



## **Wir müssen reden: Wie gehen wir als Gesellschaft mit dem Recht auf den eigenen Tod um?**

*Kommentar von Prof. Dr. Verena Begemann,  
Hochschule Hannover, Fakultät für Diakonie, Gesundheit und Soziales*

Am 26. Februar 2020 ist das Bundesverfassungsgericht (BVG) zu dem Urteil gekommen, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung dem Grundgesetz widerspricht und damit verfassungswidrig ist. Was steht dahinter? War es nicht gerade so, dass der Gesetzgeber 2015 – nach einem langen, parteiübergreifenden Diskurs – § 217 StGB erlassen hat, um das Leben bis zuletzt zu schützen und sich damit auch deutlich gegen aktive Sterbehilfe und Suizidbeihilfe entschieden hat? Damit haben wir in Deutschland zunächst einen anderen Weg als unsere europäischen Nachbarn die Niederlande und Belgien (Gesetze zur aktiven Sterbehilfe) und die Schweiz (Gesetz zur Suizidbeihilfe) beschritten, der von Kirchen und Wohlfahrtsverbänden sowie Hospiz- und Palliativverbänden anerkannt und gelobt wurde. Dagegen stehen die Ergebnisse einer aktuellen, repräsentativen Umfrage von infratest dimap, dass 67% der Bundesbürger/-innen den § 217 StGB ablehnen und sogar 81% ausdrücklich befürworten, dass es Ärzte/-innen erlaubt sein sollte, Schwerstkranke beim Suizid zu unterstützen. Dieser eklatant hohe Widerspruch zwischen Theorie (Gesetz) und Wirklichkeit (Lebenswelt und Einstellungen) ist zunächst einmal zur Kenntnis zu nehmen und es muss uns zu denken geben, wenn eine so große Mehrheit der deutschen Bevölkerung die ärztliche Suizidbeihilfe befürwortet. Der Gesetzgeber hatte 2015 u. a. damit argumentiert, die institutionelle und finanziell sehr lukrative Arbeit von Sterbehilfevereinen verhindern zu wollen. Zugleich hat in Deutschland das sog. Dambruchargument eine starke Lobby. Man befürchtet bei Lockerung der Sterbehilfe, dass Menschen von pflegenden Angehörigen bewusst oder unbewusst in den Tod gedrängt werden könnten oder sie selbst anderen nicht zur Last fallen wollen. Der Gesetzgeber hat die Lage offensichtlich 2015 richtig eingeschätzt, wie ihm das BVG attestiert. In der ausführlichen, achtseitigen Begründung des BVG ist auf S. 3 zu lesen: **„Häufiges Motiv für einen assistierten Suizid ist ausweislich von Untersuchungen im In- und Ausland der Wunsch, Angehörigen oder Dritten nicht zur Last zu fallen.“**

## **Gliederung:**

- I. Was bedeutet Selbstbestimmung aus Sicht des BVG?
- II. Welche sozialpolitischen Aufgaben formuliert das BVG für den Gesetzgeber?
- III. Wie ist die geschäftsmäßige Sterbehilfe in Bezug zur ärztlichen Suizidbeihilfe einzuordnen?
- IV. Resümee

## **I. Was bedeutet Selbstbestimmung aus Sicht des BVG?<sup>1</sup>**

Maßgeblich für das Urteil des BVG sind die Werte **Selbstbestimmung, Freiheit und Eigenverantwortung** gewesen, die in der Begründung sehr differenziert ausgelegt und erläutert werden: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. [...] Die Garantie der Menschenwürde umfasst insbesondere die Wahrung personaler Individualität, Identität und Integrität. [...] Die selbstbestimmte Wahrung der eigenen Persönlichkeit setzt voraus, dass der Mensch über sich nach eigenen Maßstäben verfügen kann und nicht in Lebensformen gedrängt wird, die in unauflösbarem Widerspruch zum eigenen Selbstbild und Selbstverständnis stehen. [...] Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist nicht auf fremd definierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Es besteht in jeder Phase menschlicher Existenz. [...] Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entzieht sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit. [...] Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist vielmehr unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde. [...]“

Wenn wir diesen Teil der Begründung mit der infratest-Umfrage in Beziehung setzen, müsste die Mehrheit der deutschen Bevölkerung mit diesem Urteil also höchst einverstanden und zufrieden sein. Es dokumentiert klar und präzise, dass das Selbstbestimmungsrecht des Menschen das höchste Gut menschlicher Würde ist und kein Gesetz dieses Persönlichkeitsrecht begrenzen und beschneiden darf. Wir bilden den Sinn für unser Leben selbst, gestalten unsere individuelle Lebensführung, wir entwerfen unser Selbstbild und leben qualitativ gut, solange unsere leiblichen und geistigen Ressourcen reichen und dann verfügen wir selbstoptimiert unseren Tod, den wir vielleicht über viele Jahre verdrängt haben. In mir löst dieses Menschenbild mit liberalem Autonomieverständnis ein tiefes Unbehagen, Ängste und viele Fragen aus. Ja, wir wollen selbstbestimmt leben und sterben und zugleich dürfen wir keinesfalls außer Acht lassen, dass es eine Autonomiezumutung und Autonomieüberforderung gibt. Es gibt Lebenssituationen, nicht erst im Sterben, in denen wir auf Fürsorge, Geborgenheit, solidarische Hilfe und Verantwortung anderer zutiefst angewiesen sind. Und wie sieht es mit der Selbstbestimmung von Menschen aus, die an einer psychischen Erkrankung leiden und infolge einer akuten depressiven Episode oder Psychose

---

<sup>1</sup> Alle folgenden Zitate stammen, wenn nicht anders ausgewiesen, aus der achtseitigen Pressemitteilung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 (Quelle: siehe am Ende des Beitrags).

temporäre kognitive Einschränkungen bzgl. ihrer Selbstbestimmung haben? Dem liberalen Autonomieverständnis, das der BVG aus meiner Sicht hier zu stark präferiert, stelle ich das post-liberale Autonomieverständnis gegenüber, das sich so versteht, dass wir Menschen in der menschlichen Gemeinschaft zutiefst aufeinander angewiesen sind. Selbstbestimmung bewegt sich immer in Beziehungen und Beziehungsnetzen. Diese relationale Selbstbestimmung ist sich dessen bewusst, dass Aktivität und Passivität, gegenseitige Abhängigkeit und Bezogenheit, Kontrolle und Gelassenheit die Kennzeichen unserer menschlichen Existenz sind.

## **II. Welche sozialpolitischen Aufgaben formuliert das BVG für den Gesetzgeber?**

Im weiteren Verlauf der Urteilsbegründung wird die sozialpolitische Verpflichtung des Gesetzgebers angemahnt: „Die Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben versagt dem Gesetzgeber demnach nicht, allgemeine Suizidprävention zu betreiben und insbesondere krankheitsbedingten Selbsttötungswünschen durch Ausbau und Stärkung palliativmedizinischer Behandlungsangebote entgegenzuwirken. Er muss auch denjenigen Gefahren für die Autonomie und das Leben entgegenreten, die in den gegenwärtigen und absehbaren realen Lebensverhältnissen begründet liegen und eine Entscheidung des Einzelnen für die Selbsttötung und gegen das Leben beeinflussen können.“ Zugleich mahnt das BVG in seiner Begründung die unregelmäßige Arbeit von Sterbehilfevereinen an und erteilt damit der Gesetzgebung einen klaren Auftrag: „Gleichwohl durfte der Gesetzgeber davon ausgehen, dass von einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung ausgehen können. Dies gilt – angesichts des steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass Versorgungslücken in der Medizin und der Pflege geeignet sind, Ängste vor dem Verlust der Selbstbestimmung hervorzurufen und dadurch Suizidentschlüsse zu fördern.“

Kann es sein, dass uns das Selbstbestimmungsrecht und die Verfügbarkeit des Todes so wichtig geworden sind, weil uns alle tiefgreifende Ängste und Sorgen angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen erfasst, deren Nährboden die stetige Leistungs- und Gewinnerorientierung im kapitalistischen System ist? Seit Jahrzehnten nehmen wir Entsolidarisierung, Verdrängung der Endlichkeit, Altersarmut, Einsamkeit im Alter, kritische Pflegenotstände mit Überforderung und Gewalt in der Pflege, Zunahme von psychosomatischen Erkrankungen in Kauf und schaffen keine grundlegenden Veränderungen. Trauen wir dieser Gesellschaft, in der wir leben, gar nicht mehr zu, dass es eine sorgende Gemeinschaft gibt, die in mitmenschlicher Nächstenliebe und gemeinsamer Verantwortung unser Sterben und unseren Tod bis zum Schluss gut begleiten kann? Pflegekräfte, Ärzte/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Seelsorger/-innen, Ehrenamtliche, alle, die sich in unseren Pflege- und Gesundheitssystemen immer noch, trotz aller o. g. Widrigkeiten engagieren, kennen den Facettenreichtum von Ängsten, Sorgen, Schmerzen und Leiden am Lebensende. Sie begleiten, betreuen, versorgen und pflegen und sie bleiben im Krankheits- und Sterbeprozess dabei, wenn nichts mehr zu machen und zu optimieren ist. Wir brauchen jedoch viel mehr Zukunftsinvestitionen in diese mitmenschlichen Versorgungssysteme. „Die Wirtschaft muss dem Menschen dienen“ – diesen Satz von Ludwig Erhard, dem Vater der sozialen Marktwirtschaft, müssen wir gemeinsam mit allen Anstrengungen revitalisieren. Dass es auch hier Grenzen gibt, und die beste Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung nicht vor dem Suizid, als letzte Konsequenz, schützen kann, haben wir respektvoll zu akzeptieren. Es gibt diese menschliche Grenze, wo der Mensch einfach nicht mehr weiterleben kann und will. Aber wir dürfen nicht unterschätzen, dass wir an einem furchterregenden Punkt in unserer Gesellschaft angekommen sind, bei dem es nicht mehr um ein nicht aushaltbares Leiden Einzelner geht, für das wir auch eine mitmenschliche, rechtliche Regelung finden

müssen, sondern wir der massiven Gefahr unterliegen, den Suizid als „gesellschaftliche Normalisierung und als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen zu etablieren, die geeignet sei, Autonomie gefährdende soziale Pressionen auszuüben“, diese Gefahrenprognose des Gesetzgebers hat das BVG in seinem Urteil ausdrücklich bestätigt.

### **III. Wie ist die geschäftsmäßige Sterbehilfe in Bezug zur ärztlichen Suizidbeihilfe einzuordnen?**

Nicht nur Sterbehilfevereine leisten eine geschäftsmäßige Förderung der Suizidbeihilfe. Sie verdienen i. d. R. sehr gut am Tod eines Suizidenten und es handelt sich um ein lukratives Geschäft. Auch Ärzte/-innen, die am Suizid eines Menschen nicht verdienen, aber mehr als einmal tödliche Medikamente bereitstellen, handeln im juristischen Sinne geschäftsmäßig. Dieser Gruppe, die eine besondere „Garantenstellung für das Leben“ in unserer Gesellschaft hat, wendet sich das BVG in der Urteilsbegründung besonders zu: „Ärzte zeigen bislang eine geringe Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, und können hierzu auch nicht verpflichtet werden; aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab. Zudem setzt das ärztliche Berufsrecht der Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, weitere Grenzen. [...] Der Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung darf aber nicht davon abhängen, dass Ärzte sich bereit zeigen, ihr Handeln nicht am geschriebenen Recht auszurichten, sondern sich unter Berufung auf ihre eigene verfassungsrechtlich verbürgte Freiheit eigenmächtig darüber hinwegsetzen. Solange diese Situation fortbesteht, schafft sie einen tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe.“ Da sich auch die Landesärztekammern bzgl. des ärztlich assistierten Suizids nicht einig sind, ist hier eine deutliche Unsicherheit auf Seiten der Ärzte/-innen zu verzeichnen und es bleibt die alleinige Gewissensentscheidung des Einzelnen. In den Grundsätzen der Bundesärztekammer von 2011 ist dagegen zu lesen „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“. Zugleich haben wir in den letzten Jahren – nach meinem Kenntnisstand – bei der ärztlichen Mitwirkung beim Suizid in Deutschland ausschließlich Freisprüche zu verzeichnen. Begründet wurden die Freisprüche mit der persönlichen Freiheit der ärztlichen Gewissensentscheidung. Dennoch fühlen sich viele Ärzte/-innen seit Jahrzehnten alleine gelassen. Ich verweise hier auf die sehr informative und lesenswerte Stellungnahme „Ärztliche Beihilfe zum Suizid“ von Dr. Michael de Ridder (Berliner Palliativmediziner und Autor verschiedener Bücher zu Palliativmedizin, Hospiz und Gesundheitspolitik) vom 20. Februar 2019 im Deutschen Bundestag, Link siehe unten. Auf zwei höchstrichterliche Urteile von 2019 und ein 35 Jahre altes Urteil von 1984 möchte ich kurz hinweisen, weil das Urteil des BVG in diesem Kontext zu lesen ist und die Medien an vielen Stellen darauf rekurriert haben.

### **BGH-Urteil vom 03. Juli 2019 – Freisprüche in zwei Fällen von ärztlich assistiertem Suizid**

Freispruch für einen Berliner Hausarzt, der einer 44-jährigen Patientin Zugang zu einem in hoher Dosierung tödlich wirkenden Medikament verschaffte. Sie litt seit ihrer Jugend an einer nicht lebensbedrohlichen, aber starke krampfartige Schmerzen verursachenden Erkrankung und hatte den Angeklagten – nachdem sie bereits mehrere Selbsttötungsversuche unternommen hatte – um Hilfe beim Sterben gebeten. Der Angeklagte betreute die nach Einnahme des Medikaments Bewusstlose – wie von ihr zuvor gewünscht – während ihres zweieinhalb Tage dauernden Sterbens. Hilfe zur Rettung ihres Lebens leistete er nicht. Freispruch für einen Hamburger Psychiater, der zwei suizidwilligen Frauen (81 und 85 Jahre) für einen Sterbehilfeverein ein Gutachten anfertigte. Beide litten an mehreren, nicht

lebensbedrohlichen, aber ihre Lebensqualität und persönlichen Handlungsmöglichkeiten zunehmend einschränkenden Krankheiten. Sie wandten sich an einen Sterbehilfeverein, der seine Unterstützung bei ihrer Selbsttötung von der Erstattung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens zu ihrer Einsichts- und Urteilsfähigkeit abhängig machte. Dieses erstellte der Angeklagte, ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Er hatte an der Festigkeit und Wohlerwogenheit der Suizidwünsche keine Zweifel. Auf Verlangen der beiden Frauen wohnt der Angeklagte der Einnahme der tödlich wirkenden Medikamente bei und unterließ es auf ihren ausdrücklichen Wunsch, nach Eintritt ihrer Bewusstlosigkeit Rettungsmaßnahmen einzuleiten (vgl. Urteile vom 3. Juli 2019 - 5 StR 132/18 und 5 StR 393/18).

### **Vor 35 Jahren: BGH-Urteil vom 04. Juli 1984 – sog. „Peterle-Urteil“ – verzwickter Freispruch mit Stärkung der Garantenpflicht (Hilfeleistung bei Bewusstlosigkeit) aber auch Respekt vor der ärztlichen Gewissensentscheidung**

Ein Hausarzt hatte eine 76-jährige Witwe, deren Ehemann 1981 verstorben war, in ihrem Sterbeprozess begleitet, nachdem sie in Selbsttötungsabsicht eine Überdosis Morphin und Schlafmittel eingenommen hatte. Der Hausarzt kannte die Frau seit Jahrzehnten, die immer wieder mal suizidale Absichten geäußert hatte. 1980 verfasste sie eine Patientenverfügung, in der sie Krankenhaus, Pflegeheim, lebensverlängernde Maßnahmen und Organentnahme ablehnte. Diese Erklärung ergänzte sie kurz vor ihrem Tod: „Ich bin über 76 Jahre alt und möchte nicht länger leben.“ Der Hausarzt und seine Patientin hatten sich zu einem Hausbesuch vereinbart und er traf sie bewusstlos mit gefalteten Händen auf dem Sofa an: „An meinen Arzt: bitte kein Krankenhaus – Erlösung, Unterschrift! Auf einem anderen Zettel stand: „ich will zu meinem Peterle“. Der Arzt begleitete die Frau in ihrem Sterben seit Beginn des Hausbesuchs um ca. 20.00 Uhr (Puls war nicht mehr fühlbar, sie atmete nur noch 6x/Minute; bei Wiederbelebung war von irreversiblen Dauerschäden auszugehen) bis zum nächsten Morgen um 07.00 Uhr und stellte dann den Tod fest. Der Arzt wurde vom LG Krefeld und dem BGH freigesprochen (vgl. Juristenzeitung, Nr. 19/1984, S. 893-897). Der BGH spricht den Hausarzt der 76-jährigen Witwe frei, weil er die ärztliche, ethische Gewissensentscheidung respektiert: „Wenn der Angeklagte in dieser Grenzsituation den Konflikt zwischen Verpflichtung zum Lebensschutz und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der nach seiner Vorstellung bereits schwer und irreversibel geschädigten Patientin dadurch zu lösen suchte, dass er nicht den bequemen Weg der Einweisung in die Intensivstation wählte, sondern in Respekt vor der Persönlichkeit der Sterbenden bis zum endgültigen Eintritt des Todes bei ihr ausharrte, so kann seine ärztliche Gewissensentscheidung nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden.“

#### **IV: Resümee:**

Das BVG-Urteil ist ein hochkomplexes, differenziertes Urteil, das uns die rechtlichen und ethischen Dilemmata am Lebensende unmissverständlich vor Augen führt. Kirchen, Hospiz- und Palliativverbände haben sich besorgt, bestürzt und enttäuscht über das Urteil geäußert. Die Bundesregierung will das Urteil prüfen und auswerten. Ich versuche, die Kerninhalte des Urteils zum Abschluss als Ich-Botschaften zu formulieren, weil sie dadurch noch klarer und eindrücklicher in ihrer individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Brisanz wahrzunehmen sind:

1. „Bevor ich meinen Angehörigen oder Freunden und Zugehörigen zur Last werde, nehme ich mir selbst das Leben.“
2. „Ich sehe die Überforderung unseres Gesundheits- und Versorgungssystems und habe Angst, dass ich nicht gut versorgt werde.“
3. „Ich weiß nicht, ob mir mein langjähriger Hausarzt im Sterben beistehen darf, wenn ich das Leiden nicht mehr aushalte.“
4. „Ich habe nur eine geringe Rente und will nicht in Armut und Einsamkeit sterben.“
5. „Der Suizid im Alter wird gesellschaftlich zunehmend als normal akzeptiert.“
6. „Es ist mein gutes Recht, auch über meinen Tod selbstbestimmt zu verfügen. Ich entscheide, wann ich lebenssatt bin.“

Als Mensch, Christin und Lehrende im Bereich Ethik, Alter und Hospiz erschüttern mich diese Aussagen. Und ich spüre Hilflosigkeit angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen. In aller Dringlichkeit und Ernsthaftigkeit müssen wir uns auf sozialpolitischer Ebene mit den Fragen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens am Lebensende beschäftigen. Das darf nicht ausschließlich eine individuelle ethische Frage der Selbstbestimmung bleiben. Und in gleicher Intensität müssen und dürfen wir in unseren Familien, Beziehungsnetzen, in unseren Kirchen, in Lebens-, Engagement- und Arbeitswelten miteinander diskutieren.

Hinter dem Urteil stehen für mich die sozialetischen Fragen: Wie können wir gemeinsam Suizide angesichts von Krankheit, Alter und Sterben verhindern und den Wunsch danach reduzieren? Was trägt und hält mich im Leiden? Muss ich mich selbst halten oder bin ich getragen in einer sorgenden Gemeinschaft und in einem Glauben, einer Weltanschauung, die über mich hinausweist? Es entspricht nicht dem Menschsein, in einer funktionalen, kapitalistischen Gesellschaft zu leben, in der wir uns einander nicht mehr zumuten mögen und in der wir nicht auf Fürsorge, Pflege und Liebe Dritter angewiesen sind. Wir dürfen das Leiden nicht ausklammern und vorschnell die Tore für den gesellschaftlich akzeptierten Suizid öffnen. Leiden und Tod sind natürliche Bestandteile unseres Lebens. Und es gibt Situationen, in denen das Leiden alle menschlichen Kräfte übersteigt und für die wir, soweit wie möglich, ethische und rechtliche Klarheit schaffen müssen. Mit den Worten Martin Bubers schließe ich meine Ausführungen: „Ich habe keine Lehre, aber ich führe ein Gespräch.“ Wir brauchen den Dialog, die Begegnung auf Augenhöhe und mitmenschliche Wärme und Nähe, um so viele Suizide wie möglich zu verhindern. Wir müssen reden!

## **Zum Weiterlesen**

Pressemitteilung des BVerfG zum Urteil vom 26.02.2020:

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

Pressemitteilung des BGH zum Urteil vom 03.07.2019:

<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html>

Stellungnahme von Dr. Michael de Ridder zur öffentlichen Anhörung

„Rechtssicherheit für Schwerkranke“ im Dt. Bundestag vom 20.02.2019:

[https://www.bundestag.de/resource/blob/594144/c61b70c72857a4f03323ac3ecd348f96/19\\_14\\_0062-8-ESV-Dr-de-Ridder\\_Rechtssicherheit-Schwerkranke-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/594144/c61b70c72857a4f03323ac3ecd348f96/19_14_0062-8-ESV-Dr-de-Ridder_Rechtssicherheit-Schwerkranke-data.pdf)

## **Vita: Prof. Dr. Verena Begemann**

Verena Begemann, Dipl. Sozialpädagogin/-arbeiterin, geb. 1971, ist Professorin für Ethik und Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule Hannover, Fakultät für Diakonie, Gesundheit und Soziales. Zuvor war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Westfälischen Wilhelms Universität Münster im Bereich „Studium im Alter“ mit Schwerpunkt Bürgerschaftliches Engagement in Wissenschaft und Praxis. Praktische Erfahrungen sammelte sie als Hospizkoordinatorin in ambulanten und stationären Kontexten. Promotion 2006 mit der Arbeit „Hospiz – Lehr- und Lernort des Lebens“. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Ethik in der Sozialen Arbeit, Ethosbildung für ein gelingendes Leben, ethische Entscheidungsfindung, Profilbildung und Qualifizierung im bürgerschaftlichen Engagement, curriculare Implementierung von Themen der Hospizarbeit und Palliative Care.

Ihre besonderen Anliegen sind die gute Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, gute Vernetzungen zwischen Wissenschaft und Praxis sowie die curriculare Implementierung von Hospizthemen an Fachhochschulen, Universitäten und anderen schulischen Kontexten.

Mittwoch, den 11. März 2020

**[www.convivio-mundi.de](http://www.convivio-mundi.de)**