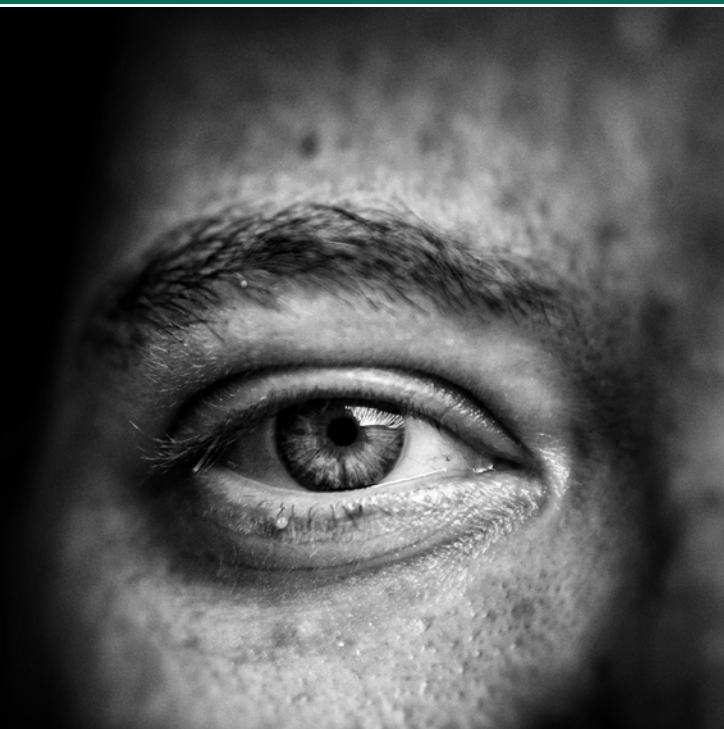




Die Evangelische Allianz
in Deutschland

gemeinsam glauben, miteinander handeln



Die organisierte Beihilfe zum Suizid

Eine Stellungnahme der
Evangelischen Allianz in Deutschland

Vorwort

Die Beihilfe zur Selbsttötung eines Menschen, auch assistierter Suizid genannt, ist ein Thema in unserer Gesellschaft. Mediziner, Juristen, Theologen, Ethiker etc. diskutieren, die Medien nehmen das Thema auf. Aber die Diskussion beschränkt sich längst nicht mehr nur auf Wissenschaft, Rechtsprechung und Politik. Diese sehr persönliche Frage nach der Beihilfe zur Selbsttötung dauerhaft Schwerstkranker ist längst beim Normalbürger angekommen. Menschen wie du und ich sind mit dieser Fragestellung angesichts schwerstpflegebedürftiger Angehöriger konfrontiert. Und natürlich wird auch in Kirchengemeinden diskutiert. Wie positionieren sich Christen in der intensiv geführten Pro- und Contra-Diskussion?

Die vorliegende Schrift der Evangelischen Allianz in Deutschland will Orientierung in dieser existentiellen Fragestellung geben. Dies kann angesichts der Komplexität des Themas nicht in wenigen Zeilen geschehen. Dennoch: Die vorliegende Schrift ist keine umfangreiche wissenschaftliche Erörterung, sondern eine Handreichung für Gemeinden und insbesondere für Menschen, in deren privatem Umfeld sich die Frage nach der Beihilfe zur Selbsttötung stellt.

Ein ganz herzlicher Dank geht an das Autorenteam, insbesondere an Prof. Dr. Christoph Raedel und Pfarrer Eberhard Hoppe, aber auch an alle anderen Personen, die an der Entstehung dieses Textes mitgewirkt haben.

Ekkehart Vetter

Erster Vorsitzender der Evangelischen Allianz in Deutschland

Überblick

<u>Vorwort</u>	<u>3</u>
<u>Zum Anlass dieser Stellungnahme</u>	<u>6</u>
Wir sagen „ja“ dazu	7
Wir sagen daher „ja“	7
Wir sagen „nein“	7
<u>Sterben in Deutschland</u>	<u>8</u>
<u>Als Gottes Geschöpfe leben</u>	<u>10</u>
<u>An den Grenzen des Lebens: Leiden und Tod</u>	<u>12</u>
<u>Sich selbst das Leben nehmen: Die Gründe verstehen</u>	<u>14</u>
Beispiel: „Bilanz-Suizid“ nach „Überschuldung“	15
Beispiel: Mobbing über Soziale Medien	15
Beispiel: Ambivalenz des Todeswunsches	16
Beispiel: Suizid im „Hellen Moment“	16
<u>Die Selbstbestimmung ist begrenzt</u>	<u>18</u>
Beispiel: Gemeinsamer Suizid im Alter	18
Beispiel: Suizid einer Mutter	19
<u>Die Beurteilung des Einzelfalls</u>	<u>21</u>
<u>Nein zum Suizid, zur Beihilfe zur Selbsttötung und zur Tötung auf Verlangen</u>	<u>22</u>
Beispiel: Hirntumor	22
Beispiel: ALS im Rollstuhl	23
Beispiel: Wer bestellt, bezahlt!?	25
<u>Ja zur Sterbegleitung als Fürsorge für das Leben</u>	<u>27</u>
<u>Der Patientenwille</u>	<u>29</u>
<u>Sich loslassen in Gottes Hand – menschenwürdig sterben</u>	<u>31</u>



© Foto von Anna Goncharova von Unsplash

Zum Anlass dieser Stellungnahme

Im Jahr 2015 hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz verabschiedet, in dem die geschäftsmäßige – d.h. auf Wiederholung angelegte – Hilfe zur Selbsttötung (in der Medizin als Suizid bezeichnet) verboten und unter Strafandrohung gestellt wird. Das Gesetz zielte darauf ab, zu verhindern, dass die Selbsttötung und die Hilfe dazu zu einer normalen Todesart wird. Besonders verletzte Menschen und solche, die über ihre Lebenssituation verzweifelt sind, sollten geschützt und Suizide präventiv verhindert werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig und damit für nichtig erklärt. Begründend wird von den Richtern angeführt, dass das Grundgesetz das Recht gewährleiste, „selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden und bei der Umsetzung der Selbsttötung auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen“ (2 BvR 2347/15, S. 61). Die maßgebliche Bedeutung der freien Selbstbestimmung wird in der Entscheidung des Gerichts u.a. mit der Aussage unterstrichen, dass das Verfügungsrecht über das eigene Leben nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände begrenzt sei, sondern grundsätzlich bestehe.

Die Entscheidung der Karlsruher Richter ist von verschiedenen Seiten als Bruch mit dem Erbe des Lebensschutzes – insbesondere ver-

letzlicher Menschengruppen – aufgenommen worden. Sie stellt nicht nur den Gesetzgeber vor die Aufgabe, ein neues Gesetz zu verabschieden, das den Vorgaben des höchsten deutschen Gerichts entspricht. Es stellt zugleich die ganze Gesellschaft vor die Herausforderung, sich im Kontext neu geordneter rechtlicher Möglichkeiten zu orientieren. Darum sind auch Christen aufgefordert, in Bezug auf die Fragen des Suizids bzw. der Beihilfe dazu deutlich zu machen, was ein von Glauben, Hoffen und Lieben geprägtes Gottes-, Welt- und Selbstverständnis hierzu beizutragen hat. Dies leitet sich aus ihrem christlichen Gottes- und Menschenverständnis ab.

Der vorliegende Text bezieht Stellung zu ethischen Fragen am Lebensende, die sich durch die neue Rechtsprechung umso dringender stellen. Ziel ist es (nicht nur, aber in erster Linie), Christen ein begründetes Urteil im Blick auf die Legalisierung der Bei-

hilfe zum Suizid anzubieten und ihnen Wege aufzuzeigen, wie sie im Vertrauen auf den Gott, dem sie ihr Leben verdanken, dieses

bis zum Ende aus seiner Hand nehmen dürfen.

Wir sagen „ja“ dazu

- dass der Mensch als verletzliches und in Beziehungen eingebundenes Geschöpf erschaffen ist;
- dass das Leben den Menschen als zeitliches irdisches Gut anvertraut ist, das von Gott gegeben und genommen wird;
- dass die Menschen in Jesus Christus dazu berufen sind, ihr Leben verantwortlich für Gott und den Nächsten zu leben;
- dass die Barmherzigkeit Gottes sich im Beistand an den schwächsten und verletzlichsten Glieder der Gesellschaft zeigt;
- dass Christen Gott um Weisheit für schwierige Entscheidungen bitten und von seiner Vergebung leben.

Wir sagen daher „ja“

- zu einer wirksamen Suizidprävention;
- zur palliativmedizinischen Begleitung von Menschen im Sterben, zur wirksamen Linderung von Schmerzen, Angstzuständen und Übelkeit;
- zur Achtung des Patientenwunsches, insbesondere im Blick auf Therapieverzicht in Todesnähe oder beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit;
- zum Auftrag der Gemeinde Jesu, Menschen auf der letzten Wegstrecke ihres irdischen Lebens seelsorglich zu begleiten;
- zur Unmöglichkeit, ein letztes Urteil über Menschen zu fällen, die ihren Tod selbst herbeigeführt haben,
- zur Möglichkeit, sie kirchlich zu bestatten.

Wir sagen „nein“

- zur Absolutsetzung der menschlichen Selbstbestimmung, weil der Mensch Gottes Geschöpf ist;
- zu Tendenzen schwindender Solidarität, die nicht Leiden mindern, sondern die Leidenden beseitigen möchten;
- zur Akzeptanz des Suizids, auch durch Regelungen, die Beihilfe zum Suizid als Normalität erscheinen lassen.
- zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen.



© Foto von Sharon McCutcheon von Unsplash

Sterben in Deutschland

Das Sterben gehört zum Leben, weil das irdische Leben endlich ist. Als Geschöpf leben heißt für den Menschen, im Angewiesensein auf Gott und im Vertrauen auf seine Güte leben und sterben zu dürfen. Die Vorstellungen davon, was ein „gutes“ Sterben ist, haben sich über die Jahrhunderte sowohl in der Gesamtgesellschaft als auch in den christlichen Glaubensgemeinschaften gewandelt. Bis in die Neuzeit hinein fürchteten Menschen den „schnellen, bösen“ Tod, der keine Zeit dazu ließ, die irdischen Verhältnisse zu ordnen und sich darauf vorzubereiten, vor Gott zu stehen. Die Angst vor dem Tod hing mit dem zusammen, was man nach dem Tod erwartete. Die heute geäußerten Befürchtungen beziehen sich dagegen vor allem auf das körperliche Erleben des Sterbeprozesses, also darauf, Schmerzen, Atemnot und Übelkeit erleiden zu müssen, und einer Apparatedizin ausgesetzt zu sein, die das Sterben hinauszögert. Es geht primär um die Angst vor dem, was einen unmittelbar vor dem Tod erwartet, während das, was danach kommt, für die meisten – auch für viele Christen – im Umgang mit Sterben und Tod nur noch von geringer Bedeutung zu sein scheint. Viele Menschen äußern den Wunsch, nicht im Krankenhaus, sondern im

ihnen vertrauten häuslichen Umfeld sterben zu dürfen. Die Realität ist eine andere: Über 75 % der Deutschen sterben im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung.

Die steigende Lebenserwartung in unserem Land führt einerseits zu einer Verlängerung der Lebensphase, in der Menschen sich als selbstbestimmt und aktiv erleben. Zugleich steigt die Wahrscheinlichkeit, in einer letzten Lebensphase schwer zu erkranken und dabei körperlich und/oder geistig so abzubauen, dass eine ständige Pflege und Betreuung erforderlich wird. Insbesondere Demenzerkrankungen können fortschreitend zum Verlust der Fähigkeit führen, bewusst am sozialen Leben teilzunehmen und grundlegende Körperfunktionen zu kontrollieren. Die längere Lebenserwartung verdankt sich unter anderem der gestiegenen medizinischen Kompetenz, Krankheitsverläufe besser vorhersagen und behandeln zu können. Die Möglichkeit, auch schwer verlaufende Krankheiten behandeln, Infektionen wirksamer abwehren und die Pflegemaßnahmen optimieren zu können, führt dazu, dass der unumkehrbar zum Tod führende Sterbeprozess sich unter Umständen über längere Zeit hinzieht, weil die noch vorhandenen Le-

benskräfte mit medizinischer Unterstützung ausgeschöpft werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt der Wunsch nach einem längeren Leben in die Befürchtung um, dass das Eintreten des Todes unnötig hinausgezögert und das Sterben so erschwert wird. Dazu kommt eine stärkere Betonung der menschlichen Autonomie, die ihren Ausdruck in dem Anliegen findet, den Tod bereits vor dem Eintreten in die Sterbe-

phase selbstbestimmt (ggf. mit Hilfe Dritter) herbeiführen und so dem mit schwerer Krankheit befürchteten Autonomieverlust entgehen zu können. Das Eintreten für Hilfe zum Suizid bezieht sich dann auch nicht auf die begrenzte Gruppe schwer oder unheilbar erkrankter Menschen, sondern möchte prinzipiell allen daran interessierten Menschen die Möglichkeit eröffnen, „selbstbestimmt“ über ihr Lebensende zu verfügen.



© Foto von Ricardo Gomez Angel von Unsplash

Als Gottes Geschöpfe leben

Das menschliche Leben ist ein Geschenk Gottes, mit dem jeder Mensch, durch Gottes Ja zu einem Du, zur Person wird. Dies unterscheidet den Menschen von allen anderen Geschöpfen. Vom Schöpfer angesprochen ist der Mensch dazu begabt und beauftragt, als Gottes Repräsentant die Erde zu gestalten und zu bewahren (1. Mose 1, 27-28; 2,15). Die Würde des Menschen besteht darin, als ein von Gott angesprochenes, in sein Ebenbild erschaffenes Geschöpf von Gott bejaht zu sein und in Gemeinschaft mit und für ihn leben zu dürfen.

Als Geschöpf ist der Mensch ein endliches Wesen. Dies bedeutet zuallererst: nicht selbst Gott, sondern Geschöpf zu sein, das sein Leben Gott verdankt. Die Endlichkeit des Lebens zeigt sich eindrücklich am Leib des Menschen: Als Leib ist der Mensch erdgebunden, er muss Nahrung aufnehmen und ausscheiden, er braucht den Wechsel von Wach- und Schlafzeiten, seine irdischen Lebenstage sind gezählt, d.h. endlich. Die Bibel sagt dazu: Der Mensch ist vom Staub der Erde genommen (1. Mose 2, 7).

Doch dieser „Erdling“ ist mit Gottes Lebensodem begabt (1. Mose 2, 7). Als Gottes Ebenbild empfängt er vom Schöpfer eine Freiheit, die den Charakter Gottes widerspiegelt. Es ist die Freiheit, für Gott und für den Mitmenschen da zu sein, anders gesagt: sich zu Gottes Ansprache in seinem Wort verantwortlich zu verhalten. Das bedeutet: Der Mensch empfängt keine absolute, sondern eine endliche Freiheit, aber als Repräsentant

Gottes. Sie findet ihren höchsten Ausdruck darin, für Gott verfügbar, auf seine Beauftragung in der Welt hin ansprechbar und damit auch ihm verantwortlich zu sein. Frei ist der Mensch also gerade in der Bindung an Gott und in der Wahrnehmung seiner Verantwortung für sein und das Leben anderer. Diese Freiheit wird in ihren Widersinn verkehrt, wenn sie nicht zur Gestaltung des Lebens, sondern zur eigenmächtigen Verfügung darüber gebraucht wird.

Ausdruck dieser Verantwortung ist das gehorsame Hören auf Gottes Weisungen zur Gestaltung des Lebens. Der aus dem Hören kommende „Gehorsam des Glaubens“ (Römer 1, 5) wird von Paulus als „ein lebendiges Opfer“ dargestellt (Römer 12,1ff.), das Gott geheiligt und ihm wohlgefällig ist. Im Neuen Testament kann diese Hingabe an Gottes Auftrag und die Nöte der Menschen auch den eigenen Tod bedeuten. Auch Jesus rechnet damit, dass seine Nachfolger ihr Leben „um

seinetwillen oder um des Evangeliums willen“ verlieren können (Markus 8,35). Daran wird deutlich, dass die Bewahrung des eigenen Lebens nicht letztes Ziel einer christlichen Ethik sein kann.

Die Liebe zu Gott und zum Nächsten setzt die Bereitschaft voraus, das eigene Leben oder das eigene Lebensglück zurückstellen zu lassen. Auch der Apostel Paulus selbst hat nach seiner Hinwendung zu Christus sein ganzes Leben als Dienst am Evangelium verstanden. Für ihn schließt ein solches Verständnis die Bereitschaft ein, im äußersten Fall sein Leben auch für Christus loszulassen: „Und selbst wenn ich sterben muss und mein Blut wie Opferblut vergossen wird im Dienst für euren Glauben, so bin ich doch voller Freude. Ja, ich freue mich mit euch allen.“ (Philipper 2, 17) Der Ausdruck „Opfer“ umfasst somit die Hingabe des Lebens im Dienst für andere in der Gewissheit, dass selbst das Erleiden des Martyriums nicht von der Liebe Gottes zu trennen vermag.

Vorgebildet ist dieses Verständnis im Leben von Jesus Christus, dem Mensch gewordenen Gottessohn. Das Johannes-Evangelium hebt hervor, dass in der Hingabe des Lebens Jesu die Liebe Gottes zu den Menschen ihren tiefsten Ausdruck findet: „Niemand hat größere Liebe als die, dass er sein Leben lässt für seine Freunde“ (Johannes 15, 13). Hier spricht Jesus davon, dass seine Liebe sich darin erweist, das eigene Leben nicht festzuhalten, sondern es im Erleiden des Todes in die Hände des Vaters zurückzulegen:

„Vater, ich befehle meinen Geist in deine Hände!“ (Lukas 23, 46). Und Paulus ermutigt in dieser Gesinnung von Jesus zu leben (Philipper 2,5), also seine Liebe zu Gott und dem Nächsten bis zur Preisgabe des eigenen Lebens einzusetzen – aber das bedeutet nicht aktive Selbsttötung, sondern die Bereitschaft, im Dienst der Liebe zu sterben (etwa in der selbstlosen Pflege von Kranken in einer Notsituation) oder gar getötet zu werden.

Dieses opferbereite Verständnis vom Leben und diese Haltung zum Lebensende unterscheiden sich von der Forderung nach einem selbstbestimmten Sterben. Vielmehr geht es darum, sich im Vertrauen auf Gott und im Dienst für den Nächsten von Gott führen zu lassen. Daher ist der selbst gewählte Suizid nicht Ausdruck verantwortlichen Freiheitsgebrauchs, sondern die Weigerung, Gott als Schöpfer und Herr über das eigene Leben und Sterben anzuerkennen. Es geht also um die Alternative, sein Leben aus Gottes Hand zu empfangen und sich in Gottes Ja zu jedem Menschenleben geborgen zu wissen, oder Gott nicht als Schöpfer und Herrn über das Leben anzuerkennen. Darum ist höchste Wachsamkeit geboten, wo direkt oder indirekt Menschen dazu gedrängt werden, für ein scheinbar höheres Ziel (die Entlastung der eigenen Familie, der Pflegekassen etc.) ihr Leben zu beenden.



© Foto von Aron Visuals von Unsplash

An den Grenzen des Lebens: Leiden und Tod

Gott lädt die von ihm geschaffenen Menschen dazu ein, das Leben als Geschenk anzunehmen, indem er seine Nähe und seine Gegenwart bis zum Ende verspricht. Gott und den Nächsten zu lieben, bedeutet, Ja dazu zu sagen, dass es einen Nächsten als Geschöpf gibt. In der Sünde verweigert sich ein Mensch diesem Ja: Sie drückt als Rebellion gegen Gott aus, dass Gott nicht (Herr) sein möge (1. Mose 3) und verkehrt die Achtung des Nächsten in Gleichgültigkeit, Ablehnung und Hass (1. Mose 4). Nach biblischem Zeugnis ist der Tod eine Konsequenz der Sünde (Römer 6, 23). Zur Signatur dieser gefallenen Welt gehört die irdische Vergänglichkeit des Lebens, damit auch Schmerzen, Leiden und Tod.

Jesus von Nazareth, der Mensch gewordene Gottessohn, stellt sich Sünde und Tod entgegen, weil sie das Leben verderben. Das zeigt sich auch darin, dass seine Verkündigung des Evangeliums nicht nur den Ruf zur Umkehr beinhaltet, sondern von Heilungen, Dämonenaustreibungen und Totenaufweckungen begleitet ist (Markus 1, 34), die das umfassende Heilsein (d.h. den Schalom Gottes), das Gottes Intention entspricht, abbilden. Das Reich Gottes, das Jesus verheißt und das in seinem Wirken anbricht, bezeichnet eine Wirklichkeit, in der der Tod besiegt (1. Korinther 15, 54) und die Vergänglichkeit überwunden sein werden (1. Korinther 15, 53). Andere Texte des Neuen Testaments sprechen davon, dass Gott in seiner neuen Welt alle Tränen abwischen wird und dass es weder Leid noch Tod geben wird (Offenbarung 21, 14).

Christen führen ihr Leben im Horizont dieser Verheißungen. Sie werfen darum das ihnen anvertraute, auch das ihnen zugemutete Leben nicht weg, sondern suchen das Geschenk des Lebens verantwortlich zu gestalten, bis Gott ihrem Leben ein Ende setzt. Neben dem Gebet um Bewahrung und Genesung sind daher ein der Gesundheit zuträglicher Lebenswandel und die dankbare Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Ausdruck christlicher Lebensbejahung. Die christliche Hoffnung richtet sich auf die Überwindung des Leidens durch Gott. Das bedeutet nicht, dass Christen vor der Wirklichkeit des Leidens die Augen verschließen. Sie halten aber daran fest, dass selbst das schwerste Leid nicht die Sinnhaftigkeit des Lebens infragestellt. Sie ist nicht vom menschlichen Tun abhängig sondern von Gottes „Tragen“ und Bejahen seiner Schöp-

fung (Hebräer 1, 3). Das prinzipielle Ja zum Leben bedeutet aber andererseits nicht, Krankheiten um jeden Preis heilen oder gar die Endlichkeit des Lebens überwinden zu wollen. Gottes Ja zum Leben des Menschen zeigt sich in der Perspektive der Erlösung auch in seiner Indienstnahme des Leidens, genauer: in Gottes Ja zum Leiden und Auf-erstehen seines Sohnes Jesus Christus. Das Tiefste, was vom christlichen Glauben her zur Erfahrung des Leidens zu sagen ist, besteht in dem Bekenntnis, dass Gott im Sterben seines Sohnes den Tod besiegt und die Versöhnung der Welt bewirkt hat (Kolosser 1, 22). Der leidende Christus nimmt die Sünde der Welt auf sich, gibt sich selbst in den Tod und überwindet durch sein Sterben den Tod, wie seine Auferweckung von den Toten erweist.

Von diesem für ihren Glauben grundlegenden Geschehen her können Christen Krankheiten, Leiden und Sterben in ihr Leben aufnehmen und sind offen dafür, auch in zutiefst tragischen Schicksalen einen Sinn zu finden. Vor allem aber widersprechen sie der Auffassung, dass die Erfahrung von Leid an

sich menschenunwürdig und ein von der Tragik schwerer Not gezeichnetes Leben unwertes Leben sei. Vielmehr sind Christen dazu berufen, Kranken und Sterbenden, einsamen und verzagten Menschen beizustehen, sie in ihrer Not zu pflegen, zu trösten und auf Christus hin auszurichten (Lukas 10, 37 b). Dem christlichen Glauben entsprechen von diesen beiden Perspektiven her weder menschliche Allmachtsphantasien, was das Ende allen Leidens angeht, noch eine willenlose Ergebung in das Leid (Fatalismus). Vielmehr ist der Glaube seinem Wesen nach Vertrauen auf den Gott, der sich in Jesus Christus der Gebrochenheit dieser Welt ausgesetzt, die Todesschmerzen auf sich genommen und als Auferstandener den Tod besiegt hat. In der Gemeinschaft mit dem Auferstandenen wissen Christen ihr Leben in Christus geborgen und sind getragen von der Gewissheit, dass sie nichts, weder Leiden noch Tod, von der Liebe Gottes trennen kann (Römer 8, 38-39).

Sich selbst das Leben nehmen: Die Gründe verstehen

Ein Suizidversuch ist „eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung eines Menschen mit der Absicht, sein eigenes Leben zu beenden“.¹ 90 % der Suizidversuche scheitern, was nicht ausschließlich als verbreitetes Missgeschick, sondern auch als Appell an die Umwelt verstanden werden muss. Sie sollen auf eine subjektiv empfundene Hilfs- bzw. Perspektivlosigkeit aufmerksam machen. Nach einem Suizidversuch gerettete Menschen unternehmen zu über 80 % keinen zweiten Versuch mehr. Das belegt, dass die Absicht eines Suizid sehr starken Schwankungen unterliegt und Menschen, die ihre Situation als aussichtslos empfinden, wieder Lebensmut schöpfen können.

Von solchen „Appell-Suiziden“ sind die sehr viel selteneren sogenannten „Bilanz-Suizide“ zu unterscheiden. Beim Bilanz-Suizid wird die aktuelle Lebenssituation nach eingehender Überlegung als endgültig unerträglich eingeschätzt. Der Wille, durch den Suizidversuch aus dem Leben zu scheiden, gilt als wohlerrwogen und definitiv. Allerdings kann sich auch in einem Bilanz-Suizid eine Ambivalenz hinsichtlich der Absicht zur Lebensbeendigung finden. Gewinnen andere Menschen Zugang zur Verzweiflung des Suizidenden, dann ist es sehr häufig möglich, diesen in Gesprächen und mit konkreten Unterstützungsangeboten aus seiner inneren Not herauszuführen und zum Weiterleben zu ermutigen.

1. Neitzke, G., Coors, M., Diemer, W. et al., Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe, Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). In: Ethik in der Medizin 25 (2013), 352.

Beispiel: „Bilanz-Suizid“ nach „Überschuldung“

Der Malermeister S. hat seine kleine Firma schon seit Jahren an der Grenze zur Insolvenz geführt. Jetzt ist er nicht mehr in der Lage, seine Rechnungen zu bezahlen. Er hat kein Geld mehr, neues Material zu kaufen. Damit kann er keine Aufträge mehr annehmen. Mit seinen 57 Jahren sieht er keinen anderen Ausweg mehr, als sich das Leben zu nehmen. Alle seine Mahnungen und Schuldbriefe breitet er auf seinem Schreibtisch aus. Dann setzt er sich in seinen Schreibtischsessel und trinkt 1,5 Liter Pflanzenschutzmittel. Am nächsten Morgen finden ihn so seine Mitarbeiter vor.

Suizidversuche kommen in allen Altersstufen vor. Was die Altersgruppen voneinander unterscheidet, sind die jeweils vorherrschenden Konfliktlagen. Bei Jugendlichen sind es häufig Erfahrungen von tief empfundenen Kränkungen (eine gescheiterte Beziehung, anhaltendes Mobbing u.ä.), im mittleren Lebensalter können als ausweglos eingeschätzte Lebenssituationen (wie

Partnerschaftskonflikte) oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen und/oder chronischen Erkrankung maßgeblich sein. Im höheren Lebensalter ist die Erkenntnis, dass das Leben sich seinem Ende zuneigt, dass die Kräfte nachlassen und die soziale Teilhabe sich verringert, für Suizidabsichten von Bedeutung.

Beispiel: Mobbing über Soziale Medien

Ein 14-jähriges Mädchen wird über Handy aufgefordert, sich nackt zu fotografieren. Alle in der Klasse würden das machen. Sie macht das Foto und schickt es weg. Am Tag darauf findet sie eine Rundmail an alle Freunde und Bekannten, Klassenkameraden und Lehrer mit ihrem Bild und darunter Bemerkungen, wie hässlich sie doch sei. Daraufhin schämt sie sich so sehr, dass sie nicht mehr in die Schule geht, sich zu Hause einschließt und nach fünf Tagen von einer Brücke springt. Insbesondere der oft mit Schamgefühlen verbundene Rückzug in die soziale Isolation begünstigt einen Suizid.

Die erwähnten Problemlagen legen nahe, dass die wenigsten Suizide Ausdruck einer freiverantwortlichen Willensbildung sind. Suizidales Verhalten geht tatsächlich in bis zu 90 % der Fälle mit psychischen Störun-

gen einher², auch wenn die Diagnose, ein Mensch sei depressiv, davon abhängt, wie eng oder wie weit diese Kategorie gefasst wird.

2. So das Ergebnis einer Auswertung von 27 Studien: Arseneault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G., Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides. A Meta-analysis, BMC Psychiatry 37/4 (2004); <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37>

Beispiel: Ambivalenz des Todeswunsches

Zwei 16- und 18-jährige Brüder sind seit Jahren in einer Jugend-Szene, die Heavy Metal-Musik hören, satanistische Praktiken ausüben und nur schwarze Kleidung tragen. Seit 8 Monaten ist nun der jüngere Bruder depressiv geworden und plant seinen Suizid: Er will von einer Brücke auf die Bahn-Gleise springen. Sein älterer Bruder lässt sich durch ihn überzeugen, es ihm gleichzutun.

Eines Tages gegen 22:00 Uhr stehen beide in der Nähe des Bahnhofes am Gleis und warten auf den Zug. Der jüngere Bruder, der alles geplant hatte, bekommt plötzlich „Muffen-Sausen“ und bittet seinen älteren Bruder, er möge ihn doch „Schubsen“, dann könne er ja selber hinterherspringen.

Der Ältere schubst den Jüngeren, der sofort vom Zug erfasst und getötet wird, und dann traut sich der Ältere nicht mehr, nachzuspringen und bleibt an den Gleisen.

In der öffentlichen Diskussion erscheint der Suizid zumeist mit dem höheren Lebensalter und einem absehbar fortschreitenden Krankheitsverlauf verbunden. Die organisierte Beihilfe dazu adressiert vornehmlich Menschen mit zum Tod führenden oder

neurodegenerativen Erkrankungen (wie fortschreitender Demenz), die aus dem Leben scheiden wollen, bevor sie in ein Stadium des Siechtums und der Pflegebedürftigkeit eintreten.

Beispiel: Suizid im „Hellen Moment“

Herr S. ist Anfang 80. Er ist selbstbestimmt, rüstig, sportlich, vital und intellektuell aufgeschlossen. Eines Tages findet er nicht mehr nach Hause. Er verirrt sich öfter und sucht in der Stadt sein Auto. Er vergisst, einzukaufen und wundert sich über den leeren Kühlschrank. Eine Untersuchung beim Arzt ergibt zunächst kein klares Bild. Bereits nach wenigen Monaten ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass er nicht mehr allein leben kann. Mehrere Stunden am Tage kann er sich an nichts mehr erinnern. In der Klinik wird „Altersdemenz“ diagnostiziert. Der Arzt teilt ihm diese Nachricht mit. In derselben Nacht schreibt er einen Abschiedsbrief in einem „hellen Moment“ und springt aus dem Fenster des vierten Stockwerks.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts reicht jedoch deutlich weiter. Durch die Aufhebung des Gesetzes bedeutet z.B. in den geschilderten Fällen, dass für die am Leben verzweifelten Menschen die Hilfe zum Suizid ohne größere Barrieren erreichbar ist. Faktisch soll ein geäußerter Sterbewunsch nicht nur passiv-zulassend, sondern aktiv-zustimmend bewertet werden. Während also

viele Menschen beim assistierten Suizid an die willentlich herbeigeführte Beendigung eines von Schmerzen, Krankheit und Ausweglosigkeit geprägten Lebens denken, schafft der Richterspruch einen weit darüberhinausgehenden prinzipiellen Rechtsanspruch auf Hilfe zum Suizid unabhängig von den konkreten Lebensumständen.

„Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist als Ausdruck personaler Freiheit nicht auf fremd-definierte Situationen beschränkt. Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist.“ (2 BvR 2347/15, S. 63)

Jeden Sterbewunsch lediglich zu akzeptieren und darauf zu verzichten, die beabsichtigte Selbsttötung nach Möglichkeit abzuwenden oder gar zu assistieren, ist jedoch aus christlicher Sicht keine tragfähige Antwort auf tragische Lebenssituationen. Suizidales Handeln widerspruchlos hinzunehmen ist

vielmehr Symptom einer sich entsolidarisierenden Gesellschaft, die damit ausgerechnet ihre schwächsten und verletzbarsten Glieder sich selbst überlässt. Dem Ja zum Leben entspricht vielmehr das Anliegen, Menschen in tragischen Lebensumständen Perspektiven zu eröffnen und Ermutigung zu geben.



© Foto von Jake Colling von Unsplash

Die Selbstbestimmung ist begrenzt

Das Eintreten einiger zumeist dem atheistischen Humanismus zuzuordnenden gesellschaftlicher Gruppen zugunsten einer Legalisierung der Beihilfe zum Suizid wird zentral mit dem Recht jedes Menschen auf eine selbstbestimmte Lebensführung begründet. Dabei wird auch das Verlangen nach organisierter Hilfe zum Suizid als Ausdruck menschlicher Autonomie (Selbstbestimmung) verstanden.

Beispiel: Gemeinsamer Suizid im Alter

Ein Ehepaar, sie ist 92 Jahre, er 95 Jahre alt, beschließen gemeinsam, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Er ist im fortgeschrittenen Alter sehr vergesslich geworden und hat die Diagnose einer beginnenden Demenz erhalten. Sein Rheuma erlaubt es ihm kaum noch zu gehen. Seine Schmerzen erscheinen ihm unerträglich. Die Frau leidet seit sieben Jahren an einer Niereninsuffizienz und muss daher wöchentlich drei Mal zur Dialyse. Sie ist außerdem Diabetikerin mit immer wieder lebensbedrohlichen Entgleisungen der Blutzuckerwerte. Sie haben ihr Leben gelebt, wunderschöne Reisen gemacht und viel erreicht. Jetzt empfinden beide ihre Situation als unerträglich. Beide wollen aber den jeweils anderen nicht allein zurücklassen. Sie fahren darum in die Schweiz, wo die assistierte Selbsttötung schon lange legal ist, und werden dort bei ihrem Sterbewunsch begleitet. Durch eine vom Ehemann gestartete Infusion, gemeinsam im Bett liegend und einander an den Händen haltend, scheiden sie aus dem Leben. Ihren gemeinsamen Entschluss haben sie für sich behalten. Sie wollten den Menschen in ihrem Umfeld nicht die Chance geben, sie von ihrem Entschluss abzubringen.

Es liegt in der Logik dieses Arguments, dass keine schwere Krankheit oder gar Todesnähe gegeben sein muss, um einen Suizid zu

rechtfertigen. Das Recht auf Hilfe zum Suizid soll gerade auch im Blick darauf geltend gemacht werden, dass möglicherweise eine

Krankheit diagnostiziert wird, die im fortgeschrittenen Stadium zum Verlust der Selbstbestimmung führt. Hier geht es vornehmlich darum, den richtigen Zeitpunkt nicht zu verpassen, um bei noch erträglicher Lebensqualität und in bewusster Absicht den Tod herbeiführen zu lassen, bevor die erkrankte Person ihren Willen nicht mehr (verständlich) äußern kann. Mit der Betonung der menschlichen Selbstbestimmung ist der Anspruch verbunden, Lebenszustände definitiv bewerten zu können und dabei auch zu dem Urteil zu gelangen, ein Leben sei nicht mehr menschenwürdig zu führen, der subjektiv empfundene Zustand damit lebensunwert. Hier wird geltend gemacht, dass dieser

Mensch mit seiner Umwelt nicht mehr zu kommunizieren in der Lage sei, seine Selbstbestimmung also nicht mehr ausüben könne. Hier liegt ein Menschenbild zugrunde, bei dem die Würde des Menschen an dessen Vernunfttätigkeit bzw. an die Aktivierung des Selbstbewusstseins gebunden ist. Voraussetzung dafür, Hilfe zum Suizid zu erhalten, soll einzig die reife Überlegung des Suizidenten sein. Eine solche Engführung im Menschenbild ist jedoch unvereinbar mit dem christlichen Verständnis vom Menschen als Gottes Geschöpf. Sie würde ja auch konsequenterweise Säuglingen und Kindern bis zu einem gewissen Alter die Menschenwürde absprechen.

Beispiel: Suizid einer Mutter

Frau K. ist 46 Jahre alt, sie war bereits 21-mal in der Psychiatrischen Klinik. Sie ist hochgradig depressiv und suizidgefährdet.

Nach der letzten 6-wöchigen Klinik-Kur soll sie am Montag entlassen werden. Am Samstagabend springt sie von einem Baugerüst. Als die Familie die Todesnachricht überbracht bekommt, ist große Hilflosigkeit zu spüren, obwohl die psychische Labilität der Mutter bekannt war. Die 17-jährige Tochter: „Wir haben doch über die Jahre so viel für die Mutter getan! Wie kann Sie uns das antun? Wie soll es jetzt weitergehen?“

Im „humanistischen“ Menschenbild werden die für menschliches Leben konstitutiven Daseinsbedingungen verkannt, wonach der Mensch ein verletzliches und auf Beziehungen zu anderen angewiesenes Geschöpf ist. Seine soziale Natur schließt dabei sowohl solche Beziehungen ein, die, wie etwa Ehepartner und Freude, selbst gewählt sind, als auch solche, die nicht selbst gewählt wurden, wie Eltern, Verwandte und Geschwister. Nach christlicher Überzeugung verwirklicht sich die endliche Freiheit des Geschöpfes Mensch in den für diese Gemeinschaftsbeziehungen charakteristischen Bindungen

und Verantwortlichkeiten, vor allem aber in der Beziehung zu Gott. Es ist eine Illusion anzunehmen, dass ein Mensch, der über sein Lebensende zu verfügen beansprucht, sich damit einfach aus dem Leben verabschieden kann. Begeht ein Mensch Suizid – mit oder ohne Hilfe eines anderen Menschen, dann nimmt er damit in Kauf, dass ihm nahestehende Menschen nach einem plötzlichen Suizid mit Schuldgefühlen zu kämpfen haben, die sich nach einem natürlichen Tod von Angehörigen nicht in gleicher Weise einstellen. Die Verantwortung für das eigene Leben schließt die Fürsorge für das anderer

Menschen ein, deren Leben Gottes Gabe ist, unabhängig davon, ob sie dies so für sich sehen oder nicht.

Der Anspruch auf absolute Selbstbestimmung deckt sich schon nicht mit dem Le-

bensbeginn und scheitert in letzter Instanz an Gott, dem Schöpfer und Herrn über das Leben. Ihm ist er Rechenschaft schuldig (Hebräer 9, 27).



Die Beurteilung des Einzelfalls

Die Ablehnung des Suizids war in den christlichen Kirchen über Jahrhunderte hinweg begleitet von der Verurteilung des Suizidenten. Die Selbsttötung galt als eine besonders schwerwiegende Sünde, weil sie an der Schwelle zur Ewigkeit verübt wird. Dies hatte weitreichende theologische und soziale Konsequenzen, für die allgemein sichtbar die Verweigerung eines christlichen Begräbnisses stand.

Der Ausschluss des Suizidenten aus der christlichen Gemeinschaft (der Lebenden und Toten) verkennt jedoch den Charakter des Gottesgerichts. Gott beurteilt nicht nur einzelne Taten, sondern Personen, die mit ihrem ganzen Leben vor Gott erscheinen. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass Gott zwar Sünden vergibt, nicht jedoch die Sünde des Suizids. Außerdem ist sie oft Folge einer psychischen Erkrankung. Was einen in seiner Verzweiflung zum Äußersten entschlossenen Menschen in der Tiefe seines Herzens bewegt, ist menschlicher Einsicht verborgen, nicht aber Gott, der die Herzen prüft.

Aus christlicher Sicht ist beides anzuerkennen und festzuhalten: Gott ist der Schöpfer und Herr über das Leben. Wer sich das Leben nimmt, der reißt an sich, was Gott gehört und worüber Gott zu verfügen beansprucht. Die Beendigung des eigenen Lebens ist die Weigerung, sich von Gott in einer Situation tragen zu lassen, die unerträglich scheint.

Zugleich beauftragt Christus seine Gemeinde, Menschen in tragischen Lebensumständen zu begleiten und sich auch dann nicht von ihnen abzuwenden, wenn sie das Verlangen äußern, durch eigenes Tun aus dem Leben scheiden zu wollen. Wenn auch Christen dieses Tun nicht befördern oder unterstützen können, sind sie doch dazu berufen, dem Verzweifelten in Wort und Tat den Gott zu bezeugen, der sich in Jesus Christus der Tragik menschlichen Lebens ausgesetzt hat. Auch die Begleitung der Angehörigen gehört dazu.



© Foto von Gary Meulemans von Unsplash

Nein zum Suizid, zur Beihilfe zur Selbsttötung und zur Tötung auf Verlangen

Von der Christen, christlichen Gemeinden und Einrichtungen aufgetragenen Begleitung kranker und sterbender Menschen sind die Beihilfe zum Suizid sowie die Tötung auf Verlangen zu unterscheiden. Beide Bezeichnungen lassen erkennen, dass es hierbei um die Tötung eines Menschen geht. Ein wichtiger Unterschied zwischen beiden besteht darin, dass beim assistierten Suizid die Tat im Wesentlichen beim Suizidenten liegt, auch wenn ein Dritter Hilfe leistet, während bei der „Tötung auf Verlangen“ die Tat vom Dritten vollbracht wird.

Beispiel: Hirntumor

Ein Mann 52 Jahre alt, war immer in der Firma erfolgreich und zu Hause unersetzlich. Er bekommt eine Krebserkrankung, die behandelt wird. Zwei Jahre später flackert sie wieder auf. Alle Therapien können den Verlauf nur verlangsamen, nicht aber stoppen. Mit 59 Jahren geht es dem Ende zu. In einem Seelsorgegespräch teilt er dem Pfarrer mit, dass er seinem Leben nun ein Ende setzen werde, da er es seinen Angehörigen nicht mehr zumuten könne, ihn so schwach zu sehen. Es gelingt in mehreren Gesprächen, auch mit seiner Frau und den Kindern, die schwere Zeit, die nun auf sie zukommen wird, gemeinsam zu gestalten. Beratung und Hilfsangebote werden aktiviert und erfolgreich in den Alltag der Familie integriert. Vor allem eine stetige Gesprächsbegleitung bringt Ermutigung und gegenseitiges Verständnis.

Diese Unterscheidung ist vor allem juristisch von Bedeutung, weil die Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB eine Straftat ist, wäh-

rend die Suizidbeihilfe nicht unter Strafe steht.

Für eine ethische Beurteilung aus christlicher Sicht sind jedoch Aspekte von Bedeutung, die diese rechtliche Unterscheidung zurücktreten lassen. So bedürfen beide Handlungen einer Mitwirkung Dritter, sind damit nicht einfach Ausdruck individueller Selbstbestimmung, sondern haben sozialen Charakter. Eine Mitwirkung an einer

Tötungshandlung, die regelmäßig straffrei bleibt, ebnet den Weg hin zu einer Normalisierung der Hilfe zum Suizid und lässt diese als eine moralisch gerechtfertigte Tat erscheinen, z.B. als Alternative zur palliativen Pflege. Dadurch wird der Unrechtscharakter der Suizidbeihilfe verdunkelt.

Beispiel: ALS im Rollstuhl

Frau G. hat Amyotrophe Lateral Sklerose (ALS), eine fortschreitende Erkrankung, bei der die Nervenbahnen mehr und mehr gelähmt und Nervenzellen abgebaut werden, wodurch es zu Lähmungen kommt. Erst kann sie nicht mehr gehen, dann nur noch sitzen, die Arme versagen, das Schlucken wird immer schwieriger und schließlich will die Atemmuskulatur nicht mehr richtig funktionieren. Frau G. kann kaum mehr sprechen. Sie ist kurzatmig. Sie bittet ihre Freundin, ihr doch ein ganzes Päckchen Schlaftabletten in einem Glas Wasser aufzulösen und ihr mit dem Trinkhalm so auf den Tisch vor ihr zu stellen, dass sie das Glas austrinken kann.

Was soll die Freundin machen? Stellt sie ihr das Glas so hin, ist es „assistierter Suizid“. Gibt sie ihr das Glas zu trinken direkt in den Mund, dann ist es „Tötung auf Verlangen“. Oder versucht sie stattdessen im Gespräch zu erkunden, was genau der Freundin Angst macht und steht ihr im Sterben bei, ohne an der Herbeiführung beteiligt zu sein.

Die Legalisierung der Hilfe zum Suizid kommt dem Versuch gleich, Ausnahmen vom Tötungsverbot festzuschreiben. Doch ist es Ausnahmen eigen, dass sie sich nicht regeln lassen, denn sobald das geschieht, wird damit eine neue Regel gebildet, die über kurz oder lang als Teil der Norm verstanden wird. In der Perspektive christlicher Ethik gesprochen: Es mag Einzelfälle von Suizidbeihilfe als ultima ratio geben, in denen man sich unter Würdigung der konkreten Umstände eines Urteils enthält. Das aber ist etwas gänzlich anderes als eine Suizidbeihilfe moralisch für erlaubt zu halten. Das aufgrund der komplexen Zusammenhänge Unregelbare lässt sich auch durch Gesetzesnormen nicht regeln, ohne damit die Norm selbst zu verändern.

Auch der ärztlich assistierte Suizid macht den Arzt zu einem Initiator des Todes und stellt damit das bisherige ärztliche Selbstverständnis in Frage, dem Leben zu dienen und Menschen im Sterben zu begleiten. Darum war bisher Ärzten standesrechtlich die Mitwirkung am Suizid verboten. Leider hat die Bundesärztekammer diese strikten Vorschriften, die auf den Eid des Hippokrates zurückgehen, inzwischen aufgeboben. Ein Recht auf Lebensbeendigung durch einen anderen kann es auch deshalb nicht geben, weil dann das Verlangen zu sterben den Arzt dazu verpflichten könnte, aktiv an der Herbeiführung des Todes mitzuwirken und für ihn (mit)verantwortlich zu sein. Das Töten eines Menschen bzw. die Mitwirkung an der

Selbsttötung gehören aber mit gutem Grund von jeher nicht zum ärztlichen Handlungsauftrag. Der Charakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses verändert sich grundlegend, wenn der Patient in seinem Arzt jemandem begegnet, der Macht hat, ihn im Sterben zu begleiten oder sein Leben zu beenden, und sei es auf Verlangen des Patienten. Der Arzt würde so der „gefährlichste Mensch im Staat“ (Chr. Wilhelm Hufeland).

Die Legalisierung des assistierten Suizids tendiert qualitativ zu ihrer Ausweitung. So setzt die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids voraus, dass das vom Arzt angereicherte tödliche Mittel vom Suizidenten selbst eingenommen wird, er somit selbst den Tod herbeiführt. Dies lässt sich jedoch als ungerecht gegenüber solchen Schwerstkranken deuten, die aufgrund ihres Zustands das tödliche Mittel nicht (mehr) selbst einnehmen können, sondern darauf angewiesen sind, dass ein Arzt sie auf ihr Verlangen hin tötet. Warum sollte das Kriterium dafür, mit ärztlicher „Hilfe“ aus dem Leben zu scheiden, die Fähigkeit sein, das tödliche Mittel selbst einnehmen zu können, während die Selbstbestimmung im Sterben ihre Grenze

daran findet, dass ein Mensch gerade dies nicht mehr kann, obwohl er zweifelsfrei und nachhaltig seine Tötung verlangt? Das Argument der Gleichbehandlung wird dann früher oder später dazu dienen, neben der Suizidbeihilfe auch die Legalisierung der Tötung auf Verlangen einzufordern.

Beide Tötungshandlungen tendieren auch quantitativ zur Ausweitung, nämlich der gesetzlich anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe. Die ersten Gesetze, die zur Tötung auf Verlangen (Niederlande, Belgien, Luxemburg) bzw. zum assistierten Suizid (Schweiz, US-Bundesstaat Oregon) verabschiedet wurden, legten noch vergleichsweise hohe Hürden an die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser „Leistungen“. Die schon länger bestehende Gesetzgebung in den Niederlanden und Belgien tendiert jedoch in den letzten Jahren zur schrittweisen Ausweitung des Zugangs zur Tötung auf Verlangen sowie der Hilfe zum Suizid. So ist in beiden Staaten die Altersgrenze schrittweise abgesenkt worden und schließt mittlerweile bereits Minderjährige ab zwölf Jahren sowie Neugeborene ein.

In manchen europäischen Ländern wird diskutiert, ob diejenigen, die wissentlich trotz Behinderung, Krankheit und Belastung lange leben, nur noch begrenzte oder gar keine Ansprüche auf Unterstützungsleistungen haben.

Wenn Eltern z.B. trotz der Diagnose, dass ihr Kind das Down-Syndrom (Trisomie 21) hat, das Kind zur Welt kommen lassen wollen, dann sollen sie bitte auch die für Therapie und Versorgung anfallenden Kosten selbst aufbringen. Das könne man der Gesellschaft und damit der Solidargemeinschaft nicht zumuten.

Eine ähnliche Idee im Blick auf alte Menschen: Rente wird nur noch bis 85 gezahlt (also 20 Jahre lang). Danach muss man selbst für seine Altersversorgung aufkommen.

Die drohende Gefahr: Krankenkassen bezahlen auch nur noch bis zum 85 Lebensjahr. Danach wird man „Selbstzahler“. Welche Ironie!

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 2020 bestimmt im Sinne dieser Ausweitungstendenz, dass das Verfügungsrecht über das eigene Leben „nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“ werden dürfe (2 BvR 2347/15, S. 62f.) und eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen mit dem Freiheitsverständnis des Grundgesetzes unvereinbar sei. Das bedeutet, dass vom Zugang zum assistierten Suizid grundsätzlich keine Personengruppe ausgenommen werden darf. Anders als in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg wird damit vom Gericht von Anfang an ein nicht auf bestimmte Personengruppen oder Krankheitszustände eingeschränktes Recht auf Suizid etabliert.

Besonders erschreckend ist, dass die gesetzlich geregelte Tötung auf Verlangen, wie sie u.a. in den Niederlanden und Belgien besteht, nachweislich die Tendenz hat, dass neben einwilligungsfähigen Menschen, die ihren Sterbewunsch nach reiflicher Überlegung und wiederholt geäußert haben, auch nicht einwilligungsfähige Menschen getötet werden. Diese Tötungshandlungen erfolgen

also nicht auf das Verlangen des Schwerstkranken, sondern durch ärztlichen Beschluss oder auf Drängen der nächsten Angehörigen. Vordergründig scheint diese Gefahr beim ärztlich assistierten Suizid gebannt, insofern der zum Sterben Entschlossene selbst das tödliche Mittel zu sich nehmen muss. Diese Betrachtungsweise übersieht jedoch die subtilen psychologischen Mechanismen gesellschaftlichen und sozialen Drucks, der auf schwerkranken Menschen lastet.

In sozialpsychologischer Perspektive kann dieser subtile Druck leicht dazu führen, dass ein Sterbewunsch geäußert wird, der nicht Ausdruck eines freiverantwortlichen Willensentschlusses ist. Der steigende Kostendruck in den Pflege- und Gesundheitssystemen, die Aufwendungen, die von der Familie erbracht werden, und das emotionale Mitleiden der Angehörigen werden vom Kranken als Signale aufgefasst, besser aus dem Leben zu scheiden. Der soziale Druck steigt in dem Maße, in dem Angebote der Suizidassistenz im öffentlichen (auch digitalen) Raum präsent, breit verfügbar und zudem deutlich kostengünstiger sind als die fortgesetzte Pflege oder Palliativbetreuung. Es besteht unter diesen Umständen die kon-

krete Gefahr, dass es rechtfertigungspflichtig wird, anderen Menschen, genauer: der Gesellschaft mit ihrem ohnehin schon stark beanspruchten Gesundheits- und Pflegesystem, die „Last seines Weiterlebens“ aufzubürden.

Die biblische Botschaft von Gottes Ja zum Leben von dessen Beginn bis zum Ende, das unabhängig von der Leistungsfähigkeit und den 'Kosten' seines Lebens gilt, entzieht menschliches Leben der Abwägung mit anderen irdischen Gütern. Die Tötung von Menschen, die aufgrund ihrer Verzweiflung oder Erschöpfung keinen Lebensmut haben, widerspricht dem Nahe-Sein Gottes auch und gerade beim leidenden Menschen. Christen wissen darum, dass Jesus Christus dem Tod

die Macht genommen und ein neues, unvergängliches Leben ans Licht gebracht hat (1. Korinther 15,55). Der Tod ist für sie nicht der Feind, den sie zu fürchten und den sie um jeden Preis auf Distanz halten müssten. Doch bedeutet das nicht, dass sie den Tod aktiv herbeiführen sollen. Dies gilt umso mehr, als es verschiedene Wege zu einem guten, vertrauens- und glaubensvollen Sterben gibt, die mit dem Verständnis Gottes als Schöpfer und Herrn über das Leben gut vereinbar sind. Diese Wege zu einem Sterben im Vertrauen auf Gott sollen im Folgenden aufgezeigt und einige Grenzfälle beurteilt werden.



© Foto von Harry Cao von Unsplash

Ja zur Sterbebegleitung als Fürsorge für das Leben

Von der Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen zu unterscheiden ist der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder deren Abbruch. Der den Patientenwillen (s.u.) berücksichtigende Verzicht z.B. auf künstliche Ernährung und Beatmung, auf die Behandlung mit Antibiotika u.a. stellt keine Tötungshandlung dar, sondern gibt dem natürlichen Krankheits- und Sterbeprozess seinen Lauf. Dieser Mensch stirbt an einer zum Tod führenden Grunderkrankung. Dies gilt auch dann, wenn der Verzicht auf medizinische Maßnahmen mit dem sicheren Eintritt des Todes verbunden ist.

Zur Sterbebegleitung, wie sie moralisch geboten ist, gehören Maßnahmen zur wirksamen Schmerzlinderung. Dabei wird der Angst vor unerträglichen Schmerzen Rechnung getragen. Bei der palliativmedizinischen Pflege ist der Heilauftrag des Arztes an sein Ende gekommen. Nun geht es darum, dem Patienten ein Sterben zu ermöglichen, das weitestgehend frei ist von Angstzuständen, Schmerzen, dem Empfinden von Atemnot und Übelkeit.

Im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Erkrankung kann es dazu kommen, dass die verabreichte Dosis an Schmerzmitteln unbeabsichtigt eine die Sterbephase verkürzende Wirkung hat. Für die ethische Beurteilung ist entscheidend, dass die Absicht bei der Medikamentengabe die Schmerzlinderung und nicht die Lebensverkürzung ist.

Auch hier stirbt der Patient an seiner Grunderkrankung, wobei stark dosierte Schmerzmittel die Nebenwirkung haben können, dass die Sterbephase verkürzt wird und der Tod früher eintritt als dies ohne Gabe dieses Medikaments der Fall gewesen wäre.

Bei einigen Krankheitsverläufen können, wenn das Eintreten des Todes aus medizinischer und/oder pflegerischer Perspektive in den nächsten Tagen zu erwarten ist, Situationen eintreten, in denen eine palliative Sedierung angezeigt sein kann. Solche Situationen sind das Delirium, fortwährendes Erbrechen oder auch Schmerzen, die sich anders nicht wirksam lindern lassen. Bei der palliativen Sedierung werden dem Patienten auf seinen Wunsch hin Medikamente verabreicht, die zur Minderung des Bewusstseins führen, um auf andere Weise nicht wirksam

behandelbare Beschwerden lindern und kontrollieren zu können. Ziel der palliativen Sedierung ist nicht die Lebensverkürzung, sondern die Leidenslinderung durch Minimierung, im äußersten Fall durch Ausschaltung des Bewusstseins. Lässt sich das Leiden mit weniger drastischen Mitteln lindern, ist es jedoch nicht angezeigt, den Patienten bis zu seinem Tod in einen Zustand verminderten oder ausgeschalteten Bewusstseins zu versetzen und ihm damit die Möglichkeit jeder Kommunikation mit seiner Umwelt zu nehmen.

In der Endphase zum Tod führender Erkrankungen kann das Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit nachlassen. Dies zeigt an, dass sich das Leben auf natürliche Weise dem Ende zuneigt. Die künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde zögert in dieser Situation lediglich das Sterben hinaus und darf nur mit Zustimmung des Patienten eingeleitet werden. Auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann Ausdruck der Entscheidung eines schwerkranken Menschen sein, das Sterben nicht aufhalten zu wollen. Verstirbt ein Mensch nach weniger als sieben Tagen konsequenten Verzichts, kann gleichwohl die Grunderkrankung als ursächlich für den Tod gelten. Im Einzelfall ist die Abgrenzung zwischen einer Verkürzung der Sterbephase und dem willentlich herbeigeführten Tod im Sinne eines Suizids nicht mit sicherer Bestimmtheit möglich. Das sollte jedoch in der Praxis nicht dazu führen, sich über den Entschluss zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit hinwegzusetzen. Ist der Entschluss zu respektieren, so muss er jedoch zugleich auf seine Nachhaltigkeit hin geprüft werden. Das geschieht dadurch, dass ein Glas Wasser in Reichweite steht und (in den ersten Tagen) immer wieder etwas zu Essen angeboten wird. Im Rahmen der Palliativpflege ist in der Begleitung sol-

cher Patienten der Mundpflege besondere Aufmerksamkeit zu geben. Der Mund muss regelmäßig befeuchtet werden (mit einem Zerstäuber oder zerkleinertem Eis), ferner gibt es Mittel, die den Speichelfluss anregen (z.B. Kaugummi, Lutschpastillen) oder ersetzen sowie Mittel, die Pilzinfektionen verhindern.

Die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit gehört nach christlicher Überzeugung zur Basisversorgung, die kranken Menschen nicht vorenthalten werden darf. Daher ist es wichtig, dass der Wille des Patienten, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, zweifelsfrei und nachhaltig zum Ausdruck gebracht wurde.

Ausdruck einer genuin christlichen Sterbegleitung ist die seelsorgerliche Begleitung auf dieser letzten Wegstrecke. Der Kranke wird nicht nur als körperlich leidend, sondern auch als nach dem Sinn des Lebens und Sterbens fragender Mensch wahrgenommen. Aus christlicher Sicht verbietet sich eine Zudringlichkeit, die sich die Schwäche des Patienten zunutze macht, um ihn unter Druck zu Einsichten oder Entscheidungen zu nötigen, die nicht seinem Willen entspringen. Ebenso verbietet sich für christliche Sterbegleiter aber auch, angesichts eines sterbenden Menschen nicht von Jesus Christus als dem gewissesten Trost im Leben und im Sterben zu sprechen. Vielmehr ist die im Evangelium begründete Hoffnung auf einfühlsame Weise in das zu Ende gehende Leben eines Menschen hineinzusprechen. Zugleich darf die Zuwendung zum Kranken und die Pflege nicht davon abhängig gemacht werden, wie positiv der Patient auf solche Ansprache reagiert.



© Foto von Krista Mangulsone von Unsplash

Der Patientenwille

Der vorab geäußerte Wille eines Menschen ist zu respektieren, soweit er nicht Dritte dazu nötigt, gegen ihr Gewissen zu handeln.

Der Patientenwille ist auf dem Boden der dem Menschen verliehenen endlichen Freiheit freiverantwortlich zu bilden. Dazu gehört, sich hinreichend über die medizinischen Möglichkeiten und die Rechtslage informiert zu haben, ferner, einsichtsfähig im Blick auf die vorhandenen Handlungsoptionen zu sein, was auch dann noch möglich ist, wenn die geistigen Fähigkeiten bereits eingeschränkt sind. Schließlich sollte die Willenserklärung nicht unter äußerem Druck abgegeben worden sein.

Die **Patientenverfügung** ist eine verbreitete Form, vorab inhaltliche Festlegungen darüber zu treffen, welche medizinischen Maßnahmen im Zustand einer nicht mehr bestehenden Einwilligungsfähigkeit zum Einsatz kommen oder unterlassen werden sollen. Dabei sollte darauf geachtet werden, nur solche Bestimmungen zu treffen, die sich mit christlichen Grundüberzeugungen vereinbaren lassen. So sind z.B. Menschen im Wachkoma nicht als Sterbende zu betrachten, doch kann die Festlegung getroffen werden, eine eventuell auftretende

Zweiterkrankung, die zum Tod führen kann, unbehandelt zu lassen.

Die besondere Herausforderung besteht bei der Patientenverfügung darin, dass die Krankheitszustände am Ende des Lebens sehr komplexer Natur sind und von ihnen vorab nur schwer ein Eindruck zu gewinnen ist. Der tatsächliche, in der Situation bestehende Wille, lässt sich vorab nicht sicher bestimmen, mit Eintreten eines Zustands der Nichteinwilligungsfähigkeit aber auch nicht mehr ändern. Das medizinische und pflegende Personal ist verpflichtet, die in einer Patientenverfügung dokumentierte Willensäußerung zu respektieren, wobei der medizinethische Grundsatz, dem Patienten nicht zu schaden, davon unberührt bleibt.

Eine **Vorsorgevollmacht** dient im Unterschied zur Patientenverfügung dazu, eine Vertrauensperson (zumeist einen nahen Familienangehörigen) damit zu beauftragen und zu ermächtigen, für die nicht mehr einwilligungsfähige Person unter Beachtung von deren mutmaßlichem Willen Entscheidungen hinsichtlich des Einsatzes oder

Unterlassens medizinischer Maßnahmen zu treffen. Der Vorzug einer solchen Vollmacht besteht darin, dass eine lebende, dem Patienten nahestehende Person zu entscheiden

hat und der mutmaßliche Wille des Patienten auf der Grundlage eines in der Regel langjährig bestehenden Vertrauensverhältnisses ermittelt werden kann.



© Foto von Alessio Lin von Unsplash

Sich loslassen in Gottes Hand – menschenwürdig sterben

Ein Ehepaar lädt einige Freunde zum Abendessen ein. Das Essen ist lecker und das Gespräch nimmt seinen Gang. Doch irgendwann kommt die Zeit, in der das Gespräch an Dynamik verliert. Es ist Zeit anzuerkennen, dass der gemeinsame Abend sich dem Ende zuneigt. Ab diesem Punkt drängen die Gastgeber ihre Gäste nicht länger, dass sie bleiben müssen, sondern geben sie frei, gehen zu dürfen. An einem Punkt, der sich nicht mit dem Blick auf die Uhr bestimmen lässt, ist es in Ordnung zu gehen. Ein guter Gastgeber wird nie vorab exakt wissen, wann es so weit ist und er wird seine Gäste auch nicht hinauswerfen. Seine Verantwortung ist es lediglich, seine Gäste zu versorgen und ihnen in einem Moment, der sich für alle Beteiligten einstellen wird, erlauben zu gehen.³

Ähnlich wie in dieser Geschichte verhält es sich mit der Frage, wann es Zeit ist, einen Menschen „gehen“ zu lassen. Die ethischen Fragen, die sich am Ende des Lebens, auch im Angesicht eines zum Suizid entschlossenen Menschen, ergeben, lassen sich durch Regeln und Unterscheidungen nur annäherungsweise klären. Der Wunsch nach maximaler Eindeutigkeit im Blick darauf, wie einzelne Entscheidungen von christlichen Grundüberzeugungen her ethisch zu beurteilen sind, ist verständlich. Das Verlangen nach Orientierung und Wegweisung ist gut und richtig. Konkret: Die Unterscheidung

zwischen dem Töten eines leidenden Menschen, das der Liebe Gottes widerspricht, und dem Verzicht auf eine Weiterbehandlung oder lebensverlängernde Maßnahmen, die nur den Sterbeprozess verlängern, ist von grundlegender Wichtigkeit. Die vorangehenden Darlegungen sollen eine Orientierung für den Umgang mit dem unabwendbaren Lebensende geben. Doch geschieht das im Wissen darum, dass der christliche Glaube nicht in einem Regelwerk gründet, sondern in der Beziehung zu Jesus Christus. Ethische Orientierung auf biblischer Grundlage ist

3. Vgl. Gilbert Meilaender, *Bioethics. A Primer for Christians*, 4. Aufl. 2020, 81.

Wegweisung für diejenigen, die mit Jesus Christus unterwegs sind.

In seinem Brief an die Kolosser betet der Apostel Paulus darum, „dass ihr erfüllt werdet mit der Erkenntnis seines Willens in aller geistlichen Weisheit und Einsicht, dass ihr, des Herrn würdig, ihm ganz zu Gefallen lebt und Frucht bringt in jedem guten Werk und wachst in der Erkenntnis Gottes und gestärkt werdet mit aller Kraft durch seine herrliche Macht zu aller Geduld und Langmut“ (Kolosser 1, 9-11). Er stellt dabei der Erkenntnis des Willens Gottes die geistliche Einsicht zur Seite. Christliche Urteilsbildung braucht diese geistliche Einsicht, die dazu befähigt, Menschen und Situationen, gerade auch die Grenzsituationen, mit den Augen der Liebe Gottes zu sehen. Dies bedeutet nicht, darauf zu vertrauen, dass unsere Entscheidungen unfehlbar sind, sondern im Hören auf Gottes Wort jeden Tag neu aus

der Sündenvergebung zu leben, die Jesus Christus schenkt, der „unser einziger Trost im Leben und Sterben“ ist (Heidelberger Katechismus, Frage 1).

Die hier vorgelegten Überlegungen können Christen Orientierung geben in den schwierigen Fragen des Umgangs mit Suizidabsichten und dem Verlangen nach Hilfe zur Selbsttötung. Diese Orientierung kann aber die Nähe zu den angefochtenen und leidenden Menschen nicht ersetzen. Nur in der persönlichen Begleitung kann die Einsicht wachsen, wann Gott einen Menschen aus diesem Leben abrufen, und ihm im Sterben beizustehen. So dürfen wir auch im Zwielicht der Geschichte bezeugen: „Dennoch bleibe ich stets an dir; denn du hältst mich bei meiner rechten Hand, du leitest mich nach deinem Rat und nimmst mich am Ende mit Ehren an.“ (Psalm 73, 23-24).

Deutsche Evangelische Allianz e.V.

gemeinsam glauben, miteinander handeln.

Esplanade 5–10a | 07422 Bad Blankenburg
Tel: +49 3 67 41 / 24 24 | Fax: +49 3 67 41 / 32 12
info@ead.de | www.ead.de

Bankverbindungen:
Evangelische Bank eG
IBAN: DE87 5206 0410 0000 4168 00 | BIC: GENODEF1EK1

Coverbild: Foto von Jose A. Thompson von Unsplash