

Nr. 496

Grüne Reihe 

Herausgegeben von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle

Kirche und Gesellschaft

Peter Schallenberg / Richard Ottinger

Assistierter Suizid im säkularen Sozialstaat

www.gruene-reihe.eu

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ thematisiert aktuelle soziale Fragen aus der Perspektive der kirchlichen Soziallehre und der Christlichen Sozialethik.

THEMEN DER ZULETZT ERSCHIENENEN HEFTE:

Oktober 2022, Nr. 493: *Giuseppe Franco*

Die Ordnung der Freiheit. Walter Euckens Konzept des Ordoliberalismus

November 2022, Nr. 494: *Florian Bock / Miriam Niekämper*

Armut in der Christentumsgeschichte: ausgewählte Schlaglichter

Dezember 2022, Nr. 495: *Michelle Becka / Johannes Ulrich*

Herausgeforderte Freiheit. Konturen eines Begriffs von Freiheit *mit* anderen

VORSCHAU:

Februar 2023, Nr. 497: *Markus Vogt / Sebastian Kistler*

zum Themenbereich „Energiewende / Energieethik“

März 2023, Nr. 498: *Johannes J. Frühbauer*

zum Themenbereich „Ethische Kritik des Rassismus“

April 2023, Nr. 499: *Marco Schrage* zum Themenbereich „Herausforderungen der auswärtigen EU-Sicherheitspolitik“

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Strasse 33

41065 Mönchengladbach

Tel: 02161/81596-0 Fax: 02161/81596-21

Internet: <https://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Redaktion

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

Mönchengladbach 2023

ISSN 2699-2485 (Print)

ISSN 2699-6278 (Online)

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das Verbot zur geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung für verfassungswidrig. Das Urteil enthält keine moralische oder politische Bewertung der Selbsttötung, sondern äußerte sich nur zum Raum der Freiheit des Individuums hin zum Suizid. Somit wird dem Individuum in seiner Autonomie das Recht auf assistierten Suizid zugestanden. Die Frage der (theologischen) Ethik lautet darüber hinaus: Sollte das Individuum dieses Recht in Anspruch nehmen, oder gibt es gute Gründe, auf diese Freiheit und diese Autonomie des Suizids zu verzichten? Gründe, die möglicherweise mit Gott und dem Glauben an sein gütiges Geschick zu tun haben? Da die Entscheidung des BVerfG zur Folge hat, dass der Bundestag die Frage nach der Suizidassistenz neu regeln möchte, sind diese ethischen Fragen mehr als nur theoretische Gedankenspiele, sondern müssen den sozialpolitischen Diskurs rund um die rechtliche Neuregelung prägend begleiten.

Eine ethische Begleitung ist dringender denn je, da die Entscheidung des BVerfG den vom Bundestag 2015 beschlossenen Gesetzesentwurf kippte und in diesem Zusammenhang die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben als Ausdruck autonomer Persönlichkeitsentfaltung betonte.¹ In der Urteilsbegründung wurden nicht verschiedene Rechtsgüter abgewogen, sondern in einer simplen Aneinanderreihung von obersten Rechtsprinzipien wie Menschenwürde, Persönlichkeitsrecht und Handlungsfreiheit das Recht auf selbstbestimmtes Sterben gegenüber dem basalen Grundrecht auf Leben überraschend aufgewertet:²

„Die Menschenwürde, die dem Einzelnen ein Leben in Autonomie gewährleistet, steht der Entscheidung des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich zu töten, nicht entgegen. 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.“³

Vorher konnte man davon ausgehen, dass der Wunsch einer Person, sich mit Hilfe anderer Personen das Leben zu nehmen, nur in Ausnahmefällen ein rechtlich toleriertes Übel sei, das in besonderen Momenten nicht sanktioniert werde. Nach dem Urteil ist klar, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben jetzt im Mittelpunkt der Freiheits- und Persönlichkeitsrechte steht. Im Sinne dieses Urteils ist selbstbestimmtes Sterben unter Zuhilfenahme Dritter zu einem Teil der letztgültigen Verwirklichung von Freiheit und Würde geworden.⁴

Der Versuch einer gesetzlichen Neuregelung

Im Mai 2022 kam es bereits zur Generalausprache im Deutschen Bundestag über die Möglichkeiten der Neuregelungen. Im Juni erfolgte dann die erste Lesung, bei der die politische Bedeutung des Gesetzesvorhabens sowie die Ziele der Neuregelung diskutiert wurden. Anschließend wurden drei fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe an die entsprechenden Fachausschüsse zur Beratung übergeben.

Der erste Entwurf sieht als einziger der drei Entwürfe die grundsätzliche Strafbarkeit von assistiertem Suizid vor. Straffrei ist die Handlung nur, wenn die volljährige Person mindestens zwei Mal von einem Facharzt für Psychotherapie untersucht wurde und ein ergebnisoffenes Beratungsgespräch absolviert hat. Der minimale Zeitraum zwischen dem Gespräch und Beihilfe zur Selbsttötung soll zwei Wochen betragen. Information über assistierten Suizid soll durch Ärzte erlaubt sein – Werbung hingegen nicht.⁵ Grundsätzlich soll verhindert werden, dass Selbsttötung zu einem gesellschaftlichen Normalfall wird und zu einer gewöhnlich-medizinischen Dienstleistung.⁶

Ein zweiter Gesetzesentwurf sieht ebenso wie der erste Entwurf eine verpflichtende Beratung vor, soll aber den Zugang zu Betäubungsmitteln – also tödlichen Medikamenten – für Sterbewillige in medizinischer Notlage möglich machen.⁷ Der Entwurf nennt keine Krankheiten, an die er das Recht auf Selbsttötung bindet, sondern spricht von „medizinischen Notlagen“⁸. Diese definiert er als „Lebenssituation von Menschen [...], die aus medizinischen Gründen schweres Leid erdulden und die sich deshalb in ärztlicher Behandlung befinden“⁹. Der dritte Gesetzesentwurf möchte die Beihilfe zur Lebensbeendigung als grundsätzlich straffrei bestimmen, der Sterbewunsch muss aber von Dauerhaftigkeit geprägt und die Wunscherfüllung von einem Beratungsangebot abhängig sein.¹⁰ Die angepeilte Wartezeit zwischen Beratungstermin und Sterbedatum von 10 Tagen ist die kürzeste der drei Entwürfe.¹¹

Zur Definition der Grundbegriffe

Ethik muss sich vom Sachverhalt informieren lassen. Entgegen dem alltäglichen Empfinden stülpt sich die Ethik nicht von außen wie eine Decke über den Gegenstand. In einem Sachverhalt sind meist bereits bewusste und unbewusste Intentionen, also ein Ethos, enthalten. Wissenschaftliche Ethik muss daher interdisziplinär arbeiten, um den Sachverhalt möglichst genau zu verstehen.¹² Es ist daher unumgänglich, bereits die genutzten Begriffe klar zu definieren.

In der Debatte um die Gestaltung des Lebensendes wird dies in hohem Maße deutlich, da eine ganze Reihe von Begriffen mit unterschiedlicher Trennschärfe und zum Teil synonym verwendet werden. Der Begriff der *Sterbehilfe* ist das Paradebeispiel für inhaltliche Ungenauigkeit, da er erstens synonym für verschiedene Formen des natürlichen Sterbens, aber auch für die proaktive Beendigung des Lebens verwendet wird.¹³ Außerdem transportiert das Wort *Hilfe* bereits eine positive Wahrnehmung. Niemand möchte Hilfe verweigern, und Hilfe ist immer ein Ausdruck von Menschlichkeit. Somit transportiert der scheinbar nur beschreibende Name *Sterbehilfe* bereits eine Wertung, die unbewusst eine Wirkung entfaltet. Auch der Versuch, *Sterbehilfe* in *aktive*, *passive* und *indirekte Sterbehilfe* einzuteilen, ist nur begrenzt hilfreich. *Aktive Sterbehilfe* bezeichnet die ärztliche Tötung auf Verlangen. Im Rahmen der *passiven Sterbehilfe* unterlässt der Arzt lebensverlängernde Maßnahmen oder bricht diese ab, womit die passive Sterbehilfe ein aktives Moment beinhalten kann und die Grenze zwischen *aktiver* und *passiver Sterbehilfe* weniger deutlich wird. Die *indirekte Sterbehilfe* zielt im Gegensatz zur *aktiven* und *passiven Sterbehilfe* nicht direkt auf den Tod, sondern verwaltet vielmehr die belastenden Symptome und lindert Schmerzen. Eine *indirekte Sterbehilfe* kann zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen, auch wenn diese nicht intendiert ist. Es geht hierbei also entgegen dem Namen nicht um eine Hilfe zum Sterben, sondern um eine Therapie im Prozess des Sterbens.¹⁴

Aufgrund dieser Ungenauigkeiten rund um den Begriff der *Sterbehilfe* plädierte der Deutsche Ethikrat 2006 stattdessen für die Nutzung der Bezeichnungen *Sterbebegleitung*, *Therapie am Lebensende*, *Sterbenlassen*, *Beihilfe zur Selbsttötung* und *Tötung auf Verlangen*.¹⁵ *Sterbebegleitung* meint Maßnahmen zur körperlichen und seelischen Pflege und Betreuung von todkranken Menschen. *Therapie am Lebensende* umfasst medizinische - sofern indiziert vor allem auch palliativmedizinische - Maßnahmen, die in der letzten Lebensphase Leiden verringern und auch solche, die den natürlichen Sterbeprozess verkürzen, etwa durch eine hochdosierte Schmerzmedikation. Das *Sterbenlassen* steht im Kontext von Situationen, in denen Personen an unheilbaren Krankheiten leiden und sich im späten Krankheitsverlauf befinden. Hier werden nun lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr begonnen oder laufende Maßnahmen abgebrochen. *Sterbebegleitung* und *Sterbenlassen* sind in Deutschland legal. Gleichbedeutend mit *Assistierter Suizid* ist die *Beihilfe zur Selbsttötung*, bei der Ärzte oder andere Personen bei der Vorbereitung oder Durchführung der Selbsttötung einer anderen Person helfen. Die Hilfe kann zum Beispiel darin bestehen, dass ein Arzt das todbringende Mittel verschreibt oder eine Person dieses beschafft. Von *Tötung auf Verlangen* sollte man sprechen, wenn die

lebensbeendenden Medikamente nicht von dem Betroffenen selbst eingenommen oder die Spritze selbst verabreicht wird, sondern andere Personen die tödliche Handlung ausführen.¹⁶

Es fällt negativ auf, dass obwohl eine differenzierte Auseinandersetzung schon lange in der Ethik diskutiert wird und der Deutsche Ethikrat bereits 2006 in aller Klarheit auf die Gefahren der Sprachverwirrung in der Debatte um den assistierten Suizid hingewiesen hat, die aktuell diskutierten drei Gesetzesentwürfe nach wie vor von „Sterbehilfe“¹⁷, „aktiver Sterbehilfe“¹⁸ und oder „Suizidhilfe“¹⁹ sprechen.

Welches Verständnis von Autonomie?

In der deutschen Debatte um assistierten Suizid steht im Zentrum die Frage nach der Autonomie, auch neuerdings mit dem Begriff der „Freiverantwortlichkeit“²⁰ der Person bezeichnet. Dieser Begriff wurde mit dem Urteil des BVerfG vom 26. Februar 2020 in die Rechtsdebatte eingebracht:

„Der Wunsch nach ‚medizinischer Assistenz beim Sterben‘ muss freiverantwortlich gebildet sein und darf nicht auf äußeren Druck zurückgehen. Außerdem muss der Patient umfassend über Alternativen, einschließlich Palliativversorgung, informiert worden sein. Überdies muss er sich in einem schweren und unheilbaren Krankheitszustand befinden, der dauerndes, unerträgliches physisches oder psychisches Leiden verursacht, das nicht unter für den Patienten annehmbaren Voraussetzungen gelindert werden kann. Weiterhin muss sein natürlicher Tod unter Berücksichtigung aller medizinischen Erkenntnisse „vernünftigerweise voraussehbar“ sein, ohne dass jedoch eine exakte Prognose hinsichtlich der verbleibenden Lebensdauer erforderlich wäre.“²¹

Der assistierte Suizid wird in Deutschland somit von höchster rechtlicher Instanz mit einem minimalen Verständnis von Autonomie ausgelegt. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben wird „als Ausdruck personaler Freiheit“²² verstanden und ist explizit frei von inhaltlichen Kriterien wie etwa „schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen“²³. Die drei vorliegenden Gesetzesentwürfe folgen diesem unzureichenden Verständnis von Autonomie. Unvollständig ist das Verständnis deshalb, weil es den

sozialen Kontext von Entscheidungen unterschlägt. Ein Autonomieverständnis, das eben diesen sozialen Kontext berücksichtigt, heißt in der Philosophie „relationale Autonomie“²⁴:

„Mit relationaler Autonomie ist hier gemeint, dass selbstbestimmte Entscheidungen immer in sozialen Beziehungen zu sehen sind. Innerhalb der sozialen Beziehungen können autonome Entscheidungen unterstützt werden, wenn die Person sich etwa anerkannt und getragen fühlt, sie können aber auch etwa durch Einsamkeit oder Erwartungen, die nicht erfüllt werden können, schwer gemacht werden. Gerade bei existenziellen Entscheidungen über das eigene Leben und Sterben ist dies besonders bedeutsam.“²⁵

Dieses Verständnis von Autonomie ist also umfassender als die Vorstellung, dass Personen in existentiellen Entscheidungen im luftleeren Raum entscheiden und nicht Teil von Familien-, Freundschafts- und oder anderen Gemeinschaftsbeziehungen sind. Zwar äußert das BVerfG in seinem Urteil ein solches umfassendes Autonomieverständnis, leitet aber aus ihr keine konsequenten Schlussfolgerungen für das Urteil ab.²⁶

Auch aus psychiatrischer Sicht stellt die rechtliche Setzung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches als unerlässliche Bedingung eine Herausforderung dar. Für die Psychiatrie ergibt sich die völlig neue Frage, was genau Freiverantwortlichkeit in der Entscheidung zum Suizid bedeutet:²⁷

„Da psychopathologische Symptome einschließlich Suizidalität und psychischer Störungen keine über die Zeit beständigen Phänomene sind, stellt sich die Frage, wie man damit in einem psychiatrischen Gutachten verfahren, insbesondere ex-ante, zu einer stabilen Beurteilung kommen kann.“²⁸

Eine weitere Herausforderung aus psychiatrischer Sicht ist die Frage, ob der Wunsch nach einem Suizid bei psychischen Erkrankungen vorkommen kann, ohne Symptom der Krankheit selbst zu sein. Dies klingt paradox, da naheliegt, dass der Wunsch, sein Leben zu beenden, immer ein Symptom einer Krankheit ist. Das Gegenteil ist aber der Fall:

„Im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext wird meist nicht der Suizid, der die Handlung der eigenen Lebensbeendigung beschreibt, fokussiert, sondern die Suizidalität. Dabei wird Suizidalität *nicht als* Krankheit erachtet, sondern als ein Zustand (engl. *state*), in dem sich

eine Person auf einen bestimmten Zeitraum bezogen befinden kann. Mit dem Begriff der Suizidalität wird die Möglichkeit angezeigt, dass eine davon betroffene Person einen Suizid begehen kann. Der Zustand der Suizidalität kann mit einer Krankheit verbunden sein und gilt dann als Symptom.²⁹

Zu unterscheiden sind also Personen, die einen pathologischen Suizidwunsch haben, und Personen, die diesen Wunsch zwar verspüren, der aber nicht Teil einer Krankheit ist.³⁰ Auch hier ist die Ausblendung des sozialen Kontexts und der Beziehungsgemeinschaften im Urteil des BVerfG, die zu einer absoluten Patientenautonomie führt, problematisch.

Die theologische Sicht

Die theologische Ethik fragt über die rein philosophische Ethik hinaus, wie ein Leben vor dem Anspruch der Ewigkeit Gottes gelingend gestaltet werden kann.³¹ Das übersetzt sich ethisch in die Annahme des eigenen Lebens als Gabe und Zumutung aus Gottes Hand.

„Vorausgesetzt werden soll mit der Genese und Geltung des Glaubens an den absoluten Gott die unverbrüchliche und unbezweifelbare Notwendigkeit jedes menschlichen Lebens, unabhängig von Krankheit, Einschränkung oder Schwäche. Dies nennt die Theologie die Annahme des eigenen Lebens: Der Mensch kann sich aus sich selbst heraus nicht verstehen.“³²

Die Erkenntnis, dass Gott mein Leben möchte, führt zu besonderer Empfindsamkeit in der Bearbeitung von ethischen Fragen. Der christliche Glaube fordert Sensibilität für das Leid des Einzelnen und der Ausgegrenzten. Gleichzeitig weiß die theologische Ethik um die Heiligkeit und Einmaligkeit des Lebens und ist somit von einer besonderen Vorsichtigkeit in Bezug auf Handlungen geprägt, die - wie ein Suizid - unwiderrufbar sind. Absolute Menschenwürde wehrt der absoluten Angreifbarkeit menschlichen Lebens und verbietet jede Form absoluter Instrumentalisierung, dies freilich nicht nur im Blick auf fremde Menschen, sondern ganz und gar gerade im Blick auf sich selbst. Einer absoluten Patientenautonomie und einem unbedingten Recht auf Assistenz bei der Selbsttötung ist damit eindeutig die Tür gewiesen. Gott und die unbedingte objektiv gültige und von jeder subjektiven Einschätzung unabhängige Würde des lebendigen Menschen sind in

dieser Sicht zwei Seiten einer Medaille. Dann aber ist auch klar: Ein säkularer, nicht auf christliche Theologie bauender Rechtsstaat und ohne die vorausgesetzten kantianischen Postulate (Gott, Unsterblichkeit der Seele, Freiheit) wird diese Denkfigur in seiner Rechtsprechung nicht nachvollziehen können und um der säkularen Autonomie des Individuums willen auch nicht dürfen. Das Leben als Geschenk und Pflicht kann nur von Gott, nicht vom Staat und seiner Rechtsprechung entgegengenommen werden. Von daher ist die Rechtsprechung des BVerfG vom 26. Februar 2020 zur Zulässigkeit des assistierten Suizids zwar aus christlicher Sicht auf dem Hintergrund der erläuterten Denkfigur von objektiver Menschenwürde zu bedauern, aber in säkularer Sicht konsequent und folgerichtig. So folgerichtig wie die säkulare Strafflosigkeit des Suizids, die konsequent auch eine Strafflosigkeit der Beihilfe zur Folge hat. Man könnte auch zugespitzt formulieren: Der säkulare Staat resigniert angesichts des individuellen Wunsches nach Lebensbeendigung und unterzieht diesen Wunsch keiner weiteren Bewertung. Nicht der Staat hat Recht, sondern das Individuum, und der Staat schützt dieses Recht nur insoweit und so lange, wie das Individuum nicht auf dieses Recht verzichtet. Dies schließt nach heutiger Rechtsauffassung auch ein, als mit Würde begabtes Lebewesen auf die Ausübung dieser Würde im lebendigen Zustand verzichten zu wollen, selbst wenn, wie einer der Begründer der neuzeitlichen Idee der Menschenwürde, Samuel Pufendorf (1632-1694) unterstreicht, die Würde dem Menschen als „Mitgift“, also als nicht erbetenes Geschenk und als Gabe angeboren ist.³³ Die Möglichkeit des selbstbestimmten und freiwilligen Verzichts auf diese Würde zum Leben zu haben, heißt freilich noch nicht, dass Ärzte zu assistiertem Suizid verpflichtet sind, oder dass Eltern für ihre minderjährigen Kinder über eine Lebensbeendigung entscheiden können, oder dass man wirtschaftliche Interessen versucht aus der Ausgestaltung des assistierten Suizids herauszuhalten. Es braucht in der Folge dieser radikal auf die individuelle Autonomie des erwachsenen Individuums bauenden Rechtsprechung sehr konkrete Normen zur objektiven Überprüfbarkeit und eingehenden Beratung des Sterbewunsches eines Menschen. Diesen Wunsch in letzter Sicht zu verunmöglichen, wird jeder explizit säkulare Staat aus richtigen und aus christlicher Sicht bedauerlichen Gründen verweigern und den Spagat zwischen Autonomie und Lebenswille versuchen müssen. Nur so lässt sich rechtsethisch ein letztlich übergriffiger staatlicher Paternalismus vermeiden, der auch im religiösen Gewand nicht sympathischer wird.

Assistenz zum autonomen Suizid?

„Suizid ist eine extreme Möglichkeit der Selbstbehauptung des Menschen, die zugleich eine radikale Selbstverwirklichung realisiert. Theologische Ethik, die vom Evangelium als der Erlaubnis zum Leben her denkt, muß den Suizid nicht prinzipiell zum Verbotenen zählen, da es subjektiv gute und intersubjektiv nachvollziehbare Gründe geben kann.“³⁴

Hier bleibt zuletzt eine doppelte Frage: Soll und darf die Verfassungsordnung mit dem markanten Artikel 1 GG und das Verfassungsrecht³⁵ und ihm nachfolgend das Strafrecht bestimmte Fragen der Autonomie des Individuums (und des Patienten) entziehen oder ist es der treue und bisweilen grausame Notar alles Denkbaren, auch der selbstbestimmten Abschaffung des Menschen? Und wenn es bestimmte Fragen, außer im Fall einer medizinisch indizierten Sterbegleitung und eines irreversibel eingesetzten Sterbeprozesses, der menschlichen Selbstverfügung entzieht: Reicht dafür (und zur weiteren Bewältigung des dann zugemuteten Lebens) eine säkulare Begründung? Braucht es nicht Gott (gegen das Absurde) und die lebendige Vorstellung seines unbedingten Willens zum eigenen Leben, um dauerhaft leben zu wollen? Jedenfalls scheint wichtig zu sein: „Rechtsethisch ist wesentlich, staatlichen Paternalismus zu vermeiden, die Suizidbegleitung schwerkranker Patienten aus der moralischen Grauzone zu holen und die derzeitigen Rechtsunsicherheiten zu überwinden.“³⁶ Dazu gehört insbesondere und in letzter konsequenter Sicht der Schutz der Schwächeren:

„Primär sind diejenigen zu schützen, die in einem (für die Gesellschaft kostenextensiven) Leiden oder beim Sterben unter das soziale Diktat kommen könnten, gefragt zu werden, warum sie noch da seien. Sekundär zu schützen sind die Selbstbestimmungspräventionen – die nun unter dem Begriff der Freiverantwortlichkeit verhandelt werden – derjenigen, die in einer sicher schweren Situation um Lebensverkürzung durch Ärzte flehen.“³⁷

Hier öffnet sich dann das weite und fruchtbare Feld der Palliativmedizin. Die Linderung der Schmerzen, nicht die Herbeiführung des Todes ist das ethische und medizinische Gebot am Ende eines personal-menschlichen Lebens, auch das theologische Gebot.³⁸ Daraus aber folgt konsequent eine Ablehnung der Suizidassistentz, selbst wenn medizinisch eine Begrenzung intensivmedizinischer Mittel im eingesetzten Sterbeprozess indiziert ist.³⁹

Palliativmedizin und Gesundheitsbegleitung

Möglicherweise handelt es sich beim Problem einer Bewertung ärztlichen und medizinischen Handelns angesichts eines Suizidwunsches weniger um ein grundsätzliches ethisches Problem, als vielmehr um ein durch intensivmedizinische Technik verursachtes Problem der Abwägung von medizinisch machbarer und herstellbarer „Überlebenstechnik“ (im Sinne des *bios* bloßen Überlebens) und existentiell wünschbarer Lebensqualität (im Sinne von *zoé* eines sinnerfüllten Lebens) am Ende des menschlichen Lebens.⁴⁰ Dies gilt insbesondere für Deutschland. Die Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahr 2015 hat die Situation zwar verbessert, aber es sind nach wie vor zahlreiche Mängel zu beklagen.⁴¹ Dann ginge es um ein Problem der medizinischen „Übertherapie“, also einer gewissen technischen und nur scheinbar hilfreichen therapeutischen Verbissenheit, auf die vor Jahren schon zu Recht der evangelische Rechtsethiker Wolfgang Huber hinwies:

„Nicht nur die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung, sondern ebenso die Absage an die therapeutische Verbissenheit und an die mit ihr verbundenen wirtschaftlichen Kalkulationen ist ein Gebot der Stunde. Dass das Sterbenlassen verweigert wird, obwohl es an der Zeit ist, spielt für die Situation vieler Sterbenskranker eine weit größere Rolle als die Verweigerung der ärztlichen Assistenz beim Suizid. Angesichts der intensivmedizinischen und therapeutischen Möglichkeiten der Gegenwart tritt in einem Viertel bis zur Hälfte der Todesfälle der Tod erst ein, nachdem potentiell lebensverlängernde Maßnahmen nicht eingeleitet oder nicht fortgesetzt wurden. Je mehr solche Entscheidungen herausgeschoben werden, desto mehr verlängert sich ein Leiden...“⁴²

Man könnte geradezu von „heilloser Gesundheit“ durch Medizintechnik sprechen⁴³ und hätte damit den moralischen Nagel präzise auf den Kopf getroffen: Wie kann ein Mensch sein medizintechnisch möglich gemachtes Überleben nicht nur als erträglich, sondern als wünschenswert empfinden, so dass der Wunsch nach Lebensbeendigung auch nicht nur entfernt als mögliche Option des Handelns aufscheine? Das ist in der Tat die ethische Problemlage in der individualisierten Postmoderne und näherhin das Problem einer zu Recht angemahnten und erwünschten Patientenautonomie in einer technisierten Intensivmedizin. Denn in streng kantianischer Bedeutung⁴⁴ heißt Autonomie ja nicht einfach subjektbezogene Autarkie der beliebigen Entscheidung, sondern die subjektive Möglichkeit eines Individuums, sich selbst (*autos*)

in freier Entscheidung das zuvor als gut und wünschenswert erkannte objektive Gute (in diesem Fall das Lebensrecht) zum Gesetz (*autos*) zu machen (in diesem Fall als Lebenspflicht). „Die Autonomie des Patienten, verstanden als eine Form von Freiheit, Handlungsfähigkeit und hinsichtlich medizinischer Belange das Recht, selbst über den eigenen Körper zu entscheiden, stellt aktuell den zentralen Bezugspunkt des Argumentierens in der Medizinethik dar.“⁴⁵ Dies gilt erst recht für den sich stark entwickelnden Sektor der Palliativmedizin:

„Im Kontrast zu den in der philosophischen Tradition vorkommenden verschiedenen Sichtweisen auf das Prinzip der Autonomie und zu der mittlerweile ausdifferenzierten Debatte in der Medizinethik geht die Palliativmedizin in ihren Idealen von einem eher universal gültigen Autonomieprinzip aus.“⁴⁶

Hier steht insbesondere das Instrument einer individualisierten Patientenverfügung im Mittelpunkt des ethischen Interesses, vermag es doch der Patientenautonomie in juristisch belastbarer Form Geltung zu verschaffen.⁴⁷ Gerade die neueren Entwicklungen im Bereich der Palliativmedizin und die gesetzgeberischen Bemühungen in Deutschland der letzten fünfzehn Jahre zur schärferen Definition unzulässiger, strafbarer Suizidassistentz⁴⁸ unterstreichen die Notwendigkeit einer Neubestimmung im Verhältnis von palliativer Medizin und Patientenautonomie: „Es gibt keine medizinische Indikation der Suizidassistentz.“⁴⁹ Der strikt lebensdienlich verstandenen und personorientierten Medizin sind damit enge ethische Grenzen am Lebensende gesetzt.⁵⁰ Dies gilt auch und gerade im Feld der finalen medizinischen Betreuung von Patienten und insbesondere im Angesicht der Entscheidungen bezüglich der Ernährung und Flüssigkeitsgabe. Auch hier gerät ärztliches Handeln (als personales Handeln in Unterscheidung von medizinischem Handeln) niemals in die Notwendigkeit einer vermeintlichen oder auch nur passivischen Suizidassistentz: „Das Argument, dass Schmerzen und Leid durch das Weglassen von Flüssigkeit und Ernährung verursacht würden, wird nicht durch Studien an Patienten am Lebensende unterstützt.“⁵¹ Der präzise Beginn des Sterbens ist auch nur schwer zu definieren. Der Begriff der infausten Prognose versucht, zwischen der terminalen Phase des Sterbens und einer vorausgehenden Vorbereitung dieses Sterbeprozesses zu vermitteln. Ein genauer Verlauf ist oft nicht genau vorhersehbar. Nur eine möglichst präzise Kasuistik, verbunden mit einer Präzisierung der Begriffe – wie oben beschrieben –, vermag hier Abhilfe und weitergehende ethische Klärung zu schaffen.

„Die Nähe rechtlicher und ethischer Analyse der Palliativmedizin wird besonders deutlich in der Frage, ob und

wenn ja, wo die Grenzziehung zwischen der Aufgabe der Palliativmedizin und den verschiedenen Formen von *Sterbebegleitung*, *Therapie am Lebensende*, *Sterbenlassen* und *Beihilfe zur Selbsttötung* zu sehen, und wie eine entsprechende Grenzziehung zu begründen ist.“⁵²

Theologischer Ausblick

Der säkulare soziale Rechtsstaat versichert das ethische Minimum an Solidarität und das Maximum an individueller Autonomie. Der christliche Glaube versichert darüber hinaus ein Maximum, nämlich jeden Menschen seines von Gott unbedingt gewünschten Lebens. Beides muss in einem ethisch hochmotivierten Sozialstaat in Einklang gebracht werden. Dies kann nur geschehen durch christliche Angebote menschenwürdiger Pflege und Begleitung auch und gerade in Zeiten finaler Krankheit. Denn das ist die Kernbotschaft des Christentums: Gott wünscht jede menschliche Person, unabhängig von Leistung und Gesundheit. Dies einsichtig für ein erträgliches menschliches Leben zu machen, ist genau die unvertretbare Aufgabe des Christentums und der Kirchen im sozialen Rechtsstaat.

Anmerkungen

- 1 „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig“, <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.
- 2 Vgl. Jochen Sautermeister, *Vulnerable Freiheit. Zur Debatte um assistierten Suizid*, in: *Stimmen der Zeit* 147(2022), 919-929, hier: 928.
- 3 BVerfG 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, Rn. 211.
- 4 Vgl. Eberhard Schockenhoff, *Zwischen Autonomie und Lebensschutz. Zum Suizidassistenten-Urteil des BVerfG vom 26. Februar 2020*, <https://www.kas.de/de/analysen-und-argumente/detail/-/content/zwischen-autonomie-und-lebensschutz>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.
- 5 Vgl. „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ (Castellucci-Entwurf), <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.

- 6 Vgl. „Bundestag berät Initiativen zur Reform der Sterbehilfe in erster Lesung“, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-suizid-hilfe-897826>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.
- 7 Vgl. „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze“ (Künast-Entwurf), <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.
- 8 Ebd. 4.
- 9 Ebd. 13.
- 10 Vgl. „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe“ (Helling-Plahr-Entwurf), <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>, zuletzt geöffnet: 20.12.2022.
- 11 Vgl. ebd. 10.
- 12 Vgl. Alfons Auer, *Autonome Moral und christlicher Glauben*, Darmstadt 2016, 32f.
- 13 Das deutsche Wort Sterbehilfe ist an die Stelle des im Ausland gängigen Wortes „Euthanasie“ getreten, das in Deutschland historisch eng mit der Ermordung von kranken und behinderten Menschen in der NS-Diktatur verbunden ist und daher entsprechend vermieden wird (vgl. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006, 49).
- 14 Vgl. Ebd. 50f. und vgl. Ezekiel J. Emanuel, Bregie D. Onwuteaka-Philipsen, John W. Urwin u.a., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*, JAMA 2016, 79-90.
- 15 Vgl. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung*, 49f.
- 16 Vgl. ebd. 53f.
- 17 z. B. Künast-Entwurf 10.
- 18 Castellucci-Entwurf 9.
- 19 Helling-Plahr-Entwurf 1, 6.
- 20 Monika Bobbert (Hg), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*, Baden-Baden 2022.
- 21 BVerfG 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15, BVerfGE 153, Rn. 31.
- 22 Ebd. Rn. 210.
- 23 Ebd.
- 24 Vgl. Sigrid Graumann, *Relationale Autonomie – ein Kommentar zur Diskussion über die Neuregelung des assistierten Suizids*, in: Monika Bobbert (Hg), *Freiverantwortlichkeit, Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*, Baden-Baden 2022, 181-198.
- 25 Ebd., 184.
- 26 Monika Bobbert, *Ein freier, informierter und dauerhafter Wille zum assistierten Suizid? Psychologische und ethische Fragen*, in: Dies. (Hg), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung*, Baden-Baden 2022, 223-373, hier 365.
- 27 Barbara Schneider, *Psychiatrische Diagnosen und die Frage der Freiverantwortlichkeit bei psychischen Störungen*, in: Monika Bobbert (Hg.), *Assistierter*

- 28 Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und
rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung, Baden-Baden 2022, 35-52, hier: 47.
Ebd. 49f.
- 29 Klaus Schonauer, Forschungsdesiderate zur Frage der Freiverantwortlich-
keit aus psychiatrischer Sicht, Psychiatrische Diagnosen und die Frage der
Freiverantwortlichkeit bei psychischen Störungen, in: Monika Bobbert (Hg.),
Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnis-
se, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung, Baden-Baden
2022, 67-78, hier: 70.
- 30 Ebd. 73f.
- 31 vgl. Auer, Autonome Moral, 63f.
- 32 Romano Guardini, Die Annahme seiner selbst, Mainz 1993, 26.
- 33 Stephan Kirste, Rechtsphilosophie. Eine Einführung, Baden-Baden 2020, 172.
- 34 Knut Berner, Der halbierte Tod, in: Zeitschrift für evangelische Ethik
54(2010)205-218, hier 210.
- 35 Vgl. Christoph Enders, Die Menschenwürde in der Verfassungsordnung,
Tübingen 1997.
- 36 Hartmut Kreß, Suizid und Suizidbeihilfe unter dem Aspekt des Grundrechts
auf Selbstbestimmung, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 59(2015)114-
122, hier 121.
- 37 Peter Dabrock, Selbstbestimmungsalternativen zwischen ethischer Bewertung
und rechtlicher Normierung, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 59(2015)
123-132, hier 129.
- 38 Vgl. Reiner Marquard, „Wir, sind wir von einem gewissen Grade unsinniger
Schmerzen an noch wir?“ Schmerz, Leiden und Sinndeutung als theologische
Aufgabe der Palliativmedizin, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 57(2011)17-25.
- 39 Vgl. Matthias Bender, Behandlung nach Maß? Die Verhältnismäßigkeit
des Einsatzes medizinischer Mittel am Lebensende, in: Theologie der Gegen-
wart 59(2016)35-46.
- 40 Vgl. Martin G.Weiß (Hg.), Bios und Zoé. Die menschliche Natur im Zeitalter
ihrer technischen Reproduzierbarkeit, Frankfurt/M. 2009.
- 41 Vgl. Röhrle, Bernd, Der assistierte Suizid in der aktuellen Debatte: relevante
Erkenntnisse und offene Fragen aus der Psychologie, in: Monika Bobbert
(Hg.), Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche
Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung,
Baden-Baden 2022, 93-140, hier: 125.
- 42 Wolfgang Huber, Assistierter Suizid als Thema öffentlicher Ethik, in: Zeit-
schrift für evangelische Ethik 59(2015)83-88, hier 87.
- 43 Vgl. Dominik Baltes, Heillos gesund? Gesundheit und Krankheit im Diskurs
von Humanwissenschaften, Philosophie und Theologie (= Studien zur theo-
logischen Ethik 137), Fribourg 2013; Florian Steger (Hg.), Medizin und Tech-
nik. Risiken und Folgen technologischen Fortschritts, Münster 2013.
- 44 Vgl. Immanuel Kant, Kritik der praktischen Vernunft § 8: „Die Autonomie
des Willens ist das alleinige Princip aller moralischen Gesetze und der ihnen
gemäßen Pflichten: alle Heteronomie der Willkür gründet dagegen nicht
allein gar keine Verbindlichkeit, sondern ist vielmehr dem Princip derselben

- und der Sittlichkeit des Willens entgegen.“; Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 2. Abschnitt: „Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Willens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen, als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Willen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien.“
- 45 Lena Woydack, Die Realisierbarkeit des Autonomieprinzips. Überlegungen zwischen den Forderungen der Öffentlichkeit und den Reflexionen der medizinischen Praxis, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 59(2015)179-190, hier 181.
- 46 Ebd. 188.
- 47 Vgl. Giovanni Maio, Eine neue Kultur des Sterbens. Patientenverfügung und aktive Sterbehilfe (= Kirche und Gesellschaft Nr. 373), Köln 2010.
- 48 Vgl. Stephan Sahm, Palliative care versus euthanasia. The German position: The German General Medical Council's principles for medical care of the terminally ill, in: Journal of Medicine and Philosophy 25(2000)195-219.
- 49 Vgl. Stephan Sahm, Keine Kriminalisierung der Palliativmedizin – Ein Nachtrag zur Entscheidung des Bundestages, geschäftsmäßige Suizidassistenten zu verbieten, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 62(2016)219-233, hier 232.
- 50 Vgl. Marcus Knaup, Gut sterben? Anmerkungen zur Frage der ärztlichen Suizidbeihilfe, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 61(2015)314-325; Stephan Sahm, Ärztliches Handeln am Lebensende. Der Streit um den ärztlich assistierten Suizid, in: Paul Chummar Chittilapilly (Hg.), Horizonte gegenwärtiger Ethik, Freiburg/Br. 2016, 629-641.
- 51 Stefan Lorenzl, Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende. Entscheidungsfindung und medizinisch-ethische Problembereiche, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 56(2010)121-130, hier 123. Daneben auch Eberhard Schockenhoff, Bestandteil der Basispflege oder eigenständige Maßnahme? Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydrierung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 56(2010)131-142.
- 52 Jan P. Beckmann, Ethische Herausforderungen der modernen Medizin, Freiburg/Br. 2009, 405.

Die Verfasser

Msgr. Dr. Peter Schallenberg ist Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät Paderborn und Direktor der KSZ.

Richard Ottinger wurde in Osnabrück promoviert und ist Referent der Konrad-Adenauer-Stiftung für Internationalen Religionsdialog.