

Inhaltsverzeichnis

Artikel

Barbara Staudigl	Prof. Dr. phil., Leiterin des Zertifikatskurses „Katholische Reformpädagogik“ an der Universität Eichstätt, Realschuldirektorin	
	The teacher matters!	
	<i>Von Emmanuel Lévinas für die Lehrer-Schüler-Beziehung lernen</i>	337
Franco Rest	Prof. Dr. päd., Professor für Sozialphilosophie/Sozialethik und Erziehungswissenschaft/Pflegewissenschaft, Fachhochschule Dortmund	
	Christlich sterben – Hospizlich begleiten	348
Axel W. Bauer	Prof. Dr. med., Professor für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Med. Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg	
	Der assistierte Suizid als das Ende der Selbstbestimmung	
	<i>Über die beklemmende Annäherung an Aldous Huxleys „Schöne neue Welt“</i>	358

Information & Service

Aus dem Verband

- Die künstlerische Interpretation der Heilpflanzen der Hildegard von Bingen durch die Künstlerin Udalrike Hamelmann – *Ein Vortrag für den Zweigverein Paderborn (Dr. Magdalene Marx)* 371
- Lernen auf der Couch – Vom etwas anderen Lernen in Kanada – *Ein Hildesheimer Austauschschüler berichtete im Zweigverein Hildesheim (Annelore Wiegel)* 372
- Ein Besuch der Fazenda da Esperança in Mörmter – *Ein Ausflug des Zweigvereins Mönchengladbach (Marlies Schmitz)* 374

Schul- und Berufspolitik

- „Der Mensch lernt in seiner Kindheit“ – warum gute Bedingungen für Familien so wichtig sind (Christa Meves) 377

Buchbesprechung 379

Informationen aus dem CGB 381

Veranstaltungen Diözesen / Landesverbände 382

Veranstaltungen Zweigvereine 383

Veranstaltungskalender / Anschriften & Konten / Impressum 384

Christlich sterben – Hospizlich begleiten

Franco Rest

Christlich sterben – Hospizlich begleiten

Die moderne Hospiz-Idee hat eine Geschichte von über 100 Jahren. Angesichts von Hochindustrialisierung und Massenverelendung hatte man den Tod zu einem Drohmittel werden lassen. Aus den Urschriften des Marxismus stammt der Satz: „Die Todesdrohung dient dazu, den Proletarier zur Sklavenarbeit anzuhalten.“ Die Menschen in der Industriegesellschaft schienen bereit, grausamste Arbeiten auf sich zu nehmen – an Fließbändern, Hochöfen, in Bergwerken. Man bedrohte sie mit dem Tod: Wenn du diese Drecksarbeit nicht übernehmen willst, gehen du und deine Familie eben „kaputt“. Die Menschen durften den Tod nicht mehr als Teil des Lebens, als Freund, als zum Leben dazu gehörend verstehen, sondern sollten dem Tod ausweichen, selbst durch Sklavenarbeit. Nur wer Angst vor dem Tod hat, kann auch ausgebeutet werden.

Aber ein solches Gedankengut reichte nicht aus zur Entwicklung einer hospizlichen Sterbekultur. Im Jahre 1900 zogen fünf irische Frauen in ein Reihenhaus im East End des Stadtbezirks von Hackney in London. Aus seinem Hinterhof in der King Edward Road ging das St.-Joseph-Hospice hervor. Hier begannen die Forschungen zur Schmerzbegrenzung im Endstadium einer Krankheit, nun sollte gewährleistet werden, „dass die Menschen wirklich leben, bis sie sterben“.



Von diesen irischen Schwestern wissen nur wenige zu berichten. Die Pflegenden, einschließlich der „pflegenden Angehörigen“, sind ja die wahren Begleiter sterbender Menschen; Ärzte, Sozialarbeiter, Therapeuten und Seelsorger sollten sich in religiös intentionierte Pflege involvieren lassen, um wirklich „Sterbebegleiter“ in unserem heutigen Verständnis zu werden. Immer noch ist das Verhältnis von Pflege und Medizin unstimmtig, das Soziale wird medizinisiert und die religiöse Dimension wird dem Anspruch des medizinisch-pflegerischen Managements geopfert.

Das Nebeneinander der traditionellen Pflegeeinrichtungen, der Hospizbewegung und der Palliativmedizin mit ihren ärztlich dominierten Stationen hat sich weitgehend von der ursprünglich religiös-christlichen Klammer verabschiedet.

Die Dame *Dr. Cicely Saunders*, Ärztin, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, Anglikanerin, hatte alles wichtige bei den katholischen *Sisters of Charity* gelernt, als sie 1967 St. Christophers gründete. Auf dieser Grundlage, also erst 67 Jahre nach dem ersten Hospizimpuls, entstand so etwas wie „Palliativmedizin“. *Ronald Knox* sagte, die Ankunft der irischen *Sisters of Charity* sei wohl der größte Beitrag der katholischen Kirche zum Leben der Menschen auf der britischen Insel seit der Reformation gewesen.

Die Hospizidee suchte nach einer neuen Antwort auf die Menschheitsrätsel: Wer bin ich? Was war mit mir, bevor ich wurde? Wie werde ich sterben? Was wird aus mir, wenn ich nicht mehr bin?

Würden wir diese Fragen den „theologischen Profis“ überlassen, müssten wir wohl unser Geleit bei Sterbenden abbrechen, sobald spirituelle oder religiöse Dimensionen tangiert sind. Aber es gibt überhaupt kein Sterbegeleit ohne die geistliche Dimension besonders der Alltagsmenschen.

**Von der Schwierigkeit,
über das Unsagbare zu reden**

In Gesprächen über Sterben und Tod aus der Sicht des Glaubens bzw. mit religiösen Worten erlebt man, wie sehr sich das Geheimnis dem sprachlichen Zugriff entzieht. Da sich das Sterben und der Tod jenseits dieses Le-

bens oder doch wenigstens auf dessen Schwelle vollziehen, sind Worte nur Versuche, das Unsagbare in die Sagbarkeit zu ziehen, das Unverfügbare verfügbar zu machen.

Wir stehen der religiösen Aussage gegenüber wie jener Hund, der sich verlaufen hatte und nicht zu seinem Herrn zurückfand. Im Tierheim war sein Leben voller Traurigkeit, sodass er zunächst seine Nahrung verweigerte, dann aber doch sich dem Verfügbaren hingab: dem Futter, den anderen Tieren, den neuen Gerüchen. Als eines Tages sein Herr vor dem Zwinger stand und ihn bei seinem Namen rief, erinnerte er sich seiner Traurigkeit im Spiegelbild seiner Freude; er wedelte mit dem Schwanz, sprang unruhig auf und nieder und jaulte in Tönen, die er bei sich

selbst nie für möglich gehalten hatte. Trotzdem hat dieser Hund nie begriffen, was seine Hundemarke, was die Karteikarten im Finanzamt, was die Telefonate des Tierheims und die Anzeige seines Herrn in der Tageszeitung für ihn getan hatten. So versuchen auch wir uns mit Hilfskonstruktionen bei der Annäherung an die göttliche Welt, von der wir vielleicht eine Wirkung spüren, die wir aber nicht begreifen können.

Was hilft uns da z.B. die Vorstellung, der Tod bringe uns Aufklärung über das dem menschlichen Geist Unverständliche, Gott sei das Zusammenfallen aller Gegensätze, ohne dass die Gegensätze dadurch aufgehoben würden, und er sei zugleich ein ganz persönlicher?

Was hilft uns die Aussage vom Weiterleben der Seele, von der Auferstehung und zugleich Verwandlung des Leibes, von der Wiedergeburt? Wie das Schwanzwedeln des Hundes sind das alles nur Krücken für un-

ser Verstehen; sie helfen uns bei einer vorläufigen Sinnfindung, aber sie bergen auch eine Gefahr in sich wie den Glauben an mehrere Erdenleben, an die Auferstehung der Leichen, an die Verwandlung des Menschen und auch die Gefahr, den Auftrag zur Bewältigung und Gestaltung dieser Welt einschließlich des Sterbenmüssens zu vergessen. Weil sie verstehen wollen, können viele Menschen nicht mehr lieben. Ein Hund, der die Welt der Menschen verstehen wollte, müsste entweder verzweifeln oder leugnen; so entstehen „neurotische Hunde“ oder die streunenden Hunde, die keinen Herrn mehr anerkennen wollen und wegen ihrer Bissigkeit erschossen werden müssen. Und wie verhalten sich die Menschen, die den Himmel verstehen wollen, ohne für das Himmelreich zu handeln?

Da sich das Sterben und der Tod jenseits dieses Lebens oder doch wenigstens auf dessen Schwelle vollziehen, sind Worte nur Versuche, das Unsagbare in die Sagbarkeit zu ziehen, das Unverfügbare verfügbar zu machen.

Zur Theologie des Sterbens

Noch bis vor wenigen Jahren begann alles theologische Reden vom Sterben und Tod mit der Gerichtsbotschaft. Das hieß: auf den Tod folgt oder mit dem Tod geschieht Gericht. Kirche begab sich mehr mit einer Drohung als mit einer Heilsansage auf den Lippen an das Krankenbett; die Angst sollte die Sterbenden für die kirchlichen „Tröstungen“ öffnen, aber sie verschloss sie vielfach für die Liebe des liebenden Gottes, der sich dann gegen diese Angst Zugang verschaffen musste, weil Macht über Menschen zum Motor des Handelns geworden war. Was ist das für ein Gott, der dem Menschen rächend gegenübertritt? Nicht Gott hat den Menschen mit dem Tod bestraft, sondern der Mensch sich selbst; und immer wieder stiftet der Mensch sich selbst den Tod durch seine Abkehr von Gott und seine Abkehr vom Menschen. Die Vereinsamung, die wir vielen Menschen zumuten, die Isolation in Ghettos des Sterbens, die Ungerechtigkeit und Lieblosigkeit, die Zerstörung von Beziehungen, Spontaneität, Phantasie. Man hat Bücher gefüllt mit der Schilderung von Handlungen, bei denen sich Menschen gegenseitig mit Tod bestrafen und damit Rache üben für die eigene Unzulänglichkeit, Feigheit und Demutslosigkeit.

Des Menschen Hoffnung geht aber dahin, es möge sich immer alles irgendwie und wenigstens am Ende zum Guten wenden. Diese Hoffnung wird durch den Tod scheinbar

enttäuscht. Es sei denn, wir entdecken im Sterben einen Sinn, der mit einem liebenden Gott zu vereinbaren wäre. Im Sterben wirken keine bösen Mächte und keine eigene oder fremde Schuld. Das Sterben

Das Sterben ist nicht „der Sünde Sold“. Sterben ist nur ein anderer Ausdruck des Lebens. Denn menschliches Leben zeichnet sich dadurch gegenüber dem tierischen und pflanzlichen aus, dass es stirbt und nicht verendet oder krepirt. Versöhnung mit der Sterblichkeit besteht in der Akzeptanz der Notwendigkeit und „Natürlichkeit“ des Todes.

ist nicht „der Sünde Sold“. Sterben ist nur ein anderer Ausdruck des Lebens. Denn menschliches Leben zeichnet sich dadurch gegenüber dem tierischen und pflanzlichen aus, dass es stirbt und nicht verendet oder krepirt. Versöhnung mit der Sterblich-

keit besteht in der Akzeptanz der Notwendigkeit und „Natürlichkeit“ des Todes.

Doch die individuelle Tragik ist mit der Lehre von der „Natürlichkeit des Todes“ noch nicht aufgehoben. Die Religionen bieten darauf viele sogenannte Antworten. Die christliche Antwort aber ist einzigartig unter allen monotheistischen, polytheistischen und auch humanistischen Religionen: Gott wird Mensch; Gott begibt sich in die menschlichsten Zusammenhänge, nämlich ins Sterben und in den Tod; dadurch rettet Gott alle Menschen vom ewigen Tod, also auch und gerade die Sünder und Verbrecher; niemand kann so furchtbar sündigen, dass Gottes Liebe nicht größer wäre als des Menschen Sündigenkönnen; und Gott begleitet die Sterbenden, wenn alle anderen Begleiter nicht mehr mitgehen, weil sie weiterleben. „Heute noch werde Ich mit Dir, wirst Du mit mir im Paradiese sein“; der Mensch wird nicht erst nach dem Tode oder am Ende der Tage gerecht oder ungerecht gesprochen, sondern er ist im Tode bereits erlöst. Das ist eine Frohbotschaft und also das Ende aller

Drohbotschaften und aller disziplinierenden Religion. Wer das versteht, und alle Hospizlerinnen und Hospizler sollten es realisieren, sollte Freude auf seinem Antlitz und Gesänge in seinem Herzen tragen, wenn er sich Sterbenden zuwendet.

Die christliche Theologie des Sterbens unterscheidet sich von allen anderen Theologien durch die Botschaft vom menschgewordenen Gott, von seinem Sterben und Tod, von seiner Erlösungstat, also der Gerechtersprechung des Sünders und durch die Botschaft von einem Gott, der sich dem Schwächsten der Schwachen, den „Geringsten der Brüder und Schwestern“ gleich gemacht hat.

Gott ist nicht *irgend ein Mensch* geworden, sondern „*das Mensch*“, Mensch in umfassendem Sinne, neuer Adam: er wurde Jude, Moslem, Christ, wurde Gutmensch, Verbrecher, Nutte, wurde Sportskanone, Alzheimer, Appalliker, wurde Arzt, Ehrenamtler und Charakterschwein. Gott selbst erscheint uns als leidend, werdend und sich sorgend, als einer, der sich seiner Allmacht entäußert, sich ins Risiko des Scheiterns und in den Tod begibt, und auch das Sterben des Menschen zu einem Beitrag zur Vollendung Gottes macht; sein Gutsein ist nach dieser Theologie vereinbar mit der Existenz des Übels. Dieser Gott ist nicht allmächtig. Dieser Gott trägt nicht mehr die Hauptverantwortung für die Menschen, sondern die Menschen tragen nun Verantwortung für ihn; er hat sich in die werdende und vergehende Welt begeben, und nun sollen wir ihm geben, was wir geben können. Unser Sterben wird nach dieser Theologie zu einem Akt der Hingabe an Gott, der uns schuf, und dadurch seiner Macht entsagte. Gott leidet und stirbt in und mit uns.

Es geht also um die gemeinsame Freiheitsgeschichte Gottes und der Menschen, die auf Endgültigkeit und Vervollkommnung

angelegt ist und also Macht und Ohnmacht gleichwertig enthält. Im Tod kommt die freie Lebensgeschichte des Menschen zum Ende, und Gottes Entäußerungs-Geschichte wird erfüllt. Im Sterben entfliehen wir nicht ins Nichts, sondern münden in Bleibendheit. Alle anderen Lösungen des Problems wie die Lehre vom Karma, von der Seelenwanderung, vom Fortlebenwollen in den Kindern usw. entfliehen dieser Verantwortung vor Gott und den Menschen.

Diese christliche Sterbens- und Todes-Theologie ist also mehr als die Lehre von der „Humanität“ gegenüber Sterbenden, mehr als „Nächstenliebe“, mehr als professionell-hospizliches Handeln, mehr als esoterische oder sonstige sogenannte „Spiritualität“. Das alles gäbe es auch bei Muslimen, Juden, Buddhisten, fachlich und professionell Kompetenten aller Art. Das Profil des Christlichen ist zwar auch dies alles – und zugleich eben noch erheblich mehr!

Zur Theologie des Helfens

Für unsere daraus resultierende Theologie der Hilfe wird das Verhältnis Jesu zu Sterben und Tod in vierfacher Hinsicht hilfreich:

- (1) Durch seinen Tod ist die ganze Menschheit gerecht gesprochen, gerettet und erlöst.
- (2) Er ist selbst durch das Sterben hindurchgegangen.
- (3) Er hat Menschen aus dem irdischen Sterben hinaus geleitet: Lazarus, die Tochter des Jairus u.a.
- (4) Er hat sündige Menschen parallel zu seinem eigenen Sterben ins Sterben hinein begleitet; denn einmal hat Jesus selbst Sterbebegleitung vollzogen: den Schächer am Kreuz, dem er sagte „Heute noch wirst du mit mir ...“.

Wirkliche Hilfe für Sterbende kann nur entweder aus vollem Leben mit und in der Liebe, oder parallel zu eigenem Sterben, oder aus dem Sterben in das erneuerte Leben hinaus erfolgen. Keiner der menschlichen Sterbebegleiter stirbt mit; dies tut allein dieser Christus Jesus.

Deshalb gibt es zwei Dimensionen des hospizlichen Hilfeverständnisses im Sterben: **Herausgeleiten** aus dem Zwang der Verhältnisse, aus Zeit, Raum, Gesellschaft, Natur, Geschichte etc. und **Aufmerksam-Machen** auf die Angebote Gottes, die glaubend und hoffend angenommen werden wollen. Solange der Mensch lebt, müssen wir der Verhältnisslosigkeit entgegentreten, neue Verhältnisse schaffen, alte Verhältnisse wiederbeleben. Das Ende der irdischen Verhältnisse mündet aber nicht in ein Vakuum, wo nichts mehr ist, sondern dort leuchtet Gottes Angebot auf, mit welchem er den Tod besiegt und verspottete.

Die Aufgabe des Christen in der Sterbebegleitung ist also einerseits sicher Mitwirkung am **Kampf** gegen das Ausgeliefertsein an die Verhältnisse, an Medikamente, Ärzte, Strukturen, Zeiteinteilungen usw., aber auch Kampf gegen den Verlust dieser Verhältnisse, gegen Unfreiwilligkeiten, Unnatürlichkeit, Unwürdigkeit und Lieblosigkeit. Wir gestalten als Sterbende und als Begleiter unseren Tod zusammen mit diesem Gott. Im biblischen Sinne stirbt aber am angenehmsten, wer „lebenssatt“ stirbt wie Abraham (1 Mos 25, 8). Die Für- und Vorsorge für eine bessere, lebenswertere Welt, in der **lebenssatt** zu sterben sich lohnt, ist die zweite Aufgabe. Denn lebenssatt kann ja nur sterben, wer auch hat leben dürfen; erfülltes Leben

verdient einen lebenssatten Tod. Das führt zu einer **politischen Theologie der Hilfe**.

Der religiöse Sinn der Auferstehung erschließt uns zweierlei: das Bemühen des Menschen, sein Sterben, seinen Tod und das Sterben seiner Mitmenschen durch Leid hindurch einem Sinn zuzuführen in der Hoffnung auf die Stimmigkeit der Liebe und Gerechtigkeit Gottes. Dies verlangt nun eine „erotische“ **Theologie**. Denn die nicht enden wollende Liebe Gottes lässt sich in ihrer ganzen Zärtlichkeit nicht erschüttern durch die Unzulänglichkeit des menschlichen Lieben-Könnens. Gott verhält sich auch dann noch zum Menschen zärtlich, wenn die menschlichen Verhältnisse den Sterbenden endgültig haben allein lassen müssen.

Das Ende der irdischen Verhältnisse mündet aber nicht in ein Vakuum, wo nichts mehr ist, sondern dort leuchtet Gottes Angebot auf, mit welchem er den Tod besiegt und verspottete.

Eine Theologie der hospizlichen Hilfe setzt also bei dem helfenden Gott ein, dessen eroti-

scher Sinn den Beistand aus Wahrhaftigkeit, Sättigung in Freuden, wonnevolle Begleitung und mildem Leiten sich bilden lässt. Im Psalm 16 heißt es: „Du gibst mein Leben der Unterwelt nicht preis, lässtest nicht zu, dass dein Frommer die Gruft erschaut; du lehrest mich die Pfade des Lebens: Sättigung mit Freuden vor dir, Wonne und Milde zu deiner Rechten immerdar.“ Hiermit sind die Psalmen als kostbare Begleittexte für den Beistand angesprochen. Auch Paulus spricht diese erotische Theologie aus, indem er sagt: „Wir wissen ja, dass die gesamte Schöpfung bis zur Stunde seufzt und in Wehen liegt. Und nicht nur das, auch wir, die wir die Erstlingsgabe des Geistes besitzen, auch wir seufzen in uns selbst in der Erwartung der Kindschafts-Annahme und der Erlösung unseres Leibes. Denn auf Hoffnung sind wir gerettet“ (Röm 8, 22 – 24).

Wer sich geliebt weiß von Gott, muss nicht nach Liebe lechzen, sondern kann selbst Liebe geben.

Zum spirituellen Geleit

Das Geleit eines Sterbenden kann wegen der Rechtfertigung des Sünders „getröstet“ auf die Bilder vom Gericht und Schuld-spruch verzichten. Christlicher Glaube weiß um die Gewissheit des Heils, um Gottes Vergebungsbereitschaft. Also gilt es den Sterbenden in seinem Leid aufzurichten und hoffenden Trost zu spenden. Der Sterbende wird eingeladen, sein reduziertes Leben im Angesicht des Endes als biblisch überliefert zu erleben: „Du wirst getragen“, „du bist so geschaffen“, „du bist niemals allein“, „du hast eine Zukunft“. Auf der Grundlage solchen Erlebens gelingt es dem Sterbenden, sein Leben einzuordnen, das bevorstehende Sterben zu verstehen, geschenkwiese zu leben = „Ich muss nichts mehr leisten“; die noch geschenkte Zeit intensiv zu leben = „Ich kann es mir leisten, so zu sein, wie ich bin“; das Angewiesensein auf die Hilfe anzuerkennen und auf die Stunde des Todes hin zu reifen = „Gott lässt mir Zeit“.

Die Zielrichtung unseres Geleits ist dreifach: „in die soziale Gemeinschaft hinein“, „aus dieser Gemeinschaft hinaus“ und „zur Gemeinschaft mit dem lebendigen Gott“; das macht viel schöpferische Phantasie nötig. Teilnahme an Festlichkeiten sind z.B. ein Beitrag zur Integration; das Aufhängen meditativer Bilder hilft dem Hinausgehen oder der Sinnsuche; Wegzehrung oder Krankensalbung sind Angebote des Heils. Die Verrichtung solcher spiritueller Hilfen ist keineswegs nur Aufgabe der Seelsorger, sondern kann gerade von der begleitenden Person, der Pflegekraft, den Angehörigen, auch Kindern oder vom „Freund“ erwartet werden. Jeder Mensch kann stellvertretend „vergeben“; kann den Sinn biblischer Texte

erschließen; kann singen, beten, sich erinnern, lachen, salben und weinen. Allerdings sind wir moralisch verpflichtet, den Sterbenden an jenem spirituellen Standort abzuholen, den er für sein Leben und Sterben gewählt hat. Das ewige Leben des Einzelnen bedeutet nur eine Teilhabe an dieser Universalität der göttlichen Liebe. Wer mehr anbietet als Gemeinschaft mit Gott, betreibt einen religiösen „Schlussverkauf“.

Vom Menschenbild der Theologie des Todes

„Wir erwarten die Auferstehung der Toten und das Leben der zukünftigen Zeit“; so lautet der letzte Satz des konstantinopolitanischen Glaubensbekenntnisses. Die Evangelien des christlichen Testaments sind reich an Berichten über sogenannte Erweckungen vom Tode. Zum Beispiel: Jairus kommt zu Jesus und sagt: „Meine Tochter ist soeben gestorben; doch komm, leg ihr deine Hand auf, und sie wird leben“ (Mt 9,18). Der Tod findet also nicht in einem einzigen Augenblick, sondern in einem Prozess statt. Der Vater des Mädchens unterscheidet offensichtlich zwischen „gestorben“ und „nicht-leben“. Aus dem Gestorben-Sein kann es noch eine Erweckung geben; aus dem „Nicht-Leben“ aber gibt es nur den Weg der Auferstehung.

Eine der umfassendsten Schilderungen aus dem Übergang zwischen Tod und Nicht-Leben ist der Bericht über die „Erweckung des Lazarus“ (Joh 11,1 – 52). Lazarus war tödlich erkrankt. Die „Diagnose“ Jesu aber lautete: „Diese Krankheit ist nicht zum Tode, sondern zur Verherrlichung Gottes“. Was geschieht in einer Krankheit, die zur Verherrlichung Gottes wirkt, selbst wenn sie tödlich endet? Für unsere Überlegungen bedeutsam ist das Rätselgespräch zwischen Martha und Jesus: „Dein Bruder wird auferstehen. Martha entgegnete ihm: *Ich weiß, er*

wird auferstehen bei der Auferstehung am jüngsten Tag. Jesus sprach zu ihr: Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, wird nicht sterben in Ewigkeit. Glaubst du das? Sie sagte zu ihm: Ja, Herr, ich habe Glauben; du bist der Messias, der Sohn Gottes, der in die Welt kommen soll.“ Und etwas später, nachdem er den Lazarus erweckt hat, sagt er nur, scheinbar bezogen auf die Totenbänder und das Schweißstuch: „Macht ihn frei und lasst ihn gehn!“

Diese „Auferweckungs-“, nicht „Auferstehungsgeschichte“ berichtet von einem Todeszustand, der zwischen dem leiblichen Tod und der eigentlichen Auferstehung zeitlich zu liegen scheint. In diese Erweckung fließen mysterienhafte Kräfte. Da ist das „Erwachen“ wie aus einem Schlaf, einem Zustand des Unbewussten in das Licht des Bewussten. Da ist das „Erweckt-Werden“, ein Vorgang des Zurückrufens eines Verstorbenen in den nunmehr geheilten Leib zur Fortsetzung des durch den Tod unterbrochenen Lebens. Dieses erweckte Leben endet auch eines Tages in einer erneuten Todesstunde; aber es ist durch das „Erlebte“ in gewisser Weise geläutert.

Etwas gänzlich Anderes ist die „Auferstehung“. Sie ist das „Wiedererscheinen in einem Zustand, wo Geist, Seele und Leib gleich todlos sind, wo der Leib so durchgeistigt und durchseelt ist, dass er nicht mehr an der Sterblichkeit der Natur, sondern an der Unsterblichkeit teilnimmt. Der Körper des Lazarus ging bereits in Verwesung über. Das ist weder „nur“ ein Bild oder „nur“ ein Symbol, sondern ist Realität auf einer Stufe der überwundenen Bindung an das physisch Reale. Und trotzdem kann es uns hilfreich sein, das „Zwischen“ zu verstehen. Wenn beim Sterbenden Koma oder Hirntod festgestellt wird, geschieht mit ihm etwas durchaus Reales, aber im Sinne des Gerufen-Werdens, des „Lazarus, komm her-

aus!“. Es sind also vier Leben, die sich uns christlich-hospizlich gesprochen ereignen: das Leben vor dem Leben, das Leben vor dem Sterben, das Leben nach dem Sterben und das Leben nach der Auferstehung. Diese Leben haben einen Zusammenhalt durch den Menschen, der diese Leben lebt, und durch Gott, der diese Leben gibt und in seiner Menschwerdung geheiligt hat.

Hospizliche Spiritualität

Aus diesem Grundverständnis resultiert so etwas wie eine professionelle „Haltung“ der Hospizlichkeit. Wir nennen sie „Spiritualität“, was kein „gefühlvolles Begleiten“ und auch keine Aneignung von irgendwelchen Kulturriten bedeutet. Spiritualität ist keine Erleichterungstherapie für Stresssituationen. Die Riten des Reinkarnations-Denkens beispielsweise sollten ursprünglich dem Menschen helfen, dem Zwang der Wiedergeburten zu entkommen; daraus machte die nördliche Hemisphäre (Europa, Amerika u.a.) Übungen zu vermehrter Selbstbeglückung und Selbsterlösung. Allzuoft wurde der Umgang mit Sterbenden und Trauernden den Psychologen, Kommunikationstechnikern usw. überlassen, weil sich Religion und Kirche aus der Fülle des geistigen Angebots an die Schwachen und Ängstlichen, an die Suchenden und Verunsicherten, an die unheilbar Erkrankten und Hoffnungslosen verabschiedet hatten.

Wer heute von „Spiritualität“ spricht, vermeidet oft jedes „Bekenntnis“ und lässt sich von einem diffusen Geistbegriff bestimmen, von irgendeiner unmittelbaren und unvermittelten Verbindung zwischen dem Göttlichen und den Menschen. Der „Spiritualist“ bezeichnet oft die Gnadenträger wie die Sakramente der Kirchen oder das geoffenbarte Wort Gottes in den heiligen Texten als bedeutungslos, weil Geist sich eben direkt mit Geist zu verbinden suche. Dort weht

eben der Geist tatsächlich wo und wie er will, versteht sich nicht gebunden an Heilstaten, sondern als befreit von den geschichtlichen Grundlagen der Religion, Tradition, Sakramente und Kirche und verwirft diese sogar als wertlos. Geschichtslosigkeit ist ein Merkmal solcher Spiritualität. In ihr verblasst z.B. die Erlösergestalt Jesu Christi zu einem sittlichen Vorbild. Das religiöse Erlebnis wird unverbindlich, schrankenlos und verhöhnt die Autoritäten des Glaubens in der Bibel wie im Koran; diese werden allenfalls zu „erbaulicher Lektüre“. Solche spirituellen Begleiter verstehen sich schließlich sogar selbst als „göttlich“, also supranatural.

Neben diese eher sektiererische, gnostische, esoterische Spiritualität tritt ein Versuch, die religiösen Zugänge zwar offen zu halten, aber eben in alle Richtungen und vor allem ohne jegliche Verpflichtung. Da wird experimentiert, aus ursprünglich festen und gewachsenen Strukturen herausgebrochen, wild praktiziert, was sich gerade so anbietet, ein philosophisch-religiöser Kram- und Selbstbedienungsladen. Es ist geistige Frechheit und Anmaßung z.B. heilige Texte aus ihren Zusammenhängen zu reißen und zu „benutzen“ und zu „missbrauchen“. Wer einem sterbenden Moslem aus dem Koran vorliest, hat sich damit zum Islam bekannt und gegebenenfalls seinen eigenen Glauben verstoßen. Seine Spiritualität ist damit unglaubwürdig geworden. Wer z.B. von „Wiedergeburten“, also in der Mehrzahl, redet, hat sich damit von der „Wiedergeburt aus dem Wasser, dem Feuer und dem Geiste“ der christlichen Botschaft verabschiedet.

Einführung im spirituellen Weg

Trotz dieser notwendigen Abgrenzung und Abklärung gibt es natürlich doch einen kontemplativen, spirituellen, geistig-geistli-

chen Weg, auf den wir uns als Begleiter begeben, den wir zwar selbst zurzeit nicht gehen, zu dem wir aber so etwas wie Geleit anbieten: „Hier gehe ich und dort gehst du; wir haben manchmal die gleiche oder eine gemeinsame Richtung; aber du gehst deinen Weg, der meiner nicht ist; wenn du eine Stütze brauchst, leihe ich dir meinen Stecken und meinen Stab.“

Die Gruppen und Einrichtungen, die sich seit etwa 20 Jahren auch in Deutschland um eine verbesserte Sterbebegleitung kümmern, haben sich inzwischen dieser spirituellen Seite zugewandt, nachdem sie sich zunächst auf Verhaltensschulungen, Bildungsmaßnahmen, Organisationsfragen und Finanzierungen konzentriert hatten. Die Probleme sind zwar noch keineswegs gelöst, aber erscheinen in einem anderen Licht, wenn die Energien aus der religiösen, weltanschaulichen und philosophischen Besinnung vertiefter durchdacht werden. Hospizliche Sterbebegleitung ist deshalb nichts anderes als die stetige Bereitschaft, sterbende Menschen nicht von oben herab zu „behandeln“, sondern lebendes Angebot zu sein, damit der „Gast“ wieder Kraft schöpft für die Beschwerlichkeiten und Windungen seines Wanderweges.

Kurz bevor Jesus sein „Dein Wille geschehe“ sprach und damit die Bestimmungen über seinen Tod dem Vater überließ, glaubte Matthäus, er sei wohl als Beitrag zur vermuteten Selbstbestimmung seines Meisters verpflichtet, dessen Leidensweg abzukürzen. Also klappte er sich ein großes Messer und eilte zu dem Weg nach Golgatha, um dem leidenden Jesus noch rechtzeitig vor dem fremdbestimmten Sterben einen tödlichen Stich oder einen Schnitt durch die Kehle zu verpassen. Doch der Menschenauflauf hindert ihn daran und so starb dieser Jesus den uns bekannten, von seinem Vater fremdbestimmten qualvollen Tod am Kreuz.

– So jedenfalls schildert es *Michail Bulgakow* in seiner Erzählung „Der Meister und Margarita“.

Manche Propagandisten der Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen, der ärztlich assistierten Selbsttötung und der angeblichen Selbstbestimmung argumentieren und handeln wie dieser *Levi Matthäus*, indem sie vorgeben, besser zu wissen, welchen Tod die Menschen gefälligt zu verlangen haben: schnell, schmerzfrei und ohne den Betrieb aufzuhalten, vielleicht noch mit der Bereitschaft, Organe weiterverwerten zu lassen. Leider hat eine Besinnung an der Person Jesu Christi und der Botschaft seines durchlittenen Sterbens jedoch noch nicht wirklich stattgefunden. Es ist bislang vor allem „nur“ ein „christlicher Humanismus“, der die Nachdenklichkeit prägt. Dass sich auf dieser schmalen, ausschließlich humanistischen Ebene auch Befürworter der neuen Euthanasie, der Tötung aus Mitleid, der aktiven Sterbehilfe und Tötungsheilbehandlung wie *Hans Küng* tummeln, darf nicht verwundern.

Unser eigener geistiger Umgang mit dem Tod

„Dieses brüchige Leben zwischen Geburt und Tod kann doch eine Erfüllung sein: wenn es eine Zwiesprache ist. Erlebend sind wir Angeredete; denkend, sagend, handelnd, hervorbringend, einwirkend vermögen wir Antwortende zu sein.“ Die in diesen Sätzen des jüdischen Philosophen *Martin Buber* angedeutete Zweiseitigkeit des intuitiven Erlebens als Angeredete und Antwortende mit unserem Denken, Handeln, Sagen, Hervorbringen, Einwirken, also mit der ganzen Empathie schafft dialogische Wahrheit. Und dies besonders dann, wenn unser dialogischer Partner Gott selber ist.

Wir begegnen den Sterbenden, Trauernden, uns selbst und Gott in einer oft stummen,

und doch aussagekräftigen Zwiesprache. Der erste Schritt wäre das **ingeübte Selbstgespräch**. Über Tod, Sterben, Trauer, Schmerz, Tränen, Liebe usw. kann es zunächst nur Selbstgespräche geben. Aber Selbstgespräche zu führen, haben wir nicht hinreichend gelernt. Dem Ich antwortet in meinem Inneren ein Du. Hier lerne ich zugleich das Zuhören, das nicht Hineinreden und das Zu-Wort-Kommen-Lassen dessen, der in mir spricht. – Dazu gehört zweitens **das Gebet**, weniger in der Form vorgefertigter Texte, sondern als innerpersönlicher Dialog wie im Selbstgespräch – nun aber in einer ersten Distanzierung von dem Dialogpartner in mir. Wie das Selbstgespräch ist auch das Gebet ungeübt, zumal für das innere Schreien und Seufzen. Der andere jüdische Philosoph der Neuzeit, *Franz Rosenzweig*, sagte dazu: „Der Schrei, den die Seele im Augenblick der höchsten unmittelbaren Erfüllung stöhnt, tritt über die Schranken dieser Wechselrede hinaus; er kommt nicht mehr aus der seligen Gestilltheit des Geliebtheits, sondern steigt in neuer Unruhe aus einer neuen uns noch unerkannten Tiefe der Seele und schluchzt über die ungesehene, doch gefüllte Nähe des Liebenden hinweg in den Dämmer der Unendlichkeit hinaus“ (Stern der Erlösung. Haag 1976, 206).

So kommt es zum **Gespräch mit unseren Tränen** sowie mit den Schmerzen und dem Tod. Mit den Tränen bringen wir Unsprachliches zur Sprache und erfahren zugleich, wieviel Schwierigkeiten das macht. Wer im Gespräch mit seinen Tränen eine gewisse Übung gewonnen hat, läuft nicht mehr vor den Unaussprechlichkeiten weg. „Liebe Tränen, liebe nächste Krankheit in mir, lieber Tod. Ich weiß, dass es euch gibt in mir. Ich bin euch dankbar, dass ihr euch jetzt zurück haltet; denn in diesem Augenblick bin ich mit ganz anderen Themen befasst. Aber wenn ich euch eines Tages brauche, dann

kommt, nicht wie Diebe in der Nacht, sondern offen durch den Haupteingang meines Lebens.“

Spiritualität als Haltung zum Leid

Das veränderte Nachdenken über Sterben und Tod schafft ein neues Verhältnis zu Leid und Leiden der Menschen. Leid und Leiden sind zwei Worte, die nicht das Gleiche meinen. Das eine bezeichnet eine geistige, spirituelle Befindlichkeit, das andere dagegen eine körperliche und psychosomatische. Leid ist nicht die Einzahl von Leiden. Von „das Leid“ gibt es überhaupt keine Mehrzahl; aber „Leiden“ gibt es in der Einzahl und Mehrzahl: das Leiden / die Leiden. Das „Leid“ ist unzählbar. Es ist ein Merkmal des Menschseins, ein „Existenzial“. Will sagen: Der Mensch *ist* in gewisser Weise ein Leid, er *hat* es nicht. Beim Leiden handelt es sich um etwas Zugefügtes; beim Leid um etwas mir Gehörendes, das aus mir herausbricht, in mir wirkt. Der Leidende ist demnach Opfer, der Leidvolle dagegen ist Täter. „Leid“ ist einmalig, nur mir gehörig, voller Persönlichkeit und Individualität, das mich vervollkommnet, das mich befreit, Krankheit, Alter, Sterben und Tod zu durchleben, im Bejahen dessen, was unausweichlich ist, zu bestehen. Die körperlichen und psychischen „Leiden“, werden mir zugefügt, entziehen sich meiner Beeinflussung, treiben mich in Ohnmacht, unfrei, passiv. *Leiden* gilt es zu überwinden und zu behandeln. *Leid* dagegen gilt es zu schützen und gegebenenfalls bei dem Leidenden auszuharren.

Opfer – Täter – Partner

In seinem Sterben ist der Mensch also christlich-hospizlich gesprochen:

(1) Opfer der Schmerzen, Ängste, Verhältnisslosigkeit,

(2) Täter seines Lebens, seiner existenziellen Angst, der Liebe und des Lassens,

(3) Partner seines Gottes im Erlösungswerk an der Welt.

An der Angst lässt sich diese Dreiteilung unter Zuhilfenahme der Philosophie *Sören Kierkegaards* aufzeigen: In unserm therapeutischen Handeln „behandeln“ wir die verursachten gegenstandsbezogenen Ängste, versuchen wir, den Menschen aus der Sklaverei der Ängste zu befreien; aber in unserem geistig-geistlichen Umgang mit dem Sterbenden versuchen wir einen Weg zu gehen zu einer Findung seiner selbst mit und trotz der tiefen, existenziellen Angst, die sich in seiner Brust angesichts des Sterbens Müssens regt. Und wenn unsere Begleitung dann beendet ist, gehen wir den Weg ja nicht mit. Aber dann gesellt sich ein neuer Begleiter zum Sterbenden, der ihn sogar von der Grundangst befreit, Jesus, der „noch heute mit dir im Paradiese sein wird“.

Oder anders ausgedrückt: Die Überwindung der Furcht schafft vielleicht eine gewisse Harmonie mit der Angst; aber erst das Eingreifen des ganz anderen, nämlich Gottes, schafft Erlösung, Befreiung von der Angst. Wenn wir sterben, geschieht also mit uns etwas, an dem wir unschuldig sind, passiv, ohnmächtig, Opfer; und zugleich tun wir selbst etwas mit uns, verantwortlich, aktiv, mächtig. Dass sich dann noch ein Dritter einmischt, nämlich der lebendige Gott, ergänzt und vollendet diesen Vorgang: *„Seht die Wohnung Gottes unter den Menschen! Er wird in ihrer Mitte wohnen, und sie werden sein Volk sein; und er, Gott, wird bei ihnen sein. Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen.“* (Off 21, 3)

Axel W. Bauer

Der assistierte Suizid als das Ende der Selbstbestimmung

*Über die beklemmende Annäherung an Aldous Huxleys
„Schöne neue Welt“*

1. Die Illusion vom selbstbestimmten Tod

Nur wenige Szenarien lösen in der westlichen Konsum- und Leistungsgesellschaft so substanzielle, ja archaische Ängste aus wie der Gedanke an den trotz allen medizinischen Fortschritts eines Tages unvermeidlich nahenden eigenen Tod. Im Zustand der – oft nur vermeintlichen – Gesundheit glauben wir, ungeachtet gewisser neurophilosophischer Einwendungen über die Willensfreiheit, unsere Entscheidungen frei und autonom treffen zu können. Was passiert aber, wenn diese – womöglich nur hypothetische – Selbstständigkeit durch eine schwere Krankheit eingeschränkt wird?

In einem 1998 publizierten Illustrierten-Interview propagierte der Schriftsteller *Martin Walser* (geb. 1927) den Suizid: „Ich finde es toll. Ich möchte nicht eines natürlichen Todes sterben, weil der natürliche Tod der schlimmstmögliche ist.“ Walser ließ hier implizit einen sehr hohen, vielleicht den höchsten Leitwert unserer westlichen Zivilisation anklingen, nämlich die Selbstbestimmung des Individuums, die zuletzt in der Entscheidung über den Zeitpunkt des eigenen Todes ihren Ausdruck finden soll. Allerdings erfreute sich der damals 71-jährige und heute sogar 87-jährige Autor offenbar

einer recht guten Gesundheit, ein Zustand, in dem es sich leicht über das in ungewisser Zukunft und hoffentlich in weiter Ferne liegende Lebensende spekulieren lässt.

Wenn es jedoch wirklich ernst wird, sieht die Lage ganz anders aus: Die Handlungsfähigkeit ist dann durch eine schwere Krankheit, durch starke Schmerzen, durch Hoffnungslosigkeit, durch das elementare Gefühl der Angst oder durch eine länger anhaltende Bewusstlosigkeit erheblich eingeschränkt. Kontroverse Diskussionen um Sinn, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlung bei Patienten, die sich in Folge schwerer Erkrankung unaufhaltsam dem Lebensende nähern, sind umso stärker in Gang gekommen, je mehr die therapeutischen Möglichkeiten ausgeweitet werden konnten. Stets geht es dabei im Vordergrund zumindest rhetorisch um die Wahrung der Selbstbestimmung betroffener Patientinnen und Patienten. Doch was bedeutet dieser Begriff angesichts eines oft nicht mehr selbst entscheidungsfähigen, schwer erkrankten Menschen?

In medizinethischen und medizinrechtlichen Zusammenhängen geht es bei dem aus der Würde des Menschen und seinem Persönlichkeitsrecht abgeleiteten Recht auf Selbstbestimmung zunächst um ein Abwehrrecht, das verhindern soll, dass ärztli-

che Handlungen gegen den Willen eines Patienten vorgenommen werden. In dieser Form präsentierte sich jene Botschaft der ersten Jahre der modernen Medizinethik, die in der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde, weil sie im Gegensatz zu den traditionellen Werten „Fürsorge“, „Schadensvermeidung“ und „Gerechtigkeit“ als der einzig „innovative“ moralische Wert erschien.

In den letzten Jahren hat sich aber eine Tendenz gezeigt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in medizinischen Debatten dominant in den Vordergrund zu rücken. Vermutlich liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet die Sterbehilfe ist, an der sich dieses Recht vorrangig bewähren soll. Man gewinnt den Eindruck, dass das Recht auf Selbstbestimmung neuerdings mit einem moralischen Recht auf den selbstbestimmten Todeszeitpunkt identifiziert wird. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine semantische Perversion dieses Begriffs. Die ständig wiederholte Rede vom „selbst bestimmten“ Sterben oder gar vom Sterben „in Würde“ irritiert. Denn während die tatsächlich erlebte Freiheit der Bürgerinnen und Bürger in unserer Gesellschaft eher geringer wird, redet man uns ein, ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben zu haben. Welche Motive stehen hinter dieser Umdeutung eines eigentlich positiv besetzten Begriffs?

„Wohin mit Oma?“ fragte die Titelgeschichte eines bekannten deutschen Wochenmagazins im Mai 2005. In dem Text wurde über Missstände in der Altenpflege in Deutschland berichtet. Ein kritischer Leser merkte dazu im folgenden Heft des Magazins an: Gerade weil der Beitrag fair und realistisch sei, bleibe wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim. Dieser Le-

ser hatte die im Artikel selbst gar nicht ausformulierte Hintergrundbotschaft offenbar verstanden und seine resignierende Schlussfolgerung daraus gezogen.

„Sei gesund und fit – oder stirb wenigstens rasch!“ So könnte man jene inhumane Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die – als Selbstbestimmungsrecht verpackt – den älter werdenden Menschen Tag für Tag auf mehr oder weniger subtile Weise nahegebracht wird. Und das hat Folgen: Nach einer vom *Institut für Demoskopie Allensbach* 2008 durchgeführten repräsentativen Umfrage war schon damals die Mehrheit der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung der nach § 216 StGB strafbaren Tötung auf Verlangen. 58 Prozent der rund 1 800 Befragten befürworteten den Standpunkt, unheilbar kranke Menschen auf deren Wunsch hin zu töten. Nur 19 Prozent waren dagegen, 23 Prozent konnten sich bei dieser Fragestellung nicht entscheiden.

Selbst überraschend viele Ärzte sind dafür, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder sogar auf ihren Wunsch hin deren Leben beenden zu dürfen. Das geht aus einer ebenfalls bereits 2008 erstellten Studie hervor, für die 483 Ärzte befragt wurden, die regelmäßig Schwerstkranke behandelten. Danach würden 35 Prozent eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglichte, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus. Diese Zahl würde vollständig ausreichen, um bei Bedarf jedem Bundesbürger einen suizidassistentenwilligen Arzt in der Nähe seines Wohnortes zu benennen.

Etlche Juristen und Medizinethiker behaupten, der Suizid sei genuiner Ausdruck der menschlichen Autonomie, die Möglichkeit zur Selbsttötung demnach zumindest

grundsätzlich ein ethisch zu respektierendes Phänomen selbstbestimmten Handelns. Doch stimmt das wirklich? Die Autonomie im Sinne *Immanuel Kants* (1724 – 1804) als die Fähigkeit des mit Vernunft begabten Menschen, sich eigene moralische Gesetze zu geben und nach diesen zu handeln, hat ihren unhintergehbaren Grund in der physischen Existenz der Person. Sie ist also Folge und nicht Ursache unserer biologischen Konstitution. Daher beschränkt sich die Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung legitimer Weise auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage. Der Mensch ist zwar faktisch in der Lage, sich selbst zu töten, doch kann er diesen Schritt ethisch nicht einfach unter Berufung auf die Selbstbestimmung legitimieren. Ein Akteur, der wohl überlegt diejenige physische Struktur irreversibel zerstört, die seine Handlungsfreiheit durch ihre Existenz überhaupt erst ermöglicht, handelt ethisch nicht legitim, sondern – um es mit einem etwas aus der Mode gekommenen Ausdruck zu benennen – frevelhaft, und dies selbst dann, wenn seine Motivation zur Selbsttötung emotional nachvollziehbar sein sollte.

2. Ursachen der Neigung zu suizidalem Verhalten

Das Recht auf Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten steht heute im medizinethischen Fachdiskurs rhetorisch nahezu solitär im Vordergrund. Paradoxiertweise soll es jedoch vor allem beim Sterben verwirklicht werden. Doch die meisten Menschen, die eine Suizidbegleitung wünschen, befinden sich in einer Phase schwerer Depression, sodass der Begriff des „Freitodes“ geradezu absurd wirkt. Die Neigung zur Selbsttötung, insbesondere aber der Suizid selbst, stehen in deutlichem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Psychisch Kranke aber brauchen fachmännische Hilfe und keine Fahrkarte in den Tod.

Die Zahl der gemeldeten Suizide in Deutschland liegt seit annähernd zehn Jahren bei ungefähr 10 000 pro Jahr.¹⁾ Durch Selbsttötung sterben also fast dreimal so viele Menschen, wie durch den Straßenverkehr (Verkehrstote 2012: 3 606).²⁾ Die Zahl der „gescheiterten“ Suizidversuche liegt mindestens zehnmals so hoch, wobei insbesondere der sogenannte Alterssuizid signifikant zunimmt. Ursächlich für versuchte Selbsttötungen sind insbesondere psychische Erkrankungen mit depressiver Symptomatik, aber auch akute und chronische Belastungssituationen.

Diese Belastungssituationen können durch hinzutretende soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Isolation oder Angst vor unzureichender pflegerischer Versorgung bei chronischer Krankheit im Einzelfall als unerträglich erlebt werden. Bei Menschen jenseits des 65. Lebensjahrs steigt die Suizidrate deutlich an, da sich gerade im höheren Lebensalter verschiedene Ängste und Belastungen bis hin zu einer völligen Perspektivlosigkeit verdichten können. Dann scheint es manchmal nur noch den Ausweg der Selbsttötung zu geben.

In Deutschland kommen mindestens 100 000 Personen im Jahr nach Suizidversuchen mit dem medizinischen Versorgungssystem in Kontakt. Der Suizidversuch wird heute als das Resultat eines komplexen Bedingungsgefüges angesehen, in dem biologische Faktoren, körperliche Bedingungen,

¹⁾ Vollendete Suizide 2010: 10 021, 2011: 10 144, 2012: 9 890. Quelle: Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2012. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschadigung/> (Stand: 14.6.2014).

²⁾ Verkehrstod – Straßenverkehr – Deutschland. <http://de.wikipedia.org/wiki/Verkehrstod> (Stand: 14.6.2014).

personale Faktoren und die Umwelt eine Rolle spielen. Insbesondere verhaltenstheoretische Konzepte arbeiten mit Modellen, in denen eine vielfache gegenseitige Abhängigkeit von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren angenommen wird. Als bedeutsam gelten die Zugehörigkeit zu bestimmten Risikogruppen psychisch Kranker (z.B. Depression, Schizophrenie, Sucht), das Vorhandensein zusätzlicher Elemente wie Hoffnungslosigkeit, Resignation, Isolations-, Wertlosigkeits-, Schuldgefühle, Wahn, Halluzinationen, Panikzustände und schließlich suizidale Krisen oder Suizidversuch in der Vorgeschichte, in der Familie oder dem näheren Umfeld.

Suizidalität tritt vor allem in Lebensphasen biologischer und sozialer Krisen auf, die mit erheblichen Veränderungen einhergehen. Dazu zählen auch schwere körperliche und seelische Gesundheitsstörungen, vor allem chronische oder zum Tod führende Krankheiten. Unter den sozialen Faktoren, die einen Suizid auslösen können, sind schlechte ökonomische Bedingungen, Arbeitslosigkeit, berufliche und finanzielle Probleme besonders hervorzuheben. Angehörige sozial benachteiligter Gruppen ohne Hoffnungen und Zukunftsperspektiven, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund, weisen eine erhöhte Suizidrate auf. So finden sich signifikant erhöhte Suizidversuchsraten in der Gruppe der Migranten insbesondere bei Mädchen ab der Pubertät und bei jungen Frauen.³⁾

Vor diesem Hintergrund erscheint es als eine wichtige Aufgabe für Medizin und Gesellschaft, denjenigen Menschen, die sich in

einer suizidgefährdeten Lage befinden, die bestmögliche Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen. Dazu gehören insbesondere die Förderung und der Ausbau bestehender Suizidpräventionsprogramme. Suizidgefährdete Menschen bedürfen zeitnaher fachärztlicher Betreuung, nicht der „Hilfe“ zur Selbsttötung. Auf dem Gebiet der Behandlung schwerer, meist chronisch verlaufender körperlicher Erkrankungen, die voraussichtlich zu langem Leiden oder die in absehbarer Zeit zum Tod des Patienten führen werden, müssen schmerztherapeutische, palliativmedizinische und hospizliche Versorgungssysteme weiter ausgebaut werden, damit diese allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, die sie benötigen. Die Selbsttötung hingegen ist Ausdruck einer Haltung, die ethisch gerade nicht mit der Autonomie des Menschen legitimiert werden kann. Mit dem Suizid nimmt sich der Mensch tatsächlich die Freiheit weg, und zwar für immer. Der Suizid bringt unwiderruflich das Ende jeder Handlungsfreiheit mit sich.

3. Aktive Sterbehilfe für Minderjährige? – Das Beispiel Belgien

Der in unserem Kulturkreis in Form der erleichterten Sterbehilfe ethisch, politisch und rechtlich immer stärker enttabuisierte assistierte Suizid erscheint längst nicht mehr nur als ein „Notausgang“ für alte Menschen; inzwischen sind auch Kinder und Jugendliche zur Zielgruppe des geplanten Todes geworden. Als eines der ersten Länder der Welt hat ausgerechnet Belgien, dessen Bevölkerung zumindest formal überwiegend katholisch ist, am 13. Februar 2014 die aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen, für Minderjährige erlaubt. Die Abgeordnetenkammer verabschiedete nach einer zweitägigen Debatte das entsprechende Gesetz. Im Parlament stimmten 86 Abgeordnete für die neuen Regeln, 44 da-

³⁾ Vgl. den Vortrag von Armin Schmidtke: „Suizidales Verhalten in Deutschland“ beim Deutschen Ethikrat am 27.9.2012 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/plenarsitzung-27-09-2012-schmidtke.pdf> (Stand: 14.6.2014).

gegen. 12 Parlamentarier enthielten sich. Die umstrittene Gesetzesänderung erlaubt es Kindern und Jugendlichen, die „unheilbar krank“ sind und „unerträgliche Schmerzen“ haben, über den Zeitpunkt ihres Todes zu entscheiden. Sie benötigen die Zustimmung der Eltern, zudem müssen der behandelnde Arzt, unabhängige Kollegen und ein Psychologe einwilligen. Doch die grundsätzliche Entscheidung liegt beim Kind. Vor allem die katholische Kirche hatte bis zuletzt gegen dieses Gesetz gekämpft. Der Erzbischof von Mechelen-Brüssel, *André-Joseph Léonard*, zugleich Vorsitzender der Belgischen Bischofskonferenz, kritisierte den Widerspruch, dass man Jugendliche zwar als rechtlich nicht geeignet ansehe, wichtige wirtschaftliche Entscheidungen zu treffen, doch plötzlich sollten diese fähig sein, zu entscheiden, dass man sie sterben lässt. Kritische Ärzte schrieben in einem offenen Brief, es gebe keine objektive Methode, um die geforderte Entscheidungsfähigkeit der Minderjährigen festzustellen. Das Gesetz sieht keine kalendarisch definierte Altersuntergrenze vor. Jeder Fall soll einzeln von Experten betrachtet und bewertet werden. In der EU ist aktive Sterbehilfe für Minderjährige sonst nur noch in den Niederlanden zulässig; dort gilt jedoch ein Mindestalter von zwölf Jahren.⁴⁾

Die neue Gesetzeslage in Belgien wirft ethisch bedeutsame Fragen auf: Welche Signale sendet eine Gesellschaft aus, die dem „Sterbewunsch“ von Kindern und Jugendlichen stattgibt? Nimmt diese Gesellschaft die jungen Menschen in ihren tatsächlichen Bedürfnissen nach Fürsorge und Zuwendung überhaupt ernst? Es sind

schließlich die Erwachsenen, die ihrer Fürsorgepflicht in vielen Fällen nicht mehr gerecht werden. Die von diesen Erwachsenen dekretierte Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts von Kindern und Jugendlichen bürdet gerade bei einer so elementaren Entscheidung wie der über den eigenen Tod den betroffenen jungen Menschen eine Last auf, die man ihnen guten Gewissens nicht zumuten sollte. Sind es nicht eher die Wünsche der Erwachsenen, mitunter auch die der Eltern, die unbewusst darauf zielen, das Leiden des Kindes und das Mitleiden der Familie möge ein Ende nehmen? Das erkrankte Kind erspürt diese latenten und unausgesprochenen Gedanken seiner Angehörigen mit hoher Sensitivität und reagiert darauf womöglich mit der Ausbildung eines eigenen Sterbewunsches, dessen eigentliches Ziel jedoch nicht der Tod, sondern vielmehr der Abbau jener zwischenmenschlichen emotionalen Spannungen ist, die das Kind in der nonverbalen Kommunikation wahrgenommen hat. Indem Eltern, Ärzte und Psychologen in den Prozess der Entscheidungsfindung lenkend eingreifen, kann nicht ernsthaft davon gesprochen werden, dass es sich schlussendlich um eine autonome Wahl des angeblich sterbewilligen jungen Menschen handelt.

Darüber hinaus wird aus der Suizidforschung darauf hingewiesen, dass nur sehr wenige Suizide von sterbenskranken Menschen verübt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ereignen sich Suizide vor dem Hintergrund psychischer Erkrankung oder infolge einer biografischen Lebenskrise, die zu einer nur zeitweiligen Depression geführt hat. Dies ist auch und gerade bei Minderjährigen in der Phase der Adoleszenz keine seltene Konstellation. Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen dürfen also nicht als Ausdruck des unbedingten Willens zum Sterben verstanden werden, sondern als ein Symptom des

⁴⁾ Gesetzesänderung: Belgien ebnet Weg für aktive Sterbehilfe für Minderjährige. SPIEGEL online vom 13.2.2014. <http://www.spiegel.de/panorama/gesetzesaenderung-belgien-ebnet-weg-fuer-aktive-sterbehilfe-fuer-minderjaehrige-a-953181.html> (Stand: 14.6.2014)

deprimierenden Gefühls, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter leben zu können.

4. Der assistierte Suizid als rechtspolitisches Thema in Deutschland (2012 – 2013)

Infolge der fehlenden Rechtswidrigkeit des Suizids als Haupttat verbietet das deutsche Strafgesetzbuch weder Anstiftung (§ 26 StGB) noch Beihilfe (§ 27 StGB) zur Selbsttötung, da deren Strafbarkeit rein akzessorisch wäre, was bedeutet, dass Anstiftung und Beihilfe stets von einer tatbestandsmäßigen und rechtswidrigen Haupttat abhängig sind. Verfassungsrechtlich möglich wäre aber eine Lösung, wie sie etwa in Österreich gewählt wurde, wo die *Mitwirkung am Selbstmord* (§ 78 öStGB) als eigenständige Haupttat strafbar ist. Während der Suizident sein eigenes Leben beendet, handelt der Teilnehmer, also der Anstifter oder der Helfer, gegen das Leben eines anderen Menschen. Er vergeht sich somit gegen ein fremdes Rechtsgut.

Kurz vor dem Ende der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages sollte zu Beginn des Jahres 2013 nach dem Willen der damaligen Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP ein Gesetz beschlossen werden, das durch einen neu zu schaffenden § 217 StGB die in Deutschland derzeit quantitativ irrelevante „gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe gestellt hätte. Dieses Vorhaben, das in etwa so sinnvoll gewesen wäre, als würde man in der Sauna das Frieren verbieten, wurde Anfang Mai 2013 von *Bundeskanzlerin Angela Merkel* gestoppt.

Viel interessanter als das, was der Gesetzentwurf zu regeln vorgab, erscheint daher das, was er ausdrücklich ungeregelt lassen wollte und somit geradezu privilegiert hätte.

Der vom Bundesjustizministerium im Sommer 2012 vorgelegte Entwurf zum § 217 StGB bezog nämlich die tatsächlich existierende geschäftsmäßig organisierte und die private Suizidbeihilfe im engsten Familienkreis, bei denen keine Gewinnerzielungsabsicht erkennbar ist, nicht in die geplante Strafbarkeit mit ein. Vereine, die keine gewerbsmäßige Suizidbegleitung im engeren Sinne leisten, wie etwa die Vereine *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland*, hätten sich künftig in ihrem Tun sogar legitimiert und geradezu bestätigt fühlen können. Viel interessanter als das, was der Gesetzentwurf zu regeln vorgab, erscheint daher das, was er ausdrücklich ungeregelt lassen wollte und somit geradezu privilegiert hätte.

Was waren die offiziell genannten Gründe für diesen, sein vorgebliches Ziel verfehlenden Gesetzestrojaner? Ethisch überzeugende Argumente konnten es jedenfalls nicht sein, denn eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer „sozial unwertigen Kommerzialisierung“ der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine „sozial unwertige Kommerzialisierung“ der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freun-

de lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht. Die richtige Intuition, dass die Mitwirkung am Suizid eines anderen Menschen keine ethisch akzeptable Tat ist, gründet in der Sache selbst und nicht im etwaigen finanziellen Gewinn des Sterbehelfers.

Es musste wohl andere Gründe für die (fast) übers parlamentarische Knie gebrochene, nur scheinbare strafrechtliche Begrenzung einer Mitwirkung am Suizid geben. Nun bringt es die prognostizierte demografische Alterung der Bevölkerung in Deutschland mit sich, dass immer mehr Menschen in absehbarer Zukunft ein wesentlich längeres Dasein im Ruhestand erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 67 oder gar 70 Jahre angehoben werden sollte. Mit zunehmendem Alter kommen aber mehr und kostspieligere Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange fit hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 85 erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen auch die Krankheits- und Pflegekosten während der letzten Phase des Lebens an. Denn es wäre eine Illusion zu glauben, wir würden in der näheren Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen sterben.

Wie sähe das Ende alter und kranker Menschen im Jahre 2025 oder 2030 aus, wenn es gelänge, sie schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, gar eine soziale Verpflichtung sei? Schon heute kennen wir jene euphemistischen Begriffe, mit denen in der mo-

dernen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um das Grauen zu bannen und die Tatsachen schönzufärben. So macht es eben einen erheblichen Unterschied, ob man von „aktiver Sterbehilfe“ oder von „Tötung auf Verlangen“ spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem strafbewehrten Delikt gegen das Leben. Gemeint ist aber jeweils ein und derselbe Sachverhalt.

Konkret geht es vor allem um die geburtenstarken Jahrgänge 1950 bis 1970, die erst in einigen Jahrzehnten „sterben wollen“ sollen. Denn in den Jahren nach 2025 müssen immer weniger arbeitsfähige Bürger die Renten für die Senioren dieser Kohorte erwirtschaften, die dann gut ein Viertel unserer Bevölkerung ausmachen dürfte. Angesichts der wenig erfreulichen Aussicht, dass infolge der in Deutschland vergleichsweise moderaten Löhne und der bewusst niedrig angesetzten Beitragssätze zur gesetzlichen Rentenversicherung das relative Rentenniveau in 20 Jahren deutlich unter dem gegenwärtigen liegen wird, muss man durchaus die Frage stellen, ob sich die augenzwinkernde und auffällige politische Toleranz für die Mitwirkung am Suizid künftig tatsächlich nur auf Schwerstkranke in einem medizinischen Finalstadium bezieht.

Der von dem Berliner Mediziner und Hochschullehrer *Christoph Wilhelm Hufeland* (1762 – 1836) aus dem frühen 19. Jahrhundert überlieferte Ausspruch, der Arzt, der sich an der Tötung eines Patienten beteilige, sei „der gefährlichste Mann im Staate“, findet heute kaum noch öffentliche Resonanz. Die theoretische Richtigkeit des diesem Satz zugrunde liegenden „Arguments der schiefen Ebene“ wird von manchen Ethikern gern bestritten, obwohl das Faktum selbst jedenfalls historisch-empirisch gut belegt ist. Die von diesem Argument prognostizierte allmähliche, aber unaufhalt-

same mentale Nivellierung moralischer Grenzen im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger benötigt allerdings geraume Zeit, und deshalb müsste ein Gesetz, das die Sterbehilfe eher fördern als hemmen sollte, etwa zehn Jahre früher in Kraft treten als dies praktisch gesehen erforderlich wäre. Dann würden Hemmschwellen fallen, die heute vor allem noch deshalb vorhanden sind, weil 93 Prozent der Bürger die diesbezügliche Rechtslage nicht kennen und irrtümlich glauben, Anstiftung und Beihilfe zum Suizid seien in Deutschland derzeit strafbar. Doch Unwissenheit bietet keinen hinreichenden Lebensschutz, denn eine deutliche Mehrheit von 72 Prozent der Bundesbürger ist inzwischen dafür, den assistierten Suizid zuzulassen. Nach einer im Januar 2014 im Auftrag des Magazins *ZEIT online* durchgeführten Umfrage unter 1 014 Personen befürworteten nur noch 17 Prozent der Teilnehmer ein Verbot.⁵⁾

In *Aldous Huxleys* (1894 – 1963) Roman „Schöne neue Welt“, erschienen 1932, scheiden die Menschen aus dem Leben, bevor sie ernsthaft erkranken und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit Kosten verursacht. Huxley hat seine dystopische Erzählung im Jahr 2540 angesiedelt. Man muss, wenn man ehrlich ist, feststellen, dass wir diesem ernüchternden Gesellschaftsentwurf mittlerweile gefährlich nahe gekommen

sind, jedenfalls viel näher, als die zeitliche Differenz von derzeit 526 Jahren vermuten lassen würde. Es ist erstaunlich, wie der damals 38-jährige Autor vor nunmehr 82 Jahren eine technisch perfektionierte Zivilisation des inhumanen Grauens prognostiziert

Der von dem Berliner Mediziner und Hochschullehrer *Christoph Wilhelm Hufeland* (1762 – 1836) aus dem frühen 19. Jahrhundert überlieferte Ausspruch, der Arzt, der sich an der Tötung eines Patienten beteilige, sei „der gefährlichste Mann im Staate“, findet heute kaum noch öffentliche Resonanz.

hat. Ob er zu optimistisch war, als er dieses Szenario noch rund 600 Jahre in die Zukunft verschob? Vermutlich hat er die Geschwindigkeit der Entwicklung unterschätzt. So ließ 1978 der schwedische Autor *Carl-Henning Wijkmark* (* 1934) in seinem

Buch „Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität“ einen (fiktiven) Medizinethiker behaupten, viele Männer und Frauen, die – als Ärzte oder als Angehörige – eine Langzeitpflege und die Pflege „hoffnungsloser Fälle“ aus der Nähe erlebt hätten, verspürten den innigen Wunsch, ihnen selbst möge später das Leiden, das sich dort gezeigt habe, erspart bleiben. Wijkmarks Novelle beschrieb ein als Zukunftsszenario dargestelltes, in den 1990er-Jahren spielendes Symposium hochrangiger schwedischer Politiker und Wissenschaftler über die Frage, wie man des Problems zu vieler alter und kranker Menschen in Zeiten des bedrohten Wohlstands Herr werden könnte. Aus der Retrospektive von nunmehr 36 Jahren wirkt das Buch geradezu prophetisch und beklemmend. Sind wir der „schönen neuen Welt“ bereits viel näher als wir glauben?⁶⁾

⁵⁾ Mehrheit der Deutschen befürwortet aktive Sterbehilfe. *Zeit online* vom 21.1.2014. <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage> (Stand: 14.6.2014)

⁶⁾ Vgl. dazu Stefan Rehder: „Wir sollen sterben wollen“. Warum Ärzte keine Suizidhilfe leisten dürfen und sich viele dennoch für den „Freitod“ erwärmen. Ein Gespräch mit dem Medizinethiker Axel W. Bauer. In: „Die Tagespost“ Nr. 47 vom 23.4.2014, S. 3.

5. Ein neuer Anlauf zum § 217 StGB (2014 – 2015)

Diejenige Handlungsweise, die 2013 verboten werden sollte, nämlich nur die gewerbsmäßige Mitwirkung an der Selbsttötung, die dann vorliegt, wenn jemand sich aus wiederholter Begehung einer Tat eine fortlaufende Haupteinnahmequelle oder auch nur Nebeneinnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang schafft, spielt in der Praxis der organisierten Sterbehilfe in Deutschland keine wesentliche Rolle. Einerseits lassen sich daraus erzielte Einnahmen relativ leicht als Gebühren oder Mitgliedsbeiträge deklarieren. Andererseits würde die Mitwirkung am Suizid eines anderen Menschen auch nicht dadurch ethisch legitimer, dass sie für den Suizidenten kostenlos zu erhalten wäre. Profitieren würden davon allenfalls dessen spätere Erben. Das Verbot allein der gewerbsmäßigen Suizidhilfe hätte im Umkehrschluss zu einer rechtlichen Privilegierung und moralischen Aufwertung der nicht kommerziellen Mitwirkung am Suizid geführt, und hier wären naturgemäß Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung am ehesten in der Lage, entsprechend tätig zu werden. Wir stünden dann am Beginn des ärztlich assistierten Suizids als einer schon bald von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Abschlussleistung für ihre Versicherten.

Nun plant die Bundesregierung in der laufenden 18. Legislaturperiode einen neuen Anlauf zum § 217 StGB. Diesmal ist davon die Rede, dass auch die geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe gestellt werden soll. Anders als im Falle der Gewerbsmäßigkeit, bei der eine Gewinnerzielungsabsicht bestehen muss, liegt geschäftsmäßiges Handeln im strafrechtlichen Sinne bereits dann vor, wenn der Täter – wenn auch nur bei einer einzelnen Tat – beabsichtigt, die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegen-

stand seiner wirtschaftlichen oder beruflichen Betätigung zu machen, auch wenn er damit keine Erwerbsabsicht verbindet. Mit einem entsprechenden Gesetz könnte man, so lautet jedenfalls die Hoffnung, die Tätigkeit von Vereinen wie *Dignitas Deutschland* oder *Sterbehilfe Deutschland* zum Erliegen bringen. Genau aus diesem Grund planen „liberal“ gesonnene Politiker aus allen Fraktionen ihrerseits entsprechende Gegenentwürfe, die ein solches Verbot umgehen würden.

Die geschäftsführenden Vorstände der beiden Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD haben auf einer Klausurtagung in Königswinter am 29. April 2014 den folgenden Zeitplan⁷⁾ für das Gesetzesvorhaben entwickelt:

- Fraktionsinterne Orientierungsveranstaltungen im 2. Quartal 2014.
- Fraktionsübergreifende Orientierungsveranstaltung im Bundestag im 3. Quartal 2014 nach der Sommerpause.
- Danach Gruppenfindung und Erarbeitung der einzelnen Gesetzentwürfe im 4. Quartal 2014 (Wahl der Gruppensprecher und der Vorsitzenden, Aufstellung eines Zeitplans innerhalb der einzelnen Gruppen sowie gruppeninterne Abstimmungsgespräche).
- Parlamentarische Beratung mit erster Lesung im 1. Quartal 2015, Anhörung im 2. Quartal 2015 und zweite/dritte Lesung im 3. Quartal 2015.

⁷⁾ CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag und SPD-Bundestagsfraktion: Beschluss der geschäftsführenden Vorstände vom 29. April 2014. Würdevolles Sterben – Umgang mit Sterbehilfe klären. <https://www.cducsu.de/sites/default/files/uploads/top4-sterbehilfe.pdf> (Stand: 14.6.2014)

Die Koalitionsfraktionen beabsichtigen durch diesen Zeitplan, „auch in der Öffentlichkeit eine möglichst breite gesellschaftliche Debatte über den Umgang mit Mitmenschen am Lebensende und den Grundwerten unserer Gesellschaft auszulösen“. Man kann davon ausgehen, dass die Medien die großzügig bemessene Zeit dazu nutzen werden, den Bürgerinnen und Bürgern das unerträgliche Leiden schwerstkranker Menschen hautnah und mit Gruseffekten versehen frei Haus zu servieren.

Am 8. Mai 2014 legte die *Deutsche Stiftung Patientenschutz* einen ersten Gesetzentwurf vor, der die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung zum Ziel hat. Erstellt haben diesen Entwurf, der sich direkt an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages richtet, der Gießener Professor für Öffentliches Recht *Steffen Augsberg* und *Eugen Brysch*, der Vorstand der *Deutschen Stiftung Patientenschutz*.⁸⁾ Der Entwurf stellt allein auf die Geschäftsmäßigkeit der Suizidbeihilfe ab, also auf die Absicht, solche Angebote wiederholt zu betreiben. Dabei spielt es keine Rolle, ob Geld fließt oder nicht. Allein die gewerbsmäßige Suizidbeihilfe zu verbieten, reicht den Autoren nicht, denn nicht gewerblich handelnde Suizidhelfer würden sich dadurch sogar legitimiert fühlen.

Der Entwurf stellt die Suizidentscheidung des Einzelnen, die es zu respektieren gelte, nicht infrage. Straffrei würde daher nach wie vor die (private) Hilfe dazu bleiben.

⁸⁾ Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, erstellt von Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg, Justus-Liebig-Universität Gießen, und Eugen Brysch M. A., Vorstand, Deutsche Stiftung Patientenschutz (8. Mai 2014). https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PID_2_2014.pdf (Stand: 14.6.2014)

Auch die Teilnahme am geschäftsmäßigen Handeln Dritter bliebe straffrei, sofern es um Angehörige und nahe stehende Personen ginge. Für Pflegekräfte und Ärzte gelte dies im normalen Behandlungsverhältnis nicht, heißt es in dem Gesetzentwurf. Die reine Werbung für ein Suizidangebot sowie das Schaffen von Kommunikations- und Informationsforen sollen mit Blick auf die freie Meinungsäußerung nicht verboten werden.⁹⁾ Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Gesetzentwürfe in den kommenden Monaten vorgelegt werden.

6. Ärzte als Suizidbegleiter: Das Ende des Hippokratischen Eides

Wie steht es nun mit den Ärzten als künftigen Suizidbegleitern? Im Zusammenhang mit der Sterbehilfe wird oft der Hippokratische Eid angeführt, der um 400 v. Chr. entstanden sein dürfte. Sein Namensgeber, *Hippokrates von Kos* (460 – 377 v. Chr.), ist wohl nicht der Verfasser des Eides, doch kommt dieser Text der Haltung des Autors der als authentisch geltenden Schriften (*Epidemien III*, *Epidemien I* und *Prognostikón*) durchaus nahe. Der Eid enthielt nach einem formalen Lehrvertrag Leitlinien für die Mediziner Ausbildung, für das Arzt-Patient-Verhältnis und für den Arztberuf. Solche Leitlinien benötigte der Arzt der griechischen Antike, um medizinisch erfolgreich wirken und ökonomisch überleben zu können.

Für den Hippokratischen Arzt kam es nicht nur aus ethischen Gründen darauf an, Schaden von seinen Patienten abzuwenden. Es

⁹⁾ Organisierte Suizidbeihilfe: Patientenschützer greifen mit eigenem Gesetzentwurf in politische Debatte ein. Pressemeldung vom 8.5.2014. <https://www.stiftung-patientenschutz.de/news/498/68/Organisierte-Suizidbeihilfe-Patientenschuetzer-greifen-mit-eigenem-Gesetzentwurf-in-politische-Debatte-ein> (Stand: 14.6.2014)

ging dabei auch um seine eigene berufliche Existenz. Angesichts der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten konnte es in vielen Fällen klüger sein, lieber nichts zu tun und damit zusätzlichen Schaden für den Kranken zu vermeiden, als durch eine falsche Behandlung die Krankheit womöglich zu verschlimmern. Für das Ansehen des Arztes, der sich als Fachmann zur Erhaltung des gefährdeten Lebens verstand, wäre die Beihilfe zur Selbsttötung oder gar zur Tötung eines Menschen äußerst abträglich gewesen. Sie wurde deshalb im Eid ebenso abgelehnt wie die Ausführung einer Abtreibung.

Auch wenn der Hippokratische Eid in seiner historischen Zeitgebundenheit betrachtet werden muss, so liegt doch ein bedenklicher Zug gerade in der Debatte um die Sterbehilfe darin, dass neuerdings vermehrt die Forderung laut wird, ausgerechnet Ärzte sollten künftig als Suizidbegleiter tätig werden. Ärzte wüssten schließlich, wie man Medikamente richtig dosiert, und auch im Standesrecht gebe es keine Regel, die dem Arzt die Suizidhilfe verbiete. Dort heiße es nur, dass die Hilfe zur Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspreche. Daran aber müsse sich nicht jeder Arzt halten. Tatsächlich muss sich im pluralistischen Rechtsstaat, dessen „Minimalmoral“ durch das Grundgesetz und dessen fallbezogene Interpretation seitens des Bundesverfassungsgerichts repräsentiert wird, kein Bürger, auch kein approbierter Arzt, zwingend an den ethischen Spezialnormen seines Berufsstandes orientieren, sondern letzten Endes vorrangig am staatlichen Strafrecht.

So sieht das zum Teil auch schon seit Jahren die ärztliche Basis: Nach der bereits erwähnten Umfrage unter 483 Ärzten aus dem Jahr 2008 befürworteten 35 Prozent der Befragten eine Regelung, die es Ärzten ermöglichen würde, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu

unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich sogar für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus. 3,3 Prozent der Ärzte und sogar 4,4 Prozent der Hausärzte gaben an, bereits ein- oder mehrmals Patienten beim Suizid geholfen zu haben.

Schon 2006 hatte der Münchner Rechtsanwalt *Wolfgang Putz* in einem detaillierten Gutachten für die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS), das lange Zeit im Internet zur Verfügung stand, die strafrechtlichen Aspekte einer ärztlichen Suizidbegleitung in Deutschland ausgelotet. In seiner Zusammenfassung kam er zu dem Ergebnis, dass die geltende deutsche Rechtslage bei sorgfältigster Beachtung aller von ihm aufgestellten Kriterien die strafrechtlich nicht zu beanstandende Unterstützung eines Suizids vom Anfang bis zum Ende ermögliche.

Der Präsident der Bundesärztekammer, *Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery*, erklärte noch im Jahre 2012 im Zusammenhang mit dem von der Bundesregierung damals geplanten § 217 StGB, als Sterbehelfer stünden Ärzte auch künftig nicht zur Verfügung. Ärzte hätten Sterbenden beizustehen, es sei ihnen aber verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten oder ihnen Hilfe zur Selbsttötung zu gewähren. Entsprechendes sei in den Berufsordnungen der Ärztekammern klar geregelt.

Doch so klar, wie dies Montgomery behauptete, ist die Sache keineswegs. Infolge der fehlenden Rechtswidrigkeit des Suizids verbietet das deutsche Strafgesetzbuch die beiden lediglich akzessorischen Tatbestände der Anstiftung und Beihilfe nicht, und auch das ärztliche Standesrecht wird hier zunehmend ausgehöhlt. Die Bundesärztekammer hat zwar im Jahre 2011 eine neue Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte erstellt. Doch entfaltet diese Ordnung als solche

keine Rechtskraft. Rechtsverbindlich sind nur die auf dieser Grundlage von den 17 Landesärztekammern verabschiedeten Berufsordnungen für die Ärzte des jeweiligen Bundeslandes.

In § 16 der Musterberufsordnung wurde 2011 ein ausdrückliches standesrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe aufgenommen: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Doch die entscheidenden Sätze 2 und 3 gewinnen erst ihre formale Wirksamkeit, wenn sie in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern übernommen wurden. Und genau hier beginnt das Problem. Denn keineswegs geht die Stimmung in den Bezirks- und Landesärztekammern einhellig dahin, dass alle Ärzte der Meinung wären, Suizidbeihilfe gehöre nicht zu ihren Aufgaben. Vielmehr gibt es durchaus Bestrebungen, den Willen der Bundesärztekammer durch stille Opposition zu unterlaufen.

Nicht zufällig gewählt erscheint hier etwa die Abweichung in der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 26.11.2011, in welcher der Satz „*Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten*“ in den Satz „*Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten*“ relativiert wurde. Wesentlich weiter ging die Bayerische Landesärztekammer, die in der Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9.1.2012 in § 16 die Sätze 2 und 3 aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer gar nicht übernahm. Damit schließt das Bayerische Standesrecht die ärztliche Mitwirkung am Suizid nicht mehr grundsätzlich aus. In gleicher Weise entschied sich die Landesärztekammer Baden-Württemberg in ihrer Berufsordnung vom 10.12.2012. Die Sätze 2

und 3 der Musterberufsordnung, denen zufolge es verboten ist, Patienten auf deren Verlangen zu töten, sowie das Verbot der ärztlichen Mitwirkung bei der Selbsttötung fehlen in der Neufassung gänzlich.

Damit dürften sowohl im Freistaat Bayern als auch in Baden-Württemberg genügend Ärzte bereit stehen, die gegebenenfalls ärztliche Suizidassistenz auf nicht gewerbsmäßige Weise leisten würden. Dies ist ein Novum in der Geschichte der Medizin, nämlich ein bewusster standesrechtlicher Bruch mit jener seit 2400 Jahren gepflegten Tradition des Hippokratischen Eides, die jede Beteiligung an der Tötung oder Selbsttötung eines Patienten kategorisch ausschließt. Indem einerseits Strafrechtler auf das ärztliche Standesrecht und andererseits ärztliche Standesvertreter auf das staatliche Strafrecht verweisen, hat sich bei der ärztlichen Mitwirkung am Suizid eine Strafbarkeitslücke aufgetan, die sowohl in rechtlicher als auch in ethischer Hinsicht bedrückend ist.

Am 12. Mai 2014 erhob die Staatsanwaltschaft Hamburg Anklage wegen Totschlags gegen *Roger Kusch*, den Vorsitzenden der *Sterbehilfe Deutschland*, und seinen psychiatrischen Gutachter, den Bochumer Neurologen und Privatdozenten *Johann Friedrich Spittler*. Gemeinsam mit Dr. Spittler soll Kusch am 10. November 2012 eine 81-jährige und eine 85-jährige Frau in „mittelbarer Täterschaft“ durch die Gabe einer Überdosis des Malariamittels Chloroquin, das über Herzrhythmusstörungen zu einem Herzstillstand führt, getötet haben. Die beiden Frauen waren im Juni 2012 dem Verein *Sterbehilfe Deutschland* beigetreten. Laut Anklage erfüllten sie jedoch nicht die vom Verein geforderten Kriterien für die Unterstützung zur Selbsttötung: Die Frauen hatten weder eine hoffnungslose Prognose, noch hätten sie unter unerträglichen Beschwerden oder

unzumutbarer Behinderung gelitten. Vielmehr habe Dr. Spittler, der regelmäßig für den Verein als Gutachter tätig war, sie als „geistig und körperlich rege“ beschrieben sowie „sozial gut eingebunden“. Ihr Sterbewunsch habe allein auf der Angst vor dem Altern beruht.

Roger Kusch als Vereinsvorsitzendem und Dr. Spittler sei es jedoch darum gegangen, einen juristischen Präzedenzfall zugunsten des assistierten Suizids zu erzwingen. Dr. Spittler habe die Frauen weder über Alternativen noch über Beratungsmöglichkeiten aufgeklärt. Die beiden Frauen hätten seiner ärztlichen Kompetenz vertraut und daher angenommen, sie hätten keine Alternative zum Selbstmord. Daher, so sieht es die Staatsanwaltschaft, hätten die beiden Frauen nicht frei über ihren Tod entschieden. Konkret werden die Ankläger bei der Beurteilung von Dr. Spittlers Gutachten, das er am 13. September 2012 ausfertigte. In diesem sei fälschlicherweise behauptet worden, der Entschluss der beiden Frauen sei „wohlerwogen“ gewesen. Vielmehr habe Spittler, so die Staatsanwaltschaft, den Frauen Informationen vorenthalten, die für eine Wohlerwogenheit ihres Sterbewunsches erforderlich gewesen wären. Er habe sie nicht darüber aufgeklärt, „dass ihre Gründe für den Selbsttötungswunsch von der Vereinssatzung nicht erfasst waren“. Diese Satzung sah damals vor, dass ein begleiteter Suizid vom Verein ermöglicht werden könne „bei hoffnungsloser Prognose, unerträglichen Beschwerden oder unzumutbarer Behinderung“. Nichts davon aber sei bei den beiden Frauen der Fall gewesen.¹⁰⁾

¹⁰⁾ Jeska, Andrea: Ein tödliches Verfahren. Hat Roger Kusch zwei Frauen in den Tod getrieben? Ja, sagt die Staatsanwaltschaft. Dem Ex-Senator droht eine Verurteilung. Im Internet: <http://www.zeit.de/2014/21/hamburg-sterbehilfe-roger-kusch/komplettansicht> (Stand: 26.5.2014)

Es ist jedoch keineswegs ausgemacht, dass es zur Zulassung der Anklage durch das Landgericht Hamburg nach § 203 StPO und am Ende gar zu einer rechtskräftigen Verurteilung der beiden Suizidhelfer kommen wird. Falls es Kusch und insbesondere dem Neurologen Spittler gelingen sollte, ihr Handeln als nicht rechtswidrig darzulegen, dann werden wir mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen müssen, dass mancher Hausarzt in nicht allzu ferner Zukunft neben der ersten auch die letzte Hilfe anbieten wird, eines Tages womöglich noch als reguläre Leistung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Der Fachmann für die Erhaltung des gefährdeten menschlichen Lebens könnte dann zugleich als Experte für dessen vorsätzliche Beendigung in Erscheinung treten, und dies im Namen von Mitleid und Humanität. Welcher Patient wird solchen Ärzten noch sein Vertrauen schenken?

Wenn die Mitwirkung am Suizid eines Bürgers vom Staat legitimiert wird, dann sinkt die subjektive Hemmschwelle, diese Mitwirkung auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Denn der Suizid erfordert immerhin den Mut zum Risiko, auch zum Risiko des Scheiterns. Der assistierte Suizid hingegen verspricht die tödliche Sicherheit des Experten. *Wer Gelegenheit schafft, schafft Nachfrage!*

Hinweis: Der Beitrag basiert auf einen Vortrag, den der Autor beim „Katholischen Aktionskreis für das Leben in der Diözese Rottenburg-Stuttgart (KAL)“ in Verbindung mit der CDL Alb-Donau/Ulm, im Gemeindesaal St. Michael zu den Wengen, Ulm, am 7. Juni 2014 gehalten hat.

Tipp: Die Literaturliste zum Artikel kann bei der Redaktion der „Katholischen Bildung“ angefordert werden.