

Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe

Konrad Hilpert

Rechtspolitische Debatten gewinnen für die breite Öffentlichkeit Virulenz entweder durch Extremfälle oder durch Schlüsselbegriffe. Schlüsselbegriffe sind normative Begriffe, die ein Anliegen gleichsam auf den Punkt bringen, also chiffrieren, zugleich aber auch das Ansehen, das diesem Anliegen anhaftet, ins Spiel der Auseinandersetzung einbringen. Das muss nicht heißen, dass die Debatte deshalb stagniert oder ins Irrationale entgleist. Aber in aller Regel gewinnt sie in der Öffentlichkeit ein markantes Profil, insofern sich der Streit auf diese Signalbegriffe fokussiert. Die Folge kann sein, dass die infrage stehende Problematik vereinfacht dargestellt bzw. wahrgenommen wird. Das Weglassen von Komplexität kann einerseits die Sicherheit vieler Debattenteilnehmer vergrößern, andererseits aber Aspekte, die in der Gesamtbetrachtung des zu regelnden Problems auch Berücksichtigung verdienen, in den Hintergrund geraten lassen.

Deshalb leisten Ethik und Rechtstheorie der öffentlichen Meinungs- und der politischen Willensbildung einen wichtigen Dienst, wenn sie die benutzten Schlüsselbegriffe bewusst machen, ihren Gebrauch kritisch analysieren und durch reflexive Distanz Anlässe und Grundlagen für eine differenziertere Sicht benennen und letztlich dann auch eine angemessenere Lösung des Problems geben.

Das Problem im vorliegenden Fall ist das Lebensende und das Sterbenmüssen des Menschen und dessen Gestaltung. Die Frage des assistierten Suizids, die sich im Laufe der Debatte in den Vordergrund gespielt hat, ist nicht die entscheidende, aber möglicherweise eine symptomatische. Denn das selbstgewählte Ende wird vermutlich nur von wenigen Menschen wirklich gewünscht. Aber auch wenn es nur der Wunsch einiger weniger sein sollte, ist dieser Wunsch eine ernst zu nehmende Antwort auf eine Frage, die sich heute allen Bürgern, nicht nur den Kranken, sondern auch den Gesunden, stellt, nämlich: Wie wollen wir sterben? „Nicht zu früh, plötzlich und schmerzlos“ – werden sich die meisten wünschen; und nur der eine oder andere wird beim zweiten Nachdenken allenfalls noch hinzufügen: „Vorbereitet und in Frieden mit wichtigen Angehörigen“. Jeder weiß aber, dass sich der Tod diesem Wunsch oft, ja sehr oft nicht fügt. Und es gibt evidente Gründe, dass es sich oft anders verhält, also der Tod sich dehnt, erst Abschluss einer sich lange hinziehenden Krankheit ist, Einschränkungen und Zumutungen mit sich bringt, mit mannigfachen Abhängigkeiten und unterschiedlichen Verlusterfahrungen einhergeht.

Der Tod ist jeweils etwas Besonderes und jedes Sterben ein Einzelfall, auch wenn das Sterbenmüssen ein allen gemeinsames Geschick, Teil der *conditio humana* ist. Trotzdem ist die Art, wie wir sterben, nicht nur eine individuelle Angelegenheit, sondern auch eine Aufgabe und Herausforderung für die Gesellschaft im Ganzen. Sie trägt ja das Gesundheitssystem und stellt die medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zur Verfügung. Und sie erlässt die allgemeingültigen Normen und Sanktionen für die Bedingungen, unter denen das Sterbenmüssen sich abspielt und das Sterben als Bestandteil der Existenz im Recht gestaltet werden kann. In den rechtlichen Regelungen, die dafür getroffen werden, schlägt sich nieder, wie eine Gesellschaft sich selbst versteht

in Bezug auf den Menschen in physischen, psychischen und existentiellen Grundsituationen von Krankheit, Schwäche und Sterben. Das gilt erst recht, wo die gestiegene Lebensdauer einerseits und die Erweiterungen medizinischer Interventionsmöglichkeiten andererseits dem Sterben vielfach eine veränderte Gestalt gegeben haben.

1. Autonomie und Selbstbestimmung

Das Leitwort, das in den aktuellen Debatten um Sterbehilfe wohl am häufigsten in Anspruch genommen wird, ist das der Autonomie bzw. Selbstbestimmung. Auch die vier Entwürfe für ein diesbezügliches Gesetz, die dem Deutschen Bundestag derzeit vorliegen,¹ haben diese Forderung nach Selbstbestimmtheit aufgenommen und machen sie sich zu eigen, verknüpfen damit aber durchaus unterschiedliche Schlussfolgerungen.

Autonomie gilt in der Medizinethik international als ein zentrales Prinzip für die Beurteilung der Einzelfälle² und spielt auch im Medizinrecht und in der Rechtsprechung über die Bewertung von Therapieentscheidungen³ eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich aber weder von seiner Herkunft noch von seiner Geltung her um ein spezifisch auf medizinische Probleme fokussiertes Prinzip, sondern um eines, das ein wichtiges Element des normativen Selbstverständnisses des Menschen in der Moderne insgesamt zum Ausdruck bringt. Es wird für alle Lebensbereiche und -vollzüge bis hin zur Partnerschaft und Sexualität geltend gemacht. Es wäre also eine verkürzte Wahrnehmung, würde man die Forderung nach Autonomie und Selbstbestimmtheit isoliert in Bezug auf Krankheit und Tod erörtern, ohne zu berücksichtigen, dass es auch um eine normative Orientierung für die gesamte Lebensführung geht, die mit der Forderung verknüpft wird, auch das Sterben solle in der

Konsequenz und Weiterführung dessen liegen, wie ein Mensch sein Leben bisher geführt hat, und nicht einen Ausnahmezustand darstellen, in dem alles preisgegeben wird, was für die Gestaltung der Biografie bisher maßgeblich war.

Das philosophische Verständnis von Autonomie ist entscheidend durch Immanuel Kant geprägt worden. Ihm zufolge meint „Autonomie“, dass der Mensch aufgrund seiner Freiheit und seines Vernunftvermögens so verfasst ist, dass er sich die moralischen Maximen, nach denen er handeln will, selbst geben kann. Diese Fähigkeit zu freier Willensbildung und eigenverantwortlichem, rationalem Handeln eignet dem Menschen als solchem, ist also nicht das Privileg einiger weniger und verlangt infolgedessen von jedem die Achtung des Anderen als darin Gleichem. Diese Auffassung ist auch der anthropologische Hintergrund des deutschen Grundgesetzes. Die so verstandene Autonomie ist überindividuell und unverlierbar, und sei der aktuelle Zustand eines Menschen infolge von Schwäche, Krankheit, Alter, Schmerzen oder Behinderung noch so prekär. Sie begründet die Würde, die jeder Person eigen ist.

Im Kontext der momentanen Debatten über Sterbehilfe hat Autonomie allerdings eine Bedeutung, die sich von der in der Kantischen Linie nicht wenig unterscheidet. Hier geht es nämlich vor allem um die tatsächliche Willensbildungs- und Handlungsfähigkeit konkreter Subjekte, die von schwerer Krankheit heimgesucht sind. Faktisch ist also oft, wenn von deren Autonomie die Rede ist oder deren Einschränkung beklagt wird, Autarkie gemeint. Autonomie in diesem Sinn ist schon selten genug voll umfänglich vorhanden. Auf jeden Fall aber kann sie im Verlauf einer Krankheit und erst recht eines Sterbeprozesses abnehmen oder sogar weitgehend verloren gehen. Vor allem, wenn Menschen sich nicht mehr selbst versorgen können und auf die Hilfe anderer angewiesen sind, meint „Autonomie“ eigentlich Selbstkon-

trolle, und der Maßstab der Beurteilung des eigenen Zustands ist die Unabhängigkeit bzw. die Abhängigkeit von anderen. Dies schließt nach allgemeiner und inzwischen auch rechtlich verbürgter Auffassung auch das moralische Recht ein, als von Dritten auferlegt empfundene Eingriffe und Behandlungen verweigern oder abwehren zu dürfen, sogar im Vorhinein. Die Entscheidung darüber treffen, welche Eingriffe und Folgen unter Bedingungen der Einschränkung als zumutbar und hilfreich oder aber auch als verletzend oder als bevormundend beurteilt werden, kann letzten Endes nur der Patient selbst, selbst wenn kompetente Andere sich aufgrund von Beobachtungen und Erfahrungen durchaus ein Urteil über den Grad der Abhängigkeit bilden können.

In dem Maß, wie Kontrolle abhandenkommt und Abhängigkeit zunimmt, stellen sich Möglichkeiten ein, von Seiten Dritter zu intervenieren. Solche Interventionen durch Ärzte, Pflegepersonen und institutionelle Regeln können zum Ziel haben, Autonomieverlust zu kompensieren oder noch verbliebene Autonomie auch unter eingeschränkten Bedingungen zu erhalten. Sie können aber auch als Begleiterscheinungen den Spielraum der Selbstbestimmung einschränken. Solche Einschränkung kann aus Fürsorge notwendig sein; aber sie kann auch aus professionellem Überlegenheitsgefühl erfolgen. Im letzteren Fall spricht man heute gerne von Paternalismus als medizinischer Spielart von Fremdbestimmung, die sich anmaßt, unabhängig von den Willensäußerungen des Patienten zu bestimmen, was dessen Wohl dient.

Es besteht heute kein wirklicher Dissens darüber, dass bei Eintreten der Hilfsbedürftigkeit idealerweise die institutionelle und die rollenspezifische Fürsorglichkeit mit der Respektierung des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten so weit wie nur irgend möglich in Übereinstimmung

gebracht werden soll. Das ist so zu verstehen, dass der Patient sowohl äußern können darf, welche medizinischen Maßnahmen er für seine Person ausschließen möchte, wie auch, was er sich positiv für sich unter den absehbaren Bedingungen wünscht. Dazu braucht er Aufklärung vom Arzt über das, was möglich ist. Selbstbestimmung geschieht deshalb in der konkreten Praxis nicht in der Gestalt einer einseitigen und plötzlichen Willenskundgabe, sondern als Ergebnis einer informierten und prozesshaften Einwilligung in eine medizinische Option.

Wenn andererseits aktuell überall Selbstbestimmung auch im Sterben postuliert wird, geht es allenfalls in Einzelfällen um einen Akt demonstrativer Souveränität bis zum letzten Atemzug, sondern vor allem um das Unbehagen und die Ablehnung eines Sterbens, das ausschließlich oder weitgehend von der Rücksicht auf medizinisch-physiologische Rationalität und den Rhythmus technischer Substitution bestimmt wird.

Zwischen diesen beiden Polen des Konsenses umstritten bleibt in der aktuellen Debatte aber,

1. wie weit der Anspruch auf Selbstbestimmung auch die Hilfeleistenden verpflichten darf,
2. ob das Recht auf Selbstbestimmung in der Situation schwerster und tödlicher Krankheit überhaupt eine realistische und angemessene Orientierungsgröße darstellen kann, oder ob es nicht gerade dem Schutz des in seiner bisherigen Lebensführung von Selbstbestimmung geprägten Sterbenden dient, ihn vor Gesunden zu bewahren, die ihm anbieten, einen eventuell vorhandenen Wunsch nach Lebensbeendigung in die Tat umzusetzen, und
3. welche Bedingungen gegebenenfalls zweifelsfrei vorliegen müssten, um ein selbstbestimmtes Sterben zuzulassen, wenn dieses die Form eines vorzeitigen Lebensendes annähme.

2. Freiverantwortlichkeit und Achtung der Würde

Unerlässliche moralische Voraussetzung dafür, dass die Beendigung des eigenen Lebens in der Abwägung mit dem andernfalls bevorstehenden Sterben Ausfluss von Selbstbestimmung sein kann, ist die aktuelle Fähigkeit des Betroffenen, seine Situation und die Konsequenzen seines Handelns einschätzen und zu einem eigenen Entschluss führen zu können. Diese Gleichzeitigkeit von Freiheit, Verantwortungsübernahme und voller Zurechenbarkeit wird in der Sprache des Rechts und so auch in allen dem Bundestag vorgelegten Vorschlägen durch den Begriff der Freiverantwortlichkeit bezeichnet.

Solche Freiverantwortlichkeit ist keineswegs in jedem Augenblick einer menschlichen Existenz gegeben, sondern kann vielfältig – dauerhaft oder progredient aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten, phasenweise oder momentan aufgrund äußerer Einwirkungen und innerer Faktoren – eingeschränkt sein. Bei schwerer Krankheit und bei Konfrontation mit dem eigenen Gebrechlichwerden und Sterbenmüssen sind es außer Medikamenten und vegetativ bedingten Einschränkungen vor allem Angst und andere starke Gefühle, die ein Subjekt „bedrängen“, Lebensmut nehmen und die Freiheit des Urteilens und Handelns einschränken können. Auch nötigen die Ergebnisse der empirischen Suizidforschung zu höchster Vorsicht gegenüber der Annahme, jeder wirkliche Wunsch und jeder geäußerte Wunsch, das eigene Leben durch eine suizidale Intervention zu beenden, sei Ausdruck wohlervogener Selbstbestimmung und vollbewusster Verantwortungsübernahme.

Das ist ja auch der Grund, weshalb die Gesetzesvorschläge, die auf eine Ermöglichung der Unterstützung und Beihilfe beim Suizid durch Ärzte, Einzelpersonen oder Vereine zielen, eine Mehrzahl von Bedingungen und Verfah-

rensweisen nennen, die beachtet und auch im Nachhinein erfüllt sein müssen, damit eine derartige Unterstützung beim Suizid überhaupt praktiziert werden darf. Sie bezwecken im Grunde nichts anderes als die Gewissheit oder feste Überzeugung des Helfers, „dass der Patient freiwillig und nach reichlicher Überlegung die Beihilfe zur Selbsttötung verlangt“⁴. Das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit ist demzufolge keine objektiv durch Außenstehende festzustellende Tatsache, sondern Gegenstand einer Überzeugung, also des Urteils einer anderen Person, das sich erst im Lauf wiederholter Gespräche mit dem Betroffenen herausbilden und verfestigen muss und das durch umfassende Aufklärung und Beratung, eventuell auch durch die Beiziehung eines weiteren unabhängigen Beurteilers sowie durch Dokumentation der absolvierten Schritte die Risiken der subjektiven Einschätzung zu minimieren versucht. Denn bei allem Dissens in der Frage, ob die Zulassung einer Suizidbeihilfe unter kontrollierbaren Bedingungen sich selbst zu einem Faktor latenten Drucks auf Schwerkranke und Sterbende entwickeln könnte, besteht doch Einigkeit darüber, dass Suizide, die nicht freiverantwortlich sind, vermieden bzw. so weit als möglich verhindert werden sollen.

Sowohl die Befürworter als auch die Gegner von Suizidbeihilfe in der aktuellen Debatte beziehen sich auf die Pflicht zur Achtung und zum Schutz der Menschenwürde. Dabei geht es ihnen aber nicht vordringlich um eine Pflicht des einzelnen Bürgers, sondern um die des Staates bei der Gestaltung des Rechts und der Politik. Während die Gegner im Plädoyer der anderen Seite für die Ermöglichung der Suizidbeihilfe eine faktische Reduktion der Würde auf individuellen („Lebensqualität“) und gesellschaftlichen Nutzen sehen und darin eine praktische Abkehr vom Bekenntnis zur Unverfügbarkeit und Unverlierbarkeit der Würde glauben erkennen zu können, verstehen die Befürworter

in der von der Gegenseite geforderten gesetzlichen Ablehnung der Suizidbeihilfe eine Vorenthaltung bzw. Hinwegsetzung über das Selbstbestimmungsrecht des Menschen, das wie das Recht auf Leben und auf eine von jeder Rechtfertigungsnotwendigkeit freie Existenz den Gehalt der Menschenwürdegarantie inhaltlich konkretisiert.

In den späten 1970er Jahren hat Jean Améry in seinem Essay „Hand an sich legen“ eine emphatische Variante dieses Gedankens vorgetragen, als er, selbst erfahren auf diesem Feld, von der Möglichkeit sprach, angesichts von eigenem Scheitern – und er zählt unter den Beispielen von Scheitern ausdrücklich die Herabminderung der Schaffenskraft und Krankheit auf – den Freitod als Inanspruchnahme und Bekräftigung der dem Menschen eigenen Dignität zu praktizieren.⁵

Die normativen Differenzen zwischen den Positionen dürften sich auch durch Rekurs auf die Menschenwürde allein kaum ausräumen lassen, da dieser Begriff selbst ausgesprochen weit und damit unvermeidlich vage ist. Wie auch schon bei „Autonomie“ gibt es wenigstens zwei Konzeptionen von Würde, die bei vielen Berufungen auf sie ineinander übergehen. Beide haben im Blick auf die menschliche Realität und die Erfahrung schwerer Krankheit ihre Berechtigung und ihr Gewicht; nur starten sie bei unterschiedlichen Ausgangspunkten: die eine beim Respekt der Person auch unter prekären Bedingungen (so gesehen ist „Würde“ ein Versprechen und dementsprechend ein postulatorischer Begriff), die andere bei der Erfahrung des Einzelnen von Entwürdigung (hier ist „Würde“ bzw. das Verschwinden von Würde eine Erfahrung und dementsprechend ein deskriptiver Begriff). Dass auch noch das Sterben „in Würde“ möglich sein soll, ist ein zentrales Ziel der modernen Gesellschaftspolitik. Was aber für den Einzelnen jeweils ein „würdevolles“ Lebensende bedeutet und was nicht, ist eine

individuelle Angelegenheit, die sich nicht allgemeinverbindlich entscheiden lässt.

3. Beihilfe und Assistenz

Schwere Krankheit und Sterben sind so gut wie immer mit Einschränkungen des Wohlergehens und Einbußen an Selbstständigkeit, oft auch mit Schmerzen und seelischen Nöten verbunden. In solchen Situationen suchen Menschen mehr als sonst Unterstützung, Hilfe und Zuwendung. Wie in Situationen von Erziehung, von Konflikten, Beziehungskrisen und bei der Einforderung ihrer Rechte, bestehen auch bei gesundheitlicher Schwäche und psychosozialer Angewiesenheit institutionell vorgehaltene Möglichkeiten, um situationsbedingte Asymmetrien durch Hilfe und Beratung, aber auch durch fachlich kompetentes Personal zu korrigieren und auf diesem Weg Selbstbestimmung zu stützen bzw. im Wege einer vorsorglichen Beauftragung vertreten zu lassen.

Es gehört traditionell zum beruflichen Selbstverständnis der Ärzte und verwandter Professionen, bei Krankheit alle Maßnahmen zu treffen, die das Leben des Patienten erhalten und, wo dies nicht möglich ist, dessen Leiden zu lindern und Patienten, die sterben müssen, in dieser letzten Situation beizustehen. Ärztliche Hilfen gegenüber Sterbenden sind ein weites Feld, in dem seit vielen Jahren und im Hinblick auf den vielfältigen Wandel des Sterbens typische Formen unterschieden werden, nämlich Begleitung mit Grundpflege, Sterbenlassen, Schmerzbekämpfung mit Inkaufnahme einer Lebensverkürzung. Während die Tötung auf Verlangen als Form der Hilfe für Sterbende weitgehend Ablehnung erfährt, gibt es unter den Patienten, in der Bevölkerung, unter den für die Gesetzgebung zuständigen Parlamentariern und auch innerhalb der Ärzteschaft Stimmen,

die in der Beschleunigung bzw. Vorwegnahme des Sterbeprozesses durch Patientensuizid einen respektablen Ausweg aus einer prekär gewordenen Krankheit sehen und eine Unterstützung von Patienten, die an der Kontrollierbarkeit durch den Kranken selbst und somit am Verbot der Tötung auf Verlangen festhält, für ethisch vertretbar halten. Man spricht dann vom assistierten Suizid und meint damit jene Fälle, in denen einem Sterbewilligen geholfen wird, den Suizid zu vollziehen. In den meisten Fällen besteht diese Hilfe darin, ein Medikament zu beschaffen, mit dem der Patient die von ihm selbstgeplante Selbsttötung selbst durchführen kann. Es ist davon auszugehen, dass, wer einem Patienten auf diese Weise hilft, sich auch dessen Motive zu eigen gemacht hat und seiner Entscheidung zustimmt.

Juristisch betrachtet ist assistierter Suizid eine Form der (in Deutschland wie auch in den meisten anderen Ländern nicht strafbaren) Beihilfe oder Mitwirkung. Zwischen „Beihilfe zur Selbsttötung“ und „assistiertem Suizid“ besteht rechtlich kein Unterschied. Allerdings unterscheiden sich „Beihilfe“ und „Assistenz“ sowohl nach den Kontexten, aus denen sie jeweils kommen, wie auch nach dem Aufmerksamkeitsfokus, den diese Wörter jeweils schaffen. Denn „Assistenz“ ist eine Kategorie, die aus dem Bereich der Behindertensozialarbeit und Pflege kommt; sie meint alle Arten von Tätigkeiten, bei denen die Betroffenen auf die Hilfe von Dritten angewiesen sind. Das Wort „Assistenz“ wurde erst in jüngerer Zeit mit der Absicht etabliert, selbstbestimmte Hilfe von fremdbestimmter, wie sie herkömmlich mit Begriffen wie „Betreuung“, „Versorgung“ und „Vormundschaft“ umschrieben wurde, auch begrifflich abzugrenzen. Im Gegensatz hierzu ist der Begriff „Beihilfe“ ein traditioneller Terminus des Rechts, mit dem einerseits die Gewährung staatlicher Mittel an bestimmte Personengruppen und Körperschaften, andererseits die Beteiligung

eines Helfers an der Handlung eines Täters umschrieben wird. Mit der Rede vom „assistierten Suizid“ wird die Aufmerksamkeit sogleich auf den Patienten konzentriert, während beim Gebrauch des Ausdrucks „Beihilfe zur Selbsttötung“ sowohl die Handlung des Patienten als auch die Unterstützung durch den Akteur der Hilfe in den Blick gerückt wird. Für die gegenwärtige Debatte ist das insofern von einer gewissen Bedeutung, als es in ihr nicht nur um Angehörige als Akteure einer derartigen Beihilfe geht, sondern auch um Ärzte und Vereine, bei denen das Spektrum möglicher Motivationen unbestreitbar weiter ist, als wenn es nur um die Respektierung des Entschlusses eines einzelnen Sterbewilligen geht.

4. Suizid und „Zwang zum Leben“

Es ist ohne Einschränkung zu begrüßen, dass in der gegenwärtigen Debatte der umgangssprachlich noch fest verankerte Begriff „Selbstmord“ vermieden und konsequent durch „Suizid“ (bzw. „Selbsttötung“) ersetzt wird.⁶ Man kann das nur so verstehen, dass diese absichtliche Wortwahl dem Konsens der Suizidforschung über die große Rolle psychischer Störungen bei Suizident Schlüssen und gleichzeitig der Zurückhaltung des Urteils über die Tragik von Lebensläufen, die so enden bzw. enden sollen, geschuldet ist. Im Begriff des Selbstmords steckt ja ein eindeutiges Unwert-Urteil, das sich darauf bezieht, dass die Selbsttötung „objektiv“ (also immer und abgesehen vom konkreten Fall) zum Ausdruck bringt: eine gewollte Verschleuderung des eigenen Lebens, eine Pervertierung des natürlichen Lebensdranges, ein Unrecht dem anderen gegenüber, die einen Anspruch auf einen haben, ein Affront gegen Gott selbst, der einem dieses Leben gegeben oder anvertraut hat.⁷

Es fällt schwer, sich vorzustellen, dass der Suizid im Kontext einer schweren Krankheit dieser Bedeutungszuschreibung nahekommt. Eher könnten es gerade gegenteilige Gedanken sein, die darin zum Ausdruck gebracht werden – etwa die vom Lebenswillen getragene Alternative zum drohenden langsamen Verfall, eine Rücksichtnahme auf Angehörige und Pflegende angesichts der Last der Pflege und des Sich-Kümmerns und vielleicht sogar das vertrauende Zufluchtnehmen in die Hände des barmherzigen Gottes angesichts von unerträglichen Schmerzen oder Schwäche. Wer einen solchen Schritt tatsächlich wohlwogen und freiverantwortlich tätete, müsste keineswegs im Sinne eines rationalen „Bilanzsuizids“ sein ganzes bisheriges Leben für gescheitert erklären, sondern könnte die Selbsttötung auch als Beschleunigung oder Vorausnahme seines ohnehin in Kürze bevorstehenden Endes verstehen wollen. Dies wiederum ist aber auch nur eine mögliche Sinngebung, neben der es weitere gibt, darunter sicher auch solche, die das Ertragen des Sterbeprozesses als eine Geste der Dankbarkeit gegenüber der Gabe des Lebens und gegenüber deren Geber verstehen wollen, also als Ausdruck einer Glaubenshaltung und der Ehrfurcht vor menschlichem Leben.⁸ Dabei handelt es sich aber nicht um unbedingte normative Forderungen, die vom Staat rechtliche Verbotsnormen gegenüber Suizid und Suizidbeihilfe beanspruchen könnten, sondern um achtbare Ausdrucksformen spiritueller Haltungen, die gläubige Menschen motivieren und sowohl vom Suizid als auch von der Inanspruchnahme einer Beihilfe dazu abhalten können.

Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Ad-hoc-Empfehlung vom 18. Dezember 2014 zur Regelung der Suizidbeihilfe nach der umgekehrten Richtung hin behauptet, dass nicht nur ein abstrakt-generelles Verbot des Suizids, sondern auch ein generelles Verbot der Hilfe zu einem freiverant-

wortlichen Suizid in einem freiheitlichen Verfassungsstaat eine „allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben“ voraussetze.⁹

Dies aber dürfte eine Interpretation sein, die eindeutig überzieht. Denn zum einen ist Leben sowohl im konkreten existentiellen Fall wie auch allgemein für die Gesellschaft eine basale Gegebenheit, mit anderen Worten selbstverständlich und nie erst Ergebnis eigener Entscheidung und Rechtfertigung. Deshalb muss das Anliegen, das prinzipielle Tötungsverbot möglichst nicht durch Ausnahmen zu relativieren oder zu schwächen, die sich bloß aus individueller Selbstbestimmung rechtfertigen, zumindest ernst genommen werden und sollte nicht leichtfertig als gesellschaftlicher Zwang verunglimpft werden. Zum anderen wird in der gegenwärtigen Debatte tatsächlich von keiner anderen Gruppe die Forderung erhoben, den Bürgern die Selbsttötung zu verbieten, auch dann nicht, wenn einer in der Situation schwerer Krankheit für sich selbst die Entscheidung trifft, dass die Fortsetzung seines Lebens unter den gegebenen oder wahrscheinlich eintretenden Bedingungen inakzeptabel ist. Auch wenn der Grundsatz des Lebensschutzes niemanden berechtigen kann, einen Patienten zum Weiterleben zu zwingen, besteht doch eine grundsätzliche Differenz zwischen einer restriktiven Regelung oder sogar einem Verbot der Möglichkeit der Assistenz zu einem Suizid, verbunden mit der rechtlich garantierten Möglichkeit des Therapieabbruchs und -verzichts, und dem Verbot des eigenhändig vollzogenen Suizids.

5. Schiefe Bahn und Dammbbruch

„Schiefe Bahn“ (slippery slope) und „Dammbbruch“ sind aus dem Alltagsleben genommene Bilder für Entwicklungen, die einmal in Gang gebracht oder auch bloß zugelas-

sen, nicht mehr gestoppt werden können und sich sogar noch beschleunigen. Als Argument eingebracht, ist es die Aufgabe dieser Metaphern, dramatisch zu warnen: „Wehret den Anfängen! Alles, was danach kommt, wird noch viel schlimmer sein.“

Naheliegenderweise werden diese Bilder im Verlauf ethischer Debatten gerne von denen benutzt, die eine bisher nicht erlaubte Möglichkeit – in der aktuellen Sterbehilfedebatte also den assistierten Suizid – ablehnen. So wird von dieser Seite etwa prognostiziert, dass die Suizidrate erheblich ansteigen könnte, wenn man eine Suizidbeihilfe durch Ärzte rechtlich erlauben würde. Auch wird angenommen, dass innerhalb der rechtspolitischen Diskussion die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids für zunächst medizinisch eng indizierte Fälle schwerer tödlicher Krankheit bloß ein erster Schritt wäre auf dem Weg zur Inanspruchnahme solcher ärztlicher Assistenz auch bei Fällen von Demenz, Depression und suchtbedingter Verstimmung.

Derlei Annahmen und Behauptungen bleiben, da sie in der Öffentlichkeit ihre Wirkung selten verfehlen und öfters auch skandalisieren, gewöhnlich nicht unerwidert. In Gestalt von Zurückweisungen und Widerlegungen spielen sie deshalb auch bei den Befürwortern der Ermöglichung des assistierten Suizids eine beträchtliche Rolle. In der aktuellen Debatte etwa wurden den Hinweisen auf die Entwicklung der Fallzahlen in den Benelux-Ländern mit ihren Regelungen zur Tötung auf Verlangen Statistiken über die Erfahrungen mit den gesetzlichen Regelungen der Suizidbeihilfe in den US-Bundesstaaten Oregon und Washington seit den späteren 1990er Jahren entgegengehalten.¹⁰

Welche Seite hat Recht? Man ist versucht zu sagen, dass das die Realität schon erweisen wird. Eine Schwierigkeit dieser Antwort liegt darin, dass die soziale Realität eine kollektive Entwicklung ist, die, wenn sie einmal eingetre-

ten sein wird, ihren experimentellen Charakter verloren hätte und infolgedessen auch nicht mehr revidiert werden könnte. Soziale Entwicklungen haben die Eigenart, dass sie nicht als Experiment durchgeführt werden können. Gleichzeitig aber sind Voraussagen über künftige soziale Entwicklungen zwangsläufig in erheblichem Maß spekulativ und unsicher. Mit Zahlen belegte Tendenzen erfassen meist nur vergleichsweise begrenzte Zeiträume und Personengruppen. An dieser Unsicherheit partizipieren auch die Dammbruchargumente. Ihre strukturelle Schwäche liegt daher in der Voraussage der Haltlosigkeit einer künftigen Entwicklung. Ihre Berechtigung und ihr Gewicht hingegen besteht darin, dass sie auf die Schwachstellen einer Regelung verweisen, die im Moment der Realisierung noch nicht sichtbar ist, aber in der Zukunft leicht neuen, im Moment nicht vorausgesehenen Regelungsbedarf entstehen lassen kann. Klug verwendet und mit der Entwicklung von Risiken im Blick müssen sie nicht „Diskussionsstopper“ und Verdächtigungs-„Produzenten“ sein, sondern können im Gegenteil auch Generatoren für Vorsicht und Anlässe für Maßnahmen sein, die hohe Güter schützen, wie insbesondere das öffentliche Vertrauen in die Ärzteschaft und das Freibleiben von sozialem Druck sowie die Sicherheit, dass man, wenn man selber aufgrund von Krankheit, Alter oder Unfall schwach, hilfsbedürftig, eingeschränkt, leistungsunfähig wird, anderen in der Gesellschaft „zur Last fallen“ darf.

6. Individueller Einzelfall und allgemeine Rechtsregelungen

Nach allem, was man heute darüber wissen kann, sind Sterbewünsche von Kranken oft nicht eindeutig und korrelieren außerdem stark mit den Hilfen, der Wertschätzung und der Zuwendung, die die Betroffenen von Seiten anderer erhalten. Deshalb ist die Stärkung der Suizidprävention

und der Palliative Care der richtige Ansatz, mit dem Gesellschaft, Politik und Gesundheitswesen der Not der Sterbenden begegnen müssen. Schwerkranke und Sterbende müssen die Chance haben, ihr Leben mit bestmöglicher Qualität bis zum Ende leben zu können. Eine humane Gesellschaft muss alles in ihrer Macht Stehende tun, dass die Lebensbeendigung von eigener Hand den Betroffenen nicht als der einzige Weg erscheint, mit ihrer Situation zurechtzukommen. Weder darf der Suizid, ohnehin eine der häufigsten Todesursachen in unserer Gesellschaft, als Normalität akzeptiert oder zu einer solchen erklärt werden, noch darf die Hilfe für die existentielle Not von Kranken und Sterbenden auf das Angebot zulaufen, bei der Ausführung eines Suizidentschlusses professionelle Beihilfe garantiert zu bekommen.

Allerdings werden alle Anstrengungen nach dieser Richtung nicht erreichen, dass es nicht doch einzelne, seltene Fälle schwerster Krankheitsverläufe, Leidens- und Erschöpfungszustände gibt, in denen Menschen sich zu einer Lebensbeendigung entschließen und dafür den Arzt ihres Vertrauens um Hilfe ersuchen. Was immer im Einzelnen die Beweggründe dafür sein mögen – Scham, Gekränktheit, Enttäuschung, Nicht-mehr-Können, Angst vor totalem Selbstverlust o.Ä. –, niemand hat das Recht, es für belanglos zu erklären, zu ignorieren oder mit Zwangsmitteln zu verhindern, sofern jedenfalls die Absicht zweifelsfrei ist. Es mag dann auch vorkommen, dass angesichts solcher menschlichen Not „ein Arzt nach sorgfältiger Gewissensprüfung zu dem Urteil kommt, dass er einem Suizidversuch seines Patienten nicht im Wege stehen soll“, wie es die Bischöfe von Freiburg, Straßburg und Basel in einem gemeinsamen Hirtenschreiben 2006 vorsichtig, aber respektvoll formuliert haben¹¹. Eine solche, vom Arzt in einer besonders dramatischen Ausnahmesituation getroffene Gewissensentscheidung für eine Suizidbeihilfe sollte

sanktionsfrei bleiben. Für eine allgemein gültige rechtliche Normierung eignet sich der individuelle Einzelfall der Gewissensentscheidung nicht. Die Spannung zwischen dem Gebot, die Selbstbestimmung zu respektieren, und der ärztlichen Pflicht zur Lebenserhaltung kann nur durch persönliche Verantwortung im besonderen Fall gelöst werden, während sie im Grundsätzlichen fortbesteht.

Anmerkungen

- ¹ Drucksache 18/5373 (Brand u. a.), 3774; 18/5373 (Hinze u. a.), 5375; 18/5373 (Künast u. a.), 5376; 18/5373 (Sensburg u. a.).
- ² So etwa das weltweit rezipierte Standardwerk von *T.L. Beauchamp/J. F. Childress* (Hg.), *Principles of Biomedical Ethics*, New York 62013, Erstaufgabe 1979.
- ³ S. etwa in: *C. Roxin/U. Schroth* (Hg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, Stuttgart/München u. a. 42010, die Stichwörter Autonomie und Selbstbestimmung im Stichwortverzeichnis.
- ⁴ *G.D. Borasi/R.J. Jox/J. Taupitz/U. Wiesing.*, *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014, 23.
- ⁵ *J. Améry*, *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*, Stuttgart 61979, etwa 52–55, 62, 68f. u. a.
- ⁶ Lediglich einer der vier dem Bundestag vorgelegten Anträge verwendet den Begriff „Selbstmordversuch“, spricht aber sonst ebenfalls von „Suizid“.
- ⁷ So im Wesentlichen die traditionellen Deutungen bei Augustinus und Thomas von Aquin. In jüngerer Zeit sind sie der Sache nach festgehalten im Katechismus der Katholischen Kirche, Nr. 2281.
- ⁸ So die Erwägung des Moraltheologen *Josef Fuchs*, *Für eine menschliche Moral. Grundfragen einer theologischen Ethik*, Bd. 2, Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 1989, 231f. in Abgrenzung von einer sittlichen Norm der Nichtverfügung.
- ⁹ *Deutscher Ethikrat*, *Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft*, Berlin 2014, 3.
- ¹⁰ So explizit *G.D. Borasio u. a.*, *Selbstbestimmung im Sterben* (s. Anm. 4), 55–75.
- ¹¹ „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“. *Gemeinsames Hirten Schreiben der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel* (unter: <http://www.erzbistum-freiburg.de/html/media/dl.html?v61460> [18.08.2015]).