutet das, dass in Bezug auf den assistierten Suizid zu fragen ist: Wendet die Strafe irgendeine Not? Die des Opfers oder die des Täters? Kann sie ihren Zweck der Abschreckung erfüllen, wenn aus generalpräventiver Sicht der Fokus vom Täter weggeschoben werden muss, um das Abschreckungspotenzial für andere in den Blick zu bekommen? Diesen funktionalisierenden Aspekt von Strafe sahen Tag/Baur ebenfalls.³² Lässt es sich rechtfertigen, Strafe so auszufällen, dass sie zum Zweck der Abschreckung wird, statt mit der Tat des Täters umzugehen? Selbst wenn der generalpräventive Aspekt nur ein Teil des Strafzwecks ist, muss man sich als Theologin oder Theologe fragen, ob mit der Verzweckung von Strafe nicht die Würde des gerechtfertigten Sünders in der Gefahr steht, destruiert zu werden.

Für den assistierten Suizid hat das folgende Bedeutung: Die Frage, ob aus generalpräventiven Gründen assistierte Sterbehilfe erst nach zwei Drittel der Strafe oder nach 15 Jahren erlaubt werden könnte, nimmt die Würde des gerechtfertigten Sünders nicht ernst und ist deshalb abzulehnen. Zu einem ähnlichen Schluss kamen auch Tag/Baur: «Im konkreten Fall könnte ein generelles Verbot der Suizidhilfe jedoch nicht auf die negative Generalprävention abgestützt werden, da anderenfalls der Inhaftierte zur Förderung des allgemeinen Wohls ‚funktionalisiert‘ würde.»³³

Tag/Baur sahen, dass es gerade für verwahrte Menschen eine hochbelastete Situation mit mangelnder Perspektive sein kann und forderten Vollzugsplanung auch für Massnahmenklienten: «Aber auch bei Personen, die gegebenenfalls ihr gesamtes künftiges Leben in einer Vollzugseinrichtung verbringen

²⁹ Gollwitzer, 1964, 208.

³⁰ Vgl. Barth, 1972, 49.

³¹ Reuter, 1996, 177.

³² Vgl. Tag/Baur, 2019, 48.

³³ Tag/Baur, 2019, 48.

werden, hat eine Vollzugsplanung zu erfolgen, die den Zugang zu sinnvollen Tätigkeiten und geeigneten Programmen ermöglicht. Die Entlassung zumindest als Fernziel ist anzustreben, es ist daher zu versuchen, dies mit einer geeigneten Behandlung zu erreichen.»³⁴ Würde dieser Weg konsequent gegangen, liessen sich vermutlich existenzielle Krisen meistern. Sieht man jedoch, dass im Ostschweizer Strafvollzugskonkordat Urlaube für Verwahrte nur in Ausnahmesituationen vorgesehen sind, wird deutlich, wie schwer es sein wird, Perspektiven wiederzugewinnen.³⁵

Die beiden Autorinnen machten sich letztlich frei von strafzwecktheoretischen Überlegungen und schränkten den assistierten Suizid so ein: «Als Fazit kann festgehalten werden, dass der Schwere der physischen Krankheit und das nahe biologische Lebensende für die Zulässigkeit der vom urteilsfähigen Inhaftierten dauerhaft und ernsthaft erstrebten Suizidhilfe massgebliche Bedeutung zukommen, sei es im Straf- oder Massnahmenvollzug. Wird die Suizidhilfe derart begrenzt, können die bisherige Haftverbüsung und die damit zusammenhängenden Überlegungen zum Sühnegedanken nicht von ausschlaggebender Bedeutung für die Zulässigkeit der Suizidhilfe sein.»³⁶

Im nächsten Schritt wird dargestellt, wie Tag/Baur die Einschränkung eines assistierten Suizids auf körperliche Erkrankungen mit baldiger Todesfolge begründen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Subjektivität des unerträglichen Leidens

Die SAMW veröffentlichte in zweiter Auflage 2019 eine Neufassung ihrer Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Die neue Kernbotschaft sorgte

³⁴ Tag/Baur, 2019, 50.

³⁵ Strafvollzugskonkordat, 2008, 3: «Da der Vollzug nicht auf die bedingte Entlassung ausgerichtet wird, machen auf Wiedereingliederung zielende Vollzugsöffnungen keinen Sinn. Vollzugsöffnungen werden zwar nicht (wie beim Vollzug der lebenslänglichen Verwahrung) grundsätzlich ausgeschlossen, sie können aber nur in begründeten Ausnahmefällen in Frage kommen. Zu denken ist an Ausgänge und Tagesurlaube aus therapeutischen Gründen (Aufrechterhaltung einer Grundmotivation, Erfüllung therapeutischer Aufgaben, Überprüfung der therapeutischen Arbeit), damit ein Verurteilter den Kontakt zur Aussenwelt nicht vollständig verliert oder um einen langen Vollzug zu strukturieren und erträglich zu machen. Vollzugsöffnungen dürfen in aller Regel nur in Begleitung von Anstaltsmitarbeitern durchgeführt werden.»

³⁶ Tag/Baur, 2019, 50.

zugleich dafür, dass diese Richtlinie nicht von der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH als Landesrecht adaptiert wurde: «Zudem ist es nicht der medizinisch objektivierbare Zustand, der bei der Patientin zum selbstbestimmten Suizidwunsch führt, sondern das subjektiv erlebte unerträgliches Leiden. Dieses lässt sich nicht objektivieren, es kann aber im intersubjektiven Nachvollzug durch die behandelnde Ärztin plausibel gemacht werden. Um zu rechtfertigen, dass die Suizidhilfe überhaupt in den medizinischen Zuständigkeitsbereich fällt, müssen aber medizinisch fassbare Krankheitssymptome oder Funktionseinschränkungen vorliegen.»³⁷ Tag/Baur konstatierten deshalb: «Das bedeutet, dass danach Suizidhilfe auch bei körperlichen Behinderungen, chronischen und auch heilbaren Krankheiten möglich ist, ohne dass eine bestimmte Diagnose oder Prognose gestellt werden muss.»³⁸ Es ist den beiden Autorinnen zuzustimmen, wenn sie daraus folgern: «Würde man Suizidhilfe *intra muros* an die weite Formulierung der 2018 verabschiedeten Richtlinie und damit das «unerträgliches Leiden» anknüpfen, hätte das je nach Fallkonstellation einen sehr weiten Anwendungsbereich zur Folge, was in dieser Allgemeinheit mit den Vollzugszielen nicht mehr in Einklang steht und daher abzulehnen ist.»³⁹ Vollzugsziele seien hier Resozialisierungsziele und deshalb solle in Übereinstimmung mit den Fürsorgepflichten verhindert werden, dass «unter [dem Einfluss haftpsychologischer Krisenlagen] keine Entscheidungen mit irreversiblen, über die Haft hinausreichenden Folgen getroffen werden, die den Inhaftierten später reuen [würden].»⁴⁰ Kurz gesagt: Was ein Inhaftierter als freier Mensch nicht tun würde, das müsse auch in Haft verhindert werden, da die nachteiligen Folgen nicht akzeptierbar und mit dem Fürsorge- und Obhutsgedanken im Sonderstatusverhältnis unvereinbar seien.

Wie sieht es nun mit den verwahrten oder lebenslänglich verurteilten Personen aus? Hier setzte das Gutachten voraus, dass der Vollzug auf Resozialisierung hinzuwirken habe, und den «negativen Auswirkungen des Freiheitsentzugs und damit auch Persönlichkeitsveränderungen entgegenzuwirken»⁴¹ habe. Dazu bedürfe es auf Seiten des Inhaftierten der Mitwirkungspflicht. Aufgrund mangelnder Mitwirkung könne jedoch nicht der «Ausweg Suizidhilfe in Anspruch»⁴² genommen werden, da die Motivationslage sich ändern

³⁷ SAMW, 2018, 25.

³⁸ Tag/Baur, 2019, 36.

³⁹ Tag/Baur, 2019, 37.

⁴⁰ Tag/Baur, 2019, 37.

⁴¹ Tag/Baur, 2019, 38.

⁴² Tag/Baur, 2019, 38.

könne, der Tod jedoch irreversibel sei. Dies gelte auch, falls die Wiedererlangung der Freiheit nicht möglich sei.

Das Rechtsgutachten stellte also fest, dass die Fürsorgepflicht höher zu werten sei als die Selbstbestimmung des Insassen. Der Insasse könne nicht im Sinne der SAMW Richtlinien ein unerträgliches Leiden geltend machen, er müsse vielmehr auch als Verwarharter oder Lebenslänglicher ohne Aussicht auf Entlassung mitwirken. Damit entschieden die beiden Gutachterinnen zugunsten der Fürsorgepflicht und nutzten den Sonderstatus der Insassen dazu, um andere Gründe für eine Suizidbeihilfe auszuschliessen. Subjektiv erfahrenes unerträgliches Leiden ist nicht genügend. Die beiden Gutachterinnen lehnten den neu von der SAMW eingebrachten Topos des subjektiv erfahrbaren unerträgliches Leidens ab und beschränkten damit die Möglichkeit auf Suizidbeihilfe auf die extramural unumstrittene Situation eines leidvollen Todes nach einer körperlichen Krankheit. Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des gefangenen Menschen solle in diesem eng umgrenzten Fall ein assistierter Suizid möglich sein.

Grundsätzlich ist den beiden Autorinnen zuzustimmen, jedoch mit anderen Begründungen: Der Wunsch nach einem assistierten Suizid entspringt einer existenziellen Krise, die einer Perspektivlosigkeit geschuldet ist. Diese Perspektivlosigkeit ist zu verändern. Dabei wird man kaum davon ausgehen dürfen, dass diese existentielle Krise durch eine Einweisung in eine Psychiatrie oder durch medikamentöse Behandlung zu lösen ist. Mit diesem Gedanken soll nun kurz das Themenfeld von Suizid als existenzieller Krise im Gutachten diskutiert werden.

Suizid als existenzielle Krise. Nicht mehr als eine psychische Erkrankung?

Im Gutachten ist an mehreren Stellen von einer Krise die Rede. So etwa von «[...] spezielle[n] haftpsychologische[n] Krisen, die in Selbstschädigungen gipfeln können, die bis zur Selbsttötung reichen. Schliesslich ist die sog. «Haftpsychose» als erlebnisreaktiver Persönlichkeitswandel durch den Freiheitsentzug und die damit erzwungene Änderung des bisherigen Lebenszusammenhangs zu nennen. Es können sich neben depressiven Zuständen mit unterschiedlichen Ausprägungen auch weitere Störungen wie Auflehnung oder Demonstrationsbedürfnisse zeigen. Aufgrund von Studien ist zudem bekannt, dass die Prävalenz psychischer Störungen im Straf- und Massnahmenvollzug im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist.»⁴³ Diese

⁴³ Tag/Baur, 2019, 28.

Aufzählung schwerwiegender Einschränkungen in Psyche, Leben und Gesundheit deuten in Richtung einer möglicherweise umfassenden und damit existenziellen Krise. Diese Krise wird fast ausschliesslich durch die Umgebung der Haft ausgelöst, ausser dort, wo sie durch eine bereits vorbestehende psychische Erkrankung deutlich verschärft wird. Gefangene sind in einer Situation deutlich erhöhter Vulnerabilität.

Die haftpsychologische Krisenlage evozierte bei den beiden Autorinnen die Frage, «ob Inhaftierte mit einer unheilbaren, dauerhaften, schweren psychischen Beeinträchtigung überhaupt hafterstehungsfähig» seien. Sei die Krise akut, gelte es, «die betroffene Person in eine geeignete Einrichtung einzuweisen und zu behandeln.»⁴⁴ Als akute Massnahmen kann man den Gutachterinnen zustimmen, schwieriger wird es aus Sicht der Gefängnisseelsorge, wenn diese akute Krise zu einer fortgesetzten und damit zweifellos existenziellen Krise wird: Hier waren sie der Meinung, dass wenn eine schwere psychische Beeinträchtigung einen «betroffenen Patienten sein Leben im Vollzug auf Dauer hin nicht mehr als lebenswert erscheinen lässt, [...] ein grosses Spannungsverhältnis [besteht], namentlich in Bezug auf die Feststellung der Urteilsfähigkeit und die Schutzpflicht des Staates.»⁴⁵ Wenn ein Gefangener in einer schweren, andauernden und damit existenziellen Krise sei, müsse «der Staat dafür Sorge tragen, dass aus der psychologischen Anpassung an das Leben im Straf- und Massnahmenvollzug keine Entscheidungen hervorgehen, die nachteilige Folgen haben, die der Inhaftierte bei einer Entscheidung in Freiheit nicht in Kauf genommen hätte.»⁴⁶ Die Folgen dieser Überlegungen seien, dass «der Vollzug verschiedene Möglichkeiten [kenne], um im Rahmen des Möglichen und Vertretbaren auf die Situation des Inhaftierten einzugehen.»⁴⁷ Diese Möglichkeiten lägen in der Vollzugsplanung, in der Motivation zur Mitwirkung auch verwahrter und lebenslänglicher Gefangener.

Es scheint aus unserer Sicht, die Suizid als Ausdruck einer schweren existenziellen Krise versteht, etwas zu kurz gegriffen, eine solche Krise wesentlich als psychische Erkrankung zu verstehen. Der katholische Seelsorger Erich Nauhauser (1976) schrieb in einem Aufsatz: «Ich kann mir nichts Grausameres vorstellen als einen jahrelangen Freiheitsentzug.»⁴⁸ Nimmt man diesen Satz eines erfahrenen Gefängnisseelsorgers ernst und fragt sich, welche

⁴⁴ Tag/Baur, 2019, 37.

⁴⁵ Tag/Baur, 2019, 37.

⁴⁶ Tag/Baur, 2019, 38.

⁴⁷ Tag/Baur, 2019, 38.

⁴⁸ Nauhauser, 1976, 100.

Auswirkungen lebenslängliche Haft oder eine Massnahme nach Art. 59 oder 64 StGB mit ebenso indefiniten Rahmen haben könnte, lässt sich erahnen, dass dieser Umstand wohl schwerer wiegen könnte, als es im eher verharmlosenden Begriff der «Haftmüdigkeit» zum Ausdruck kommt. Was hier zu vermuten ist, ist eher eine tiefe Verzweiflung am Leben, an den Lebensumständen, an der Tat, die man begangen hat und an der eigenen Schuld und Fehlbarkeit. Was anzunehmen ist, ist eine tiefe Trauer darüber, dass man sein Leben verfehlt hat und in einer unfassbaren Beziehungslosigkeit in der Welt steht. Diese Beziehungslosigkeit kann die Beziehung zu sich selbst umfassen, zu einem Gott, an den man angesichts des eigenen Lebensversagens nicht (mehr) glauben kann und zu den Mitmenschen, zu denen man entweder schuldbehaftet oder zeitbedingt die Beziehung verloren hat.

Diese seelische Gemengelage wird sich nicht dadurch verändern, dass medizinisch-therapeutische und medikamentöse Hilfe angeboten wird, sondern nur dadurch, dass der Vollzug gerade wegen seines besonderen Fürsorgeauftrages gegenüber dem Insassen Optionen schafft, damit Beziehungsaufnahmen wieder möglich werden. Dieser Rahmen muss ausgeschöpft werden, wenn Menschen in tiefen Krisen stehen und ihrem Leben ein Ende setzen wollen – und nicht nur dann, wenn man Nauhausers Diktum ernst nimmt.

Die Sorge, von Gefangenen durch Suizidandrohungen manipuliert zu werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Allerdings darf man einem so gut ausgebauten betreuungsorientierten Freiheitsentzug, wie es ihn in der Schweiz gibt, bzw. den erfahrenen Mitarbeitenden in den Untersuchungshaftgefängnissen durchaus zutrauen, die Motivlage einschätzen zu können: ob es sich um den Versuch handelt, bessere Haftbedingungen für sich selbst zu erwirken oder ob das Leben zu einer kaum erträglichen Last geworden ist.

Die Belastung des Personals ist gross.

Die beiden Autorinnen sahen die enorme Belastung, die sich bei diesem Thema für das Personal, aber auch für die Mitgefangenen einer Strafanstalt ergeben könnte⁴⁹: Würde der assistierte Suizid gestattet, müsste auch das Personal in diesem Bereich geschult werden, gerade weil das Personal den Gefangenen in Alltagssituationen erlebe.⁵⁰ Das Personal betreue die Gefangenen und gerade bei langstrafigen oder kranken Gefangenen sei mehr

⁴⁹ Vgl. Tag/Baur, 2019, 27; 29; 34.

⁵⁰ Vgl. Tag/Baur, 2019, 51.

Betreuung als Aufsicht zu leisten: «Die Forschung zeigt, dass ein Todesfall im Vollzug auch für Mitarbeitende als ein belastendes Ereignis im Gefängnisalltag erlebt wird.»⁵¹ Deshalb sei es auch keinesfalls Aufgabe des Personals an der Suizidhilfe in irgendeiner Weise teilzunehmen. Wenn man diese Belastung wahrnimmt, wie es das Gutachten tat, dann ist es zumindest fragwürdig, dass die beiden Autorinnen empfehlen, es solle pro Strafvollzugskonkordat eine Anstalt benannt werden, die in ihren Räumen Insassen einen assistierten Suizid in dafür vorgesehenen Räumlichkeiten ermögliche. Meines Erachtens wäre die Belastung für das Personal oder für die in solchen Anstalten einsitzenden Mitgefangenen keineswegs geringer, wenn sie der Situation ausgesetzt würden, dass sie ihnen fremde Menschen zum Sterbeort begleiten und bewachen müssten. Ob man von Kantonspolizisten erwarten soll, möglicherweise anstelle des Vollzugspersonals solche Begleitungen zu übernehmen, scheint mir das Problem nur zu verschieben. Die Mitgefangenen würden in jedem Fall einer hohen Belastung ausgesetzt sein. Meine Erfahrung als Gefängnisseelsorger zeigt, dass es noch lange nach solchen Suiziden und Todesfällen zu erheblichen emotionalen Verwerfungen bei Insassen im Seelsorgegespräch kommen kann.

Die hier kurz skizzierten und gewürdigten Themenfelder führten im Gutachten zu drei Folgerungen:

Das erste Ergebnis lautet: Nur bei Insassen, die in der letzten Lebensphase seien und sterben würden, sei ein assistierter Suizid zulässig. «Als Fazit kann festgehalten werden, dass der Schwere der physischen Krankheit und das nahe biologische Lebensende für die Zulässigkeit der vom urteilsfähigen Inhaftierten dauerhaft und ernsthaft erstrebten Suizidhilfe massgebliche Bedeutung zukommen, sei es im Straf- oder Massnahmenvollzug.»⁵²

Nur enge, physisch bedingte Ausnahmefälle könnten eine Suizidhilfe rechtfertigen: «Soll die Suizidhilfe im Straf- und Massnahmenvollzug möglich sein, ist u.E. eine Einschränkung der möglichen Krankheiten, die eine Suizidhilfe rechtfertigen können, vorzunehmen. Nicht jede Krankheit oder jedes altersbedingte Gebrechen darf Rechtfertigung für Suizidhilfe darstellen.»⁵³

Die zweite Folgerung lässt sich so fassen: Es gebe ein sinnvolles Vorgehen bei assistiertem Suizid. Diese Folgerung wird recht breit entfaltet und zeigt auf,

⁵¹ Tag/Baur, 2019, 62.

⁵² Tag/Baur, 2019, 50.

⁵³ Tag/Baur, 2019, 57.

wie ein Prozess ablaufen könnte, der zur Abklärung und allenfalls Genehmigung einer Suizidhilfe führt. Der meines Erachtens heikelste Punkt in dieser Prozessbeschreibung ist die Prämisse, dass es in jedem Strafvollzugskonkordat einen Sterbeort geben solle, der eigens dafür einzurichten sei, oder es sei ein geeigneter Ort in der jeweiligen Anstalt zu finden.⁵⁴

Hier muss aus gefängnisseelsorglicher Perspektive deutlich dagegen argumentiert werden. Im Gutachten werden die Mitgefangenen zwar erwähnt, aber es wird nicht genügend deutlich gemacht, welche immense Belastung der Tod im Gefängnis für inhaftierte Menschen bedeutet. Diese Belastung ist meines Erachtens von Mitgefangenen fernzuhalten. Gerade unter den Bedingungen eines Äquivalenzgedankens lässt sich dies nicht begründen: extra muros muss keiner einen assistierten Suizid mittragen, das ist anders in einer Zwangsgemeinschaft. Man kann mit dem Normalisierungsprinzip und mit dem Fürsorgegedanken argumentieren und findet beides Mal Gründe dafür, den Sterbeort nicht in eine Anstalt zu verlegen.

Der Vorschlag, bestimmte Anstalten dafür auszurüsten, nimmt nur wenig von diesem Druck weg. Er erhöht aber den Druck auf das Personal, das diesen Dienst dann gelegentlich auszuführen hat. Es ist eine seelische Herausforderung ganz eigener Art, Gefangene, die man nicht kennt, auf ihrem letzten Gang und bis zu ihrem letzten Atemzug zu betreuen. Pfarrpersonen werden eigens dafür ausgebildet; ihr Berufsfeld hat immense Erfahrung mit dem Thema der Sterbebegleitungen. Mir scheint, dies wäre für ganz anders ausgebildetes Personal in Strafanstalten eine enorme Zumutung.

Eine dritte Folgerung der beiden Autorinnen ist der Wunsch, dass die Möglichkeiten einer palliativen Begleitung in den Anstalten ausgebaut werden sollte, um Suizidhilfe unnötig zu machen.⁵⁵

Schlussbemerkung aus gefängnisseelsorglicher Perspektive:

Das Gutachten reflektiert vor allem juristische und vollzugstechnische Fragen. Mit der Entscheidung, dass sich aus dem Sonderstatusverhältnis eine besondere Fürsorge- und Obhutspflicht ergebe, werden alle anderen Gründe für assistierten Suizid (ausser denen eines unerträglichen körperlichen Leidens) ausgeschlossen. Dieses Ergebnis wird strafzwecktheoretisch untermauert, indem die beiden Gutachterinnen davon ausgehen, dass der

⁵⁴ Vgl. Tag/Baur, 2019, 63f.

⁵⁵ Vgl. Tag/Baur, 2019, 71.

Behandlungsvollzug in jedem Fall eine spezialpräventiv-resozialisierende Funktion haben müsse. Diese Funktion sei so wichtig, dass sie nicht durch den Einzelnen ausser Kraft gesetzt werden könnte. Da sich Motivationslagen bei Gefangenen ändern könnten, sei bei Haftmüdigkeit der Suizid zu verhindern. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass ein Gefangener, der mitwirke, irgendwann doch noch entlassen werden könnte.

Man kann dieser Argumentation im Gutachten folgen. Damit entscheidet man juristisch, befreit sich jedoch letztlich nicht aus der Dilemmasituation, dass man zwar rechtlich entscheiden kann, aber ethisch die Rechte des Gefangenen beschneidet, die er extramural geltend machen könnte. Aus einer Lebensmöglichkeit wird so eine Lebenspflicht für alle, die nicht sterbenskrank sind. Das ist ethisch zumindest fragwürdig.

Mit dem wesentlich juristischen Fokus kommen zwar zusätzlich Themen in den Blick, die wichtig sind, aber sie bekommen zu wenig Raum. Diese Problemfelder lassen sich etwa wie folgt skizzieren:

Der Vorschlag im Gutachten, die existenzielle Krise mit einer Einweisung in die Psychiatrie zu lösen, nimmt zu wenig wahr, dass die Krise gerade durch die Institutionalisierung ausgelöst sein kann. Vom Strafgefangenen zum Patienten zu werden, wird vielleicht kurzfristig durch den Einsatz von Medikamenten helfen, aber langfristig am Problem nichts ändern.

Eine für alle kaum zu ertragende Aporie zeigt sich, wenn Langzeithaftierte z.B. als untherapierbar oder austerapiert oder schlicht als zu gefährlich angesehen werden. Nicht nur die Seelsorge sieht das damit verbundene Leiden: Was soll man tun, wenn vollkommene Resignation bei einem Gefangenen um sich gegriffen hat und er nichts von dem, was man ihm noch anbieten könnte, annehmen kann? Und was soll man tun, wenn keine Optionen mehr für den Gefangenen vorhanden sind, mit denen man ihm Hoffnung geben könnte? Diese Aporie ist gefährlich, weil alle Beteiligten den Ausweg eines assistierten Suizids als Lösung verstehen könnten: mit dem Tod würde die für alle belastende Ausweglosigkeit enden. Es gibt jedoch meines Erachtens für den Behandlungsvollzug nur eine Option: die Resignation und Hoffnungslosigkeit mit auszuhalten und sich als Mitarbeitende der Institution nicht von der damit verbundenen Frustration verschlingen zu lassen. Dazu bedarf es supervisorischer und anderer Unterstützung für alle Beteiligten, wie es heute schon Standard ist. Die Obhutspflicht darf jedenfalls nicht durch diese Aporie infrage gestellt und zugunsten eines assistierten Suizids aufgelöst werden. Ohne die immense Last zu verkennen, die auf allen Beteiligten (Aufsichts-

/Betreuungspersonal, Sozialdienst, Therapie, Werkdienst, Seelsorge, Leitung) liegen kann, wäre aus gefängnisseelsorglicher Sicht den Gutachterinnen zu folgen, die assistierten Suizid nicht aus Gründen subjektiv unerträglichen Leidens gewähren wollen. Wenn Menschen so lange in Haft bleiben müssen, dass tiefste Resignation von ihnen Besitz ergreift, müssen Betreuende so unterstützt werden, dass sie dieses Leid aushalten und im Rahmen der Möglichkeiten mittragen können.

Ein Vorschlag des Gutachtens muss aus gefängnisseelsorglicher Perspektive zurückgewiesen werden: Das Gefängnis ist kein Ort, an dem assistierter Suizid stattfinden sollte. Es ist kein Ort, an dem Sterbezimmer eingerichtet werden sollten. Es ist auch keine Lösung pro Strafvollzugskonkordat eine Anstalt zu benennen, die solche Räume einrichten soll. Wer Erfahrungen mit dem Innenleben einer Anstalt hat, wer wie die Gefängnisseelsorge sieht, wie Todesfälle unter Gefangenen zu emotionalen Verwerfungen führen und wer sieht, wie lange diese Erfahrungen nachwirken, kann keinesfalls zustimmen, den assistierten Suizid intramural durchzuführen. Neben den Mitgefangenen, die in diesem Zusammenhang zu schützen sind, hat das Gutachten auch das Personal aufgeführt, das von diesen Situationen bedrängt würde.

Wenn dem Gutachten in seiner Einschätzung gefolgt werden soll, dass Menschen, die in ihrer letzten Lebensphase unerträgliche Leiden auszustehen haben, ein assistierter Suizid gestattet werden könnte, dann muss allerdings erwidert werden: Menschen, die derart körperlich leiden, gehören nicht ins Gefängnis, sondern in medizinische Pflege. Dort sollte es möglich sein, ihnen alle zur Verfügung stehende palliative medizinische Kunst angedeihen zu lassen. Ob der Sterbewunsch in diesem Fall weiterhin bestünde, würde sich weisen. In jedem Fall gehört in dieser Sterbe- bzw. Lebensphase die Seelsorge ans Krankenbett, um zu trösten. Manchmal sind Gespräche möglich, die versöhnenden Charakter haben und den letzten Weg etwas erleichtern können.

Literaturliste

Tag, Brigitte, Baur, Isabel 2019, Suizidhilfe im Freiheitsentzug. Expertise zuhanden des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug, Universität Zürich.

Iseli, Karoline, Stüfen, Frank 2019, Assistierter Suizid im Gefängnis. Überlegungen zur seelsorglichen Begleitung von Gefangenen und Angehörigen, in: Seelsorge & Strafvollzug 3, Dezember 2019, 7–35.

Nauhauser, Erich 1976, Gedanken zu Seelsorge für Strafgefangene, in: Wege zum Menschen, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 90–101.

Neumann, Ulfried, Schroth, Ulrich 1980, Neuere Theorien von Kriminalität und Strafe, Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt.

Ostschweizer Strafvollzugskommission 2008, Empfehlung für den Vollzug der Verwahrung und der vorangehenden Freiheitsstrafe vom 4. April 2008.

Ricœur, Paul 1974, Interpretation des Strafmythos, in: Ricœur, Paul., Hermeneutik und Psychoanalyse. Der Konflikt der Interpretationen II, Kösel Verlag: München, 239–265.

Roxin, Claus 1966, Über Sinn und Grenzen staatlicher Strafe, in: JuS 1966, 377–387.

Schweizerisches Kompetenzzentrum für Justizvollzug 2019, Der Assistierte Suizid im Straf- und Massnahmenvollzug, Grundlagenpapier, Fribourg.

Stüfen, Frank, Graf, Ivo 2014, Gefängnisseelsorge: Lebensbegleitung – bis in den Tod?, in: Riklin, Franz (Hg.), Alt werden und Sterben hinter Gittern. Eine neue Realität für den Vollzug, Stämpfli Verlag: Bern, 33–38.

Schweizerische Akademie der Wissenschaften 2. Aufl. 2019, Medizinisch-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod, Bern.

Kurzbiografie und Kontakt: siehe am Ende des Artikels zu Assistierte Suizid in dieser Ausgabe.

Traum sensible Seelsorge: Eine Anregung für die Gefängnisseelsorge

Von Dr. Andreas Stahl, München.

Abstract

Gewalt im sozialen Nahraum ist in den westlichen Gesellschaften des 21. Jahrhunderts eine Hauptursache für Traumata. Traumatische Erlebnisse zeichnen sich tief in das Leben betroffener Menschen bis in deren Religiosität ein. Traum sensible Seelsorge fragt, welchen konstruktiven Beitrag christliche Seelsorge zur Bewältigung von Traumata leisten kann.

Einführung

«Mein Vater hat sie öfters geschlagen und auch an den Haaren gezogen ... und ich hab immer geweint, weil mir das auch wehtat ... und da hat er immer zu ihr gesagt, du Hure, und so, du schläfst mit anderen, und dabei hat es gar nicht gestimmt. Ich hab immer gesagt, hört auf, aber ich hab nichts getan, weil ich hatte Angst, ich weiss nicht, ich hatte sehr viel Angst. Ich hatte da keine Kraft, oder ich war dann eigentlich nicht ich selber, sondern da war ich irgendwie ganz verändert, immer wenn sie gestritten haben. [...]

Die Schläge, die meine Mutter bekam, spürte ich in meinem Bauch von einem hin und her Zerren ... das machte mich traurig und [ich] bekam Angst ... Mein Bauch hatte Angst, manchmal hatte er um meine Mama Angst, manchmal sogar hatte ich um meinen Vater Angst. Dass er nicht weiss, was er tut [...]

... also ich fühle mich zu schwach, weil immer wenn ich daran denke, habe ich immer angefangen zu weinen, dann war alles wieder da, die Angst im Bauch und so ... und ich hatte halt in der Schule auch Angst, hab ich dann wieder alles falsch gemacht oder ich hab immer so gezittert oder so was halt ... und am Abend da konnte ich nie schlafen, da hatte ich immer Albträume [...]»¹.

Auf diese Weise erlebte die zwölfjährige Amela die traumatisierende Gewalt ihres Vaters gegen ihre Mutter. Sie ist damit kein Einzelfall, sondern Exempel einer verbreiteten, aber gerne verdrängten gesellschaftlichen Realität. Einer

¹ Strasser, 2007, 48ff. Es handelt sich um eine Interviewsequenz aus der qualitativen Studie «Kinder legen Zeugnis ab» mit Kindern und Müttern in Frauenhäusern. Sprachfehler wurden nicht korrigiert, um die Schilderung in ihrer Authentizität zu bewahren.

gesellschaftlichen Realität, die sich auf das Leben vieler Menschen in destruktiver Weise auswirkt. Durch Gewalt im sozialen Nahraum verkehren sich fürsorgliche Beziehungsformen in ihr Gegenteil und richten grossen Schaden an. Seelsorge kann an einem so drängenden und schwerwiegenden Problem nicht vorübergehen.

Amela könnte Seelsorgenden im Strafvollzug an verschiedenen Stellen begegnen: Vielleicht als Tochter des inzwischen inhaftierten Vaters. Vielleicht wollte Sie auch nach einigen Jahren weg von Zuhause, brauchte dafür dringend Geld, liess sich auf die falschen Leute und Geschäfte ein und sitzt nun wegen Drogenschmuggels oder Betrugs für einige Zeit in Haft. Vielleicht ist sie auch eine erwachsene Person, mit der es im Gefängnisalltag häufig Schwierigkeiten gibt, weil aus ihr immer wieder ein tiefer Zorn herausbricht, dessen Ursache keiner so richtig einordnen kann.

Im Folgenden soll ein Ansatz vorgestellt werden, der sich aus poimenischer Perspektive mit dem Erleben traumatisierter Menschen befasst. Es geht dabei vor allem um Traumata, die infolge von Gewalt im sozialen Nahraum erlitten wurden. Die Ausführungen beruhen auf meiner 2019 veröffentlichten Dissertation «Traumasensible Seelsorge: Grundlinien für die Arbeit mit Gewaltbetroffenen». Traumasensible Seelsorge nimmt wahr, dass es traumatische Ereignisse gibt, die nicht einfach vorübergehen, sondern gegenwärtig bleiben und fragt, welchen konstruktiven Beitrag christliche Seelsorge zur Bewältigung dieser Ereignisse leisten kann.

Trauma

Der Begriff des «Trauma» geht auf das griechische «το τραῦμα» zurück und bedeutet «Wunde, Verletzung, Schaden, Leck (bei Schiffen)» oder in Übertragung auch «Verlust, Niederlage»². Ein Derivat ist das vorrangig poetisch verwendete «το θραῦμα», das meist als «Bruchstück, Trümmer» wiedergegeben wird.³ Das Verb «θραύω» bedeutet «zerbrechen, zerfetzen» oder kann übertragen mit «niederbeugen, entkräften, vernichten» gleichgesetzt werden.⁴ Die Etymologie des Wortes weist bereits auf Bedeutungsfacetten hin, die in der Übertragung auf die Psyche traumatisierter Menschen durchaus Realitäten beschreiben.

² Gemoll, 2006, 799.

³ Gemoll, 2006, 400.

⁴ Gemoll, 2006, 400.

Umgangssprachlich wird der Begriff – teils auch inflationär – für besonders leidvolle und als belastend erlebte Vorkommnisse verwendet. Dem gegenüber stehen, neben einer medizinischen Verwendung für primär nicht psychische Wunden, oft sehr präzise psychotraumatologische Definitionen aus dem Bereich von Psychologie, Medizin und Neurowissenschaften. Hinzu kommt ein Verständnis von Trauma als kulturelles Deutungsmuster, das sich gegenwärtig in verschiedenen Sozial- und Kulturwissenschaften grosser Rezeption erfreut und jüngst auch für die Seelsorge fruchtbar gemacht wurde.⁵ Hierbei wird, in grösserer Nähe oder Distanz zu den psychologisch-klinischen Definitionen, der Begriff «Trauma» in den hermeneutischen Horizont des jeweiligen Faches als neuer Reflexionsterminus einbezogen und dient der neuartigen oder vertieften Bearbeitung der dem Fach jeweils eigenen Fragen. Im Bereich der Literaturwissenschaften kann Trauma als Analyse-kategorie literarischer Realitätsbewältigung und Instrument von Sozialkritik dienen.⁶ Und auch in der Theologie wurde der Terminus zum besseren Verständnis biblischer Texte eingeführt.⁷ Diese Aufzählung liesse sich noch in verschiedene Richtungen erweitern.

Für den Ansatz einer Traumasensiblen Seelsorge ist aber vor allem die Orientierung an den medizinisch-psychotraumatologischen Traumadefinitionen wegweisend. Sie beschreiben Trauma als eine psychische Verwundung, die ebenso wie eine schwere körperliche Verletzung nur in seltenen Fällen ohne Unterstützung regeneriert werden kann. In Analogie zu einer äusserlichen Verletzung gibt es hierbei das Traumaereignis an sich, also das Ereignis der Verwundung, und die daraus resultierenden Folgen. Es ist ein wichtiges Spezifikum des Begriffes «Trauma», dass er beides in sich fasst: Ereignis und Folgen. Das Ereignis geht also nicht einfach vorüber, sondern bleibt in seinen Folgen stets gegenwärtig. Bei der klinischen Erfassung kommen vor allem den medizinischen Klassifikationssystemen der WHO (ICD-10 bzw. ICD-11) und der American Psychiatric Association (DSM-5) besondere Orientierungskraft zu. In Relation zu diesen entfalten verschiedene Lehrbücher eigene Traumadefinitionen. Die für den deutschen Sprachraum wahrscheinlich einflussreichste stammt von Fischer und Riedesser (2009). Ein Trauma wird von diesen verstanden als ein «vitaales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit

⁵ Vgl. Schult, 2020.

⁶ Vgl. Basseler, 2008.

⁷ Vgl. Poser, 2012.

Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.»⁸

In meiner Arbeit über Traumasensible Seelsorge werden unterschiedliche Trauma-Definitionen nebeneinandergestellt und auf ihre jeweiligen Eigenheiten hin beleuchtet. Zudem findet sich eine kurze Darstellung der Geschichte der Psychotraumatologie. Diese ist aus verschiedenen Gründen sehr interessant. So zeigt sich beispielsweise, dass die Beschäftigung mit Traumata zwar einerseits eine anthropologische Konstante ist, in der wissenschaftlichen Thematisierung aber starken Verdrängungsmechanismen unterliegt. Die einflussreiche Psychotraumatologin Judith Herman (1993) spricht von einer Art «periodischen Amnesie»⁹, also einem regelmässig wiederkehrenden Gedächtnisverlust. «Der Grund für diese periodische Amnesie ist nicht der übliche Wechsel der gerade aktuellen Themen, dem jede geistige Arbeit unterliegt. [...] Das Thema provoziert so starke Kontroversen, dass es periodisch tabuisiert wird. [...] Die Untersuchung psychischer Traumata konfrontiert den Forscher mit der Verwundbarkeit des Menschen in seiner natürlichen Umwelt und mit der Fähigkeit zum Bösen als Teil der menschlichen Natur.»¹⁰

Neben der historischen Perspektive liegt der Fokus der Arbeit aber vor allem auf einem Verständnis von Traumata aus medizinisch-neurowissenschaftlicher Sicht. Die Überforderung der Stresssysteme während eines traumatischen Ereignisses hinterlässt im betroffenen Menschen tiefe Spuren. Diese werden in der Arbeit für die Bereiche Gehirn, Gedächtnis, Emotionen und Beziehungen nachgezeichnet und dabei enger Bezug auf aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse genommen.

Zudem werden Einblicke in das breite Spektrum möglicher Traumafolgestörungen gegeben. In dieses gehören die Posttraumatische Belastungsstörung und die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung ebenso, wie eine Fülle von Komorbiditäten aber auch Traumafolgen, welche die Schwelle zu einer medizinischen Diagnose nicht überschreiten.

Weiterhin wird dargestellt, welche Faktoren dazu beitragen, dass aus einem potentiell traumatischen Ereignis ein tatsächlich traumatisches Ereignis wird. Denn nicht jeder Mensch bildet nach einem extrem belastenden Ereignis Traumafolgestörungen aus. Die entsprechenden Faktoren liegen dabei

⁸ Fischer/Riedesser, 2009, 84.

⁹ Herman, 1993, 17.

¹⁰ Herman, 1993, 17.

zeitlich vor, während und nach dem Ereignis. Diese pro-, peri- und posttraumatischen Faktoren machen deutlich, dass ganz unterschiedliche Einflüsse in einem komplexen Zusammenspiel dazu beitragen, wie stark Menschen unter einem konkreten Ereignis leiden.

Traumata können nicht zum Verschwinden gebracht werden. Dennoch kann etwas dafür getan werden, dass die Wunde vernarbt. Daher werden in meiner Arbeit auch Überlegungen entfaltet, wie und in welchem Masse eine Integration von Traumata möglich ist und wo an dieser Stelle Grenzen, aber auch Chancen von Seelsorge liegen.

Gewalt

Der Skopus meines Buches liegt auf Gewalt im sozialen Nahraum. Der Terminus «Gewalt im sozialen Nahraum» mag auf den ersten Blick sehr formal klingen. Unter ihm werden in der Literatur verschiedene Phänomene subsumiert, wie «häusliche Gewalt», «Partnergewalt», «Erziehungsgewalt» und «sexueller Missbrauch». Die Stärke des Begriffes entsteht nun dadurch, dass er seinen Fokus auf ein wichtiges Spezifikum dieser Form von Gewalt richtet. Es geht um Gewalt, die aus der Perspektive der Betroffenen von nahestehenden Personen verübt wird. Die Nähe und die damit aus verschiedenen Gründen gegebene erhöhte Verwundbarkeit der Betroffenen zum einen und die Umkehrung der Fürsorglichkeit zum anderen, die mit Nähe im Falle von gelingender menschlicher Gemeinschaft normalerweise einhergeht, bildet ein besonderes Merkmal von Gewalt im sozialen Nahraum. «Gewalt» bezeichnet dabei eine koerzive Handlung (was sowohl Tun als auch Unterlassen, bzw. starke Vernachlässigung einschliesst) einer Person zum Schaden einer anderen unter Ausnutzung bestehender Machtverhältnisse. Diese Handlung kann in sich oft überlagernder physischer, psychischer, sexualisierter, ökonomischer (z. B. Entzug finanzieller Mittel) und sozialer (Isolation, Kontaktverbot) Form erfolgen.¹¹ Wichtig ist, dass Gewalt auch in indirekter Form möglich ist. So kann z.B. die physische Gewalt eines Partners gegen einen anderen – wie im Beispiel aus der Einleitung – die psychische Gewalteinwirkung auf ein Kind bedeuten.¹²

Blickt man über konkrete Einzelfälle hinaus auf das Problem als Ganzes ist für den Kontext der Seelsorge im Strafvollzug zudem die Zuordnungsfrage von

¹¹ Vgl. zu verschiedenen Gewaltformen und dazugehörigen Beispielen: Keller, 2008, 19f.

¹² Vgl. Kindler, 2007, 36–53.

Opfer- und Täterrolle wichtig. Hier muss zwischen einer evaluativen und einer mit dieser in Spannung stehenden normativen Ebene differenziert werden. Evaluativ bilden Opfer und Täter¹³ nicht immer klar voneinander trennbare, dyadische Kategorien. Dies lässt sich beispielsweise an Studien zu gewalttätigen Männern demonstrieren, von denen überproportional viele Gewalterfahrungen aus der Herkunftsfamilie aufweisen.¹⁴ Dies lässt sich auch an Untersuchungen von Kindern aufzeigen, die von ihren wiederum selbst misshandelten Müttern misshandelt wurden.¹⁵ Die intergenerationale Fortsetzung von Gewaltstrukturen ist nur ein Aspekt, der die Opfer-Täter-Unschärfen ausmacht.¹⁶

Zu dieser evaluativen Ebene ist aber die normative Ebene in Spannung zu setzen. Diese normative Ebene ist ebenso wichtig. Die innerpersönlichen Gründe von Gewalt sind verstehbar, aber nicht verständlich. Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler und Seelsorgende werden dem Problem von Gewalt im sozialen Nahraum nicht gerecht, wenn sie sich auf einen Standpunkt der Neutralität zurückziehen und Grenzen zwischen Täterinnen und Opfern verwischen. Wer Gewalt erleidet, dem gebührt die volle gesellschaftliche Solidarität und Unterstützung. Wer Gewalt verübt, darf aus seiner Verantwortung nicht entlassen, sondern muss zur Rechenschaft gezogen werden. So wichtig es ist, die Graubereiche zwischen Opfer und Täter zu sehen, mindestens genauso wichtig ist es, zwischen beiden klar zu unterscheiden. Es wird später noch zu reflektieren sein, was dies auch theologisch bedeutet.

Es liegt in der Natur dieses verdrängten und im Schutz von Privatheit sich ereignenden Problems, dass sich valide Daten über seine Verbreitung nur schwer erheben lassen. Vieles geschieht hinter verschlossenen Türen, Opfer und Täterinnen sind aus verschiedenen Gründen nicht auskunftsfähig oder -willig. Eine grobe Einschätzung ist dennoch möglich. Nach einer methodischen Reflexion werden in meiner Arbeit verschiedene Studien dargestellt, die zumindest für den deutschsprachigen Raum relativ zuverlässige

¹³ Der Übersichtlichkeit halber werden weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet, es sind aber jeweils beide Formen eingeschlossen.

¹⁴ Vgl. Chase, O'Leary, Heyman, 2001, 567–572.

¹⁵ Vgl. Brückner, 2007, 203–215.

¹⁶ Die Forschung zu den Ursachen und Motiven von Tätern ist ein eigener Themenbereich, auf den an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll.

Anhaltspunkte über die Verbreitung von Gewalt im sozialen Nahraum liefern.¹⁷ So weist beispielsweise eine Studie von Stadler, Bieneck et al. mit einer Stichprobe von über 9000 Befragten auf etwa 4,4% Betroffenheit von sexuellem Kindsmisbrauch in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung hin (bei den weiblichen Befragten liegt die Quote sogar bei 7,4%).¹⁸ In der Studie «Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland» (2012) von Müller und Schröttle wurden in einer repräsentativen Stichprobe Frauen im Alter von 16–85 Jahren zu persönlicher Gewaltbetroffenheit befragt. Die Studie basiert auf 10 264 Interviews laut denen 37% der Frauen angaben, ab dem 16. Lebensjahr irgendeine Form körperlicher Gewalt, meist durch Menschen aus dem sozialen Nahraum, erlebt zu haben.¹⁹

Bezieht man die Spezifika von Gewalt im personalen Nahbereich auf die oben formulierte Traumadefinition, wird klar, warum diese Art der Gewalt besonders traumatisierend wirkt: Bedrohliche Situationsfaktoren sind dadurch, dass die Täter nahe, ja oft die am nächsten stehenden Menschen sind, besonders präsent.²⁰ Auch kann sich die Gewalt leicht wiederholen. Die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten sind durch das soziale Umfeld, das aus verschiedenen Gründen grosses Interesse haben kann die Täterinnen zu decken, oft limitiert. Dies gilt noch einmal verstärkt für sexualisierte Gewalt, deren Aufdeckung mit starken Tabus belegt ist. Die Bewältigungsmöglichkeiten sind ebenfalls stark eingeschränkt, wenn im Falle von Kindern den primären Bezugspersonen eine wichtige Rolle in der Emotionsregulation zukommt, diese jedoch die Täter sind. Die Gewalt in einer ausweglosen Situation führt zu Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe. Durch die Verkehrung des Fürsorgeverhältnisses, das Übertreten von Grenzen und das Erleben des eigenen Zuhauses als unsicheren Ort werden Selbst- und Weltverständnis dauerhaft erschüttert.

Seelsorge

Der Begriff der Seelsorge ist ein Reflexionsbegriff, der verschieden weit gefasst und inhaltlich gefüllt werden kann. Er bezieht sich in aller Regel auf eine

¹⁷ Die referierten Studien sind in der Bundesrepublik Deutschland erhoben, doch es ist davon auszugehen, dass die Unterschiede zu Österreich oder der Schweiz nicht signifikant sind.

¹⁸ Stadler/Bieneck, 2012, 19f.

¹⁹ Vgl. Müller/Schröttle, 2012, 35ff.

²⁰ Kursiv Gedrucktes bezieht sich auf die Traumadefinition von Fischer/Riedesser.

soziale Praxis im Kontext christlicher Religion, die sich dem Einzelnen begleitend und unterstützend zuwendet und in besonderer Weise für religiöse Deutungen offen ist. In der Poimenik wurden eine Vielzahl von Definitionen formuliert, die versuchen, Seelsorge ihrem Wesenskern, ihrer Methodik und ihrer Zielsetzung nach zu beschreiben. Diese Definitionen, die jeweils stark mit ihrem theologischen und sozialen Kontext verwoben sind, haben eine wichtige Orientierungsfunktion. Für den Ansatz einer traumasensiblen Seelsorge kann aber nur sehr bedingt auf eine bestehende Definition zurückgegriffen werden. Vielmehr wird in meiner Arbeit ein recht allgemeines Seelsorgeverständnis zu Grunde gelegt. Seelsorge wird verstanden als «eine Dimension diakonischen Handelns, die aus dem christlichen Glauben heraus Lebensgestaltung und -bewältigung unterstützen will.»²¹ Auf diesem breiten Verständnis lässt sich ein Modell entfalten, das sich durch eine Definition auch nur unzureichend abdecken liesse. Doch auch dieses breite Seelsorgeverständnis weist in eine bestimmte Richtung. Seelsorge wird der Diakonie und nicht der Verkündigung zugeordnet. Es geht ihr also nicht um die materiale Weitergabe christlichen Glaubens, sondern um dessen Umsetzung im unterstützenden Einsatz für Betroffene von Gewalt. Seelsorge ist dabei nur eine Dimension diakonischen Handelns, verweist also auf dessen andere Dimensionen und Akteure. In der Arbeit wird im Anschluss diskutiert, wie Seelsorge von Traumatherapie abzugrenzen ist, welches Verständnis von Verwundet-Sein und Heilung aus poimenischer Perspektive plausibel ist und wie die Begriffe Religiosität und Spiritualität näher verstanden werden sollen. Denn das Proprium von Seelsorge ist ihr Bezug auf den christlichen Glauben und damit die besondere Offenheit für Fragestellungen aus dem Bereich der Religiosität und Spiritualität. Doch um mit diesen angemessen umgehen zu können, stellt sich für eine traumasensible Seelsorge die Frage, welche möglichen Auswirkungen traumatische Ereignisse auf die Religiosität der Betroffenen haben können.

Die religiöse Dimension von Traumata

Ein Kapitel meiner Dissertation fragt nach der religiösen Dimension von Traumata. Um diese möglichst auf Basis empirischer Befunde zu erheben, wurde ein Systematic Review durchgeführt. Anhand von verschiedenen Kriterien wurden 56 Studien zusammengestellt, die Aussagen treffen über Zusammenhänge von Religiosität und Spiritualität auf der einen Seite und potentiell

²¹ Stahl, 2019, 19. Weitere Hintergründe zu diesem Seelsorgeverständnis finden sich an entsprechender Stelle.

traumatischen Gewalterfahrungen auf der anderen Seite. In der Arbeit wird dabei zwischen quantitativen und qualitativen Studien differenziert.

Die 37 quantitativen Studien wurden insofern noch einmal gesondert dargestellt, als sie entweder stärker die Veränderungen in der Religiosität durch Traumata oder aber Zusammenhänge von Religiosität und den Folgen von Traumata in den Blick nehmen. Es ist wichtig von Koinzidenz nicht automatisch auf Korrelation oder gar Kausalität zu schliessen, auch wenn manche Zusammenhänge diesen Anschein erwecken. Ausserdem werden in der Arbeit verschiedene Mängel der bisher vorhandenen Studien kritisiert, darunter zum Beispiel das Fehlen spezifischer Forschungsinstrumente. Einige Befunde in weiteren Studien sind allerdings sehr weiterführend und bringen etwas Licht in die komplexe Gesamtlage. Sie führen insgesamt vor Augen, dass die eigene Religiosität im Leben vieler Menschen durchaus ein Bereich ist, der durch eine traumatische Erfahrung Veränderungen unterworfen ist. Interessant ist, dass das, was in den Studien als Religiosität gemessen wurde, im Leben Einzelner sowohl abnehmen als auch sich intensivieren konnte. Es scheint im Lichte der verschiedenen Studien aber insgesamt angemessener, verschiedene Transformationsprozesse in den Blick zu nehmen, statt sich auf ein Zu- oder Abnehmen von Religiosität zu fokussieren. Traumata können ein existentielles Geborgenheitsgefühl erschüttern, Hoffnung auf eine positive Zukunft eintrüben, eine vertrauensvolle Gottesbeziehung erschweren oder auch das Gottesbild selbst verfinstern. Jene Studien, welche die Religious-Coping-Forschung²² rezipieren, zeigen auf, dass traumatische Ereignisse «Positive Religious Coping» verringern und «Negative Religious Coping» verstärken können. Religiosität kann also sowohl Ressource als auch Bürde sein. Die Studien weisen auf verschiedene Faktoren hin, welche mitbeeinflussen, wie Veränderungen in der Religiosität konkret auftreten können. Dazu gehören unter anderem der religiöse Hintergrund der gewaltbelasteten Herkunftsfamilie, die Schwere der Gewalt und das religiöse Umfeld in späteren Lebensphasen.

Wird gefragt, welche Auswirkungen Religiosität auf die Traumafolgen hat, zeigt sich ein leicht positiver Zusammenhang zwischen Religiosität und Werten für mentale Gesundheit, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein. Die meisten Studien weisen Religiosität einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen zu. Dabei wird deutlich, dass Religiosität für

²² Die Religious-Coping-Forschung wurde von Kenneth I. Pargament geprägt und beschäftigt sich mit Zusammenhängen zwischen Gesundheit und religiösen Bewältigungsstrategien in Krisen.

verschiedene Menschen sehr unterschiedlich relevant sein kann, im Bewältigungsprozess mancher also eine sehr zentrale, im Leben anderer kaum eine Rolle spielt. Wichtig ist weiterhin, dass intrinsische Formen der Religiosität bedeutungsvoller scheinen als extrinsische. Jedoch sollte die Wirkkraft von Religiosität nicht überschätzt werden. Sie ist kein Wundermittel, das die Akquirierung anderer Ressourcen und Unterstützungsweisen irgendwie umgänglich machen könnte. Allerdings stellt sie für viele Betroffene eine wichtige Komponente dar und sollte deswegen in Forschung und Praxis nicht vernachlässigt werden.

Für die seelsorgetheoretische Arbeit ebenfalls von grosser Bedeutung sind die 19 qualitativen Studien, von denen vier noch einmal verstärkt ausgewertet wurden. Die besondere Wichtigkeit der qualitativen Studien für diese seelsorgetheoretische Arbeit besteht darin, dass sie die Stimmen der Betroffenen selbst hörbar machen und deren Aussagen über positive wie negative Erfahrungen mit christlichem Glauben Raum geben. Die Fülle der Aussagen und der sich daraus poimenisch ergebenden Aspekte, kann in diesem Rahmen nicht ausführlich dargestellt werden. Es sollen jedoch stellvertretend die Aussagen zweier Betroffener zitiert werden, welche die Tiefe aber auch die Spannungen und Abgründe deutlich machen, die sich im Feld von Religiosität und Traumata auftun.

So sagt die Betroffene Joan aus der Studie von Imbens und Jonker (1992): «I used to believe in God the Father and his son Jesus. Because of my father, I threw God away, although I'm very religious. I can still live with Jesus. But God the Father has such almighty power that it's frightening. It was like that at home and at church. That's why my faith in God the Father was totally destroyed. I still have trouble with it. I can't pray to a God, although I'm so religious. Divine power, I experience it, I feel it. But I'm afraid to call it that; I just can't.»²³ Und eine Betroffene aus der Studie von Barbara Haslbeck (2007) berichtet: «Für mich ist Familienleben ein Ort der Schmerzen. Werte, die man vermittelt bekommt oder was Kirche auch vermittelt über Familie, ist für mich nicht ... der schlimmste Feind hat in der Familie gelebt. Und dieses Gebot, dass man seine Eltern ehren soll, das übersteigt mittlerweile mein Fassungsvermögen.»²⁴

Wie an dieser Stelle exemplarisch gezeigt, rühren die Aussagen Betroffener an zentralen theologischen Themen. Betroffene stellen Fragen an den

²³ Imbens/Jonker, 1992, 39.

²⁴ Haslbeck, 2007, 303.

christlichen Glauben. Eine traumasensible Seelsorge ist erst auf der Basis eben solcher theologischer Reflexionen möglich, welche die Perspektive von Menschen mit Trauma-Erfahrung ernst nimmt und fragt, welchen unverzichtbaren theologischen Beitrag diese leisten können. Das in meiner Promotionsarbeit darauffolgende Kapitel fragt entsprechend nach Perspektiven für eine traumasensible Theologie.

Perspektiven für eine traumasensible Theologie

Christliche Theologie erwächst aus dem Zusammenwirken von überlieferter Tradition, vernünftigem Diskurs und gegenwärtiger Erfahrung. Für eine traumasensible Theologie sind zudem drei Maximen wichtig: Zum ersten stellt sie die Erfahrung der Betroffenen in den Mittelpunkt. Das heisst, dass sie in besonderer Weise dazu bereit ist, auf deren Stimme zu hören und die von diesen aufgeworfenen Fragen in ihr Zentrum zu stellen. Die Erfahrungen der von Gewalt Betroffenen sind das zentrale Element traumasensibler Seelsorge. Zweitens erkennt traumasensible Theologie ihren eigenen Provisorienstatus an. Die Verarbeitung von Traumata verläuft in verschiedenen Phasen. Während zum Beispiel in einer Phase die Vorstellung von Gott als Rächer hilfreich sein kann, ist es möglich, dass sich dies über die Zeit modifiziert. Traumasensible Theologie ist kein abschliessbares Unterfangen, sondern in Solidarität mit den Betroffenen ein Weg von Provisorium zu Provisorium. Drittens ist aber auch theologische Konsistenz wichtig. Die beschriebenen Grundlagen von Tradition, Diskurs und Erfahrung enthalten je in sich normative Elemente, deren Einbeziehung eine innere theologische Stimmigkeit erst ermöglichen.

Basierend auf diesen Grundüberlegungen gliedert sich dieses Kapitel in zwei Teile. Der erste Teil behandelt theologische Themen, die sich in den Studien und aktueller theologischer traumabezogener Literatur für Betroffene als Bürde erwiesen haben. Dazu gehören bestimmte biblische Gewalttexte, die Legitimation von Gewalt gegen Kinder, das Elterngesetz, die Abwertung von Frauen, die Idealisierung von Ehe und Familie und eine defizitäre Sexualmoral. Diese Traditionsbestände werden möglichst aus Sicht Betroffener kritisch reflektiert. Ebenso wird gefragt, wie Betroffene mit diesen Traditionsbeständen umgehen können.

Der zweite Teil behandelt theologische Topoi, denen für eine traumasensible Theologie eine zentrale Rolle zukommt. Diese Topoi sind jeweils ambivalent, denn sie beleuchten Aspekte der christlichen Tradition, die für Betroffene eine besondere Herausforderung darstellen und sowohl positiv erfahrungserhellend als auch sehr belastend sein können. Zu diesen Themen

gehören Sünde, Schuld, Schuldgefühle und Scham, Vergebung, Leiden, Theodizee, Gottesbilder, Kreuz, Auferstehung und Karsamstag. So hat beispielsweise der Topos der Sünde angesichts von Traumata infolge von Gewalt im sozialen Nahraum etwas tief realistisches, weil diese mit menschlichen Abgründen konfrontieren, die eine oberflächlich-positive Anthropologie nicht integrieren kann. Der Topos hat aber gleichzeitig etwas problematisches, wenn er zum Beispiel das negative Selbstbild Betroffener noch verstärkt. Eine traumasensible Interpretation von Sünde, die als Beziehungsstörung oder Entfremdung verstanden wird, macht beispielsweise deutlich, dass sich Sünde im Leben von Opfern und Täterinnen ganz unterschiedlich äussern kann. So kann sie sich bei Tätern in einem Narzissmus äussern, der die eigene Bedürfnisbefriedigung über das Wohl anderer stellt, während sie sich bei Opfern eher in einem Selbstliebedefizit ausdrücken kann. Wie auch weiter oben schon angedeutet, entsprechen Täterinnen und Opfern unterschiedliche theologische Perspektiven und folglich auch ein anderer theologischer Weg. Dies gilt auch wenn beide Perspektiven in ein und dem gleichen Menschen zusammenfallen. Andrew Sung Park (2004) macht dies am Beispiel einer Mutter mit Missbrauchsvergangenheit deutlich, die wiederum selbst ihr eigenes Kind misshandelte: «What could the Gospel do for her life? Did she need forgiveness for the abuse she committed, healing from the abuse she suffered, or both? [...] I distinguish between the sinner and the sinned against to help people see the lines of their distinctive journeys. The sinner takes his or her sin to salvation, while the sinned against goes through a journey from his or her oppression to liberation and deliverance.»²⁵

Diese Perspektiven für eine traumasensible Theologie, die sich im Buch dann weiter entfaltet finden, bilden die Grundlage für das eigentliche Ziel der Arbeit, nämlich die Entwicklung von Grundlinien traumasensibler Seelsorge.

Grundlinien einer traumasensiblen Seelsorge

Drei unterschiedliche Komponenten sind wichtig und bedürfen für die Darstellung besagter Grundlinien genauerer Reflexion. Dazu gehören Seelsorgende, die kirchliche Institution und christliche Spiritualität, die jeweils in einem Interaktionsverhältnis stehen und sich gegenseitig befruchten können.

Das erste Unterkapitel befasst sich mit der seelsorgenden Einzelperson. Sensibel mit Betroffenen von traumatischer Gewalt umzugehen, ist ein anspruchsvolles Unterfangen. Daher geht es zu Beginn zunächst um die Frage

²⁵ Park, 2004, 2f.

von Rollenklärung, Eignungskriterien, Qualifikationsstandards, der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und den Grenzen der eigenen Profession; Selbstsorge ist schliesslich ein wichtiges Element in jeder seelsorglichen Begleitung. Die Psychotraumatologie kennt das Phänomen der sekundären Traumatisierung. Hierbei werden Fachkräfte in die Traumata anderer Menschen, mit denen sie durch ihre Arbeit konfrontiert sind, vollständig eingenommen. Das kann so weit gehen, dass sie auch ohne unmittelbare Betroffenheit psychische Störungsbilder entwickeln, die bestimmten Traumafolgen sehr ähnlich sind.

In einem zweiten Schritt wird die Beziehungsgestaltung der Seelsorgenden reflektiert. Die Grundlage jeder traumasensiblen Beziehungsgestaltung bilden Vertrauen und Personenzentrierung. Vertrauen kann auf beiden Seiten aus unterschiedlichen Gründen sehr schwerfallen. Gleichzeitig kann eine stabile, vertrauensvolle Beziehung die stärkste Gegenerfahrung zu einem Trauma sein. Basierend auf diesen beiden Grundpfeilern wird in der Arbeit das Beziehungsmodell «HIER» dargestellt. Das Akronym steht für die Begriffe Hoffnung, Information, Empathie und Respekt. Damit werden jeweils Ebenen bezeichnet, die in einer traumasensiblen Beziehungsgestaltung immer wieder präsent sein werden. Kerstner, Haslbeck und Buschmann (2016) schreiben: «Missbrauchsoffer, die über lange Zeit massivster Gewalt ausgesetzt waren, haben manchmal für einen Teil ihres Lebens weder Trost noch Hoffnung. Nicht selten sind sie dem Tod näher als dem Leben. [...] Wer trösten möchte, darf diese bitteren Wahrheiten nicht unterschlagen. Wer die Wahrheit umgehen will und eine Abkürzung sucht, wird scheitern. Das Aussprechen-Dürfen von Wahrheit und das wirkliche Gehört-Werden sind ein erster und unverzichtbarer Bestandteil von Trost.»²⁶ Dieser Schmerz muss seinen Raum haben. Und dennoch darf ein Seelsorgegespräch von der Hoffnung durchwoben sein, dass Schmerz und Leiden nicht das letzte Wort haben werden.

Im zweiten Unterkapitel werden Überlegungen zu einer traumasensiblen Kirche dargestellt und dabei zwischen der ortsübergreifenden Institution und den konkreten Gemeinden differenziert. Für die Kirche besteht eine Verantwortung nach innen und nach aussen. Grundlage für eine glaubwürdige Wirksamkeit nach aussen ist allerdings die Wahrnehmung der Verantwortung nach innen. Dies meint neben der Befähigung der eigenen Mitarbeiter zum Umgang mit der Thematik vor allem einen ehrlichen Umgang mit Missbrauch

²⁶ Kerstner/Haslbeck/Buschmann, 2016, 190.

und Gewalt im kirchlichen Kontext. In vielem steht dieser noch aus. Die letzten Jahre haben gezeigt, wie immer wieder das Interesse der Institution vor die Interessen der Opfer gestellt wurden. Aufarbeitung und Prävention laufen teils erst langsam an. Dass es sich bei Gewalt und Missbrauch um ein zentrales gesellschaftliches Problem unserer Zeit handelt, ist meist wenig bewusst. Andererseits gibt es in den unterschiedlichen Kirchen auch engagierte Individuen, die sich für die Belange Betroffener einsetzen.

Weiterhin wendet sich meine Arbeit der Frage zu, wie Kirchengemeinden Betroffenen Heimat geben können. An Orten, die über die komplexe Problematik von Traumata informiert und sicher sind und an denen Raum für Initiativen von Betroffenen und für Betroffene ist, da können heilsame Gemeinschaften wachsen.

Das dritte Unterkapitel fragt nach möglichen Formen traumasensibler christlicher Spiritualität. Es werden Grundlagen formuliert und darauf basierend dann mögliche Applikationen dargestellt. Exemplarisch soll an dieser Stelle je ein Beispiel ausgeführt werden. Eine Grundlage ist die Kompetenz der Betroffenen. Betroffene wissen oft selbst sehr genau, was sie im christlichen Glauben als hilfreich erleben und womit sie Schwierigkeiten haben. Ausserdem gibt es inzwischen – vor allem wenn die deutschen Sprachgrenzen überschritten werden – eine anwachsende Literatur, in welcher Betroffene selbst ihre Erfahrungen mit dem christlichen Glauben schildern und dabei auch Hinweise für andere geben.²⁷ Es braucht keine spirituelle Meisterschaft, sondern ein aufmerksames Hinhören und Ernstnehmen dessen, was Betroffene selber sagen.

Eine konkrete Form kann christliche Spiritualität zum Beispiel gewinnen, wenn sie einen Raum für Trauer, Zweifel und Klage bietet. In der Bibel finden sich Texte, die Trauer in tiefgründiger Weise in Sprache giessen. Texte, die in Trauer hinein- und aus ihr hinausführen können. Man kann hier Passagen der Bücher Hiob und Jeremia, die Klagelieder und die Psalmen als einige Beispiele nennen. Vor allem ist dort Trauern kein Akt der Demütigung oder Unterwerfung, sondern ein Akt der Stärke und des Mutes, bis hin zu der Würde mit Gott selbst zu ringen.²⁸ Dass Texte über Trauer und auch die damit verbundenen offenen Fragen und Zweifel als heilige Texte gesehen werden können, adelt Trauer wie Zweifel. Die Schriften der Bibel können eine Grundlage bilden, auf der dann nach weiteren Ausdrucksformen gesucht werden kann. Ein

²⁷ Vgl. z.B. Faulde, 2002; Flaherty, 1992; Manlowe, 1995.

²⁸ Siehe hier z.B. die Hiobberzählung.

Beispiel dafür können KlageLiturgien sein, in denen der Trauer bewusst Raum gelassen wird, ohne völlig in ihr zu versinken.²⁹

Traumasensible Seelsorge: Ein Modell für die Gefängnisseelsorge?

Die Überlegungen zu traumasensibler Seelsorge können auch für Seelsorgende im Strafvollzug wichtige Anregungen bieten, auch wenn die Unterschiedlichkeit der theologischen Perspektiven von Opfer und Tätern wichtig ist. Die Traumaforschung macht deutlich, wie Gewalt Menschen verändern kann und warum manche Verhaltensweisen, die von der Mehrheitsgesellschaft kritisch beäugt werden, aus der Perspektive traumatisierter Menschen eine grosse Plausibilität besitzen. In Gefängnissen ist die biographische Gewaltbelastung mit grosser Wahrscheinlichkeit besonders hoch, insofern lohnt sich die Rezeption psychotraumatologischer Erkenntnisse. Der hier dargestellte Ansatz will hierzu ein Beitrag und erster Schritt sein.

²⁹ Vgl. z.B. Henderson, 2006, 27–30.

Literaturverzeichnis

Basseler, Michael 2008, Kulturelle Erinnerung und Trauma im zeitgenössischen afroamerikanischen Roman, Wissenschaftlicher Verlag Trier: Trier.

Brückner, Margrit 2007, Wenn misshandelte Frauen ihre Kinder misshandeln, in: Kavemann, Barbara, Kreyssig, Ulrike (Hg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Springer: Wiesbaden, 203–215.

Chase, Kenneth A.; O'Leary, K. Daniel; Heyman, Richard E. 2001, Categorizing Partner-Violent Men Within the Reactive-Proactive Typology Model, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 69, Heft 3, 567–572.

Faulde, Cornelia 2002, Wenn frühe Wunden schmerzen. Glaube auf dem Weg zur Traumaheilung, Matthias Grünewald Verlag: Mainz.

Fischer, Gottfried, Riedesser, Peter 2009: Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt: München.

Flaherty, Sandra M. 1992, Woman, Why Do You Weep? Spirituality for Survivors of Childhood Sexual Abuse, Paulist Press: Mahwah.

Gemoll 2006, Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch, Oldenbourg: München.

Haslbeck, Barbara 2007, Sexueller Missbrauch und Religiosität. Wenn Frauen das Schweigen brechen: eine empirische Studie, LIT Verlag: Berlin [u.a.].

Henderson, J. Frank 2006, Abuse of Children: A Liturgy of Lament, in: Journal of Religion & Abuse 8, Heft 1, 27–30.

Herman, Judith L. 1993, Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Kindler: München.

Imbens, Annie, Jonker, Ineke 1992, Christianity and Incest, Fortress Press: Minneapolis.

Keller, Christoph 2008, Häusliche Gewalt und Gewaltschutzgesetz. Leitfaden für polizeiliches Handeln, Boorberg: Stuttgart, München.

Kerstner, Erika, Haslbeck, Barbara, Buschmann, Annette 2016, Damit der Boden wieder trägt. Seelsorge nach sexuellem Missbrauch, Schwabenverlag: Ostfildern.

Kindler, Heinz 2007, Partnergewalt und Beeinträchtigung kindlicher Entwicklung: Ein Forschungsüberblick, in: Kavemann, Barbara, Kreyszig Ulrike (Hg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Springer: Wiesbaden, 36–53.

Manlowe, Jennifer L. 1995, Faith Born of Seduction: Sexual Trauma, Body Image and Religion, New York University Press: New York [u.a.].

Müller, Ursula; Schröttle, Monika 2004, Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Park, Andrew S. 2004, From Hurt to Healing. A Theology of the Wounded, Abingdon Press: Nashville.

Poser, Ruth 2012, Das Ezechielbuch als Trauma-Literatur, Brill: Leiden [u.a.].

Schult, Maike 2020, «Ein Hauch von Ordnung». Traumaarbeit als Aufgabe der Seelsorge, Evangelische Verlagsanstalt: Leipzig.

Stadler, Lena, Bieneck, Steffen u.a. 2012, Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen: Hannover.

Stahl, Andreas 2019, Traumasensible Seelsorge. Grundlinien für die Arbeit mit Gewaltbetroffenen, Kohlhammer: Stuttgart.

Strasser, Philomena 2013, «In meinem Bauch zitterte alles.» Traumatisierung von Kindern durch Gewalt gegen die Mutter, in: Kavemann, Barbara, Kreyszig, Ulrike (Hg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Springer: Wiesbaden, 47–59.

Kurzbiografie:

Dr. Andreas Stahl (1989) studierte Evangelische Theologie in München, Jerusalem, Erlangen, Hong Kong und Stellenbosch und ist Traumafachberater (DeGPT). Während der Promotion an der WWU Münster führte ihn ein Forschungsaufenthalt nach Chicago. Ehrenamtlich ist er in der Initiative «Gottes-Suche.de» engagiert. Kontakt: andystahl89@googlemail.com

Ethik im Gefängnis

Von Hubert Kössler, Bern.

Abstract

In diesem Artikel werden die klassischen medizinethischen Prinzipien von Tom Beauchamp und James Childress mit einem praktischen Anwendungsbeispiel vorgestellt und auf den Gefängniskontext übertragen.

Ich arbeite seit 2008 als Co-Leiter der Spitalseelsorge am Inselspital, dem Universitätsspital in Bern. Als Seelsorger bin ich hauptverantwortliche bzw. zweitverantwortliche Ansprechperson für die Intensivstation Erwachsene, für die Notfallstation Erwachsene und für die Bewachungsstation (die Gefängnisabteilung) des Inselspitals.

Als Co-Leiter der Seelsorge war ich von Amtes wegen von Anfang an Mitglied der Ethikkommission, die die Arbeit der 2008 eingerichteten Fachstelle Klinische Ethik kritisch begleitet.

2014 wurde ich zum Stellvertretenden Leiter der Fachstelle Klinische Ethik berufen. Das Pensum wurde seitdem sukzessive erhöht. Seit 01.01.2018 schliesslich arbeite ich mit einem Pensum von 40% als Klinischer Ethiker in der Inselgruppe.

Die Fachstelle Klinische Ethik dient vor allem den Mitarbeitenden der Inselgruppe; sie richtet sich also nicht direkt an Patienten¹ und Angehörige, sondern dient diesen indirekt, indem sie Support für die Mitarbeitenden zur Verfügung stellt. Sie hat drei Hauptaufgaben:

- a. Lehre und Unterricht: Wir unterrichten Medizinethik für Medizin-, Hebammen-, Physiotherapie-, Pflegestudierende. Wir führen Workshops, Studientage und niederschwellige Angebote («Ethik am Mittag») zu ethischen Fragestellungen durch.
- b. Forschung: Wir erstellen konzeptuelle Präzisierungen zur Medizinethik und betreiben empirische Evaluationsforschung.
- c. Dienstleistung: Wir bieten massgeschneiderte Aus-, Fort- und Weiterbildungen an; wir erarbeiten Empfehlungen und Richtlinien (z.B. zuhanden der Geschäftsleitung). Ein Angebot, das Einzelne, Teams

¹ Für die Begriffe Patientin und Patient sowie Ärztin und Arzt verwende ich der Übersichtlichkeit halber weibliche und männliche Formen abwechselnd, es sind aber jeweils beide Formen eingeschlossen.

und Stationen in Anspruch nehmen können, ist die Moderation von ethischen Fallbesprechungen, in denen wir eine ethisch herausfordernde Situation (akut oder retrospektiv) analysieren und Lösungsoptionen erarbeiten.

Im Folgenden werde ich zunächst vier klassische Prinzipien der Medizinethik vorstellen und Überlegungen dazu anstellen, ob diese Prinzipien auch für den Kontext Strafvollzug relevant sein könnten. Ich formuliere nach jeder Vorstellung eines medizinethischen Prinzips Fragen und Anregungen, die sich für den Kontext Gefängnis daraus ergeben könnten.

Danach werde ich darlegen, wie die Moderation einer ethischen Fallbesprechung aufgebaut ist und anschliessend anhand eines konkreten Fallbeispiels diskutieren, ob sich auch dieses Modell auf den Kontext Gefängnis² übertragen lässt.

Die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress

Die US-amerikanischen Medizinethiker Tom Lamar Beauchamp und James F. Childress formulierten in ihrem Buch «Principles of Biomedical Ethics» (1977) vier Prinzipien, mit deren Hilfe man eine ethische Situation im Kontext der Medizin analysieren kann. Das Buch ist inzwischen in der siebten Auflage³ erschienen (aber erstaunlicherweise wurde noch keine deutsche Übersetzung vorgelegt) und ist ein Klassiker der Medizinethik geworden: Alle mir bekannten Bücher zur Medizinethik berufen sich auf das Werk, obwohl es inzwischen auch kritisch hinterfragt und weitergeführt wurde (z.B. durch Ansätze der Narrativen Ethik⁴, der feministischen Ethik⁵ oder der Care Ethics⁶).

Für Beauchamp und Childress stellen die vier Prinzipien eine Art Überprüfungsgrundlage dar, um die verschiedenen Ebenen eines medizinethischen

² Ich werde im Gefängniskontext nur die männliche Form verwenden, da ca. 95 Prozent aller Straftaten von Männern begangen werden. Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht.asset-detail.8126318.html> (Besuch am 30.11.2019).

³ Beauchamp/Childress, 2013.

⁴ Haker, Hille 2009: Narrative Ethik in der Klinikseelsorge, in: Moczynski, Walter et.al. (Hg.), Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge, LIT Verlag: Berlin, 267–307.

⁵ Pieper, Annemarie 1998: Gibt es eine feministische Ethik?, W. Fink: München.

⁶ Held, Virginia 2006: The Ethics of Care: Personal, Political, and Global, Oxford University Press: Oxford.

Problems aufzuschlüsseln. Die Prinzipien geben allgemeine ethische Orientierungen «mittlerer Ebene»⁷ zwischen umfassenden ethischen Theorien einerseits und konkreten moralischen Normen andererseits. Es handelt sich um ein relativ pragmatisches Instrument, aus dem man aber keine direkten Handlungsanweisungen ableiten kann; dazu bedarf es der Interpretation und Gewichtung in einem weiteren Schritt.

Die vier Prinzipien sind im Einzelnen:

- a. Respekt vor der Autonomie (respect for autonomy),
- b. Nicht-Schaden (nonmaleficence),
- c. Fürsorge, Gutes tun (beneficence) und
- d. Gerechtigkeit (justice).

Respekt vor der Autonomie

Das klassische Verhältnis des Arztes zur Patientin war paternalistisch: Der Arzt erstellt die Diagnose; er weiss, was richtig für den Patienten ist und verschreibt eine entsprechende Therapie; die Patientin nimmt diese entgegen – vielfach ohne die genaue Diagnose und Therapie zu kennen und zu verstehen. Heute misst man der Patientenautonomie eine ungleich höhere, ja wesentliche und unverzichtbare Bedeutung zu: Die Ärztin muss Patienten in angemessener Weise (d.h. so, dass die Patientin verstehen und beurteilen kann, was ihr eröffnet bzw. vorgeschlagen wird) informieren und darf erst auf der Grundlage dieser Information eine Diagnose erstellen und eine Therapie (mit möglichen Nebenwirkungen) vorschlagen. Erst nachdem der solchermassen informierte Patient einwilligt («informed consent»), darf der Arzt eine Therapie durchführen. Falls die urteilsfähige Patientin den vorgeschlagenen Eingriff ablehnt, darf er nicht vorgenommen werden – auch wenn medizinisch gesehen viele Gründe für den Eingriff sprechen sollten. Andernfalls würde die

⁷ Marckmann, 2000, 499. «Bei den mittleren Prinzipien handelt es sich um prima-facie gültige Prinzipien, die nur dann verpflichtend sind, solange sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren. Sie bilden allgemeine ethische Orientierungen, die im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Für die Anwendung müssen die Prinzipien deshalb konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden. Die Vorteile des Ansatzes liegen auf der Hand: Trotz ungelöster moralphilosophischer Grundlagenfragen wird eine Konsensfindung auf der Ebene mittlerer Prinzipien möglich, da diese auf unseren moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen vereinbar sind.

Ärztin den Patientenwillen missachten und sich z.B. einer Körperverletzung schuldig machen. Bei nicht-urteilsfähigen Patienten muss vom mutmasslichen Patientenwillen, der z.B. aufgrund einer vorliegenden Patientenverfügung oder mithilfe der Angehörigen, des Hausarztes oder anderer Vertretungspersonen eruiert wird, ausgegangen werden.

Die Autonomie ist freilich kein absolutes Prinzip. Es bedarf einiger wichtiger Differenzierungen: Die Autonomie ist erstens ein Abwehrrecht, d.h., die Patientin kann eine ihm vorgeschlagene Therapie ablehnen – aber sie kann nichts einfordern, das der medizinischen Kunst widerspricht. Ein Patient kann z.B. nicht verlangen, es sei eine bestimmte Therapie durchzuführen, über die er im Internet gelesen hat, wenn diese aus ärztlicher Sicht nicht sinnvoll ist. Zweitens kann ein Mensch Autonomie (wörtlich: «Selbstgesetzlichkeit») immer nur für sich selbst beanspruchen, nicht aber für andere Menschen, z.B. für Personen, die ihm anvertraut sind. Eltern von minderjährigen Kindern können also nicht mit derselben Verbindlichkeit einen Therapieabbruch für ihr krankes Kind verlangen und sich dabei auf das Prinzip «Autonomie» berufen, wie eine erwachsene, urteilsfähige Patientin dies für sich selbst beanspruchen kann. Eltern können höchstens «elterliche Autorität» ausüben.

In der letzten Zeit wurde deutlich, dass das Prinzip «Autonomie» einer weiteren Ergänzung bedarf: Selbständiges Entscheiden entsteht nicht einfach im luftleeren Raum, sondern setzt wesentlich «Beziehung und Interaktion» voraus. Dass eine Person ihre eigenen Bedürfnisse und Werte überhaupt erst entwickeln, kennen und äussern kann, hat entwicklungspsychologische, soziale und gesellschaftliche Voraussetzungen. Autonomie entsteht in der Begegnung, im Dialog, in der Auseinandersetzung mit anderen autonomen Individuen. In diesem Sinn sprach Martin Buber davon, dass das Ich am Du zum Ich wird⁸. In diesem Sinn hat Jürgen Habermas (1982) als Vertreter der Frankfurter Schule dargelegt, dass die Wahrheit nicht einfach festgestellt werden kann, sondern dass sie in einem dialogischen Diskurs entwickelt wird⁹. Und in diesem Sinn verdeutlichte Carol Gilligan (1982) als Vertreterin der Feministischen Kritik etwa an der Entwicklungspsychologie Kohlbergs¹⁰, dass zur Entwicklung eines «Ganzen» immer auch das Hören der «anderen Stimme»¹¹ gehört. Es ist kein Zufall, dass die

⁸ Vgl. Buber, 2008.

⁹ Vgl. Habermas, 1981.

¹⁰ Kohlberg, Lawrence 1996: Die Psychologie der Moralentwicklung, Suhrkamp, Frankfurt am Main

¹¹ Vgl. Gilligan, 1982.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft ihre Jahrestagung im Jahr 2016 unter dem Motto «Autonomie und Beziehung» durchgeführt hat¹². Plakativ formuliert könnte man im Bereich der Medizinethik sagen: Ich werde der Autonomie eines Patienten oder einer Patientin nicht dadurch gerecht, dass ich ihm oder ihr die Last der Entscheidung, z.B. zwischen zwei medizinischen Optionen, überlasse («Sie müssen selbst entscheiden; ich rede Ihnen da nicht drein»), sondern indem ich ihn bzw. sie in einem menschlichen Kontakt erst überhaupt dazu befähige, seine oder ihre eigene, für ihn oder sie stimmige, authentische Entscheidung zu treffen. Dazu muss ich mich in den Diskurs mit dem Patienten oder der Patientin hineinbegeben, mache mich selbst dadurch angreifbar und setze mich Unsicherheit und Ambivalenz aus.

Übertragen auf den Kontext Gefängnis könnte dies folgende Fragen aufwerfen:

Wo spielt Autonomie von Gefangenen eine Rolle? Welche Entscheidungen kann ein Insasse überhaupt treffen? Es gibt gewisse Entscheidungen, die ausserhalb des Einflussbereichs des Insassen liegen, z.B. Rahmenbedingungen des Strafvollzugs (Einschluss, Besuchsreglement, Strafdauer usw.). Aber müsste das Ziel des Strafvollzugs nicht auch darin liegen, dass es andere Entscheidungen gibt, die der Insasse sehr wohl selbst treffen und verantworten kann? Ich denke z.B. an die Entscheidung, ob ein Insasse freiwillig an einer Therapie teilnimmt. Wie wird der Insasse befähigt, hier autonom zu entscheiden? Ist es damit getan, dass ihm die beiden Optionen – Teilnahme/Nicht-Teilnahme – vorgelegt werden? Kann man wirklich von einer autonomen Entscheidung sprechen, wenn der Inhaftierte weiss, dass er zwar selbst entscheidet, ob er teilnimmt, dass er aber bei Nicht-Teilnahme von einer längeren Haftdauer und erschwerten Rahmenbedingungen (bspw. Urlaub) ausgehen muss? Welche Art der Kommunikation würde hier Relationalität begründen und welche persönlichen und institutionellen Voraussetzungen müssen dafür von Gefängnispersonal und Gefängnis erfüllt werden? Wie kann die Institution autonomiefördernde Strukturen, eine entsprechende Gesprächskultur und partizipatorische Entscheidungsfindungsprozesse einführen und ausbauen?¹³

¹² <https://www.samw.ch/de/Ethik/Autonomie-in-der-Medizin/Tagungsreihe-Autonomie-in-der-Medizin.html> (Besuch am 18.10.2018).

¹³ Vgl. Brauer, 2018,1–4 <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Bulletin.html> (Besuch am 18.10.2018).

Nichtschaden

Zunächst mag dieses Prinzip überraschen: Es ist doch erklärtes Ziel der Medizin, den Patienten nicht zu schaden, sondern ihnen zu nutzen. Patientinnen zu helfen und zu heilen – dafür haben doch Mediziner, Pflegende u.a. ihren Beruf erlernt! Wieso wird dann «Nichtschaden» als Prinzip formuliert?

Beauchamp und Childress machten deutlich, dass die meisten medizinischen Eingriffe auch einen gewissen Schaden für Patienten bedeuten: Jede Spritze, jede Anästhesie, jede Tablettengabe, erst recht jede Operation bedeutet auch einen Schaden und dieser ist nur dadurch zu rechtfertigen, dass der erhoffte Nutzen des Eingriffs grösser ist als der Schaden, den der Eingriff eben auch mit sich bringt. Es geht hier also darum, eine Güterabwägung zu treffen und sich aufgrund ihrer zu entscheiden. Relevant wird diese Frage zum Beispiel dann, wenn auf der Neonatologie entschieden werden muss, ob man ein schwerkrankes Kind noch einmal einer schmerzhaften, wenig aussichtsreichen Operation unterzieht, oder ob man auf die Operation verzichtet (was einen früheren Tod des Kindes zur Folge haben wird), um den Eltern und dem Kind die Möglichkeit zu geben, in Ruhe die letzte Lebenszeit miteinander zu verbringen und Abschied voneinander nehmen zu können.

Auf den Kontext Gefängnis übertragen, frage ich mich: Gibt es Entscheidungen im Gefängnis, bei denen man abwägen müsste, ob der zu befürchtende Schaden grösser ist als der zu erhoffende Nutzen? Wessen Nutzen/Schaden müsste man hier untersuchen? Gibt es beispielsweise Entscheidungen, die einem Insassen mehr schaden als nützen? Mit welchen Zielen werden Entscheidungen innerhalb des Strafvollzugs überhaupt begründet?

Ein Beispiel: Auf der Bewachungsstation des Inselfspitals ist das Rauchen verboten. Damit hält sich die Station an die Regel, die im gesamten Spital gilt: Rauchen ist im Spital verboten; es gibt nur wenige ausgewiesene Zonen, in denen geraucht werden darf. Mobile Patienten können solche Zonen aufsuchen; nicht-mobile Patienten haben jedoch keine Möglichkeit zu rauchen. Patienten, die in der Bewachungsstation inhaftiert sind, sind in diesem Sinn nicht mobil. Ihnen steht keine Raucherzone zur Verfügung.

Für viele Insassen ist dieses Rauchverbot sehr hart. Sie empfinden den Aufenthalt auf der Bewachungsstation zwar meist als angenehme und wohlthuende Unterbrechung des Gefängnisalltags, aber für die Raucher unter ihnen ist das Rauchverbot oft so unangenehm, dass sie auf eine möglichst rasche Verlegung zurück ins Gefängnis drängen.

Wie kann man das Rauchverbot begründen? Was ist sein Nutzen? Man kann beispielsweise geltend machen, dass die Gesundheit der Patienten im Vordergrund steht und die Bewachungsstation keine Ausnahme von den Regeln des Gesamtpitals macht. So gesehen argumentiert man mit dem Nutzen für den Insassen (Gesundheit) und mit dem Nutzen für die Institution (Übereinstimmung der Vorschriften innerhalb der Gesamtinstitution). Man könnte nun aber auch kritisch fragen: Ist der Schaden, den diese Vorschrift mit sich bringt (Unzufriedenheit der Insassen, Aggression, geringere Compliance, Frustration) grösser als der obengenannte Nutzen und sollte die Regelung geändert werden? In diesem Fall würde evtl. auch deutlich, dass Entscheidungen oft nicht ideal sind, sondern dass es darum geht, die weniger schlechte Entscheidung zu treffen; mit anderen Worten: diejenige, bei der der Nutzen den Schaden überwiegt (ohne zu verkennen, dass die Entscheidung eben auch einen Schaden mit sich bringt).

Fürsorge

Unter dem Prinzip «Fürsorge» verstanden Beauchamp and Childress die Verpflichtung, das Wohl des Patienten zu fördern und in seinem Interesse zu handeln. Spannend wird das Prinzip dann, wenn es in Konflikt mit einem anderen Prinzip gerät. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Patientin nach einer Operation an der Schulter sofort nach Hause möchte, die Ärztin und die Angehörigen aber empfehlen, dass sie erst noch eine Rehabilitationskur macht, um die volle Funktionstüchtigkeit des Armes wiederzuerlangen. Hier stehen sich Respekt vor der Autonomie und Fürsorgepflicht konkurrierend gegenüber: Soll man den Patientenwillen erfüllen und damit riskieren, dass die Patientin den Arm bleibend nicht mehr vollständig bewegen können wird? Oder soll man die Patientin zu einer Rehabilitation nötigen und damit gegen ihren erklärten Willen handeln? Ist eine Rehabilitationsmassnahme, an der sich eine Patientin nicht freiwillig beteiligt, aussichtsreich? Und unter welchen rechtlichen Bedingungen wäre eine Auferlegung einer Rehabilitation gegen den Patientenwillen überhaupt möglich?

Auch im Kontext Gefängnis steht das Fürsorgeprinzip vermutlich häufig in Konflikt mit anderen Prinzipien, hier ebenfalls vor allem mit dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie. Ich denke etwa an die Frage, ob und unter welchen Bedingungen ein Insasse gegen seinen Willen gewissen Zwangsmassnahmen ausgesetzt werden darf: Darf ein Insasse z.B. fixiert werden, wenn er sich selbst- oder fremdgefährdend verhält? Oder muss er dann vielleicht sogar fixiert werden; ist es eine Pflicht des Gefängnisses? Darf er zwangsernährt werden, obwohl er ausdrücklich erklärt hat, dass er in Hungerstreik geht, um

gegen eine Ungerechtigkeit, der er ausgesetzt sei, zu protestieren? Darf ein schwer kranker, terminaler Insasse, der seinem Leben mithilfe einer Sterbehilfeorganisation ein Ende setzen möchte, dies im Gefängnis tun? Oder hat die Institution Gefängnis hier eine grössere Fürsorgepflicht dem Insassen gegenüber als der Staat es einem nicht-inhaftierten Bürger gegenüber hat?¹⁴

Gerechtigkeit

Das Prinzip «Gerechtigkeit» kommt dann zum Tragen, wenn andere Personen oder Institutionen beteiligt sind und berücksichtigt werden müssen: andere Patienten, die involvierten Gesundheitsfachpersonen, die Solidargemeinschaft der Krankenprämienzahler usw. Wie sollen Gesundheitsleistungen fair verteilt werden? Soll eine bestimmte Therapie oder ein Medikament von der Krankenkasse bezahlt werden oder muss die Patientin selbst dafür aufkommen? Darf ein Patient, der sehr fordernd und anspruchsvoll ist, von den Pflegenden bevorzugt behandelt werden? Wie werden medizinische Dienstleistungen finanziell gerecht abgegolten? Sind die hohen Kosten für gewisse Krebsmedikamente gerechtfertigt? Klassisch ist die Frage, nach welchen Kriterien ein knappes Gut verteilt werden soll, wenn mehrere am Empfang dieses Gutes interessiert sind. In der Medizinethik wird unter dem Stichwort «Allokation» verhandelt, welche der mehreren potenziellen Empfänger das eine Organ transplantiert bekommen sollen: Soll die 30jährige Mutter oder der alleinstehende 60jährige das Organ erhalten? Für den Gesetzgeber in der Schweiz ist klar, dass die soziale Situation des Empfängers kein Kriterium für die Vergabe sein darf – niemand darf wegen Alter, Geschlecht, Zivilstand oder Ähnlichem diskriminiert werden; entscheidend sind nur die medizinische Dringlichkeit sowie die Länge der Zeit, die ein Organempfänger auf der Warteliste verbracht hat. Mit anderen Worten: Das Prinzip «Gerechtigkeit» begründet eine faire Verteilung der Güter; es behandelt gleiche Fälle gleich und legt für allfällige Ungleichbehandlungen Begründungen vor.

Selbstverständlich soll das Prinzip «Gerechtigkeit» auch im Gefängnis eine Rolle spielen. Alle Insassen sollen gleichbehandelt werden; für alle sollen zum Beispiel die gleichen Rahmenbedingungen (z.B.: Wie viel Anspruch auf Besuch hat ein Inhaftierter im Monat?) gelten. Aber wenn ein Inhaftierter gar keine Angehörigen hat, die ihn besuchen könnten? Soll er stattdessen mehr Zeit zum Telefonieren bekommen? Ist es gerecht, wenn es einer Insassin erlaubt wird, für eine gewisse Zeit in ein anderes Gefängnis verlegt zu werden, weil sie sich dort wohler fühlt und hinterher tatsächlich weniger aggressiv ist?

¹⁴ Vgl. zum Thema des assistierten Suizids die beiden Artikel in diesem Heft.

Ungleichbehandlungen, die es auch im Gefängnis gibt, sollen dem Prinzip der Gerechtigkeit gemäss begründet werden: Warum wird ein Inhaftierter anders behandelt als ein anderer? Gibt es transparente Regeln dafür, wer eine Einzelzelle erhält und wer nicht; wer Ausgang bekommt und wer nicht?

Wenn alle gleich und fair behandelt werden sollen – es z.B. keine Diskriminierung wegen Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht, Religion geben soll, – wie muss dann das Personal, das im Gefängnis arbeitet, ausgebildet werden, so dass es diesem Anspruch gerecht werden kann? Und umgekehrt: Wie wird man der Tatsache gerecht, dass auch die Gefängnisangestellten ein Recht auf faire Arbeitsbedingungen haben? Welche Unterstützungsangebote brauchen sie, um mit Frustration, Beleidigungen und Anfeindungen, denen sie ausgesetzt sind, umgehen zu können?

Ethik konkret: Die ethische Fallbesprechung

Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress bieten ein theoretisches Gerüst, mit dessen Hilfe man ethische Fragestellungen analysieren kann. Für die konkrete Situation sind sie aber oft zu allgemein. Es ist zum Beispiel nicht von vornherein klar, ob das Prinzip des Respekts vor der Autonomie höher zu gewichten sei als das Prinzip der Fürsorge.

Wie soll man dann in einem konkreten Fall nun tatsächlich entscheiden? Hier ist es hilfreich, eine ethische Fallbesprechung durchzuführen mit dem Ziel, eine der Situation angemessene Lösung zu erarbeiten und zu begründen. «Ethische Fallbesprechung auf Station ist der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen.»¹⁵

Dafür haben verschiedene Autoren unterschiedliche Entscheidungsfindungsmodelle¹⁶ erarbeitet. In der Inselgruppe wenden wir vor allem die sogenannte «Dilemma-Methode» an, die von Ethikerinnen und Ethikern in den

¹⁵ Steinkamp/Gordijn, 2010, 256.

¹⁶ Aus der umfangreichen Literatur sei herausgegriffen:

Albisser Schlegler/Mertz/Meyer-Zehnder/Reiter-Theil, 2012; Gracia, 2003, 227-233; Gracia, 2001, 223-232; Heinemann, 2005.

http://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf (Besuch am 11.10.2018).

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK 2013. Steinkamp/Gordijn, 2003, 235-246; Stutzki/Ohnsorge/Reiter-Theil (Hg.) 2011.

Niederlanden entwickelt wurde¹⁷. Diese Methode bietet einen strukturellen Rahmen (Ablauf) – dadurch wird vermieden, dass man einfach «drauflosdiskutiert» und zu keinem Ergebnis kommt. Die Gespräche dauern in der Regel 1:00 bis 1:15 Stunden¹⁸ und finden in einem geschützten Rahmen (Schweigepflicht der Beteiligten) statt. Die Gespräche sind interprofessionell – das bedeutet, es nehmen Vertreter_innen verschiedener beteiligter Disziplinen daran teil. Auf der Neonatologie beispielsweise würden Konstellationen entstehen aus Kinderärzten, Pflegenden, Hebammen, Trauerbegleiter_innen, Kardiolog_innen usw. Die betroffenen Patientinnen oder Angehörigen sind beim Gespräch jedoch nicht anwesend – das würde eine wirklich offene Kommunikation z.T. verunmöglichen. Die inhaltlichen Positionen der Patienten und Angehörigen sollen jedoch indirekt einfließen, indem z.B. die Pflegende oder die Ärztin, die sie kennt, die Positionen der Patientinnen und Angehörigen referieren. Es soll hierarchiefrei diskutiert werden: Alle Beteiligten dürfen und sollen sich mit ihren Argumenten zu Wort melden. Es ist aber auch klar, dass die Entscheidung letztlich bei der rechtlich verantwortlichen Person liegt; in der Regel ist dies der Oberarzt, auf dessen Station der betroffene Patient behandelt wird. Die Fallbesprechung dient dazu, dass dieser Entscheidungsträger zu einer differenzierten, begründeten Lösung kommt und diese am Ende des Gesprächs mitteilt.

Die Funktion des Moderators oder der Moderatorin besteht darin, das Gespräch zu strukturieren, die Einzelnen zu Wortbeiträgen zu motivieren, Argumente zu sammeln, zu synthetisieren und zu dokumentieren (z.B. auf einem Flipchart). Mit anderen Worten: Der Moderation obliegt die Prozessverantwortung – nicht aber die Ergebnisverantwortung. Die Aufgabe des Ethikers oder der Ethikerin besteht also nicht darin, die Situation ethisch zu bewerten, sondern darin, das Gespräch solcherart zu moderieren, dass der oder die Entscheidungsträger_in seine oder ihre Entscheidung fundiert und transparent begründen kann. Dabei ist es nicht nötig, dass alle Beteiligten sich der Meinung des Entscheidungsträgers oder der –trägerin anschließen – unterschiedliche Meinungen werden im Sinn der Differenzierung positiv gewertet; allfällige Minderheitsmeinungen sind berechtigt und werden auf dem Protokoll festgehalten.

¹⁷ Vgl. Molewijk/Abma/Stolper/Widdershoven 2008, 120–124; Abma/ Baur/ Molewijk,/Widdershoven, 2010, 242-255; De Voskes/ Evenblij/ Noorthoorn/ Porz/ Widdershoven, 2014, 1–7.

¹⁸ Vgl. Kössler/Porz, 2018, 359–366.

Im Folgenden beschreibe ich die verschiedenen Schritte der Dilemma-Methode anhand eines Ethikgesprächs, das ich im Jahr 2016 für Mitarbeitende der Bewachungsstation des Inselspitals moderiert habe. Das Gespräch war durch einen Arzt, der auf der Bewachungsstation arbeitet, initiiert worden; er wollte ein ethisches Dilemma, das ihm in seiner Arbeit begegnet war, diskutieren. Aus Gründen des Datenschutzes gebe ich die Rahmenbedingungen und die Inhalte stark abstrahiert und verallgemeinert wieder. Ziel ist es, anhand dieses Beispiels die einzelnen Schritte der Dilemma-Methode zu veranschaulichen.

Erster Schritt: Einführung

Die Gesprächsteilnehmer stellen sich kurz vor. Am Gespräch nehmen teil: Ein Arzt, der auf der Bewachungsstation arbeitet, ein Mitarbeiter der Aufsicht, eine Pflegende, eine Psychiaterin und eine Ergotherapeutin. Alle Gesprächsteilnehmenden kennen den Insassen, um den es in der Fallbesprechung geht. Der oder die Moderierende erinnert an die Schweigepflicht und umreisst die Rahmenbedingungen (Zeitdauer, Protokoll) der Fallbesprechung.

Zweiter Schritt: Benennung des Dilemmas

Worin besteht eigentlich die ethische Fragestellung? Im konkreten Fall geht es um einen Inhaftierten, der in Hungerstreik ging, um seiner drohenden Ausschaffung zu entgehen. Das ethische Dilemma für den behandelnden Arzt bestand darin, ob er dem Wunsch des Patienten, keine Nahrung zu sich zu nehmen, respektieren und gegebenenfalls dessen Tod hinnehmen sollte (Option A) oder ob er den Patienten, falls er lebensgefährlich geschwächt wäre, zwangsernähren sollte, um ihn am Leben zu erhalten (Option B). Der Moderator hält diese beiden möglichen Handlungsoptionen auf dem Flipchart fest.¹⁹

Dritter Schritt: Erläutern und sich einfühlen

Hier geht es darum, dass die Teilnehmenden Fragen stellen können, um das Bild des vorgestellten Falls zu vervollständigen. Es werden Hintergründe zum Inhaftierten, sein Herkunftsland, seine familiäre Situation (er ist Vater dreier Kinder, die im Heimatland leben; über die Partnerin resp. die Mutter dieser Kinder ist nichts bekannt), seine persönliche Situation (sein Antrag auf Asyl

¹⁹ Prinzipienethisch formuliert geht es hier um einen Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge.

wurde abgelehnt), sein religiöser Hintergrund (er ist Christ und Mitglied einer Freikirche) erläutert. Mit dem Hungerstreik will der Patient gegen den negativen Asylentscheid protestieren und bewirken, dass der Entscheid zurückgenommen wird. Die anwesende Psychiaterin attestiert die Urteilsfähigkeit des inhaftierten Patienten.

Vierter Schritt: Werte und Normen benennen

Werte sind hohe Ideale, an denen wir unser Handeln ausrichten (z.B. «Wahrheit»). Aus diesen Werten werden konkrete Handlungsanweisungen (z.B.: «Du sollst nicht lügen», «Ich habe ein Recht auf die Wahrheit») abgeleitet. Im vierten Schritt der Dilemma-Methode werden die Werte und Normen, die die verschiedenen Beteiligten vertreten, gesammelt. Am Ende jedes Wertes und jeder Norm wird notiert, ob diese eher zu Option A oder zu Option B tendieren.

Der Moderator hält die Ergebnisse wiederum auf dem Flipchart fest:

Akteur	Wert	Norm	Tendenz
Insasse	Autonomie	«Mein Wille soll respektiert werden»	A
	Freiheit	Ich möchte in einem freien Land leben können und mache alles, um dieses Ziel zu erreichen	A
	Gutes Leben, Lebensqualität	Ich möchte in einem freien Land leben und später meine Kinder nachholen	B oder A
	Verantwortung	Ich will meinen Kindern ein guter Vater sein: «Nehmt meinen Kindern nicht den Vater!»	B
	Gerechtigkeit	Ich will ein faires Verfahren und setze dafür alle Mittel ein	A
Arzt	Leiden vermeiden	Ich lindere Leid meiner Patienten	B
	Respekt vor Autonomie	Ich achte die Willensäußerung meiner Patienten	A
	Fürsorge	Ich setze mich für das Wohl meiner Patienten ein	A oder B
Aufsichtsperson	Fürsorge	Wir sind für das Wohlergehen der Insassen verantwortlich	B
	Öffentliche Reputation der Institution	Wir wollen keine negativen Schlagzeilen in den Medien	B
	Übereinstimmung mit den rechtlichen Vorgaben	Im Kanton Bern müssen hungerstreikende Insassen ernährt werden	B
Ergotherapeutin	Überleben	Der Insasse hängt an sich am Leben, er will nicht sterben: «Macht alles, um ihn am Leben zu halten!»	B

Manchmal ist es nicht eindeutig, zu welcher Option ein Wert oder eine Norm tendiert. So argumentierte jemand, dass der Wert «Gutes Leben» zu A tendiere, wenn man berücksichtigt, dass der Patient lieber sterben wolle, als ein

Leben in Unfreiheit zu leben. Andererseits tendiere der gleiche Wert zu Option B, wenn man bedenke, dass «Gutes Leben» das Überleben überhaupt voraussetze.

Fünfter Schritt: Alternativen suchen

In diesem Schritt wird gefragt, ob es neben den beiden Optionen A und B, die am Anfang der Fallbesprechung formuliert wurden, denkbare Alternativen gibt. Oftmals werden hier Ideen vorgetragen, die differenzierter und realistischer sind als die bisherigen Optionen A und B.

Tatsächlich werden weitere Möglichkeiten vorgeschlagen, so dass letztlich fünf Optionen vorliegen, nämlich:

A: Keine Zwangsernährung; ggf. Akzeptieren des Todes.

B: Zwangsernährung bei lebensbedrohlicher Schwächung.

C: Seelsorge wird einbezogen, um ein Gespräch mit dem Insassen zu führen.

D: Verlegung des Insassen in eine andere Institution.

E: Es wird dreimal täglich duftendes Essen ins Zimmer des Insassen gestellt.

Sechster Schritt: Individuelles Abwägen des Dilemmas

Hier fordert der oder die Moderierende alle an der Fallbesprechung Beteiligten dazu auf, je für sich folgende Fragen zu beantworten:

- a. Für welche der fünf Optionen würde ich mich entscheiden?
- b. Warum? (ethisch formuliert: Was ist der wichtigste Wert, der für mich hier relevant ist?).
- c. Welchen grössten Nachteil nehme ich mit meiner Wahl in Kauf?
- d. Wie kann ich diesen Nachteil verringern?
- e. Was brauche ich selbst, um diese Handlung auszuführen?

Die Anwesenden bekommen etwas Zeit, um ihre Antworten zu formulieren.

Siebter Schritt: Übereinstimmungen und Differenzen

Angesichts der relativ kleinen Anzahl Teilnehmender ist es gerechtfertigt, alle um ihre Meinung zu bitten. Der Moderator fragt reihum. Zwei Teilnehmende sprechen sich für Option B aus, für den einen ist hier der Wert «Fürsorgepflicht der Institution», für den anderen der Wert «Überleben» der jeweils wichtigste Wert. Zwei Teilnehmende sind für Option A, weil für sie der Wert «Selbstbestimmung» zentral ist. Ein weiterer Teilnehmender wählt ebenfalls Option A und beruft sich auf den Wert Gerechtigkeit. Schliesslich äussert sich der Arzt: Er bedankt sich für die Fallbesprechung, die ihm geholfen habe, seine eigene Position zu finden. Für ihn ist nun klar: Er veranlasst, dass der Insasse der Seelsorge vorgestellt wird in der Hoffnung, dass hier ein neues Paradigma zur Sprache kommen könnte, das der Patient bisher nicht bewusst wahrgenommen hatte. Zudem überzeugt ihn der Vorschlag, von nun an duftendes Essen in die Zelle zu stellen – vielleicht wächst dadurch die Lust des Patienten zu essen. Schliesslich ist aber für den Arzt klar, dass er – wenn der Patient tatsächlich so geschwächt sein würde, dass er andernfalls sterben würde – den Patienten als ultima ratio zwangsernähren würde. Begründungen sind vor allem das junge Alter des Insassen, die psychische Belastungssituation, in der er steht, und die Endgültigkeit und Nicht-Umkehrbarkeit der Option A im Fall des Todes.

Achter Schritt: Evaluation

Auf eine eigentliche Evaluation des Gesprächs wird mit Blick auf die Zeit verzichtet; es wird allerdings noch geklärt, dass sowohl im Rapport der Pflegenden und Ärzt_innen als auch in der Teamsitzung der Aufsicht über dieses Ergebnis informiert wird.

Schlussbetrachtung

Ethisches Argumentieren beginnt nicht erst dann, wenn ein Ethiker oder eine Ethikerin den Raum betritt. Wir entscheiden andauernd, wie wir uns verhalten wollen; oftmals intuitiv oder aufgrund von jahrelanger Übung. Doch die Tatsache, dass eine bestimmte Praxis schon lange so gehandhabt wird, bedeutet noch nicht, dass sie auch richtig und gut ist.

Für die konkrete Entscheidung ist eine strukturierte und systematische Auseinandersetzung hilfreich. So verringert man die Gefahr, gewisse Themen auszublenden oder zu stark zu gewichten: Indem man z.B. die vier medizin-ethischen Prinzipien der Reihe nach diskutiert, erhält man eine gewisse

Sicherheit, dass man die verschiedenen Perspektiven berücksichtigt hat. Indem man z.B. eine Fallbesprechung zu einem akuten Fall durchführt, werden die Stimmen der anderen Involvierten gehört und in die Entscheidung miteinbezogen.

Ein ethischer Diskurs kann innerhalb verschiedener äusserer Settings stattfinden: Ideal ist es, wenn sich verschiedene Professionen, die in die Situation involviert sind, daran beteiligen. Ich habe oben dargestellt, wie wir im klinischen Kontext des Spitals die verschiedenen Professionen und Disziplinen in die ethischen Fallbesprechungen einbinden, so dass ein «Rundtischgespräch» entsteht. Ein ethischer Diskurs kann aber auch informell stattfinden, z.B. im Gespräch zwischen zwei Kollegen, die sich bei einer Tasse Kaffee über eine schwierige Situation austauschen. Sogar eine Person allein kann einen ethischen Diskurs quasi mit sich selbst in einem «inneren Dialog» durchführen, indem sie sich in die verschiedenen Beteiligten hineinversetzt und sich jeweils fragt, welche Werte denn für wen relevant sind und welche Normen und Handlungsoptionen daraus jeweils erwachsen. Entscheidend ist die Vielfalt der Perspektiven, die so entsteht: So wird der Grund, auf dem der oder die Verantwortliche die Entscheidung letztlich trifft, breit und differenziert.

Ich bin überzeugt davon, dass im Kontext des Gefängnisses jeden Tag sehr viele, zum Teil banale, zum Teil sehr anspruchsvolle Entscheidungen getroffen werden müssen. Viele dieser Entscheidungen sind sicherlich ethisch begründet: Die Verantwortlichen wägen ab, welche Konsequenzen eine Entscheidung hat; sie diskutieren sie mit anderen, sie überprüfen die Gesetzeskonformität und so weiter.

Eine bewusste Implementierung von Ethikstrukturen im Sinne der Durchführung von ethischen Fallbesprechungen bietet meines Erachtens aber gewichtige Vorzüge gegenüber dem intuitiven ethischen Abwägen:

Zum einen sorgen institutionalisierte Räume, in denen diskutiert wird, dafür, dass gewisse Probleme überhaupt erst als ethische wahrgenommen werden. Die Teilnehmenden üben sich darin, sie zu benennen und Handlungsoptionen abzuwägen. «Moral distress» (d.h. die Tatsache, dass ich etwas ausführen soll, das ich moralisch problematisch finde oder umgekehrt: dass ich das, wovon ich überzeugt bin, nicht realisieren kann) wird verringert, wenn ich meine Position entwickeln und darlegen kann. Andernfalls bleibt ein Unbehagen und es besteht die Gefahr, dass Enttäuschungen auf andere (den oder die Vorgesetzte_n, den oder die Kolleg_in, die Patientin, die Insassen) projiziert werden.

In der ethischen Fallbesprechung wird die Kompetenz verschiedener Beteiligter abgerufen und miteinbezogen. Die Person, die die Entscheidung trifft und letztlich auch verantwortet, kann sich auf eine breitere Grundlage abstützen. Und schliesslich wird die Entscheidung, die am Ende gilt, auch von denen, die sie ausführen müssen, besser getragen. Diese Erfahrung mache ich im Spital oft: Wenn Pflegende und Hebammen bei der Entscheidungsfindung involviert waren, wenn sie erlebt haben, dass ihre Position gehört wurde, ist es für sie viel einfacher, die Entscheidung, die der oder die Vorgesetzte trifft, auszuführen, mitzutragen und – ebenfalls ein sehr wichtiger Aspekt – auch nach aussen zu vertreten. Vielleicht hätten sie persönlich eine andere Entscheidung getroffen. Aber sie haben gehört, aus welchem Grund der oder die Vorgesetzte sich für eine andere Option entschieden hat (ethisch formuliert: Welcher Wert für ihn der wichtigste ist) und können so seine Entscheidung besser mittragen. In diesem Sinn wirkt die Implementierung von Ethikstrukturen teambildend. Das ist für Teams im Spitalkontext, die einem immer grösser werdenden Druck ausgesetzt sind, eine grosse Entlastung. Ich bin davon überzeugt, dass sie auch für Mitarbeitende im Gefängnis äusserst hilfreich sein könnten und einen «Schutzraum»²⁰ darstellen, in dem frei und offen ethische Probleme angesprochen werden und Lösungen gefunden werden können.

Kurzbiografie

Hubert Kössler, 1962, ist verheiratet und hat zwei erwachsene Töchter. Er studierte in Tübingen röm.-kath. Theologie. Er war von 1990 bis 2008 in einer Kirchgemeinde als Theologe tätig. Seitdem ist er Co-Leiter Seelsorge am Inselspital in Bern; seit 2014 stellvertretender Leiter und seit 2018 Co-Leiter Medizinethik Insel Gruppe AG.

Kontakt: hubert.koessler@insel.ch

²⁰ Schnell, 2007.

Literaturverzeichnis

Abma, Tineke, Baur, Vivianne, Molewijk, Bert, Widdershoven, Guy 2010, Inter-Ethics: Towards an interactive and interdependent bioethics. In: bioethics 2010, 24: 242–255.

Albisser Schleger, Heidi, Mertz, Marcel, Meyer-Zehnder, Barbara, Reiter-Theil, Stella 2012, Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Berlin: Springer Verlag.

Baumann-Hölzle, Ruth 1999, 7 Schritte Dialog. Ein Modell ethischer Entscheidungsfindung. Stiftung Dialog Ethik,

Beauchamp, Tom L., Childress, James F. 2013, Principles of biomedical ethics, Oxford: University Press.

Brauer, Susanne 2018, Autonomie in der Medizin. Ein Zusammenspiel von Selbstbezug und professioneller Verantwortung. SAMW – Bulletin 1/2018, 14

Buber, Martin 2008, Ich und Du, Stuttgart: Reclam

De Voskes, Yolán, Evenblij, Kirsten, Noorthoorn, Erik, Porz, Rouven, Widdershoven, Guy 2014: Ethische Fall-Deliberation zu Freiheitseinschränkungen in der Psychiatrie. Dilemmata, Nutzen und Implementierung, in: Psychiat. Praxis 2014; 41: 1–7.

Gilligan, Carol 1982, Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau, München: Piper

Gracia, Diego 2001, Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. Medicine, Health Care and Philosophy, 4/2001, 223–232.

Gracia, Diego 2003, Ethical case deliberation and decision making. Medicine, Health Care and Philosophy, 6/2003, 227–233.

Habermas, Jürgen 1981, Theorie des kommunikativen Handelns (2 Bde), Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Heinemann, Wolfgang 2005, Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Köln: MTG Malteser Trägergesellschaft GmbH.

Kössler, Hubert, Porz, Rouven 2018, Wie lange darf es dauern? Zeitliche Aspekte zu ethischen Fallbesprechungen im klinischen Kontext, in: Bergemann, Lutz, Hack, Caroline, Frewer, Andreas (Hg.): Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 11. Würzburg: Königshausen & Neumann 359–366.

Marckmann, Georg 2000, Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 12/2000, 499–502.

Molewijk, Bert, Abma, Tineke, Stolper, Margreet, Widdershoven, Guy 2008, Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation, in: J Med Ethics 2008, 34: 120–124

Schnell, Martin W. 2007, Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Bern: Huber.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK 2013, Ethik und Pflegepraxis. Bern: SBK Geschäftsstelle.

Steinkamp, Norbert, Gordijn, Bert 2003, Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. Medicine, Health Care and Philosophy, 6/2003, 235–246.

Steinkamp, Norbert, Gordijn, Bert 2010, Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Köln: Luchterhand.

Stutzki, Ralf, Ohnsorge, Kathrin, Reiter-Theil, Stella (Hg.) 2011, Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis. Wien, Zürich, Berlin: Lit Verlag.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht.assetdetail.8126318.html>

Anhang: Ablauf Dilemma Methode

Schritt 1: Einführung

Die Gesprächsteilnehmer lernen sich kennen. Sich vertraut machen mit der Dilemma Methode. Ziele und Erwartungen klären. Inhalte der Besprechung sind vertraulich.

Schritt 2: Das Dilemma benennen

Eine Person aus der Gruppe beschreibt den Fall: Fakten, Handlungsoptionen, Emotionen, Überlegungen.

Die zentrale moralische Frage formulieren.

Neutrale Beschreibung des Dilemmas: Beide Handlungsoptionen werden dargestellt in Bezug auf die Handlungsoption und das Verhalten (Soll ich A oder B tun?)

Beschreibung der wichtigsten konkreten Nachteile jeder Handlungsoption.

(Die Teilnehmenden schreiben für sich ihr Urteil in Bezug auf das vorgestellte Dilemma auf)

Schritt 3: Erläutern (Erhellen) und sich einfühlen

Die Teilnehmenden stellen Fragen, damit sie ein vollständiges Bild von dem vorgestellten Fall erhalten und sich in die in den Fall involvierten Personen einfühlen können.

Schritt 4: Werte und Normen benennen

Wer ist in den Fall involviert? Welche Werte und Normen stehen auf dem Spiel? Von wem? Begünstigen diese A oder B? (Benützen Sie eine Tafel, um Werte und Normen festzuhalten).

Schritt 5: Alternativen suchen

Brainstorming: Finden Sie sowohl realistische als auch unrealistische Alternativen, um aus dem Dilemma heraus zu kommen.

Schritt 6: Individuelles Abwägen des Dilemmas

Es ist moralisch gerechtfertigt, A oder B oder eine Alternative zu tun (bezogen auf die Handlung/das Verhalten)

wegen... (Werte/Normen)

trotz... (Werte/Normen)

Wie kann ich die in c. geäußerten moralischen Bedenken vermindern und den für mich wichtigsten Nachteil beschränken?

Was benötige ich konkret, um diese Handlungen auszuführen? (Persönlich, als Team, als Institution)?

Schritt 7: Übereinstimmungen und Differenzen

In welchen Aspekten stimmen wir überein?

Welche Fragen stellen sich in Bezug auf die Differenzen?

Machen Sie eine Abwägung der Gruppe: Welche Handlungen, basierend auf welchen Werten und Normen, stechen hervor in der Entscheidung?

Welche praktischen Entscheide, basierend auf dem Resultat dieser Besprechung, wurden getroffen?

Schritt 8: Evaluation der Besprechung

Wie haben Sie diese Besprechung erlebt? Was war das Wesentliche für Sie? Was heissen Sie gut? Was hätte besser sein können?

Redaktion

Frank Stüfen, Christoph Rottler, Alfredo Diez

Spenden an

IBAN CH25 8080 8003 48296856 6

Swift BIC RAIFCH22

IID (BC-Nr): 81475

Frank Stüfen, Binzmühlestrasse 1, 8173 Neerach ZH

Vermerk: Seelsorge & Strafvollzug

Korrektorat

Hanna Siebert

Rechte

Alle Rechte vorbehalten. Der Nachdruck einzelner Texte ist nur mit Zustimmung der Redaktion gestattet.

Unterstützung

Unser Dank geht an die an die Direktion der JVA Pöschwies und an den Vorstand des Schweizerischen Vereins für Gefängnisseelsorge für die Unterstützung.