

Siegfried Höfling / Erich Rösch (Hrsg.)

# WEM GEHÖRT DAS STERBEN?

Sterbehilfe und assistierter Suizid

# AMZ

# 99

## Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen

Siegfried Höfling / Erich Rösch (Hrsg.)

# WEM GEHÖRT DAS STERBEN?

Sterbehilfe und assistierter Suizid

## Impressum

ISBN	978-3-88795-490-1
Herausgeber	Copyright 2015, Hanns-Seidel-Stiftung e.V., München Lazarettstraße 33, 80636 München, Tel. +49 (0)89 / 1258-0 E-Mail: <a href="mailto:info@hss.de">info@hss.de</a> , Online: <a href="http://www.hss.de">www.hss.de</a>
Vorsitzende	Prof. Ursula Männle, Staatsministerin a.D.
Hauptgeschäftsführer	Dr. Peter Witterauf
Leiter der Akademie für Politik und Zeitgeschehen	Prof. Dr. Reinhard Meier-Walser
Leiter PRÖ / Publikationen	Hubertus Klingsbögl
Redaktion	Prof. Dr. Reinhard Meier-Walser (Chefredakteur, V.i.S.d.P.) Barbara Fürbeth M.A. (Redaktionsleiterin) Susanne Berke, Dipl.-Bibl. (Redakteurin) Claudia Magg-Frank, Dipl. sc. pol. (Redakteurin) Marion Steib (Redaktionsassistentin)
Druck	Hanns-Seidel-Stiftung e.V., Hausdruckerei, München

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung, Verbreitung sowie Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Hanns-Seidel-Stiftung e.V. reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Davon ausgenommen sind Teile, die als Creative Commons gekennzeichnet sind. Das Copyright für diese Publikation liegt bei der Hanns-Seidel-Stiftung e.V. Namentlich gekennzeichnete redaktionelle Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

# INHALT

- 5 EINFÜHRUNG**  
Siegfried Höfling / Erich Rösch
- 9 DIE AKTUELLE DEBATTE – NOCH MEHR FRAGEN ALS ANTWORTEN**  
Alois Glück
- 11 ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID**  
Reflexionen eines Palliativmediziners  
Christoph Ostgathe
- 17 WARUM TUT DER SCHMERZ SO WEH?**  
Eckhard Frick
- 23 LEBEN ALS HÖCHSTES GUT – JURISTISCH BETRACHTET**  
Peter Küspert
- 31 ALS KRANKER UNTER GESUNDEN**  
Traugott Roser
- 37 ZEHN ANMERKUNGEN ZUR DEBATTE UM STERBEHILFE**  
Reimer Gronemeyer



# EINFÜHRUNG

**SIEGFRIED HÖFLING / ERICH RÖSCH** || Die vorliegende Publikation nimmt die aktuelle Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid zum Anlass, aus verschiedenen Blickwinkeln ein Thema zu beleuchten, das uns alle betrifft und betroffen macht: In der medialen Debatte gerne auf „Sterbehilfe“ reduziert, von Befürwortern als das „Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben“ glorifiziert, verkommt die schwierigste menschliche Entscheidung zum Spielball von Argumenten, die in ihrer letzten Konsequenz noch nicht durchdacht erscheinen.

Menschen am Ende ihres Lebens nicht alleine zu lassen, nicht mit ihren Schmerzen, Sorgen und Nöten und auch nicht mit ihren schwierigen Entscheidungen, war und ist schon immer Aufgabe der Hospizbewegung gewesen, auch wenn sie diese schwierige Entscheidung weder trifft noch beeinflussen wird. Ebenso war und ist es Aufgabe der Hospizbewegung, sich in die öffentliche Debatte einzumischen, Bedenken anzumelden und Bedenkenswertes zu benennen.

So mag es nicht verwundern, dass für die Hospizbewegung nach dem Abwägen medizinisch Machbarem, juristisch Regelbarem und ethisch vielleicht Vertretbarem Fragen offen bleiben, die so noch nicht gestellt wurden und damit dem so dringend angemahnten gesetzlichen Regelungsbedarf ein ebenso dringender Gesprächsbedarf gegenübergestellt wird.

In der aktuellen Diskussion im Bundestag stehen sich derzeit fünf Gruppen gegenüber, die unterschiedlich strikte Konzepte zur „Sterbehilfe“ haben: vom ausdrücklichen Verbot bis hin zur Erlaubnis für Ärzte.

Das strengste Konzept kommt dabei aus der Union: Hier wollen zahlreiche Abgeordnete Haftstrafen für die „geschäftsmäßige“ Assistenz beim Suizid im Strafrecht verankern. Mit Haftstrafe bedroht wären damit alle, die regelmäßig solche Sterbehilfe durchführen. Das beträfe so-

wohl Ärzte als auch zum Beispiel den früheren Hamburger Justizsenator Roger Kusch und seinen Verein Sterbehilfe Deutschland (StHD), dessen Mitglieder die Gelegenheit zur Selbsttötung erhalten können. Nicht bestrafen aber wollen die Verfechter dieses Verbotskonzeptes enge Angehörige, die einmalig einen Sterbewilligen in der Familie bei der Selbsttötung begleiten.

Die zweite strafrechtliche Regelung, die angedacht wird, stammt von den Grünen Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe. Auch sie planen ein Verbot der „geschäftsmäßigen“ Assistenz zum Suizid mit denselben Auswirkungen für Ärzte und Vereine, wollen aber den Kreis der Personen, die straflos bleiben, größer halten. Nach dem Willen dieser Gruppe bleiben nicht nur Angehörige, sondern auch andere „nahestehende Personen“ eines Suizidenten straflos, sofern sie „nicht aus eigennützigen Motiven heraus handeln“.

Zu diesen nahestehenden Personen zählen die Verfechter dieser Regelung auch „Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe“, aber nur, wenn zu ihnen „die sterbewillige Person in einer langjährigen Behandlungsbeziehung steht und deren Handeln Ausdruck eines engen Vertrauens- und Fürsorgeverhältnisses ist“.

Der dritte Plan einer Verankerung im Strafrecht stammt von Politikern der SPD. Auch sie wollen laut Positionspapier „einen neuen Tat-

bestand im Strafgesetzbuch schaffen, der die organisierte Förderung und Unterstützung des Suizids durch Vereine oder Einzelpersonen unter Strafe stellt“. Doch Straflosigkeit für Ärzte, die nicht „organisiert“ handeln, sehen sie auch dann vor, wenn die Ärzte mit dem Sterbewilligen nicht eng bekannt sind. Sie wollen ein einmaliges Handeln von Ärzten hinnehmen, ohne dass der Staat dies erledigt.

Eine weitere Gruppe von Politikern aus CDU, CSU und SPD plant kein strafrechtliches Verbot: „In Fragen, die den innersten Bereich einer Person betreffen, sei das scharfe Schwert des Strafrechts das falsche Mittel.“ Gerade bei Sterbenskranken habe man Entscheidungen im Hinblick auf das Lebensende in die Hände der Patienten und Ärzte zu legen. Die Abgeordneten wollen im Bürgerlichen Gesetzbuch festlegen, unter welchen Bedingungen die ärztliche Suizidbeihilfe zulässig sein soll. Es müsse sich um einen „volljährigen und einsichtsfähigen Menschen“ handeln, der Arzt müsse „freiwillig“ agieren, also auch ablehnen können. Weiterhin müsse feststehen, dass bei dem Sterbewilligen „eine unheilbare Erkrankung unumkehrbar zum Tode führt“, dass der Patient „objektiv schwer leidet“ und „eine umfassende Beratung des Patienten bezüglich anderer, insbesondere palliativer Behandlungsmöglichkeiten stattgefunden hat“. Außerdem sieht die Gruppe ein Vieraugenprinzip vor, was bedeutet, dass „die ärztliche Diagnose von einem anderen Arzt bestätigt wurde“.

Die bisherige Rechtslage auch für Vereine ausdrücklich beibehalten will eine kleine Gruppe der Grünen. Sie hält es mit Blick auf Vereine lediglich für „nötig, einige Klarstellungen im Vereinsrecht vorzunehmen“. Dort, im Zivilrecht, müsse man „verdeutlichen, dass solche Vereine keine kommerziellen Interessen verfolgen dürfen“.

Nicht als Gesetzesinitiative ist bisher ein Entwurf eingegangen, der im August 2014 viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte und weitere Verunsicherung in die Diskussion brachte, stammt er doch von einem anerkannten Palliativmediziner und einem weithin bekannten Medizinethiker. Beide hatten zusammen mit Kollegen eine Verschärfung des Strafrechts vorgeschlagen: zum einen das Verbot der Beihilfe

zum Suizid, die bislang nicht strafbar war, zum anderen die ausdrückliche Ausnahme von Ärzten und Angehörigen von diesem Verbot, bei gleichzeitigen strengen Auflagen für diese Ausnahme.

Im Wesentlichen rankt sich die bisherige Diskussion um die bislang vorgestellten Modelle. Neben diesen Vorschlägen und Initiativen findet man in der Diskussion gelegentlich die gesamte Bandbreite der Meinungen. Sie reichen vom völligen Verbot jeglicher Sterbehilfe (also auch die schon erlaubte passive und indirekte Sterbehilfe) und sogar des Suizids bis hin zur Forderung, die aktive Sterbehilfe für jedermann völlig freizugeben. Bislang sind das meist Einzelmeinungen oder Positionen kleinerer Gruppen, die allerdings mit entsprechender medialer Aufmerksamkeit einen weiteren Beitrag zur allgemeinen Verunsicherung leisten.

Gemeinsam ist allen Positionen, dass sie die vermeintliche Sicherheit einer nun endlich im Gesetz verankerten Regelung mit einer Vielzahl neuer unbestimmter Rechtsbegriffe und Interpretationsmöglichkeiten erkaufen.

Einig ist man sich also, dass die „geschäftsmäßige“ und „organisierte“ Sterbehilfe verboten werden soll. Einig ist man sich scheinbar auch, dass die Versorgung Schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland verbessert werden muss.

Während also die juristischen, ethischen und moralischen Diskussionen für Gesprächsstoff und Verwirrung sorgen, befördert diese Diskussion auch das Grundanliegen der Hospizbewegung: den weiteren, zielgerichteten und planvollen Ausbau der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland.

Dies ist ausdrücklich zu begrüßen und findet mit dem von der Bundesregierung vorgeschlagenen Hospiz- und Palliativgesetz historischen Niederschlag in nie dagewesener Qualität. Hier finden sich Ansatzpunkte für eine positive Entwicklung, die so manche Debatte um aktive oder passive, indirekte oder direkte Sterbehilfe unnötig machen könnte. Das Leid abzuschaffen, indem man die leidenden Menschen abschafft, ist die denkbar schlechteste Lösung, Menschen am Lebensende mit schwierigen Entscheidungen alleine und in einer Grauzone

zu lassen, ist nicht nur moralisch bedenklich. „Sterbehilfe“ – in welcher Form auch immer – gesetzlich zu regeln, ohne gleichzeitig aufzuzeigen, welche Alternativen es bereits gibt und ohne diese Alternativen stetig auszubauen, ist eindeutig zu kurz gegriffen.

Die Gesellschaft fordert klare gesetzliche Regelungen und bringt die Politik damit in ein Dilemma: Basieren die Forderungen nach Regelungen nicht auf dem Wunsch nach Sicherheit und dem Erleben von Unsicherheit im Angesicht eines eventuell qualvollen Sterbens? Ist der Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, nicht eher der Wunsch, „so“ nicht mehr leben zu wollen? Und muss nicht vorher alles getan werden, um einem „so“ nicht mehr leben wollen etwas entgegenzusetzen zu können? Ist der Schritt zu einer gesetzlichen Regelung nicht auch ein Tribut an den momentanen Stand der Unwissenheit in der Medizin? Vermindert eine gesetzliche Regelung vielleicht sogar die Anstrengungen, Hilfsangebote zu verbessern und Forschung zu intensivieren?

In einem ähnlichen Dilemma steht der Gesetzgeber: Wird nicht eine Regelung, bei welchen Patientengruppen ärztlich assistierter Suizid ermöglicht werden soll, eine Debatte um den grundgesetzlichen Gleichheitsgrundsatz auslösen und damit neue Probleme mit sich bringen? Wer soll entscheiden, welches Leben und Leiden weniger lebenswert ist als anderes?

Ein grundsätzliches gesellschaftliches Dilemma bahnt sich an, wenn man der Fragestellung nachgeht, wie man verhindern will, dass aus der Möglichkeit, aus dem Leben zu scheiden, irgendwann eine moralische Pflicht wird. Prägen nicht Normen langfristig unsere Normalität, sodass über kurz oder lang aus dem Sonderfall der Regelfall wird? Insbesondere dann, wenn man bedenkt, dass das „Sozialverträgliche Vorleben“ vielleicht von großem volkswirtschaftlichen Nutzen sein kann und im Angesicht der Allokationsproblematik im Gesundheitswesen damit ein zusätzlicher Druck auf den Patienten und sein Umfeld entsteht.

Als moderner Gesundheitsdienstleister steht der Arzt im Wettbewerb und ist damit einem weiteren Dilemma ausgesetzt: Er wird durch die Möglichkeit der Straffreiheit des ärztlich assistierten Suizids nicht freier: Ein Arzt, der sich

persönlich aus grundsätzlichen ethischen und moralischen Erwägungen weigert, seinen Patienten den „letzten Beistand“ zu leisten, wird irgendwann vor die Frage gestellt sein, ob er den Eindruck erwecken will, „ganz bis zum Schluss könne er dann doch nicht beistehen“. Wie schnell wird es dann „geschäftsschädigend“ für ihn sein, „die letzte Dienstleistung nicht erbringen zu können oder zu wollen“?

Ganz zuletzt oder ganz zu Anfang sei auf das Dilemma des Patienten verwiesen, der als Spielball der Diskussion in der denkbar schlechtesten Position ist: Wenn Sterbehilfe möglich und als Lösung etabliert und anerkannt ist, muss dann nicht der Patient Rücksicht auf sein Umfeld nehmen und diese Option ernsthaft für sich in Erwägung ziehen? Was kann ihn noch sicher machen, dass wirklich alles getan wurde, um sein „so“ nicht mehr leben zu wollen erträglicher zu machen? Verliert er nicht im Gegengeschäft zu einer vermeintlichen Rechtssicherheit die viel größere Sicherheit, auch in seiner Angewiesenheit auf Dritte noch als ein wichtiger Teil der Gesellschaft gesehen zu werden?

Auch die Hospizbewegung muss sich einige grundsätzliche Fragen stellen: Wenn eine „Bewegung“ einen Standpunkt vertritt, ist sie damit nicht der Pflicht enthoben, in jeweils konkreten Situationen bei den Menschen zu bleiben. Auch wenn sie nicht jeden Schritt für gut heißt und sich von dem Grundwert, „den Tod weder hinauszuzögern noch zu beschleunigen“ leiten lässt, verspricht sie Menschen jeden Tag aufs Neue, sie nicht allein zu lassen. Dies fordert die Hospizbewegung immer wieder aufs Neue dazu auf, ethisch verantwortlich in der jeweiligen Begleitung die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten wahrzunehmen, in den Mittelpunkt zu stellen und zu akzeptieren.

Mit diesem Tagungsband kommt die Hanns-Seidel-Stiftung in vorbildlicher Weise ihrem gesellschaftspolitischen Auftrag nach. Namhafte Vertreter aus Politik, Medizin, Ethik, Soziologie und Jurisprudenz kommen zu Wort und weiten den Blick auf ein Thema, das uns alle angeht und das bis zum heutigen Tag in seiner letzten Konsequenz nicht durchdacht scheint. Gesellschaftlichem Druck vorzeitig nachzugeben und mit der gesetzlichen Regelung eines kleinen Bereichs eine bei weitem noch nicht zu

Ende geführte gesellschaftspolitische Diskussion vorzeitig zu beenden, kann nicht im Sinne einer gesellschaftspolitischen Gesamtverantwortung sein.

|| **PROF. DR. SIEGFRIED HÖFLING**

---

Referent für Technologie, Medien und Kultur,  
Jugend und Gesundheit, Akademie für Politik und  
Zeitgeschehen, Hanns-Seidel-Stiftung, München

|| **DR. ERICH RÖSCH**

---

Geschäftsführer Bayerischer Hospiz- und  
Palliativverband, Landshut

# DIE AKTUELLE DEBATTE – NOCH MEHR FRAGEN ALS ANTWORTEN

**ALOIS GLÜCK** || Dürfen wir über das Leben eines Menschen entscheiden? Über unser eigenes oder das eines anderen Menschen? Darüber wird es in den nächsten Monaten eine grundsätzliche und grundlegende Debatte in unserem Land geben – und geben müssen. Es geht hierbei um Fragen über das Wesen und den Wert des Menschen, über den Schutz des Lebens und über die Normen für unser Zusammenleben. Anlass sind die begonnenen Beratungen im Deutschen Bundestag über notwendige oder nicht notwendige gesetzliche Regelungen zur Begleitung sterbender Menschen.

In Art. 1 unseres Grundgesetzes steht: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Danach kann es im Hinblick auf die Schutzwürdigkeit des Menschen keine Unterscheidung geben zwischen einem „lebenswerten“ und „nicht lebenswerten“ Leben. Und trotzdem sind wir immer mehr und immer tiefer in solche Debatten verstrickt, in allen Phasen des Lebens. Vor der Geburt – und mittlerweile noch früher beginnen sie bei der Stammzellenforschung und der Gendiagnostik – bis eben vermehrt zur Diskussion um das Lebensrecht und den Lebensschutz, um die Würde des Menschen im Sterben. Der Wert des menschlichen Lebens, die Verfügbarkeit über das Leben ist ein Fundament und ein zentraler Orientierungspunkt aller Kulturen und Zivilisationen. Vor allem im Zusammenhang mit der Entwicklung in der Gendiagnostik oder der datengestützten „Selbstoptimierung des Menschen“ wird uns diese Frage immer eindringlicher begleiten. Vor kurzem hat eine Wissenschaftlerin in der SZ in ihrem Artikel beschrieben, dass es in den 1970er-Jahren Ausdruck einer humanen Gesellschaft war, dass man Familien mit einem behinderten Kind generell hilft. Heute ist die Situation, dass Eltern unter Druck gesetzt werden, eine Abtreibung vornehmen zu lassen, wenn die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung

zeigen, dass das Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit behindert sein wird.

Welche Leitbilder hat unsere Gesellschaft heute und morgen im Hinblick auf Menschen mit Handicaps, für kranke und schwerstkranke Menschen, die der Zuwendung und der gesellschaftlichen Solidarität und Anstrengung bedürfen. Welche Prioritäten setzen wir?

Im Mai des letzten Jahres hat die frühere Bundestagsabgeordnete Ingrid Matthäus-Maier einen Beitrag in der FAZ mit dem Titel „Mein Tod gehört mir“ veröffentlicht. Ausgehend vom Anspruch auf Selbstbestimmung des Menschen verlangte sie nicht nur die schon gewährte Freiheit für die Entscheidung des Einzelnen (Suizid und Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland straffrei), sondern rechtliche Regelungen und damit Absicherung für alle Formen organisierter Unterstützung für den Suizid. Sie betonte in ihrem Beitrag die Wertschätzung für die Palliativmedizin als eine wichtige Hilfe der Begleitung, führte aber dann aus, dass angesichts der Entwicklung in einer alternden Gesellschaft mit so vielen alten und womöglich leidenden Menschen das Geld nicht verfügbar sei, um allen Menschen diese Möglichkeiten der Palliativmedizin zugänglich zu machen. Deshalb, so forderte sie, ist auch die organisierte Unterstützung des Suizids als Alternative zum Weiterleben dringend notwendig.

Diese Argumentationsmuster müssen wir durchdenken und zu Ende denken. Was bedeutet dies für die Entwicklung unserer Gesellschaft? Welche Erwartungen und welche Drucksituationen entstehen für Menschen, die der Hilfe und der Unterstützung bedürfen?

Der einzelne Mensch soll nicht durch staatliche Entscheidungen bevormundet werden (deshalb bleibt es bei den bisherigen Regelungen für die Straffreiheit), aber die politischen Entscheidungen, in Gesetz gegossen, prägen die gesellschaftlichen Normen, die Regeln und Erwartungen für unser Zusammenleben. Deswegen gilt es in der öffentlichen Debatte klar zu unterscheiden zwischen der Entscheidung des Einzelnen und der Auswirkung von rechtlichen Regelungen für die Gesellschaft.

Es ist aber nicht damit getan, dass wir in dieser Wertedebatte Position beziehen. Die Glaubwürdigkeit dieser Position ist ganz wesentlich auch davon abhängig, ob wir tatsächlich alle Anstrengungen unternehmen, den Menschen die heutigen Möglichkeiten der Hilfe und der Begleitung durch Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizbegleitung überall im Lande zugänglich zu machen. Das ist unsere Bewährungsprobe, unser Glaubwürdigkeitstest!

Der Deutsche Bundestag wird mit einem Gesetzespaket die entsprechenden rechtlichen und damit auch finanziellen Voraussetzungen für die Trägerschaft der verschiedenen Dienste entscheidend verbessern. Damit ist aber noch nirgendwo in den einzelnen Lebensräumen für die Menschen ein entsprechendes Angebot geschaffen. Dies zu verwirklichen ist unsere gemeinsame Aufgabe. Die Hospizbewegung als eine der großartigen bürgerschaftlichen Initiativen seit nun mehr als zwanzig Jahren hat dafür den Weg bereitet. Nun geht es darum, als große Gemeinschaftsaufgabe von Staat / Politik und bürgerschaftlichem Engagement die entsprechenden ambulanten Dienste für die Lebenssituation in der Familie, im Zuhause, in den Pflegeheimen durch die flächendeckende Verfügbarkeit von diesen Diensten zu verwirklichen. Dies gilt gleichermaßen für die Altenheime und Pflegeheime. Ebenso wichtig sind Palliativstationen und stationäre Hospize. Der Geist und das Wissen und Können aus Palliativmedizin und Palliativpflege muss aus einer

Sonderstellung (und meistens „Randexistenz“) des Gesundheitswesens herausgeholt und in Medizin und Pflege generell integriert werden.

Über diese notwendigen Inhalte und die drängenden Aufgaben wird in den einzelnen Beiträgen debattiert. Das ist die wirksamste Antwort auf die Ängste der Menschen und die beste Alternative zu den Entwicklungen in einigen Nachbarländern, in denen der Suizid als Alternative zur Pflege immer mehr Lebenssituationen prägt. Dann können wir uns mit vertieftem Wissen und Engagement in den Dienst dieser Aufgabe stellen.

---

#### || ALOIS GLÜCK

Stv. Vorsitzender der Hanns-Seidel-Stiftung,  
Präsident des Zentralrats der deutschen  
Katholiken, München

# ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

## Reflexionen eines Palliativmediziners

**CHRISTOPH OSTGATHE** || Jeder im Gesundheitsbereich Tätige wird, wenn die Behandlung und Begleitung schwerkranker Menschen zu seinen Aufgaben gehört, mehr oder weniger häufig mit Patienten konfrontiert sein, die den Wunsch äußern, das Sterben zu beschleunigen. Daher ist die gegenwärtig geführte öffentliche Diskussion längst überfällig. In meinem Beitrag möchte ich neben den Definitionen, der (standes-)rechtlichen Situation und der Wirksamkeit der Sorgfaltskriterien, den Umgang mit Todeswünschen von schwerkranken und sterbenden Menschen als Palliativmediziner aus klinisch-praktischer Sicht eines Palliativmediziners reflektieren.

### DEFINITIONEN

Zunächst sollen die Definitionen der sogenannten Sterbehilfe-Debatte konkretisiert werden. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten kommt es immer wieder zu falschen Zuschreibungen und Verwirrungen. Die bisher übliche Terminologie sollte daher aus meiner Sicht verlassen werden.

Selbst in Personenkreisen, die sich von Berufs wegen mit diesen Themen befassen müssen, z. B. bei Betreuungsrichtern, werden die Begriffe häufig falschen Definitionen zugeordnet. Auf die Frage, wie Betreuungsrichter bestimmte Maßnahmen, z. B. den Verzicht auf / Beendigung von künstlicher Beatmung beurteilen würden, antwortete ein signifikanter Anteil der Befragten, dass sie dies als „aktive Sterbehilfe“ einschätzen würden.<sup>1</sup>

Entsprechende Befragungen mit ähnlichen Ergebnissen gibt es auch bei Ärzten.

Der Verzicht respektive die Beendigung einer medizinischen Maßnahme würden wir heute nach Empfehlungen des Nationalen Ethikrates eher als „Sterben zulassen“ (früher „passive Sterbehilfe“) bezeichnen. Die früher so benannte „indirekte Sterbehilfe“ sollte man besser als „Therapien am Lebensende“ bezeichnen. Hiermit werden symptomlindernde, in aller Regel medikamentöse Maßnahmen beschrieben.

Wesentlich ist hier die Intention, die auf bestmögliche Symptomlinderung abzielt; eine potenzielle Lebensverkürzung wird nicht angestrebt, aber als unbeabsichtigte Nebenwirkung in Kauf genommen. Die „Beihilfe zum Suizid“ hat sich in der Nomenklatur nicht wesentlich geändert. Die „aktive Sterbehilfe“ sollte durch den im Gesetzestext genutzten Begriff der „Tötung auf Verlangen“ ersetzt werden. Es hilft sehr, die Diskussion zu versachlichen, wenn wir uns auf diese Begriffe einigen.

Tabelle 1: Terminologie und Definitionen<sup>2</sup>

Alte Terminologie	Vorschlag Nationaler Ethikrat	Definition
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen.
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende	Mögliche Beschleunigung des Todeseintrittes als unbeabsichtigte Nebenwirkung der medikamentösen Symptomlinderung. Im Vordergrund steht die Intention respektive Indikation der genutzten Maßnahmen: Handlungsleitend ist grundsätzlich der Bedarf an Symptomlinderung und nicht eine Beschleunigung des Sterbens.
Beihilfe zum Suizid	Beihilfe zur Selbsttötung	Einem Menschen, der sich selbst tötet, Beihilfe leisten. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben; sie kann zum Beispiel darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu verordnen oder zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen.
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	Tötung auf Verlangen liegt vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt.

### RECHTLICHE SITUATION IN DEUTSCHLAND

Das Sterben zuzulassen ist in Deutschland rechtlich möglich. Viele ärztliche Kollegen tun sich dennoch schwer, auf medizinisch machbare Therapiemaßnahmen, die das Leben verlängern könnten, zu verzichten oder diese zu beenden. Oft steht hier die Angst vor rechtlichen Konsequenzen im Vordergrund. Dies führt nicht selten dazu, lebenserhaltende Maßnahmen fortzuführen, was im Einzelfall den Sterbeprozess verzögern kann. Beispielhaft sei die künstliche Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase genannt; hier gilt es abzuwägen, ob der Sterbende von der Maßnahme profitiert oder ob sie gar eine

Belastung darstellt. Es ist rechtlich möglich, in vielen Situationen sogar ethisch geboten, am Lebensende auf künstliche Flüssigkeitszufuhr zu verzichten oder diese zu beenden.

Auch Therapien am Lebensende, die eine unbeabsichtigte, aber potenzielle Lebensverkürzung als Nebenwirkung mit sich bringen können, sind erlaubt, wenn die Intention Symptomlinderung und nicht Lebensverkürzung ist. Aus klinischer Erfahrung ist Letzteres eher ein theoretisches Konstrukt. Es erscheint in der Praxis eher so, dass eine gute Symptomkontrolle sogar lebensverlängernd wirken kann.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland in aller Regel nicht strafbewehrt. Der Suizid selbst ist nicht strafbar, so kann auch eine Beihilfe zu einer nicht strafbaren Handlung selbst nicht strafbar sein. In Deutschland haben wir somit eine Gesetzgebung, die deutlich liberaler als in vielen anderen Ländern ist. Einschränkend bezogen auf die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ist das ärztliche Standesrecht, auf das später noch eingegangen wird. Tötung auf Verlangen ist gemäß § 216 in Deutschland verboten.

### **DIE RECHTLICHE SITUATION IN ANDEREN LÄNDERN**

In den Niederlanden wird Tötung auf Verlangen (dort Euthanasie genannt) im Falle der Einhaltung definierter Sorgfaltskriterien nicht strafrechtlich verfolgt. Die Möglichkeit zur Tötung auf Verlangen schließt auch Kinder und Jugendliche mit ein. Im Alter 12 bis 15 muss die Einwilligung der Eltern vorliegen; ab 16 Jahre können Jugendliche selbst entscheiden. Die Situation in Belgien stellt sich ähnlich dar. Tötung auf Verlangen bzw. Tötung auf Wunsch der Eltern ist jedoch in jedem Lebensalter, so auch bei Säuglingen, möglich. In der Schweiz ist der assistierte Suizid bzw. der ärztlich assistierte Suizid gesetzlich geregelt. In Luxemburg sind seit 2009 Tötung auf Verlangen und der ärztlich assistierte Suizid geregelt. In Oregon wie auch einigen weiteren Bundesstaaten und Regionen der USA ist unter bestimmten Sorgfaltskriterien eine Durchführung ärztlich assistierten Suizids möglich.

### **EVIDENZ UND EFFIZIENZ VON GESETZLICHEN SORGFALTSKRITERIEN**

In den meisten Staaten, in denen es Öffnungsregelungen zu Tötung auf Verlangen respektive Beihilfe zur Selbsttötung gibt, sind sogenannte Sorgfaltskriterien eingesetzt worden. Auch in Deutschland werden im gegenwärtigen Diskurs von Befürwortern einer gesetzlichen Regelung Sorgfaltskriterien benannt. Sorgfaltskriterien haben zum Ziel, die Handlungspraxis zu kontrollieren und somit den Missbrauch einzudämmen und Fehlgebrauch zu vermeiden. Typische Kriterien sind das informierte Einverständnis,

die Hinzuziehung einer zweiten Meinung durch z. B. Psychiater oder Palliativmediziner, ein definiertes, meist längeres Zeitfenster zwischen Bitte und Durchführung und die eigentliche Durchführung durch einen Arzt.

Die Erfahrung zeigt leider, dass in den Ländern mit einer entsprechenden Gesetzgebung die gesetzten Sorgfaltskriterien nicht in der Lage sind, die in sie gesteckten Ziele zu erreichen. Dies soll an drei Beispielen verdeutlicht werden. Das stärkste Kriterium ist das informierte Einverständnis in jedwede Maßnahme. Die Praxis in den Niederlanden,<sup>3</sup> aber auch in Belgien<sup>4</sup> zeigt, dass dort Euthanasie auch ohne Einverständnis durchgeführt wird. Darüber hinaus sieht Oregon die Einschätzung eines zweiten Experten (Psychiater, Psychologen) vor. Im Jahre 2014 wurden nur 3 der 105 Patienten, die in Oregon durch Assistierten Suizid gestorben sind, formal psychiatrisch respektive psychologisch evaluiert.<sup>5</sup> Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass Menschen mit nicht ausreichend diagnostizierter / behandelter Depression eine Verschreibung für ein todbringendes Medikament erhalten. Auch hierfür gibt es Hinweise in der Literatur. Ganzini / Goy / Dobscha konnten zeigen, dass 1/6 der Patienten, die eine Verordnung für ein todbringendes Medikament erhielten, eine Depression hatten; von den Patienten mit einer Depression haben alle dieses dann auch eingenommen.<sup>6</sup>

In Belgien ist gesetzlich festgelegt, dass insbesondere bei Erkrankungen, die nicht unmittelbar zum Tode führen, zwischen Bitte und Durchführung mindestens ein Monat liegt. Es gibt Hinweise, dass dies beispielsweise in der Intensivmedizin nicht umgesetzt wird. Mit dem Hinweis auf die Benefizienz wird ein deutlich kürzerer Zeitraum beschrieben.<sup>7</sup>

### **ÄRZTLICHES STANDESRECHT IN DEUTSCHLAND UND DEN BUNDESLÄNDERN**

In der Musterberufsordnung wurde 2011 – nach Anpassung der Grundsätze zur Ärztlichen Sterbebegleitung im selben Jahr – der § 16 geändert. Dort heißt es nun: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patien-

ten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Dies kommt einem standesrechtliches Verbot gleich. In den Landesärztekammern, die sich eigene Landesberufsordnungen geben und somit für die Ärzte aus diesem Bundesland gelten, wurde dieser Passus sehr unterschiedlich übernommen, umformuliert oder ganz weggelassen.

Die Kammern in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Hessen, Saarland, Sachsen und Thüringen haben den Passus im § 16 wortwörtlich übernommen. Nordrhein-Westfalen hat zwei Kammerbezirke. Der Kammerbezirk Nordrhein hat den § 16 entsprechend der Muster-Berufsordnung übernommen.

Für Westfalen-Lippe wurde „dürfen keine“ durch „sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ ersetzt. In Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist inhaltlich ein anderer Schwerpunkt gelegt worden. Dort heißt es in den Landesberufsordnungen: „Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“ Hier wird das „Sterben zulassen“ aufgenommen und die alte Nomenklatur genutzt, wenn davon gesprochen wird, dass der Arzt „das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“ darf.

Ähnlich ist die Situation in Sachsen-Anhalt; hier heißt es, „der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen“. Darüber hinaus wird Bezug genommen auf die Würde, denn der „Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unbedingter Achtung ihres Willens beizustehen“. Hierbei bleibt unklar, inwieweit dann eine Hilfe beim Suizid aus der unbedingten Achtung des Willens heraus begründbar und somit standesrechtlich möglich wird.

Die Aussagen der Landesberufsordnungen in Bayern und Baden-Württemberg sind sehr allgemein und offen gehalten; hier heißt es, „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen“.

In Berlin wird die Berufsordnung ergänzt durch § 1 Abs. 3, in dem es heißt, „die Mitwirkung einer Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Diese sehr unterschiedliche Umsetzung der Musterberufsordnung zeigt auch die Heterogenität der Haltungen innerhalb der (verfassten) Ärzteschaft zu diesem komplexen Thema. Aus meiner Sicht verstärkt das, bei allem Verständnis für den Föderalismus, die allgemeine Verwirrung, wenn nicht sogar die in den Landesberufsordnungen zum Ausdruck gebrachten, sehr voneinander abweichenden Haltungen, die eine öffentliche Diskussion noch katalysieren.

## REFLEXION AUS DER PRAXIS DER PALLIATIVMEDIZIN

Jeder klinisch Tätige wird mit Menschen konfrontiert, die in irgendeiner Art und Weise einen Todeswunsch äußern. Ich bin sehr froh, wenn Patienten den Mut aufbringen, dies offen auszusprechen. Viele haben Angst davor, weil sie denken, dass sie durch das Aussprechen ihren Arzt oder das Team unter Druck setzen könnten oder gar schon was Ungesetzliches tun, wenn sie etwas vermeintlich Verbotenes fordern. Wir freuen uns über jeden, der das Vertrauen hat, diese Dinge mit uns zu besprechen. Wichtig ist es, zunächst einmal herauszufinden, um welche Form des Todeswunsches es sich handelt. Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein, das Kontinuum reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids respektive Wünschen nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen. Der explizit geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen ist im klinischen Alltag selten, stellt aber eine besondere Herausforderung für das gesamte therapeutische Team dar, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und Wertschätzung umzugehen haben.<sup>8</sup> Das Gespräch kann eine große Entlastung („denken dürfen“) für die Betroffenen und eine Bereicherung der Team-Patienten-Beziehung bedeuten.<sup>9</sup>

Darüber hinaus habe ich in den letzten Jahren gelernt, dass Todeswunsch und Lebenswille nicht als Polaritäten einer Dimension, sondern auch als zwei unabhängige und somit grundsätzlich gleichzeitig vorkommende Kategorien konzeptionalisiert werden sollten. Hierdurch kann sich die Situation ergeben, dass parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen können, die sich in ihrem Ergebnis vermeintlich ausschließen, sieht man von der religiös geprägten Aussicht auf ewiges Leben ab.<sup>10</sup>

Dies wird in einem Zitat deutlich, das aus einem Forschungsinterview stammt: „Wenn mir jemand was geben und mir sagen würde, in zwei Sekunden ist es vorbei, ich würde es versuchen.“ Ein eindrucksvoll geäußertes Todeswunsch. Derselbe Patient sagt wenige Sätze später: „Ich möchte leben, oh Gott“ und beginnt, als er das sagt, zu weinen. Im Hinblick auf die Grundlagen der Palliativmedizin scheint es nicht unmöglich, hier beide Hoffnungen sinnvoll miteinander verbunden zu sehen. Ziel der Palliativversorgung ist es, durch bestmögliche Unterstützung Menschen im Sterben mehr Leben zu geben und gleichzeitig das Sterben nicht aufzuhalten, sich somit dem „Sterben wollen“ nicht entgegenzustellen.<sup>11</sup>

Ein weiterer wichtiger Aspekt in dieser Diskussion ist, dass Todeswünsche nicht immer gleich ausgeprägt, sondern über die Zeit variabel sind.

Es kann sein, dass wir einen Patienten kennenlernen, der uns sagt: „Ich möchte, dass du was tust, damit ich rasch versterbe.“ Derselbe Patient betont einige Zeit später nach suffizienter Unterstützung auf einmal: „Nein, ich möchte nicht sterben, ich möchte leben: Ich will noch so viele Dinge erleben und es gibt noch einiges, was ich zu erledigen habe.“ Diese klinische Erfahrung wird auch durch Forschungsansätze bestätigt. Rosenfeld und seine Arbeitsgruppe, die sich mit der psychometrischen Messung von Todeswünschen (Desire for Hastened Death) befasst, konnten sehr eindrucksvoll zeigen, dass der Todeswunsch bei terminal erkrankten Menschen selbst in den letzten Lebenswochen außerordentlich variabel ist.<sup>12</sup>

Folgende Herangehensweisen können hilfreich sein, um mit einem Todes- beziehungsweise Suizidwunsch angemessen umgehen zu können:<sup>13</sup>

- Darlegung, wie die bestmögliche palliativmedizinische Behandlung unter Einbindung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote zur Verbesserung der vom Patienten als unerträglich empfundenen Situation aussehen könnte.
- Dem Patienten und seiner Familie sollten konkrete Entlastungsmöglichkeiten im häuslichen beziehungsweise im stationären Umfeld durch die verschiedenen in die Palliativversorgung eingebundenen Professionen aufgezeigt werden.
- Offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen über den Todeswunsch, die Motivationen, Bedürfnisse und Ängste des Patienten.
- Konkrete Auseinandersetzung mit den individuellen Problemen und Befürchtungen, die den Patienten belasten und den Todeswunsch motivieren.
- Bei einem Suizidwunsch aufgrund existenzieller innerer Not sollte dem Patienten zusätzliche Unterstützung angeboten werden, zum Beispiel mittels (Krisen-)Intervention durch Psychologen / Psychotherapeuten, Psychiater, Seelsorger, Sozialarbeiter oder andere Therapeuten.
- Immer sollte die Beendigung respektive der Verzicht auf lebenserhaltende Therapien als Möglichkeit, den Todeszeitpunkt nicht weiter hinauszuschieben, besprochen werden.
- Palliative Sedierung kann im Einzelfall, wenn therapierefraktäre Symptome Ursache des Sterbewunsches sind, indiziert sein. Ziel ist nicht die Beschleunigung des Todeseintrittes.
- Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine mögliche Alternative sein. Auf solche Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter beziehungsweise abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein selbstbestimmtes Leben und Sterben.
- Aufklärung über die Ziele / Möglichkeiten einer palliativmedizinischen Begleitung.

**FAZIT**

Aus meiner Sicht braucht es in Deutschland dringend einen ernstgemeinten Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Schwerkranke und leidende Menschen brauchen die Verge-  
wässerung, dass ihnen eine umfassende Behandlung und Begleitung zur Verfügung steht – egal, wo sie diese brauchen. Das Hospiz- und Palliativgesetz, das dieses Jahr verabschiedet werden soll, ist hier sicherlich ein wichtiger Meilenstein. Es kann aber – selbst bei bestmöglicher Fürsorge – sein, dass es einzelne Betroffene gibt, bei denen diese Angebote nicht greifen und für die eine (Beihilfe zur) Selbsttötung als einziger Ausweg erscheint. Dieses Dilemma müssen wir anerkennen. Es ist aber meine tiefe Überzeugung, dass aus den Einzelfällen keine Norm entwickelt werden darf. Insofern stehe ich dafür, dass im Grundsatz das Gesetz nicht geändert werden soll; allenfalls sollte der Gesetzgeber Möglichkeiten prüfen, die organisierte Form der Suizidbeihilfe zu verbieten. Die Landesärztekammern sind aufgerufen, sich die Mühe zu machen, in diesem so wichtigen Punkt die Berufsordnungen zu vereinheitlichen. Grundsätzlich ist der Haltung der Bundesärztekammer, dass eine Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, zuzustimmen. Auch ein im Grundsatz angelegtes Verbot für die Ärztliche Suizidbeihilfe ist sinnvoll.

In den wenigen, oben schon genannten Dilemmata, dann, wenn ein einzelner Arzt seinen Patienten gut kennt, länger begleitet hat und sich in einer persönlichen Gewissensentscheidung für eine Suizidbeihilfe entscheidet, würde ich dafür plädieren – so wie es gängige Praxis ist –, dass im Einzelfall von einer berufsrechtlichen Sanktionierung abgesehen werden kann. Vielleicht würde eine Ergänzung im § 16, die lauten könnte: „[Ärztinnen und Ärzte] dürfen *grundsätzlich* keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ das Verbot anzeigen, aber die Dilemmasituation anerkennen.

**|| PROF. DR. MED. CHRISTOPH OSTGATHE**

Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung in der Anästhesiologischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

**ANMERKUNGEN**

- <sup>1</sup> Simon, A. / Lipp, V. / Tietze, A. u. a.: Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, in: MedR 6/2004, S. 303-307.
- <sup>2</sup> Nach Nauck, F. / Ostgathe, C. / Radbruch, L.: Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben, in: Dtsch Arztebl 3/2014, A-67 / B-61 / C-57.
- <sup>3</sup> Onwuteaka-Philipsen, B. D. / Brinkman-Stoppelenburg, A. / Penning, C. u. a.: Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey, in: Lancet 380/2012, S. 908-915.
- <sup>4</sup> Chambaere, K. / Vander, Stichele R. / Mortier, F. u. a.: Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium, in: New England Journal of Medicine 12/2015, S. 1179-1181.
- <sup>5</sup> Oregon Department of Human Services. Death with Dignity Act Annual Reports, <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>, Stand: 11.5.2015.
- <sup>6</sup> Ganzini, L. / Goy, E. R. / Dobscha, S. K.: Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying, in: cross sectional survey, in: BMJ 2008; 337:a1682.
- <sup>7</sup> Cohen-Almagor, R.: Belgian euthanasia law: A critical analysis, in: J Med Ethics 35/2009, S. 436-439.
- <sup>8</sup> Ostgathe, C. / Galushko M. / Voltz R.: Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung, in: Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 3: Hoffnung und Verantwortung: Herausforderungen für die Medizin, hrsg. von A. Frewer, F. Bruns und W. Rascher, Würzburg, 1. Aufl., 2010, S. 247-257.
- <sup>9</sup> Nauck / Ostgathe / Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid.
- <sup>10</sup> Voltz R. / Galushko M. / Walisko J. u. a.: Issues of „life“ and „death“ for patients receiving palliative care – comments when confronted with a research tool, in: Supportive Care in Cancer 6/2011, S. 771-777.
- <sup>11</sup> Ostgathe / Galushko / Voltz: Hoffen auf ein Ende des Lebens?
- <sup>12</sup> Rosenfeld B. / Pessin H. / Marziliano A. u. a.: Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?, in: Social Science & Medicine 111/2013, S. 35-40.
- <sup>13</sup> Siehe auch Nauck / Ostgathe / Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid.

# WARUM TUT DER SCHMERZ SO WEH?

**ECKHARD FRICK** || Die Schmerzempfindung lässt „Inseln“ unseres zuvor unthematisch gegebenen Leibes auftauchen und verändert damit das Miteinander-Spüren der sozialen Wahrnehmung (Zwischenleiblichkeit). Palliative Care will nicht nur schwere Schmerzzustände beseitigen oder lindern, sondern die Mehrdimensionalität des Leidens aufdecken und begleiten. Am meisten tut am Schmerz die Vereinzelung weh. Deshalb besteht Schmerzarbeit in der (Wieder-)Herstellung der therapeutischen Beziehung.

## WER ODER WAS WEH TUT

Der Schmerzgeplagte ist der Leidgeprüfte: Der Schmerz tut ihm bzw. ihr weh – wie ein äußerer Angreifer. Er schlägt, stößt, schneidet, beißt, klemmt, reißt, sticht, quetscht, bohrt, zieht, drückt, presst, schießt, brennt. Wir nehmen wahr, *wo* eine Schmerzquelle angreift und wie stark. Um deren Wirkung zu beschreiben, gebrauchen wir Verben wie schlagen, stoßen, schneiden, beißen, klemmen, reißen, stechen, quetschen, bohren, ziehen, drücken, pressen, schießen, brennen. Derartige Metaphern werden unentbehrlich, wenn wir versuchen, unser Erleben rund um das Auftauchen des Schmerzes nach seiner *Qualität* zu beschreiben.

Äußere Schmerzquellen sind meistens Mitmenschen, seltener Tiere oder Gegenstände, die Macht über uns gewinnen. Wir werden zum „Opfer“ und auf merkwürdige Weise passiv, indem wir einem geheimnisvollen „Es“ das Subjektsein des Schmerzes zuschreiben: *Es tut mir weh.*

Auch wenn ich keine äußere Schmerzquelle ausmachen kann, nehme ich wahr, wo der Schmerz sitzt, ich lokaliere ihn. Der Leib ist vor der Schmerzempfindung nur unthematisch dabei, opak, *passé sous silence*, wie Sartre sagt. Das ändert sich auch nicht dadurch, dass er als physikalischer Körper mit dem Handy fotografiert, vom Radiologen durchleuchtet oder sonstwie vermessen werden kann. In der Gegend des physikalischen Körpers taucht nun plötzlich

der Schmerz auf, zonenhaft, inselhaft. Hermann Schmitz spricht in diesem Zusammenhang von „Leibesinseln“. Beispiel dafür sind Zahnweh, Bauchweh, Kopfweh, Rückenschmerzen usw. Diese haben gemeinsam, dass sie keine objektivierten anatomischen Gebiete mit klaren Grenzen benennen, sondern eigenleibliche Schmerzäußerungen der Person sind, die hinzeigt: „Da tut es weh!“ Der eigene Leib bekommt durch die Schmerzinseln eine beängstigende Konkretheit.<sup>1</sup>

Es gibt auch andere Leibesinseln wie z. B. einen knurrenden Magen oder auch eine enge Beklommenheit der Brust usw., aber der Schmerz ist etwas Besonderes: Wegen seiner unangenehmen affektiven Tönung schieben sich Schmerzinseln in den Vordergrund:

*„Vergessen sind die Kursberichte,  
die Steuern und das Einmaleins, kurz,  
jede Form gewohnten Seins, die sonst  
real erscheint und wichtig,  
wird plötzlich wesenlos und nichtig.  
Ja, selbst die alte Liebe rostet,  
man weiß nicht, was die Butter kostet,  
denn einzig in der engen Höhle  
des Backenzahnes weilt die Seele,  
und unter Toben und Gesaus  
reift der Entschluß:  
Er muß heraus!“*

Wilhelm Busch

Ernster klingt es beim Tumorschmerz. Man könnte sagen: Der Kranke wird ganz Schmerzinsel. Ein sehr Bekannter unter diesen Schmerzpatienten, Sigmund Freud, schrieb einst an Marie Bonaparte: „... das Radium hat wieder etwas aufzufressen begonnen, unter Schmerzen und Vergiftungserscheinungen, und meine Welt ist wieder, was sie früher war, eine kleine Insel Schmerz, schwimmend auf einem Ozean von Indifferenz“.<sup>2</sup>

Versuchen wir Schmerz zu messen, dann können wir z. B. einen Patienten bitten, die Intensität seines Schmerzes auf einer 10-stufigen Skala zu bewerten (0 = nicht vorhanden und 10 = maximale Stärke). Es zeigt sich, dass die meisten Menschen bereit sind, Schmerzsensationen im unteren Drittel der Skala hinzunehmen. In der Mitte, zwischen 4, 5 und 6 werden wir zunehmend unruhig, vor allem dann, wenn der Schmerz nicht mehr nachlässt.

### DIE MEHRDIMENSIONALITÄT DES SCHMERZES

Auf den ersten Blick macht Schmerz (Leid) passiv. Es macht uns in gewisser Weise zu einer „lädierten Maschine“, die repariert werden muss. Schmerz gilt als reflexhafte Antwort auf eine innere (z. B. Zwölffingerdarm-Geschwür, eingeklemmter Rückenmarks-Nerv) oder äußere (z. B. Biss, Verbrühung, stumpfe Gewalt) Verletzung. Er hat nicht nur eine physische Dimension, es handelt sich vielmehr um ein vielschichtiges Phänomen. Eine unbedingte Kausalität zwischen körperlicher Verletzung und Schmerz ist zu relativieren, denn wir können beobachten, dass es zum einen Läsionen ohne Schmerzen gibt (Kriegs- und Sportverletzungen), zum anderen aber auch Schmerzen ohne Läsionen (Migräne, somatoforme Schmerzen, social pain). Naomi Eisenberger<sup>3</sup> zeigt in ihren Untersuchungen, dass physischer Schmerz aus zwei Komponenten mit unterschiedlichen neuronalen Korrelaten besteht. Sie postuliert zum einen die Ebene der sensorischen Wahrnehmung (Kodierung des Schmerzes nach ..., Lokalisierung, Qualität, Intensität), zum anderen die der affektiven (Kodierung als unangenehm / belastend). Untersuchungen haben auch gezeigt, dass unterschiedliche Arten von Schmerz aber durchaus im Gehirn auf ähnliche Weise bzw. an ähnlichen Orten verarbeitet werden können.

Zum Beispiel zeigt sich im Kernspintomographen bei physischem und sozialem Schmerz (Ausgeschlossenheit) eine Aktivierung ähnlicher Hirnregionen (physical-social pain overlap). Die neurobiologisch darstellbare Korrespondenz zwischen physischem Schmerz und dem Schmerz infolge des Ausgeschlossenheits legt es nahe, Letzteren „social pain“ zu nennen. Folgt man weiterhin dem Konzept der „Zwischenleiblichkeit“,<sup>4</sup> dann hat auch der physische Schmerz einen interpersonellen, im geteilten interaktiven Raum wahrnehmbaren Aspekt. Dies gilt z. B. für den Schmerzpatienten und seine Therapeuten.

Die Erkenntnis, dass es unzureichend ist, Schmerz nur als Vorgang an der Synapse zu sehen, führte zu einem Paradigmenwechsel in der gesamten Medizin, auch in der Psychosomatik. So war es nicht mehr nur erforderlich, den physischen Vorgang in den Fokus zu nehmen, sondern die Gesamtsituation eines Menschen und seine Lerngeschichte zu berücksichtigen. Dazu gehört dann selbstverständlich das soziale Umfeld, also seine individuellen Beziehungen zu anderen Menschen. Zum unmittelbaren Gegenüber genauso wie zur Gesellschaft und auch seine Beziehung (oder vielleicht auch nicht-Beziehung) zu Gott.

Cicely Saunders führt 1988 den Begriff des „total pain“ ein. Schmerz verstanden als ein Erlebniskomplex mit physischen, psycho-sozialen und spirituellen Aspekten.<sup>5</sup>

Spiritualität kann verstanden werden als Transzendenzbezug, also als Bezug auf das, was über das Machbare, über das, was wir tun können, hinausgeht. Die Begriffe „spiritual distress“ bzw. „spiritual pain“ stammen aus der Palliativmedizin, und um darzustellen, was diese beschreiben, mag es hilfreich sein, eine „mathematische“ Formel heranzuziehen, welche eine Aussage über unsere spirituelle Belastung macht (siehe Abb. 1, S. 19).<sup>6</sup>

Was im Nenner steht, vermindert das spirituelle Leiden, was im Zähler steht, vermehrt es. Es ist die Todesnähe als solche, aber auch der Verlust, der damit gegeben ist, und insbesondere der Verlust des Selbst. Der Schmerz „nagt“ an mir und nimmt mir Inseln weg, über die ich keine Kontrolle mehr habe, dann der Verlust an Sinn und Ziel und der Verlust an Kontrolle.

Abbildung 1: Mathematische Formel über spirituelles Leiden

$$\text{Spiritual pain} = \frac{\left( \text{Todesnähe} + \text{Verlust von Beziehungen} + \text{Verlust des Selbst} \right) \left( \text{Verlust Sinn/Ziel} + \text{Verlust der Kontrolle} \right)}{\text{Lebensbejahender \& transzendierender Sinn} + \text{Internale Kontrolle}}$$

Das alles führt zu einem spirituellen Leiden. Im Nenner steht als Gegengewicht ein Sinn, den ich entdecke, auch ein transzendierender Sinn, der über die Grenzen der Machbarkeit hinausgeht und eben die Fähigkeit, selber Kontrolle zu haben. Insbesondere bei palliativen Patienten und Patientinnen ist es von hoher Bedeutung, dass sie nicht nur passiv sind – sprich „behandelt“ –, sondern selber Handelnde, die z. B. wieder aufwachen wollen, um zu teilen, mit ihren Angehörigen. In der Forschung wird diese Ressource alter Menschen oft „Gerotranszendenz“<sup>7</sup> genannt.

Spirituelle Belastung (Disstress) entsteht, wenn die Grenzen des Machbaren erreicht werden und der Transzendenzbezug in eine Krise gerät, wenn also vertraute Muster im Spirituellen nicht mehr tragen, und das wird durch diese Gleichung von Millspaugh ausgedrückt. Verlufterfahrungen und drohende Verluste stehen im Zähler, Transzendenzbezug und (internale) Kontrollattribution im Nenner.

Wir untersuchen seit einiger Zeit die Bindungssicherheit von Sterbenden.<sup>8</sup> Bei der Sterbeträuer am Ende des Lebens geht es um die Auseinandersetzung mit der definitiven Grenze des Todes. Aus bindungstheoretischer Sicht zeigt sich am Umgang mit Grenzen viel von der Beziehungsgeschichte und -gestaltung eines Menschen, die bindungstheoretisch gedeutet werden können. Die Grenze ist eine ambivalente Erfahrung. Einerseits gehört die Grenze zum sicheren Hafen, der in belastenden und bedrohlichen Situationen aufgesucht wird. Andererseits kann sie überschritten, transzendiert werden.

Ein Teil der Sterbenden versucht, Trennungsunsicherheit durch den Transzendenzbezug auszugleichen. Wer sicher gebunden ist,

kann „explorieren“, auch angesichts der definitiven Grenze des Todes. Andere setzen ganz auf die Immanenz: auf die physische oder auch nur vorgestellte Präsenz wichtiger Bezugspersonen. Die spirituelle Belastung steigt mit den Verlusten und sinkt mit dem Transzendenzbezug, und spiritual pain entsteht, wenn zwei Illusionen zerbrechen:<sup>9</sup>

- Ich habe die völlige Kontrolle über mich selbst.
- Ich habe die Kontrolle über die Beziehungen um mich herum.

### SCHMERZ, KONTROLLE UND SCHICKSAL

Der Schmerz stellt uns vor die Frage der Kontrolle. Wir wollen „das Schicksal meistern“ – auch das Schicksal des Schmerzes. „Meistern wollen“ heißt, wir wollen Kontrolle haben über den Schmerz. Kontrollverlust oder auch drohender Kontrollverlust („da kann man nichts machen, diese Schmerzen haben ein Crescendo, das wird immer schlimmer. Das ist ein Dauerschmerz und zwar keiner im 3er-Bereich, sondern im 7er-Bereich und es wird noch bis 10 gehen und dann die Schallmauer dessen durchschlagen, was man überhaupt beschreiben kann“) führen dazu, dass Kontrollbedürfnisse noch stärker werden. Julian Rotter hat diese Kontrollattribution als locus of control beschrieben. Das bedeutet, ich selber kann etwas kontrollieren (internale Kontrolle) oder, wenn ich einen starken Schmerz habe und es nicht reicht, kalt zu duschen oder ein Aspirin zu nehmen oder einfach mal zu schlafen und mich zu entspannen, dann kommen Andere ins Spiel, z. B. Schmerztherapeuten, machtvolle Andere oder auch Menschen, die mir sagen, dass sie mir einen guten Tod sehr leicht vermitteln können.

Ich hoffe also auf Andere (externale Attribution). Ein ausgewogenes Verhältnis von internalen und externalen Kontrollattributionen haben wir nach eigenen Untersuchungen an Tumorpatienten als das hilfreichste entdeckt.<sup>10</sup> Man kann diese Verbindung als „Team-Control“ zwischen den Patienten und den Ärzten und Ärztinnen oder den Pflegenden bezeichnen.<sup>11</sup> Wir brauchen also nicht nur externale und internale Kontrolle als Möglichkeit, sondern auch die Verbindung von beidem. Rotter wörtlich: „Das entfremdete Individuum fühlt sich unfähig, das eigene Schicksal zu kontrollieren“,<sup>12</sup> und ein solches entfremdetes Individuum ist auch der schmerzgeplagte Mensch.

### PHILOSOPHISCHE GEDANKEN ZUM SCHMERZ

Viktor von Weizsäcker bezeichnet den Schmerz als sinnlichen Zweifel, wie Schwindel und Orgasmus, aber viel radikaler: Dieser sinnliche Zweifel entsteht durch Zerstörung oder Gefährdung eines Organs, wenn Eigenheit durch Fremdheit bedroht ist. Schmerz ist „der Wecker aus dem Traum der ungestörten Identität mit der Welt“. Im sinnlichen Zweifel des Schmerzes geht es um den unentschiedenen Kampf, ob das gefährdete Glied, die schmerzende Insel abgetrennt, verloren oder ob die Einheit wiederhergestellt wird.<sup>13</sup> Dieser sinnliche Zweifel kann zur Vereinzelung und Verzweiflung werden. Schmerz vereinzelt. Wie Saunders<sup>14</sup> mit Lerich sagt: „Pain is the resultant of the conflict between a stimulus and the whole individual.“ Der physische Schmerz wird immer der eigenleibliche, individualisierende bleiben und damit grundverschieden vom sozialen Schmerz des Ausschlusses, des An-den-Randgedrängt-werdens. Mein Schmerz tut mir weh und nicht dir. Gleichwohl: Dies verändert unsere gemeinsame Welt, und insofern hat auch mein Schmerz etwas mit unserer gemeinsamen Welt zu tun.

In Situationen, wo wir den Körper nicht mehr „reparieren“ können bzw. wenn selbst nach einer technisch erfolgreichen Reparatur mögliche Schmerzen nicht (mehr) verschwinden, stellt sich uns Ärzten die Frage: „Was bleibt uns noch zu tun?“ Weizsäcker erklärt diese Aufgabe mit folgenden Worten: „Die Aufgabe ist für Arzt und Kranken Bewältigung

der Schmerzarbeit und ihrer Entscheidung. Sie ist nicht Beseitigung des Schmerzes, sondern Bewältigung der Schmerzarbeit.“<sup>15</sup> Er verwendet diesen Begriff der *Schmerzarbeit* dabei in Anlehnung an Freud. Wenn Freud von Traumarbeit, Trauerarbeit, Durcharbeiten usw. spricht, dann nicht im Sinn kapitalistischer Produktivität, sondern im Sinne des Gestaltens, Bewältigens, Sinnverleihens. Es geht demnach um das, was wir heute „Mentalisieren“ nennen, mich selbst und die anderen nicht wie Maschinen zu behandeln, sondern wie denkende, fühlende, wollende Wesen.<sup>16</sup>

Ein anderer großer Heidelberger, Hans-Georg Gadamer,<sup>17</sup> sprach 100-jährig in seinem letzten Vortrag vom „Verwinden“ des Schmerzes. Weizsäcker sieht die Heilhandlung komplementär zum Schmerz, sie sei ärztliche Hinwendung zum Schmerz, kein Reflex, sondern Wahrnehmung und Entscheidung.<sup>18</sup> In der Perspektive des Leidenden ist der Schmerz „schwebende Entscheidung zwischen Ich und Es“, was Weizsäcker am Zahnschmerz zeigt: Wenn der Zahnschmerz nachlässt, fällt die Entscheidung zu Gunsten des Ich: Der fragliche Zahn ist wieder ganz mein Eigentum. Im gegenteiligen Fall „muss er heraus“, er ist dann nur mehr vorübergehender es-hafter Besitz, der mir nicht mehr gehört.<sup>19</sup> Schmerzarbeit ist „Entwindung von einem Es im Schmerz“.<sup>20</sup> Nach Weizsäcker trägt Schmerzarbeit Merkmale das Sich-Entscheidens („sinnlicher Zweifel“) und neben der Passivität (Mühe, Last, sklavisches Unterwerfung), die Schmerz mit sich bringen kann, hat dieser aber auch ein gestaltendes Element, ja eine „schöpferische Tätigkeit“, eine Charakterbildung und das „Hervorbringen eines charakteristischen Körper- und Weltbildes“. Es geht um Kierkegaards Unterscheidung zwischen Leid und Leiden.

Wenn Weizsäcker vom Schmerz als Aufgabe, vom Sollensanspruch der Schmerzarbeit redet, so ist damit sicher kein Dolorismus, keine Passivierung des Schmerzkranken gemeint. Ausdrücklich bezieht er den Terminus „Schmerzarbeit“ auf Patient und Arzt, ganz im Sinne einer heutigen multimodalen Schmerztherapie, die längst von einer objektivierenden „Behandlung“ der Schmerzsymptomatik Abschied genommen hat.

Der naturwissenschaftliche Zugang zum Schmerz ist objektivierend, es-haft. Dies führt, philosophisch gesehen, in die Sackgassen des Naturalismus und eines von Hume und Kant unberührten Kausalitätsdenkens. Demgegenüber führt Weizsäcker (dialogphilosophisch gesprochen) das Grundwort Ich-Du ein, die „Schwebe“ zwischen Ich und Es oder (mit Kierkegaard) den Übergang vom dumpfen *Leid* zum personalen *Leiden*.

*Arbeit* im Sinne Weizäckers heißt deshalb in spezifischem Sinn Bewältigung, Bewusstwerdung, Verarbeitung und Durcharbeiten, den Freud diesem Begriff in den Komposita Trauer- / Traumarbeit verliehen hat.

### PERSPEKTIVEN FÜR DIE PRAXIS

Aus der neurobiologischen Forschung lässt sich ableiten, dass wir den Schmerz nicht länger auf das Erleben des Individuums einschränken dürfen, das wir in der Dritten-Person-Perspektive objektivieren und behandeln. Wir brauchen die therapeutische Zweite-Person-Perspektive, um die Vielschichtigkeit des Schmerzes wahrzunehmen. Wir können die Zweite-Person-Perspektive aber auch bei einer ganz anderen Personengruppe nutzen, nämlich bei der zunehmenden Gruppe von Menschen, die sich in nicht-suizidaler Hinsicht selbst verletzen, um sich zu spüren, um künstlich Leibesinseln zu schaffen.<sup>21</sup>

Bei selbst zugefügten Schmerzen und Verletzungen kommt es darauf an, den sog. core pain (also den zentralen – psychischen – Schmerz) zu verstehen. „Dieser entsteht durch die häufige Verwendung reziproker Rollen. Wenn etwa das Muster ‚kritisiert-kritisierend‘ häufig verwendet wird, so kann als zentraler Schmerz das Gefühl von Wut und Trauer entstehen, bei der reziproken Rolle ‚kontrolliert-kontrollierend‘ etwa der zentrale Schmerz des Gefühls der Hilflosigkeit. Durch die Erfahrung von Verlassenwerden bzw. des Verlassens der anderen oder durch die Erfahrung von Zurückweisung oder die Zurückweisung von anderen kann als zentraler Schmerz die Maxime ‚Mich kann man nicht gern haben, ich bin nicht liebenswert‘ entstehen.“<sup>22</sup>

Schmerz ist zunächst eine Erfahrung, die vereinsamen lässt, mich allein gegen alle sein lässt oder zu einer Minderheit zählt, die der

Mehrheit schmerzfreier, unbeschwert tanzender, springender Menschen gegenübersteht. Von Kindheit an lernen wir im psychischen Schmerzerleben zugleich das soziale Schmerzerleben, das persönliche Leiden und das Mit-Leiden, Leiden und Bewältigung in der Zwischenleiblichkeit.

Zwischenleiblichkeit in der Schmerzarbeit heißt: Es gibt einen interpersonalen Raum, der Brücken schlägt über die Kluft hinweg, die der Schmerz aufreißt.

Dennoch wird die Differenz zwischen dem Schmerzgeplagten und dem Schmerzfreien bleiben.

---

|| PROF. DR. MED. ECKHARD FRICK SJ

Professor für Anthropologische Psychologie,  
Facharzt für Psychosomatische Medizin,  
Hochschule für Philosophie, München

---

### ANMERKUNGEN

- <sup>1</sup> Frick, Eckhard: Psychosomatische Anthropologie. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium, Stuttgart, 2. Aufl., 2015.
- <sup>2</sup> Freud, Sigmund: Briefe 1873-1939, hrsg. von Ernst L. und Lucie Freud, Berlin 1960, Brief vom 15.6.1939.
- <sup>3</sup> Eisenberger, Naomi: Social pain and the brain: Controversies, questions, and where to go from here, in: An Rev Psychol 66/2015, S. 601-629.
- <sup>4</sup> Merleau-Ponty, Maurice: Zeichen, Hamburg 2007 (1960).
- <sup>5</sup> Saunders, Cicely: Spiritual pain, in: J Pall Care 4/1988, S. 29-32.
- <sup>6</sup> Millspaugh, Chaplain Dick: Assessment and response to spiritual pain: part I, in: J Palliat Med 8/2005, S. 919-923; Millspaugh, Chaplain Dick: Assessment and response to spiritual pain: part II, in: J Palliat Med 8/2005, S. 1110-1117.
- <sup>7</sup> Tornstam, Lars: Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory, in: Aging Clin Exp Res 1/1989, S. 55-63.
- <sup>8</sup> Loetz, Cecile / Müller, Jakob / Frick, Eckhard / Petersen, Yvonne / Mauer, Christine: Attachment theory and Spiritual Care – two threads converging in Palliative Care? (Article ID 740291, 14 pages, 2013. doi:10.1155/2013/740291), in: Evid Based Complement Alternat Med 2013.
- <sup>9</sup> Millspaugh: Assessment and response to spiritual pain: part I and II.

- <sup>10</sup> Frick, Eckhard / Fegg, Martin J. / Tyroller, Michael / Fischer, Norbert / Irmgard Bumedder: Patients' health beliefs and coping prior to autologous peripheral stem cell transplantation, in: *Eur J Cancer Care* 16/2007, S. 156-163.
- <sup>11</sup> Lobchuk, Michelle / McPherson, Christine / McClement, Susan / Cheang, Mary: A comparison of patient and family caregiver prospective control over lung cancer, in: *J Adv Nurs* 68/2012, S. 1122-1133.
- <sup>12</sup> Rotter, Julian B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, in: *Psychological Monographs: General and Applied* 80/1966, S. 1-28.
- <sup>13</sup> Kütemeyer, Mechthilde: Ärztlicher Umgang mit Schmerzen und Schmerzkranken, in: *Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers*, hrsg. von Rainer M.-E. Jacobi und Dieter Janz, Würzburg 2003, S. 55-74.
- <sup>14</sup> Saunders, Cicely: Spiritual pain, in: *Selected writings 1958-2004*, Oxford 2006 (1968), S. 217-221.
- <sup>15</sup> Weizsäcker, Viktor von: Die Schmerzen, in: *Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie*, hrsg. von Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker, Frankfurt a. M. 1987 (1926), S. 27-47.
- <sup>16</sup> Frick: *Psychosomatische Anthropologie*.
- <sup>17</sup> Gadamer, Hans-Georg / Barth, Andreas / Lang, Hermann / Schiltenwolf, Marcus: *Schmerz: Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*, Heidelberg 2010 (2000).
- <sup>18</sup> Weizsäcker: *Die Schmerzen*, S. 28 f.
- <sup>19</sup> Ebd., S. 32 f.
- <sup>20</sup> Ebd., S. 39 f.
- <sup>21</sup> Moldzio, Andrea / Schmid-Siegel, Brigitte: Selbstverletzendes Verhalten, in: *Psychotherapeut* 47/2002, S. 165-170.
- <sup>22</sup> Plener, Paul L.: Was zu tun ist: Interventionen, in: *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*, Berlin u. a. 2015, S. 87-124.

# LEBEN ALS HÖCHSTES GUT – JURISTISCH BETRACHTET

**PETER KÜSPERT** || Dreh und Angelpunkt einer jeden Diskussion, die sich mit dem Wert wie auch dem Schutz des menschlichen Lebens befasst, ist das Grundgesetz. Dort heißt es in Art. 2 Abs. 2 lapidar: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Die ausdrückliche Aufnahme des an sich selbstverständlichen Rechts auf Leben in das Grundgesetz erklärt sich hauptsächlich als Reaktion auf die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, auf „Endlösung“ und „Liquidierung“, die vom nationalsozialistischen Regime als staatliche Maßnahmen durchgeführt wurden.

## **GRUNDRECHT AUF LEBEN**

Die Regelung in Art. 2 enthält ebenso wie die Abschaffung der Todesstrafe durch Art. 102 des Grundgesetzes – ich zitiere hiermit das Bundesverfassungsgericht – „ein Bekenntnis zum grundsätzlichen Wert des Menschenlebens und zu einer Staatsauffassung, die sich in betonten Gegensatz zu den Anschauungen eines politischen Regimes stellt, dem das einzelne Leben wenig bedeutete und das deshalb mit dem angemäßen Recht über Leben und Tod des Bürgers schrankenlosen Missbrauch trieb“.

Das Grundrecht auf Leben ist dabei aber nicht nur ein Abwehrrecht gegen beeinträchtigende staatliche Maßnahmen, gegen Willkürherrschaft und Terrorregimes. Seine Bedeutung gewinnt es vor allem auch durch die Schutzpflicht, die sich hiermit verbindet. Diese aus Art. 1 und 2 des Grundgesetzes abgeleitete Pflicht verpflichtet den Staat, sich schützend und fördernd vor menschliches Leben zu stellen. Das bedeutet vor allem, es auch vor rechtswidrigen Angriffen von Seiten Dritter zu bewahren. An diesem Gebot haben sich die einzelnen Bereiche der Rechtsordnung, je nach ihrer besonderen Aufgabenstellung, auszurichten.

## **LEBENSCHUTZ IM STRAFRECHT**

Ich werde mich im Folgenden auf den Bereich des Strafrechts und das dortige Lebensschutzkonzept beschränken.

Auf dem Gebiet des Strafrechts nimmt der Gesetzgeber seine Schutzpflicht durch die Statuierung von Strafnormen gegen das menschliche Leben wahr. Angriffe auf dieses höchste Rechtsgut sind in den §§ 211 bis 222 des Strafgesetzbuchs umfänglich und differenziert unter Strafe gestellt. An der Spitze steht dabei der Straftatbestand des Mordes in § 211. An ihm lässt sich in besonderer Weise die Sonderstellung des Rechtsguts „Leben“ ablesen, die auch das Bundesverfassungsgericht betont, wenn es von dem menschlichen Leben als „Höchstwert“ redet.

## **Sonderstellung des Rechtsguts „Leben“**

Was genau macht nun diese Sonderstellung aus?

Ich denke, man wird hier im Vergleich zu anderen Rechtsgütern auf zwei strukturelle Besonderheiten verweisen können:

- Zum einen sind Eingriffe in dieses Rechtsgut schlechthin irreversibel und auch nicht ansatzweise kompensierbar.
- Zum andern ist das Leben die biologische Basis der Existenz als Rechtssubjekt. Seine Erhaltung ist damit die notwendige Zuordnung für die Zuordnung von Rechtsgütern überhaupt. Insofern ist das Leben nicht nur ein Rechtsgut unter anderen, sondern hat – als Bedingung der Möglichkeit, Rechtsgüter irgendwelcher Art inne zu haben – zugleich den Status eines Meta-Rechtsguts. Das Bun-

desverfassungsgericht spricht hier zu Recht von dem „Höchstwert Leben“ als „vitaler Basis der Menschenwürde“ und als der „Voraussetzung aller anderen Grundrechte“.

### **Folgerungen für den Strafgesetzgeber**

Für den Gesetzgeber folgt hieraus, dass er dieser Wertschätzung und Sonderstellung des Lebens bei der Normsetzung gerecht werden muss. Das kommt nicht nur durch umfassende Strafbewehrung der Tötung anderer zum Ausdruck. Die Wertschätzung und der Achtungsanspruch müssen vielmehr auch durch die Schärfe der Sanktion gewährleistet sein, wenn der generalpräventive Effekt der Tatbestandsnormierung nicht im Strafmaß relativiert werden soll. Die Sanktion fungiert nämlich als Wertmesser des geschützten Rechtsguts, sie hat sowohl normverdeutlichende als auch ranganzeigende Funktion.

Wenn dem aber so ist und der Gesetzgeber dem Fundamentalwert des Lebens ernsthaft gerecht werden will, so kann er gar nicht anders, als für die vorsätzliche Vernichtung menschlichen Lebens die nach dem jeweiligen Sanktionensystem höchstmögliche Strafe anzudrohen. Denn nicht nur, dass jede andere Entscheidung als vergleichsweise Abwertung des Lebens erscheinen würde; auch müsste dies zwangsläufig Verschiebungen im übrigen Wertgefüge zur Folge haben.

Für die Fälle vorsätzlicher Tötungen ist nun aber zu sehen, dass diese eine sehr unterschiedliche Bandbreite umfassen, von der Tötung im Anschluss an eine schwere Provokation, der Tötung auf Verlangen bis hin beispielsweise zur Tötung aus Rassenhass. Trotz ihres nicht steigerungsfähigen Erfolgsunwerts in Gestalt der Vernichtung menschlichen Lebens gibt es sehr unterschiedliche Unrechts- und Verschuldensgrade. Der deutsche Strafgesetzgeber trägt dem durch differenzierte Straftatbestände Rechnung und kann sich hierbei – namentlich bei der Abschichtung von Mord und Totschlag – auf eine lange historische Tradition berufen.

Für die schwerste Erscheinungsform der Tötung, dem Mord, muss es aber dabei verbleiben, dass der „Höchstwert Leben“ sich auch in der Strafe widerzuspiegeln hat. Und in der Tat ist genau dies beim geltenden Mordtatbestand der Fall.

### **Lebenslange Freiheitsstrafe**

Wer einen Mord begeht, wird zwingend zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilt. Die absolut angedrohte Strafe „lebenslang“ bei Mord ist Ausdruck dessen, dass der Täter höchste Schuld auf sich geladen hat. Die Strafe hat Symbol- und Signalfunktion und bildet gleichsam die „Leitwahrung“ des Strafrechts.

Wer daher – wie das aktuell der Fall ist – über eine Reform des Tötungsstrafrechts redet und dabei auch eine Abkehr von der lebenslangen Freiheitsstrafe für Mord fordert, muss sich der Folgewirkungen und Gefahren wohl bewusst sein. Bereits das Bundesverfassungsgericht hat in seiner epochalen Entscheidung zur lebenslangen Freiheitsstrafe aus dem Jahr 1977 betont, dass die lebenslange Freiheitsstrafe wegen ihrer Schwere besonders geeignet sei, im Bewusstsein der Bevölkerung die Erkenntnis von dem besonderen Wert des menschlichen Lebens zu festigen und damit die Hemmung zu erhöhen, dieses vorsätzlich zu vernichten. Die Zurückdrängung oder gar Abschaffung der lebenslangen Freiheitsstrafe für Mord könnte daher die generalpräventive Funktion des Strafrechts in dem besonders sensiblen Bereich des Lebensschutzes nachhaltig beeinträchtigen. Sie könnte überdies zu einem Absenken des Sanktionsniveaus auch bei anderen schwerwiegenden Straftaten führen, deren Strafdrohungen sich am „Flaggschiff“ des Mordes ausrichten und hierzu in Relation bleiben müssen.

### **Zwischenfazit**

Wir können also feststellen, dass das Strafrecht Angriffen auf das menschliche Leben durch eine Abschichtung der graduell unterschiedlichen Formen des Unrechts- und Schuldgehalts der Taten Rechnung trägt und für Fälle höchststrafwürdiger Schuld den Mordtatbestand mit seiner zwingend angeordneten lebenslangen Freiheitsstrafe an die Spitze der Vorschriften gesetzt hat. Ein solches strafrechtliches Regelungskonzept lässt sich damit auch als Umsetzung des verfassungsrechtlichen Schutzauftrags aus Art. 2 anerkennen.

## BESONDERHEITEN AM LEBENSANFANG UND LEBENSENDE

Allerdings müssen wir feststellen, dass sowohl am Anfang als auch am Ende des Lebens Problemlagen auftreten, die Sonderregelungen im Konzept des strafrechtlichen Lebensschutzes rechtfertigen können.

### Lebensanfang

Für den Beginn des Lebens treten diese Besonderheiten besonders deutlich zutage, denn bereits das Strafgesetzbuch widmet sich ihrer mit den Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei ist bemerkenswert, dass der Gesetzgeber auch diesen als Straftat „gegen das Leben“ einordnet.

Entwicklungsbiologisch ist auch die Leibesfrucht, das „werdende Leben“, schon menschliches Leben und als solches schutzwürdig. In der sozialen und damit strafrechtlichen Wertung kann aber das werdende Leben nicht den gleichen Rangwert beanspruchen wie das bereits von der Mutter gelöste Leben eines Menschen. Dies zeigt sich vor allem dort, wo das Selbstbestimmungsinteresse der Schwangeren mit den Schutzbelangen des Ungeborenen kollidiert. Die Lösung dieser Kollisionsfälle ist seit Jahrzehnten immer wieder – und bis heute – Gegenstand heftiger, insbesondere auch politischer Auseinandersetzungen gewesen. Der Grund dafür liegt letztlich in einer profunden Ungewissheit über den Status des ungeborenen menschlichen Lebens.

Diese Ungewissheit gilt aber nicht erst für den Zustand ab Kernverschmelzung, also dem Zeitpunkt, ab dem die strafrechtlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch eingreifen. Vielmehr entzündeten sich die Streitfragen bereits am pränidativen Leben *in vitro*. In Deutschland regelt das Embryonenschutzgesetz, flankiert durch das Stammzellgesetz, diese kurze Zeitspanne von der Befruchtung außerhalb des Mutterleibes bis zum zwölften Tag danach. [Denn spätestens dann muss der Embryo zu seiner Weiterentwicklung in den Mutterleib gelangen.]

Bereits für diese Zeitphase stellen sich die Fragen nach der Rechtsstellung des Embryos, nach dem Beginn des menschlichen Lebens und nach dem Schutz durch das Strafrecht:

Haben wir es hier bereits mit einem Rechtssubjekt zu tun? Erstreckt sich das Recht auf Leben oder gar der Schutz der Menschenwürde bereits auf diese Zeitspanne? Wie weit reicht insoweit die Schutzpflicht des Staates? Welche Bedeutung kommt dem Recht der Eltern auf Fortpflanzung oder dem Aspekt der Forschungsfreiheit zu?

Diese Fragen muss eine Gesellschaft mit ihrer Rechtsordnung beantworten. Die Antworten sind dabei abhängig von ethischen, kulturellen, rechtspolitischen, aber auch religiösen Aspekten. Bereits innerhalb von Europa findet sich hierzu eine bunte Vielfalt an Wertungen und Regelungen.

In Deutschland sind die Antworten in der Verfassung nur sehr unvollkommen vorgezeichnet. Diese belässt dem Gesetzgeber einen Gestaltungsspielraum, von dem dieser zum Schutz des Lebens am Lebensanfang, aber auch zum Ausgleich kollidierender Güter und Interessen vielfältig Gebrauch gemacht hat.

So sind die einschlägigen Normen auf verschiedene Gesetze verteilt. Es lassen sich mehrere zeitliche Abschnitte unterscheiden, in denen differenzierte Regelungen des strafrechtlichen Lebensschutzes bestehen. Ab Befruchtung wird kein Entwicklungsschritt komplett ausgeklammert. Sowohl in Bezug auf den Embryonenschutz und die Stammzellforschung wie auch auf den Schwangerschaftsabbruch ist ein sehr differenziertes Regelungssystem statuiert, das zunächst einmal weitgehende strafbewehrte Verbote statuiert.

Von diesen grundsätzlichen Verboten werden dann im Zuge eines vielschichtigen und speziell auf die Konfliktlagen zugeschnittenen Regelungssystems verschiedene Ausnahmen gemacht. Für diese Ausnahmen finden sich im Stammzellgesetz und im Schwangerschaftskonfliktgesetz exakt normierte Verfahren, die eine Überwachung gewährleisten sollen.

Gerade mit Blick auf den Schwangerschaftsabbruch lässt sich ein gewisser gesetzgeberischer Trend erkennen, von der Wirkung abstrakter Strafandrohungen zurückzutreten und eine Ausrichtung auf Dialog, Begleitung und Überwachung der fraglichen Vorgänge vorzunehmen.

Die Gesamtschau aller bestehenden Regelungen ergibt dabei keinesfalls das Bild eines

lückenlosen oder gar absoluten Lebensschutzes. Dieses Resultat ist letztlich dem Umstand geschuldet, dass sich die strafrechtlichen Regelungen um die Auflösung der angedeuteten Interessenkonflikte bemühen.

Der Gesetzgeber versucht also Zuordnungen vorzunehmen, die der individuellen Konfliktsituation gerecht werden. Eine starre Auflösung der Interessenkollisionen nach einer Seite hin erscheint ihm nicht sachgerecht. Unverkennbar ist bei einer Gesamtbetrachtung all dieser Regelungen zum frühen, beginnenden Leben eine gewisse Abstufung des Lebensschutzes.

### **Lebensende**

Wie sieht es demgegenüber am Lebensende aus?

Während der Gesetzgeber am Lebensanfang auf eine detaillierte Ausgestaltung und Kontrolle Wert legt und mit stellenweise weitgehenden Verboten arbeitet, ist das Konzept am Lebensende eher von gesetzgeberischer Zurückhaltung geprägt. Die gesetzlichen Regelungen sind sehr allgemein gehalten, was zu großen Anwendungsspielräumen und im Ergebnis zu einer Zurückdrängung der Tötungstatbestände in der praktischen Durchsetzung führt.

So sind die Mord- und Totschlagsparagrafen des Strafgesetzbuchs ersichtlich nicht auf die Sterbehilfe zugeschnitten. Oder sie erfassen, wie die Tötung auf Verlangen, nur einen Ausschnitt der Problematik in einer Weise, die viele Fragen offen lässt.

Die zugrundeliegenden Interessenkollisionen sind dabei geprägt durch den Charakter der Intrapersonalität. Anders als am Lebensanfang kollidieren nicht Interessen unterschiedlicher Rechtsgutsträger, sondern ein und derselben Person: Der Anspruch auf umfassenden Schutz des Lebens auf der einen Seite, das Recht auf selbstbestimmten Tod auf der anderen. Oder, in die Grundrechtsdogmatik übersetzt: Sein Lebensgrundrecht aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes kollidiert mit seinem Freiheitsgrundrecht aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 GG. Dieser Umstand rechtfertigt eine Zurücknahme des staatlichen Strafens als Instrument der Sozialkontrolle. Das Lebensschutzkonzept am Lebensende trägt in höherem Maße der Autonomie des Betroffenen Rechnung und respek-

tiert dessen Entscheidung als Ausdruck einer gelebten Persönlichkeit.

Der Gesetzgeber geht grundsätzlich davon aus, dass der erwachsene Mensch im Normalfall selbst Entscheidungen treffen kann. Vor allem dort, wo dies aktuell nicht mehr der Fall ist und eine Bevormundung droht, wird die Schutzverpflichtung wieder intensiver und es bestehen Parallelen in der tatsächlichen Situation und in der rechtlichen Bewertung zum Lebensanfang. Das betrifft namentlich den Bereich der passiven Sterbehilfe, also die Fälle des Behandlungsabbruchs.

Ganz generell ist für strafrechtliche Regelungen am Lebensende zu berücksichtigen, dass es sich um stark individualisierte Konfliktfälle handelt. Daraus resultiert eine abgeschwächte Bedeutung der allgemeinen Strafzwecke. Wie bereits in einigen Situationen am Lebensanfang wird hierbei die begrenzte Wirkungskraft des Strafrechts überhaupt offenbar. Das holzschnittartige Strafrecht tut sich schwer, für individuelle Lebens- und Behandlungssituationen allgemeingültig konkrete Vorgaben bereitzustellen und die Interessen des Betroffenen in einer strafbewehrten Regelung zu seinen – tatsächlichen oder vermeintlichen – Gunsten abwägend einzustellen und zuzuordnen.

Auch die verfassungsrechtlichen Maßgaben lassen hier verschiedene Schutzkonzepte als denkbar und möglich erscheinen. Gerade die wichtige Frage, was ethisch und rechtlich die „richtige“, die angemessene Haltung der Gesellschaft wie auch des Einzelnen ist, wenn alte, schwerkranke oder auch nur lebensmüde Menschen ihrem Leben ein vorzeitiges Ende setzen wollen, wird durch das Grundgesetz nicht vorgegeben. Das gilt auch mit Blick auf mögliche Gefahren der fördernden Einflussnahme auf den Suizid eines anderen.

Das Bundesverfassungsgericht betont vielmehr in allgemeingültiger Weise, dass die Frage, wie die staatlichen Organe ihre Verpflichtung zu einem effektiven Schutz des Lebens erfüllen, von ihnen grundsätzlich in eigener Verantwortung zu entscheiden ist. Sie hätten darüber zu befinden, welche Schutzmaßnahmen zweckdienlich und geboten seien, um einen wirksamen Lebensschutz zu gewährleisten. Ihre Freiheit in der Wahl der Mittel zum Schutz des Lebens

könne sich nur in besonders gelagerten Fällen auch auf die Wahl eines bestimmten Mittels verengen, wenn ein effektiver Lebensschutz auf andere Weise nicht zu erreichen sei.

Diese Ausführungen gelten auch für den Gesetzgeber. Es obliegt zuvörderst ihm, ein Konzept zum Schutz vor Gefahren am Lebensende, das gleichzeitig aber auch Raum für selbstbestimmtes Handeln lässt, zu entwickeln und umzusetzen.

Dabei kann er, soweit die Pönalisierung bestimmter Verhaltensweisen inmitten steht, durchaus eine liberale Haltung einnehmen. Dies entspricht der derzeitigen strafrechtlichen Regelungslage in Deutschland. Danach ist zwar die Tötung auf Verlangen strafbar, nicht jedoch die eigenverantwortliche Selbsttötung oder die Teilnahme daran. Für die Straflosigkeit der Teilnahme ist es dabei nach geltendem Recht ohne Belang, ob und mit welcher Motivation und in welchen Formen eigenverantwortliche Suizide eines anderen initiiert oder gefördert werden. Ich dürfte also ohne strafrechtliches Risiko der lebensmüden Erbtante die von mir gesammelten Schlaftabletten auch dann reichen, wenn es mir dabei vor allem um das Erbe geht.

Bezogen auf Ärzte kann diese strafrechtliche Regelungslage allerdings nicht ohne Blick auf ärztliche Verschreibungsmöglichkeiten von todbringenden Medikamenten und ärztlichem Standesrecht gewürdigt werden. So stehen in Deutschland bislang sowohl das Betäubungsmittelgesetz als auch das Standesrecht einer mit Betäubungsmitteln unterstützten Suizidassistenz von Ärzten grundsätzlich entgegen. Auch trifft einen die Selbsttötung begleitenden Arzt unter Umständen die Pflicht, dem Bewusstlosen Hilfe zu leisten; andernfalls könnte dies als unterlassene Hilfeleistung oder sogar als Totschlag gewertet werden, soweit nicht im Einzelfall eine eindeutige Willensbekundung in Form einer Patientenverfügung vorliegt. Damit fällt der Arzt regelmäßig als naheliegender Helfer zum Sterben aus.

Auf Helfer sind jene, die ihren hoffnungslosen Zustand nicht mehr aushalten wollen oder können, bei der Realisierung ihres Todeswunsches häufig aber angewiesen. Der Weg in den „Brutalsuizid“ durch Sprung von der Brücke oder vor den Zug ist – soweit physisch über-

haupt noch möglich – für viele Betroffene keine ernsthafte Option.

Gleichzeitig haben sie einen starken Wunsch nach Selbstbestimmung und Kontrolle der Umstände des eigenen Todes. Wer nun nach anderen Wegen Ausschau hält, um sein Selbstbestimmungsrecht am Lebensende effektiv durchzusetzen, wird seinen Blick vor allem in die benachbarte Schweiz richten. Dort wird ihm die todbringende Dienstleistung einer Sterbehilfeorganisation auf legalem Weg angeboten.

Die Versuche, derartige Angebote auch in Deutschland zu etablieren, haben dazu geführt, dass seit etwa zehn Jahren intensiv diskutiert wird, ob jedenfalls bestimmte Formen der Suizidbeihilfe unter Strafe gestellt werden. Sofern die Suizidbeihilfe gegenüber eigenverantwortlich handelnden Personen geleistet wird, Ärzte nicht beteiligt sind und die Grenzen des Betäubungsmittelrechts eingehalten werden, ist die Tat in Deutschland – wie gesehen – bislang straflos.

Gleichzeitig wird das Auftreten geschäftsmäßiger, gewerbsmäßiger oder organisierter Sterbehelfer aber vielfach als anstößig und strafwürdig empfunden. Der Ruf nach dem Strafrechtsgesetzgeber ist in vergangener Zeit zunehmend lauter geworden.

Dies wirft die Frage auf, inwieweit einer Pönalisierung das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben entgegengehalten werden kann. Dabei ist nicht entscheidend, ob ein entsprechendes Recht als negative Freiheit des Rechts auf Leben, als Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts oder der allgemeinen Handlungsfreiheit abzuleiten ist.

Zwar ist das Recht, über den Zeitpunkt des Lebensendes selbstbestimmt zu entscheiden, zunächst einmal ein Abwehrrecht gegen den Staat und entfaltet keine leistungsrechtliche Dimension. Der Staat ist also nicht verpflichtet, Sterbehilfe selbst bereitzustellen. Allerdings kann staatliches Handeln dort auf rechtliche Grenzen stoßen, wo bestehende Hilfsmöglichkeiten, etwa Hilfsangebote Privater, unverhältnismäßig eingeschränkt werden.

Ob diese Grenzen bei der Strafbewehrung gewerbsmäßiger, geschäftsmäßiger oder organisierter Sterbehilfe überschritten werden, hängt

in erster Linie davon ab, welche Ziele der Gesetzgeber mit der Pönalisierung verfolgt. Aus meiner Sicht lassen sich durchaus Gründe dafür ins Feld führen, entsprechende Handlungen bei Strafe zu verbieten.

Sobald nämlich Suizidhilfeorganisationen oder andere „professionelle Sterbehelfer“ auftreten, die wiederholt Gelegenheiten zur Selbsttötung verschaffen und den Betroffenen einen „leichten“ Tod versprechen, besteht das Risiko, dass sich Menschen in existenziellen Situationen durch derartige Angebote zur Selbsttötung verleiten lassen könnten, obgleich sie dies ohne ein solches Angebot nicht tun würden. Durch deren Tätigwerden kann in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, hierbei handele es sich um eine gewöhnliche Dienstleistung, etwas ganz „Normales“ und gesellschaftlich Erwünschtes. Gerade schwer kranke und alte Menschen könnten sich einem – wenn auch nur von ihnen so empfundenen – Erwartungsdruck ausgesetzt sehen, ihren Angehörigen oder der Gemeinschaft durch ihren Pflegebedarf nicht länger „zur Last zu fallen“.

Niemand kann ausschließen, dass auf diese Weise langfristig das absolute Rechtsgut Leben relativiert wird, dass unausgesprochen oder explizit ein gesellschaftlicher oder sozialer Nutzwert des Individuums als Wertungskategorie eingeführt wird, bis hin zu der Schreckensvision, dass sich Menschen in der letzten Lebensphase eines Tages für ihr Fortleben rechtfertigen müssen.

Geschäftsmäßige und organisierte Angebote stellen daher eine qualitative Änderung in der Praxis der Sterbehilfe in Richtung einer Normalisierung, vielleicht sogar einer Kommerzialisierung des Suizids dar. Anstatt den Leidenden Hilfe im Leben und Sterben anzubieten, wird das aktive und vermeintlich „einfache“ Beenden des Lebens selbst zum Geschäft oder jedenfalls zu einer professionell und standardisiert vorgenommenen Tätigkeit. Auch besitzen derartige Suizidhelfer typischerweise auf die Durchführung der Sterbehilfe gerichtete Eigeninteressen, die in sachwidrige Konkurrenz zur autonomen Entscheidung des Betroffenen treten können. Überhaupt bleibt fraglich, ob selbsternannte Sterbehelfer den Willen der Betroffenen sachgerecht als selbstbestimmt oder nicht einordnen

können. Dies gilt gerade in Fällen, in denen Patienten mit psychischen Erkrankungen, die an Depressionen, Schizophrenie oder bestimmten Angststörungen leiden, suizidale Gedanken hegen. Von fehlenden Fachkenntnissen gehen im Übrigen gerade bei der konkreten Durchführung der Suizidbeihilfe nicht zu unterschätzende Gefahren aus.

Nicht zuletzt wird durch geschäftsmäßige, gewerbsmäßige oder organisierte Angebote zur Sterbehilfe auch die „Hilfeleistungsethik“ einer Gesellschaft auf den Kopf gestellt. Eine Gesellschaft, die Menschen in Alter, Krankheit und Sterben nicht an die Hand nimmt und ihre Ängste, Sorgen und Nöte wahr- und ernstnimmt, sich um sie sorgt und die Achtung vor dem Leben wahrt, sondern die diese Menschen dubiosen Sterbehelfern überantwortet, erscheint nicht erstrebenswert. Der frühere Bundesverfassungsrichter Udo di Fabio hat diese Bedenken in dem Satz zusammengefasst: „Eine Gesellschaft, die ihre Hand zur Selbsttötung reicht, verändert ihren Umgang mit dem menschlichen Leben.“

Keiner weiteren Begründung bedarf, dass bereits der Grundsatz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) ausschließt, dass der Patient zum Objekt rein ökonomisch bestimmten Handelns wird. Nicht zuletzt ließe eine solche Entwicklung negative Rückwirkungen für die Weiterentwicklung und Zugänglichkeit einer wirkungsvollen Palliativmedizin befürchten.

All dies sind legitime Gründe, die den Gesetzgeber im Interesse eines weitreichenden Schutzes des „Höchstgutes Lebens“ zu einem Handeln auch auf dem Gebiet des Strafrechts bewegen können. Angesichts der Unwiederbringlichkeit und Einmaligkeit menschlichen Lebens muss es dabei ausreichen, dass die skizzierten Gefahren lediglich abstrakte sind.

Es darf allerdings nicht verkannt werden, dass die Strafbarkeit geschäftsmäßiger, gewerbsmäßiger und / oder organisierter Suizidbeihilfe je nach konkreter Ausgestaltung auch den ärztlich assistierten Suizid einschließen kann, für den die oben genannten Argumente für eine Strafbarkeit jedenfalls nicht in vollem Umfang gelten. In solchen Fällen wird sich allerdings auch die Frage stellen, welche Grenzen die Gesellschaft in einem gesetzlichen Konzept zur

teilweisen Legalisierung der Sterbehilfe ziehen will. Das Spektrum reicht dabei von Fällen irreversibel zum Tode führender Erkrankungen und schweren Leidens bis hin zu Fallgestaltungen in den Niederlanden, in denen nach Presseberichten Patienten mit schwerem Tinnitus, krankhafter Waschzwang aus Angst vor Schmutz und Bakterien oder mit Furcht vor Einsamkeit nach der Rente legal Sterbehilfe geleistet wurde.

In Bezug auf die ärztlich assistierte Sterbehilfe müsste zudem vor oder begleitend zu einer gesetzlichen Regelung das ärztliche Standesrecht angepasst werden, das derzeit noch mehrheitlich die ärztliche Suizidbeteiligung untersagt.

### **SCHLUSSBEMERKUNG**

Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes verpflichtet den Staat dazu, das Leben und die körperliche Unversehrtheit seiner Staatsbürger zu schützen. Man sieht, dass der Strafgesetzgeber diesen Anforderungen je nach Lebenssituation in durchaus differenzierter Weise Rechnung trägt.

So zeigt uns gerade das Beispiel der Sterbehilfe, dass die staatliche Schutzverpflichtung in einen Gegensatz zum Selbstbestimmungsrecht des Rechtsträgers geraten kann. Notfalls kann eine Rechtsordnung das Leben des Einzelnen hier auch gegen dessen Willen strafbewehrt schützen.

Angesichts der aufgezeigten Gefahren, die von bestimmten Formen der Sterbehilfe für die Verfasstheit einer Gesellschaft, aber auch für die einzelnen Betroffenen ausgeht, lassen sich gute Gründe für deren Strafbewehrung und einen darin liegenden Strafrechtspaternalismus finden.

Es bleibt aber dem Gesetzgeber überlassen, ob er diesen Weg mit den Mitteln des Strafrechts beschreiten will. Er ist jedenfalls verfassungsrechtlich nicht vorgezeichnet.

|| **PETER KÜSPERT**

---

Präsident des Oberlandesgerichts München und  
des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes



# ALS KRANKER UNTER GESUNDEN

**TRAUGOTT ROSER** || „Lässt man mich sterben, wann und wie ich es will? Oder muss ich im Zweifelsfall sterben?“ Die Diskussion um Ärztlich Assistierte Suizid (ÄAS) mit all ihren Facetten, individual- und sozialemethischen, politischen und berufsrechtlichen Argumentationen bedarf vor allem eines: einen subjektzentrierten Ansatz. Im Mittelpunkt – der Mensch. Im Mittelpunkt: der Kranke und sein subjektives Empfinden und Befinden. Das entspricht hospizlicher Tradition: darüber nachzudenken, was es aus der Ich-Perspektive des Kranken bedeutet, sich unter (vermeintlich) Gesunden zu befinden.

Ich bin selbst nicht krank gewesen und kann nicht auf eigene Erfahrung zurückgreifen. Als Begleiter kann ich nur aus der Beobachtungsperspektive schildern, immer bewusst, dass es eine Außenperspektive ist und bleibt. Allerdings gehört es zu meinen frühesten Kindheitserinnerungen zu erleben, was es heißt, wenn man sich aufgrund einer Erkrankung von der normalen Welt entfremdet fühlt. Mein Vater kehrte von einer Dienstreise nach Bonn nicht nach Hause in der Nähe von Erlangen zurück. Ich wurde Zeuge des Telefonats meiner Mutter mit dem behandelnden Arzt in Frankfurt, wohin er nach einem Herzinfarkt notfallmäßig eingeliefert wurde. Eigentlich hatten wir ihn abholen wollen. Aber jetzt war die Welt eine andere. Die medizinische Aussage, die sich mir eingebrannt hat, war: „Er ist noch nicht über den Berg.“ Ab da war die Mutter nur noch am Telefon, Dinge regelnd, um so schnell wie möglich nach Frankfurt zu kommen und uns vier Kinder bei Nachbarn unterzubringen. Ich sollte Hausaufgaben für die Schule machen, 4. Jahrgangsstufe. Immer lief bei uns zu Hause das Radio. Irgendwann habe ich es abgestellt. Ich konnte nicht verstehen, wie man Schlagermusik spielen kann, wenn die Welt untergeht. Nein: Die Welt ging ja nicht unter. Sie drehte sich fröhlich weiter, nur wir, die Familie eines plötzlichen Schwerstkranken, passten da nicht mehr hinein. Als Kranker unter Gesunden. Als Angehöriger eines Kranken unter Gesunden.

Eine Untersuchung, die 2010 im BMJ veröffentlicht wurde, hat mir diese Erfahrung wieder ins Gedächtnis gerufen. Ein Forscherteam hat typische Krankheitsverläufe bei Lungenkrebspatienten in verschiedenen Stadien ihrer Erkrankung untersucht, vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zum Versterben.<sup>1</sup> Die insgesamt 88 Interviews mit den Patienten und später den Angehörigen wurden analysiert, um die Veränderungen im subjektiven Empfinden im Verlauf der Erkrankung zu verstehen. Die Analyse zeigt, dass physisches, soziales, psychologisches und spirituelles Wohlbefinden im Krankheitsverlauf sich unterschiedlich entwickeln. Während auf der physischen und der sozialen Ebene das Wohlbefinden über lange Zeit stabil bleibt, sieht dies auf der psychischen und der spirituellen Seite ganz anders aus. Es gibt im psychischen und spirituellen Erleben deutliche Einbrüche, und zwar vor allem direkt nach der Diagnose, dann – wenn man meint, jetzt wird alles gut – nach der Entlassung nach Hause nach der ersten intensiven Behandlungsphase im Krankenhaus, wieder nach dem Feststellen eines Rezidivs, wenn die Erkrankung fortschreitet. Und schließlich in der Terminalphase. Will man Kranke ganzheitlich begleiten, wie es das Anliegen der Hospiz- und Palliativarbeit ist, darf und kann man nicht bis zur letzten Lebensphase warten, sondern muss früh beginnen. Das lernen wir gerade bei einem Projekt der Implementierung von Palliativversorgung und Hospizkultur in

den Einrichtungen der Augustinum-Gruppe. Gerade ein früher Beginn palliativer Begleitung – nicht erst beim Sterben – schafft Vertrauen und dient der Sicherheit, wirklich selbstbestimmt leben und sterben zu können. Gerade weil zu Beginn einer Krankheit subjektive Not am größten ist, obwohl man es häufig dem Menschen noch gar nicht ansieht. Ich erinnere mich gut, wie mein Vater nach fünf Wochen Klinikaufenthalt in Frankfurt nach Hause kam. Die Freude darüber wich in den Wochen danach einem bangen und auch krisenhaften: „Wie wird es weitergehen?“, beruflich, familiär, gesundheitlich.

Die Untersuchung belegt erneut, was die Hospizbewegung als subjektives Krankheitsempfinden beschreibt und zum Zentrum ihres Anliegens macht: die Verbesserung subjektiver Lebensqualität. Die Begründerin der modernen Hospizbewegung, Dame Cicely Saunders, hat Schmerz beschrieben als ein umfassendes Phänomen, das auf komplexe Weise alle Bereiche menschlichen Erlebens berührt. Total Pain, so ihr Begriff, umfasst körperliches, seelisches – psychisches und spirituelles – und soziales Leiden. Als Kranker unter Gesunden zu leben, heißt, sich in einer Welt Gesunder zu befinden und zu bewegen, als Körper, mit psychischen Belastungen und Ressourcen, in sozialen Kontexten und Rollen und konfrontiert mit Sinnfragen, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit und Fragen nach Transzendenz.

Die Begleitung muss deshalb auch auf allen vier Ebenen erfolgen. Im Blick auf die Debatte um ÄAS ist gerade dieser Aspekt wichtig. Bei Palliative Care ist Begleitung auf allen vier Ebenen wichtig.

Der an der Cornell und der McGill University tätige Internist Eric Cassel hat 1982 im *New England Journal of Medicine* einen Text veröffentlicht, der als einer der Grundtexte der Palliativmedizin gilt. Cassel hat die genaue Beobachtung des subjektiven Leidens von Patienten zum Bestandteil ärztlicher Heilkunst gemacht, die über die objektive Einschätzung der Schmerzstärke und -art hinausgeht. Seine zentrale These lautet: Wenn Ärzte nicht auf subjektives Leidempfinden achten, kann dies darin resultieren, dass sie medizinische Maßnahmen ergreifen, die zwar technisch angebracht schei-

nen, aber nicht nur das Leiden nicht lindern, sondern im Gegenteil noch steigern. Das Wissen der Gesunden wird zum Expertenwissen erklärt, während die eigentlichen Experten ihrer Krankheit vor ihnen sitzen. Experten wohlge-merkt nicht für medizinische Therapien, aber für das Erleben von und Umgehen mit der Krankheit. Experten für das eigene Leben. Man muss den Patienten fragen, sagt Cassel. Er schreibt in seinem Text von einer 35-jährigen Skulpturen-Künstlerin, die an metastasiertem Brustkrebs erkrankt war.<sup>2</sup> Sie erhielt wenig und ungenaue Informationen von den Ärzten zu Diagnose und Prognose, auch nicht zu Therapieoptionen; nach einer Mastektomie und massiven Therapien litt sie unter Gewichtszunahme und einem völligen Verlust der Libido. Sie verlor das Gefühl in der rechten Hand, ihrer Künstler-Hand. Sie entwickelte eine massive Depression. Nach einer Fraktur wurde ihre Hüfte fixiert. Während der Eingriffe und Behandlungen bemühte sie sich jedes Mal um neue Kraft, bis zum nächsten Rückschlag. Mit jeder Chemotherapie schwankte sie zwischen Hoffnung und erneuter Enttäuschung. Übelkeit, dauerndes Erbrechen und Verlust der Haare als Nebeneffekte der Therapie gingen einher mit der Angst vor der Zukunft und einer zunehmenden Isolation unter gesunden Menschen. Das Leiden ist total, es geht an die Existenz und drängt den Betroffenen in eine Situation der Passivität des Erleiden-Müssens. Von dieser Frau ausgehend macht Cassel deutlich, dass Palliativmedizin den Patienten als in seinem Personsein bedrohten Menschen in den Blick nehmen muss. Aus diesem Grund hat sich Palliativmedizin zu einem multiprofessionellen Konzept des Umgangs mit Leiden entwickelt.

Als Kranker unter Gesunden, das suggeriert, dass mit den Gesunden die anderen, die An- und Zugehörigen, die Freunde und Kollegen, die Nachbarn oder einfach die Menschen auf dem Gehweg gemeint sind, auf deren misstrauische, mitleidige oder wegschauende Blicke man achtet. Aber mit „gesund“ ist möglicherweise auch der jetzt Kranke gemeint. Mit der Krankheit kommt es ja zu einem Davor und Danach: vor der Diagnose und nach der Diagnose. Auf allen vier Ebenen vergleicht sich der Kranke mit sich selbst als Gesunder. Denn an gesunde

Tage erinnert man sich gut. Vor kranken Tagen fürchtet man sich.

Das körperliche Empfinden und die psychischen Auswirkungen bis hin zur Todessehnsucht hat schon 1666 John Milton beschrieben in „Paradise Lost“:

Geschwür und Nierensteine, Magengicht,  
Besess'nes Rasen und des Tiefsinns Stieren,  
Mondsücht'ge Tollheit, peinigende Dörrensucht,  
Schwindsucht und Pest, weites Verderben brei-  
tend.

Ein grässlich Wälzen, Stöhnen; Todesangst  
Von Lager treibt zu Lager ruhelos.  
Zu Häupten seiner Beute schwingt der Tod  
Den Speer, doch zögert er, ob man ihn gleich  
Anruft als höchstes Gut und letzte Hoffnung.<sup>3</sup>

Wenn ich schon nicht gesund bin (wie früher), dann lieber gleich tot. In sozialer Hinsicht wird man plötzlich vom Krankenkassenbeiträge zahlenden Erwerbstätigen zum Patienten, der – nun krankgeschrieben – seine Arbeitszeit Stunden um Stunden wartend in Untersuchungszimmern verbringt. Patient als neuer Fulltime-Job, den man sich nicht gewählt hat, für den man auch nicht ausgebildet wurde und auch nicht bezahlt wird. Die Arbeit, ob im Haushalt, als Mutter oder Vater, am Arbeitsplatz, als Student, als verantwortlicher Chef von Mitarbeitern, geht weiter und muss geregelt werden. Einkommensausfälle hofft man kompensiert zu bekommen, denn das Telefon, die Miete, der Ratenkredit laufen weiter. Man wird täglich daran erinnert, dass man nicht mehr gesund ist. Für manchen ist das demütigend.

Welche Bedeutung dabei Spiritualität – als Ressource – haben kann, lernen wir von einem Gedicht Dietrich Bonhoeffers,<sup>4</sup> zwar in einer anderen Situation verfasst – der Gefangenschaft –, aber doch übertragbar. Achten Sie dabei darauf, wie lange es dauert, bis der Glaube als Ressource zur Sprache kommt, und mit welcher Vorsicht! (Das Gedicht ist erheblich gekürzt.)

Wer bin ich? Sie sagen mir oft,  
ich trete aus meiner Zelle  
gelassen und heiter und fest  
wie ein Gutsherr aus seinem Schloss.

...  
Wer bin ich? Sie sagen mir auch,  
ich trüge die Tage des Unglücks  
gleichmütig, lächelnd und stolz,  
wie einer, der siegen gewohnt ist.  
Bin ich das wirklich, was andere von mir sagen?  
Oder bin ich nur das, was ich selbst von mir weiß?  
Unruhig, sehnsüchtig, krank, wie ein Vogel im Käfig,  
ringend nach Lebensatem, als würgte mir einer die Kehle,  
hungernd nach Farben, nach Blumen, nach Vogelstimmen,  
dürstend nach guten Worten, nach menschlicher Nähe,  
zitternd vor Zorn über Willkür und kleinlichste Kränkung,

...  
müde und leer zum Beten, zum Denken, zum Schaffen,  
matt und bereit, von allem Abschied zu nehmen?  
Wer bin ich? Der oder jener?  
Bin ich denn heute dieser und morgen ein anderer?  
Bin ich beides zugleich? Vor Menschen ein Heuchler  
und vor mir selbst ein verächtlich wehleidiger Schwächling?

...  
Wer bin ich? Einsames Fragen treibt mit mir Spott.  
Wer ich auch bin, Du kennst mich, Dein bin ich, o Gott!

Wie man als Kranker sich selbst als Gesunder fremd wird, davon hat der Aktionskünstler und Regisseur Christoph Schlingensiefel, der 47-jährig an Lungenkrebs erkrankte, in seinem Buch geschrieben: „So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein.“<sup>5</sup>

„... Nach dem Gespräch mit den Ärzten war ich mit Aino (meiner Lebensgefährtin) Nudeln essen. Sie hat mir mal so richtig die Meinung gesagt. [...] Seitdem habe ich einen klaren Kopf. Ich will das jetzt wissen. [...] Die Angst ist gelandet. Ja, meine Angst ist gelandet. Ich gehe heute Abend davon aus, dass ich Krebs habe.“

Mit wem unter den Gesunden kann ein Kranker so reden, dass er sich nicht wie ein Heuchler vorkommt? Mit wem kann man überhaupt reden? Als Kranker unter Gesunden, das heißt oft auch: als Kranker unter gesunden Besuchern. Christoph Schlingensiefel bekam viel Besuch. Zu viel. Deshalb schreibt er eine Liste der erwünschten Besucher auf und gibt sie den Pflegekräften, um die Besucher abzuwehren, die ihm zu viel werden.

... „Eine Schwester sagte, dass mich ein Freund besuchen wolle, (der nicht auf meiner Besucherliste stand). Er warte schon auf dem Gang. Ich meine, was soll man da machen? Ihn wegschicken? Das schaffe ich nicht, dafür bräuchte man Kraft und die habe ich zurzeit nicht. [...] da habe ich zur Schwester gesagt, ja gut, dann soll er reinkommen, aber sie solle nach einer Viertelstunde wiederkommen und ihm sagen, dass ich meine Ruhe brauche. Darum hatte ich sie gebeten. Aber sie kam nicht, und ich selbst habe es nicht geschafft ihn zu bitten, er solle jetzt gehen. Er war eine Stunde da. [...] Als er ging war meine Stimme ganz matschig, und ich musste ganz viel inhalieren. Ich weiß nicht, ich glaube ich bräuchte jetzt jemanden, der mich abschirmt. [...] Wenn mal ein Freund nicht auf der Liste steht, ist das vielleicht ein Versäumnis, weil das ein ganz Lieber ist, aber es ist nicht zu ändern, weil ich fertig bin. Finde ich alles sehr, sehr schwierig. Wie machen das denn die anderen Menschen die krank sind? Wie kommen denn die zur Ruhe?“

Das Gespräch mit Ärzten scheint da eine andere Dimension zu haben. Denn den Ärzten braucht man die Krankheit ja nicht zu erklären. Christoph Schlingensiefel schreibt:

„... Inzwischen sind ein paar Stunden vergangen und meine Stimmung ist wieder im Keller. [...] Daher sind die Gespräche mit den Ärzten, besonders mit Prof. K., für mich gerade wichtig. Weil es mir manchmal so vorkommt, dass ich nur mit ihnen offen reden kann. [...] Es geht nicht darum, mir irgendwelche Horrorszenarien auszumalen, aber ich brauche jemanden, mit dem ich glaubhaft und ehrlich darüber reden kann, was das demnächst für ein Leben sein wird. [...] es geht darum, mir aus der Verzweiflungsstarre rauszuhelfen und meine Ängste ernst zu nehmen.“

Als Kranker unter Gesunden. Das ist anstrengend. Für manche Menschen wohl zu anstrengend. Und es macht Angst, ob man das alles ertragen kann. Nicht nur die befürchteten Schmerzen, sondern all das drumherum.

Martina Kern hat vergangene Woche beim Landesverband Hospiz und Palliativarbeit in Hamburg eine Fallgeschichte einer alleinerziehenden krebskranken Mutter vorgestellt, bei der die Belastung der Kranken und ihrer Angehörigen nicht nur durch die Krankheit gegeben war, sondern durch den Druck des Funktionieren-Müssens in einem gesunden Umfeld. Die schwerkranke Frau war völlig überfordert, nicht nur durch die vielen Fragen der Behandlung, sondern auch durch die Verantwortung für die Kinder. Der älteste hatte die Situation satt und wollte zum Vater ziehen, der mittlere war in der Schule auffällig geworden. Der Jüngste suchte viel Nähe zu seiner Mutter. Die Hauptüberforderung war, dass die Frau mit 19 (wenn ich recht erinnere) unterschiedlichen Behörden und Institutionen verhandeln musste: von der Krankenkasse, dem Hausarzt und den diversen medizinischen Einrichtungen über Jugendamt, Schulen, Sozialamt, Schuldnerberatung, Hospizdienst etc. Die Menschen dieser Behörden, nicht immer die gleichen (rechnen Sie ungefähr 3 mal 19!), waren alle gesund; und nicht alle waren bereit, einen Hausbesuch bei der Kranken zu machen. Termine vereinbaren und einhalten, Bittgänge erledigen – und all das mit schwindenden körperlichen Kräften. Was es heißt, als Kranker unter Gesunden zu sein, versteht man erst, wenn man sich vorstellt, den Kontakt zu 19 Einrichtungen koordinieren zu müssen. Wenn eine solche Patientin sich nicht freut, wenn ein Hospizbegleiter seinen Besuch anbietet, ist das nicht, weil sie hilferesistent ist, sondern weil sie schlicht keinen weiteren fremden Menschen mehr sehen kann. Die Aufgabenstellung für eine am Bedarf orientierte hospizliche Begleitung heißt: weniger ist mehr, aber das wenige kompetent! Und dabei beachten, dass man der Patientin Dinge abnimmt, ohne ihr die Kontrolle zu nehmen.

In Phasen, wo sich Kranke dem Würgegriff der Krankheit ausgeliefert fühlen, wird der Wunsch nach dem schnellen Ende formuliert. Das ist nicht erst ein Phänomen der Gegen-

wart. Das sagt schon Hiob im Alten Testament: „So läge ich nun und wäre stille, ich schliefe, da hätte ich Ruhe [...] dort finden Ruhe, deren Kraft ermattet.“ (Hiob 3)

Krankheit zwingt in eine Situation des Sich-Ausgeliefert-Fühlens, erlebt als Hoffnungslosigkeit. Einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 zufolge wird Hoffnungslosigkeit ausgelöst durch ein Zusammenspiel von vier Variablen: Unzufriedenheit des Patienten mit sozialer Unterstützung, einem Gefühl von Kontrollverlust und Autonomieverlust über die gesundheitliche Verfassung, Unfähigkeit, die Krankheit zu verarbeiten mittels spiritueller Glaubensvorstellungen und dem Gefühl, keinen Sinn und keine Bedeutung mehr zu haben. Auch dies wird erst aus der Patientenperspektive nachvollziehbar:

Renate F., war 63 Jahre alt. Sie hatte einen Lebenspartner, aber sie hat nie mit ihm zusammen gewohnt, nur Wochenenden und Urlaube zusammen verbracht. Nachdem bei Renate die Nervenkrankheit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert wurde, gab sie seinem Drängen nach und zog zu ihm. Auch auf seinen Wunsch hin ging sie ins Krankenhaus zur Anlage einer PEG-Sonde, denn sie konnte nicht mehr schlucken.

Ihr fiel das Sprechen sehr schwer, meistens sprach ihr Freund für sie. Als die OP anstand, nahm sie alle Kraft zusammen und sagte über den Sprachcomputer, dass sie die OP nicht wollte. Sie mache das alles nur, weil ihr Freund sich das so wünsche. Es zeigte sich, dass Renate keinerlei Freude am Leben mehr hatte. Früher gab es Freude an Reisen und der Berufstätigkeit. Aber das war vorbei, da war sie ja noch gesund. Sinn konnte sie in ihrer jetzigen Existenz nicht finden. Religiöse Vorstellungen waren ihr fremd. Und auch die Beziehung gab ihr keinen Sinn und Bedeutung. Sie wollte ihren Freund eigentlich nicht die ganze Zeit um sich haben. Und sie fürchtete, dass er komplett die Kontrolle über ihr Leben und ihre Versorgung übernehmen würde. Sie war also unzufrieden mit ihrem sozialen Leben, hatte keinen Sinn und keine spirituellen Deutungsmuster.

Aber sie schöpfte neue Hoffnung, wieder selbst über ihre Situation, ihre Behandlung, ihr Leben entscheiden zu können. Renate entschied sich gegen die Anlage einer PEG-Sonde. Sie

kehrte zurück in die gemeinsame Wohnung, ihr Freund unterstützte schließlich den Weg. Sie gewann Kontrolle zurück und fühlte sich gesund genug – trotz der Krankheit – für eigene Entscheidungen. Sie entschied sich dafür, das Sterben zuzulassen, nicht für Suizid.

Krank sein unter Gesunden: Die Diskussion über ÄAS bedarf dessen, was wir in der Theologie die radikale Orientierung am Subjekt nennen, im Sinne einer „Theologie von unten“. Damit meine ich keine platte Situationsethik, sondern das Achten auf subjektive Faktoren, die Krankheitserleben bestimmen und den Wunsch nach beschleunigtem Sterben. Mit dem, was vor allem über qualitative Studien zu erfahren ist, heißt es umzugehen im Sinne einer sozialetischen Entscheidungsfindung, wie die Gesellschaft damit umgehen will.

Qualitative Studien haben gezeigt, was für die Beteiligten ein „gutes Sterben“ ausmacht – und was den Sterbeprozess erschwert. Zu den wichtigsten Themenbereichen gehören klare Entscheidungsfindung, die Möglichkeit, sich auf den Tod vorzubereiten und als ganzer Mensch anerkannt und respektiert zu werden.<sup>6</sup> Zum Bereich klarer Entscheidungsfindung gehört, dass Patienten ihre Wünsche und ihre Sorge vor Qualen durch ungenügende Symptombehandlung äußern können. Als belastend empfanden es Patienten, wenn es keine Gespräche über die letzte Lebensphase und den Vorgang des Sterbens gegeben hatte. Dazu bedurfte es offener und ehrlicher Gespräche, die sich um nichts drücken. Diese verhelfen Patienten dazu, die eigenen Angelegenheiten zum Abschluss bringen zu können, einschließlich der Möglichkeit zum Lebensrückblick wie auch das Abschiednehmen von Zugehörigen und die Erfüllung religiöser Pflichten und Bedürfnisse. Und: Für viele Patienten ist es offenbar sehr wichtig, dass sie mental wach sind und das Gefühl haben, dass das eigene Leben rund ist und sie Frieden mit Gott haben.<sup>7</sup>

Ein allerletzter Punkt: Auch Angehörige fühlen sich oft längst nicht mehr gesund. Sie fühlen sich im Gegenteil manchmal stärker belastet als die Kranken. Aber von ihnen erwartet das Umfeld in Beruf und Familie, leider auch im Gesundheitswesen und politischen Raum, dass sie wie Gesunde stabil sind.

Kern, Grammatico und Ostgathe<sup>8</sup> haben 2009 eine Interviewstudie mit pflegenden Angehörigen durchgeführt und gezeigt, was Angehörige leisten müssen. Dazu gehören:

- emotionale Unterstützung des Kranken,
- Förderung der Eigen- und Selbstständigkeit,
- dauernde Anwesenheit,
- Schaffung einer angenehmen Atmosphäre,
- Organisation sozialer Kontakte,
- Grundpflege,
- Zubereitung / Reichen von Nahrung,
- Applikation von Medikamenten,
- Hauswirtschaft,
- Organisation der Versorgung,
- das Aneignen von Informationen über Hintergründe der Krankheit.

Das ist unglaublich viel. Über zwei Drittel der Angehörigen sind bei all dem berufstätig.<sup>9</sup> Kranke sehen das auch. Und nicht wenige wollen ihren Angehörigen die Last abnehmen. Die Diskussion um ÄAS muss auch einen ehrlichen Blick darauf wagen, warum Menschen als ein Motiv angeben, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. Als Kranker unter Gesunden zu leben heißt auch zu hoffen, dass die geliebten Nahestehenden gesund bleiben. Suizidprophylaxe umfasst darum auch die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Kern und Ostgathe<sup>10</sup> geben dazu Empfehlungen: Es braucht Aufklärung und Information, Unterstützung bei Übergängen zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Betreuung, Erreichbarkeit von Experten-Unterstützung von außen (telefonisch, vor Ort), Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln und Prozess-Qualität in der Begleitung: Zeit, Vermittlung von Ruhe, Gefühl eines Da- und Willkommenseins, Beziehungsqualität, Experten- und Erfahrungswissen.

Ich glaube nicht, dass all dies im Katalog ärztlicher Beratungsgespräche über Suizidbeihilfe enthalten ist. Aber ich bin mir sicher, dass es all das braucht, wenn wir es möglich machen wollen, dass ein Kranker unter Gesunden leben kann bis zuletzt. Ein Gesetz, das ärztliche Beratung und Assistenz bei Suizidwunsch regelt, wird dabei nicht helfen, weder eine Liberalisierung noch eine Verschärfung. Was es braucht, ist eine wirkliche ganzheitliche Begleitung für Kranke und Angehörige.

---

**PROF. DR. TRAUGOTT ROSER**

Seminar für Praktische Theologie und Religionspädagogik, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

---

**ANMERKUNGEN**

- <sup>1</sup> Murray, Scott A. / Kendall, Marilyn / Boyd, Kirsty u. a.: Archetypical trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer, in: *British Medical Journal* 2010, 304:c2581: Qualitative Interviews mit 19 Patienten mit Lungenkrebs und deren Angehörigen (88 Interviews insg.).
- <sup>2</sup> Cassel, Eric: The Nature of Suffering and the Goals of Medicine in: *NEJM* 306/1982, S. 639-645.
- <sup>3</sup> Zit. in: Dalferth, Ingolf U.: *Leiden und Böses. Vom schwierigen Umgang mit Widersinnigem*, Leipzig 2006.
- <sup>4</sup> Brief Dietrich Bonhoeffers an Eberhard Bethge, 8. Juli 1944, in: Dietrich Bonhoeffer, *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft*, hrsg. von Eberhard Bethge u. a., Gütersloh 1998, S. 513 f.
- <sup>5</sup> Schlingensief, Christoph: *So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein*, Köln 2009, S. 23, 99-100, 117.
- <sup>6</sup> Steinhauser, Karen E. / Clipp, Elizabeth C. / McNeilly, Maya u. a.: In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers, in: *Annals of Internal Medicine* 2000, 132:10, S. 825-832; Steinhauser, Karen E. / Christakis, Nicholas A., Clipp, Elizabeth C. u. a.: Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers, in: *JAMA* 2000, 284(19), S. 2476-2486.
- <sup>7</sup> Ebd.
- <sup>8</sup> Kern, Martina / Grammatico, Daniela / Ostgathe, Elke: *Was brauchen Menschen, die ihre schwerstkranken und sterbenden Angehörigen zu Hause versorgen?*, Münster 2009.
- <sup>9</sup> Eine Untersuchung des Statistischen Bundesamts vom Juni 2014 hat ergeben, dass in Deutschland 63 % der weiblichen und 73 % der männlichen pflegenden Angehörigen zwischen 25 und 64 Jahren erwerbstätig sind – also neben der Betreuung auch ihren beruflichen Pflichten nachgehen müssen.
- <sup>10</sup> Kern / Grammatico / Ostgathe: *Was brauchen Menschen?*

# ZEHN ANMERKUNGEN ZUR DEBATTE UM STERBEHILFE

**REIMER GRONEMEYER** || Warum spitzt sich jetzt die Debatte um Sterbehilfe zu? Warum wird jetzt im Parlament, in den Medien, in den sorgenden Organisationen darüber diskutiert? Weil dies der logische Endpunkt einer Entwicklung ist: Die Menschen haben sich immer radikaler aus allen Bindungen und Traditionen befreit und verstehen sich als Wesen, die alles in ihrem Leben selbst bestimmen können und auch müssen. Notwendigerweise gerät damit sogar das Lebensende in den Blick eines planenden, sein Leben und die Zukunft organisierenden Subjektes, das den Tod nicht mehr als etwas ansehen will, was kommt, sondern als einen kontrollierten, geplanten Schlussakt, in dem nichts dem Zufall überlassen bleiben darf.

**ANMERKUNG 1:** Im März 2015 verabschiedet die französische Nationalversammlung mit großer Mehrheit ein Sterbehilfegesetz. Es soll ein Recht auf tiefe und kontinuierliche Sedierung verschaffen. Unheilbar kranke Patienten können nun auf eigenen Wunsch in einen Tiefschlaf versetzt werden, bis der Tod eintritt. Mit den Worten „schlafen vor dem Sterben, um nicht zu leiden“ hat der Arzt und frühere Europaminister Jean Leonetti den Grundgedanken des neuen Gesetzes zusammengefasst. Kritiker stellen die Frage: Wird ein Patient in Tiefschlaf versetzt, weil er sterben wird oder wird er in Tiefschlaf versetzt, damit er stirbt? Die terminale Sedierung sei der Einstieg in die aktive Sterbehilfe. Der Gesetzesentwurf sieht keine Rückzugsklausel für Ärzte vor, die sich an der terminalen Sedierung aus Gewissensgründen nicht beteiligen wollen. Mediziner sind verpflichtet, den Willen des Patienten zu respektieren.<sup>1</sup>

Ein Blick zurück: Die schweizerische Sterbehilfe-Organisation „Dignitas“ plante im September 2005 in Hannover eine Filiale. Der Generalsekretär Ludwig Minelli wollte mit diesem Schritt in die deutsche Sterbehilfe-Debatte eingreifen. Außerdem sollen Deutsche, die Suizid begehen wollen, beraten werden und es soll ihnen eine Reise in die Schweiz vermittelt werden. Dort organisiert Dignitas ein tödliches Medikament,

mietet einen Sterberaum an und stellt einen Sterbebegleiter. Kosten damals etwa 3.000 Franken. 2005 notiert die Ärzte-Zeitung, dass seit der Gründung des Vereins 450 Menschen diese Dienstleistung in Anspruch nahmen. Im Jahr 2002 assistierte Dignitas auch 59 Ausländern, ein Jahr später waren es 91. Die deutsche Bundesärztekammer kritisierte den Dignitas-Plan scharf.<sup>2</sup>

2015 sind die Zahlen deutlich gestiegen – der ehemalige Feuilleton-Chef der FAZ Fritz J. Raddatz reist in die Schweiz, um seinem Leben ein Ende zu setzen und trägt so dazu bei, dass die Sterbehilfe ein Stück weit „Normalität“ zu werden im Begriffe ist.

Innerhalb weniger Jahre hat das, was einmal Gänsehaut hervorrief, kaum noch den Status des Außerordentlichen. Vielleicht wird es in Deutschland noch etwas länger dauern, aber irgendetwas, was einem Sterbehilfegesetz nahe ist, wird durchgesetzt werden, die Kräfte, die in diese Richtung drängen, sind stark.

Es ist nicht zufällig, dass diese Debatte jetzt aufkommt, in Europa und in Deutschland. Sie ist der Endpunkt einer Entwicklung, die vor Jahrzehnten begonnen hat. Der Homo modernissimus hat gelernt, sich aus allen Milieus und Traditionen, aus Kirche und Familie und Nachbarschaft und Lokalität zu befreien. Das Pathos

des modernen Menschen lautet: Ich entscheide über alles allein – über meinen Beruf, meine Beziehung, meine Ziele, meine Moral. Das bedeutet eine ungeheure neue Freiheit und zugleich eine ungeheure neue Orientierungslosigkeit. Dieser Leitgedanke des modernen Menschen führt aber zwangsläufig dazu, dass er auch sein Lebensende planend in den Griff zu bekommen versucht. Die Patientenverfügung ist der erkennbar erste Schritt in Richtung einer Projektierung des Lebensendes. Das neue französische Gesetz sieht auch vor, dass Patientenverfügungen zentral gespeichert werden, Ärzte sollen gezwungen werden, sich über die Patientenverfügungen ihrer Klienten im Zentralregister zu informieren. Aus der individuellen Verfügung, die aus Sorge entsteht, wird ein Sterbemodul, das zentral verwaltet wird. Wer keine Patientenverfügung hat, das kann man prognostizieren, wird über kurz oder lang als Deserteur oder Dissident angesehen werden. Als verantwortungslos wahrscheinlich auch.

**ANMERKUNG 2:** Dignitas heißt Würde. Es ist zunächst die Verlüderung festzuhalten, die darin besteht, dass ein vereinsmäßig organisierter Selbstmord – bei dem noch nicht einmal der Verdacht auszuschließen ist, dass finanzielle Interessen im Spiel sind – sich des Begriffes der *Würde* bedient.<sup>3</sup> Dignitas will ein würdevolles Sterben ermöglichen. Was aber hat das, was die Organisation Dignitas betreibt, mit Würde zu tun? Dignitas non moritur, heißt es im Mittelalter: Die Würde kann nicht sterben, weil sie zur Vollkommenheit der Schöpfung gehört und den Menschen wegen seiner Gottebenbildlichkeit auszeichnet.<sup>4</sup> Würde ist „am Menschen“ eben mehr als sein Bein oder seine blauen Augen, sie ist nicht verfügbar, ist kein anthropologisches Ausstattungsstück und kann darum auch nicht von „Dignitas“ gesichert werden.<sup>5</sup> Kurz: Bei der „Dignitas“ aus der Schweiz ist die Möglichkeit der Würde schon im Ansatz verspielt, weil sie eine bezahlte Dienstleistung anbietet.

**ANMERKUNG 3:** Euthanasie ist heute üblich. Die „Verkürzung der Lebensdauer als nicht angestrebter Nebeneffekt der Schmerzlindeung“ ist – fast kann man sagen – alltägliche medizi-

nische Praxis und sie ist wohl meistens gerechtfertigt – aber sie ist unfraglich Euthanasie.<sup>6</sup> Da für die meisten Menschen heute Schmerzvermeidung die wichtigste Erwartung an Palliative Care ist, gehört diese „Nebeneffekt-Euthanasie“ eben zu dem heute Üblichen.<sup>7</sup> Die Praxis wird offensichtlich auch da geübt, wo katholisch-christliche Normen die palliative Praxis bestimmen.

**ANMERKUNG 4:** Warum also nicht gleich staatlich legalisierte Euthanasie, wie sie sich in den Niederlanden und Belgien findet? Wenn Euthanasie ohnehin üblich ist, ist es dann nicht besser, sie aus der Grauzone herauszuholen und sie damit in einen kontrollierten Prozess zu überführen, der Mediziner bei schwierigen Gewissensentscheidungen anleitet, unterstützt und legitimiert? Wenn heute schon von *qualitätskontrollierter Sterbebegleitung* gesprochen wird, warum dann nicht auch – als alternatives Angebot – eine *qualitätskontrollierte Sterbehilfe*? Die quantitativen Dimensionen wären erheblich: Rechnet man die niederländische Praxis auf die europäische Bevölkerung hoch, dann würde man es jährlich mit 230.000 Fällen von legalisierter Euthanasie zu tun haben, davon geschähen 60.000 ohne Einwilligung.<sup>8</sup> Befürworter einer legalisierten Euthanasie behaupten – wahrscheinlich zu Recht – dass die „Nebeneffekts-Euthanasie“ erheblich höhere Zahlen präsentieren würde, wenn sie nicht in der Grauzone verdeckt bliebe. Hat nicht die Grauzonen-Euthanasie die staatlichen und christlichen Normen längst aus den Angeln gehoben und geht es eigentlich um die Anerkennung eines ohnehin nicht mehr zu revidierenden Faktums?

**ANMERKUNG 5:** Zunächst muss der Unterschied zwischen der Nebeneffekts-Euthanasie und der schweizerischen, niederländischen und belgischen Praxis festgehalten werden. Der Übergang vom akzeptierten Nebeneffekt zur organisierten Dienstleistung schließt mehr ein als wir uns heute vorstellen können. Erstens wird mit der aktiven Sterbehilfe eine bedeutende normative Schwelle überschritten, zweitens muss ihr zwangsläufig der Aufbau einer auf Sterbehilfe ausgerichteten Dienstleistungsindustrie folgen. Um es zuzuspitzen: Für die Real-

sierung von Best Practice in Pflegeheimen wird heute bereits offen auf die Vorbilder Aldi, Obi und Castorama verwiesen nach dem Muster: exzellente Produkte bei niedrigen Preisen.<sup>9</sup>

Es steht in der anhebenden europäischen Euthanasiedebatte nicht mehr und nicht weniger zur Debatte als eine *Industrialisierung des Sterbens*, die Kontingenz in eine beherrschbare Struktur umwandeln will. Dass aus dem Gewordenen das Gemachte werden soll, das ist ein Grundzug – um nicht zu sagen: eine Zwangs-idee – der modernen Gesellschaften. Sie wird heute besonders am Anfang und am Ende des Lebens virulent: Ebenso wie am Anfang des Lebens immer deutlicher die Produktion des Menschen auf der Agenda steht, so will sich am Ende des Lebens eine kontrollierte Entsorgung durchsetzen.<sup>10</sup> Der Mensch wird auf diese Weise in einen Produktionszyklus nach industriellem Muster eingebettet. Die Identifikation und Aus-sortierung von behindertem Leben, die durch Pränataldiagnostik möglich geworden ist, findet ihre symbolische Entsprechung in der Sterbehilfe-Debatte, die im Grunde auf eine Definition zielt, die unterscheidbar machen will, was lebenswertes und lebensunwertes Leben ist. Im Grund drängt dann alles darauf, Kriterien zu entwickeln, die jenseits der Wahrnehmungen des Subjektes objektive Voraussetzungen für die Möglichkeit und „Bewilligung“ von Euthanasie schafft. Dies ist an der niederländischen und belgischen Gesetzgebung zu studieren.

**ANMERKUNG 6:** Eine Industrialisierung des Sterbens bringt notwendigerweise die Geldfrage auf den Tisch. Es ist ohnehin unübersehbar, dass in einem alternden Europa mit einer großen Zahl von Schwerstkranken, Sterbenden und Gestorbenen dieser Bereich finanziell hochinteressant wird. Das Geschäft mit dem Sterben hat auf der Ebene privater Unternehmerinitiative Zukunft. Es hat aber auch Folgen für Administration und Politik. Die Gesundheitsetats sind überlastet und die Idee, an den besonders teuren und zugleich hilflosen Alten zu sparen, muss naheliegen. Palliative Care, die als Alternative zum Sterbewunsch und zur Sterbehilfe auf den Weg kommt, wird schon hier und da als Sparmodell angepriesen. So schreibt der Erlanger Bioethiker Jochen Vollmann: „Die zah-

lenmäßige Zunahme von alleinstehenden und älter werdenden Menschen in einer dynamischen, individualisierten und werteppluralistischen Gesellschaft macht eine rechtzeitige Entscheidungsfindung und Planung für den Fall von Krankheit und Sterben erforderlich [...]. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen wird auch eine medizinisch und ethisch begründete Prioritätensetzung zwischen kurativer und palliativer Medizin unvermeidbar sein. Angesichts hoher Krankenhausbehandlungskosten am Lebensende wird insbesondere bei hochbetagten Patienten zu entscheiden sein, ob diese Ressourcen nicht besser in eine gemeindenahere palliative Medizin investiert werden sollen.“<sup>11</sup> Was hier auf Palliative Care bezogen wird, kann unschwer auf den Bereich Euthanasie übertragen werden – und Ansätze dazu gibt es schon.

**ANMERKUNG 7:** Die ethischen Dilemmata, die aus den Fortschritten der Medizin erwachsen, treten besonders am Lebensende hervor. Was soll mit komatösen Patienten geschehen? Wie viel kurative Medizin ist sinnvoll und human? Soll die anstehende Rationierung von medizinischen Leistungen und Angeboten vom Alter oder von Geld abhängig gemacht werden? Wird es eine Budgetierung am Lebensende geben, die jedem im Rahmen einer festgesetzten Summe die begrenzte Wahl von Behandlungen ermöglicht? Setzt die Fallpauschalenregelung am Ende des Lebens eine versteckte Euthanasie in Gang?

**ANMERKUNG 8:** Die Anwälte der Euthanasie dekorieren sich mit dem Anspruch auf Humanität (z. B. „Gesellschaft für humanes Sterben“). Dem Einzelnen, der diesen Anspruch erhebt, soll er nicht bestritten werden. Aber es ist kaum zu übersehen, dass sich die immer deutlicher hörbare Debatte in gesamtgesellschaftliche Entwicklungen fügt, die bedacht sein wollen. Eine radikale Markt-, Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft sieht sich immer nachdrücklicher mit einer wachsenden Zahl von Hochaltrigen konfrontiert, die – legt man die Kriterien dieser Geldgesellschaft zugrunde – hinderlich und systemwidrig sind. Die Hochaltrigen, die Pflegebedürftigen repräsentieren alles, was diese

Gesellschaft nicht sein will. Insofern stellt sich die Humanitätsfrage nicht zuerst als die Frage nach der Abschaltbarkeit dieser Menschen, sondern im europäischen Kontext wird sich in den nächsten Jahrzehnten die Frage vor allem so stellen: Wie geht diese europäische Gesellschaft mit ihren Schwächsten um? Die Lösung, die sich da – gegen den Willen der Kirchen – abzeichnet, dürfte auf eine Wahlmöglichkeit hinauslaufen: Palliative Care oder Euthanasie. Der Weg zur Euthanasie wird sich dabei nicht als äußerer Zwang gestalten, sondern als ein Weg, bei dem die Individuen den gesellschaftlichen Imperativ in sich hineinverlegen, und so den Wunsch nach Euthanasie als den eigenen begreifen.

**ANMERKUNG 9:** Das 21. Jahrhundert antwortet auf die Todesängste der Menschen nicht mehr mit Philosophie, auch kaum noch mit Religion, sondern zuerst mit *Versorgung*. Die Institutionalisierung des Sterbens und des Todes, die sich vor unseren Augen entwickelt, kann auch begriffen werden als der Versuch, die Schrecken des Todes zeitgemäß zu domestizieren. Unfraglich befinden wir uns inmitten eines Prozesses der Säkularisierung und Medikalisierung von Sterben und Tod. Das Seufzen der Kreatur gilt nicht mehr der Furcht vor der Waage, auf der die Seele nach dem Tode als zu leicht befunden werden könnte, sondern das Seufzen der Kreatur gilt der Angst vor Schmerzen, der Atemnot, der Inkontinenz, der nicht gewünschten Lebensverlängerung, der Intensivmedizin. „Dignitas“ steht für die Tendenz, der kontrollierten Abwicklung des Lebens einen neuen Baustein hinzuzufügen: die Sicherheit eines problemlosen Abgangs. Wir hatten gesagt, dass organisierte Euthanasie wesentlich industrielle Vorzüge aufweist. Man muss hinzufügen: Sie hat auch Züge einer auf die Absicherung und Versicherung von Lebensbedingungen fixierten Gesellschaft – sie ist die Vollendung eines „Rund-um-sorglos-Paketes“, das Versicherungen heute anbieten.

**ANMERKUNG 10:** Warum sollen wir sie nicht abschalten? In einer radikalisierten Waren- und Wachstumsgesellschaft ist die Frage nicht mehr ohne weiteres zu beantworten, warum hinfälli-

ge Alte am Leben erhalten werden sollen. Je deutlicher christliche und aufklärerische Fundamente wegbrechen, desto heikler werden ethische Fragen. Aus welchen Quellen sollen sie beantwortet werden? Kann der säkulare Staat moralische Ressourcen aus sich heraus entwickeln?<sup>12</sup> Noch scheint es einen gesicherten europäischen Konsens darüber zu geben, dass „nutzlos“ gewordene Menschen nicht entsorgt werden. Ist dieser Konsens den christlichen und aufklärerischen Resten in den europäischen Gesellschaften zu danken? Die Euthanasiefrage ist nicht nur eine praktische oder juristische oder medizinische Frage. Sie ist zuerst eine ethische Frage in einer Lebenswelt, der die Grundlagen ihrer Ethik weitgehend abhanden gekommen sind. Vielleicht ist die Euthanasie-debatte auch mit der Chance verbunden, die Bindung an abendländische Traditionen als unaufgebbar wahrzunehmen, weil sonst einer Pseudo-Ethik der Nützlichkeit nichts mehr entgegenzusetzen ist. Und eine Orientierung an der Nützlichkeit hat über kurz oder lang einer industrialisierten Euthanasie nichts mehr entgegenzusetzen.<sup>13</sup>

|| **PROF. DR. REIMER GRONEMEYER**

Institut für Soziologie der Justus-Liebig-Universität  
Gießen

#### ANMERKUNGEN

<sup>1</sup> faz.net vom 19.3.2015.

<sup>2</sup> Ärzte-Zeitung vom 27.9.2005.

<sup>3</sup> Vgl. den Bericht der Frankfurter Rundschau vom 30.9.2005. Danach sollen an Dignitas erhebliche Summen für assistierte Suizide gezahlt worden sein. Wie bedrohlich nahe die Vergeldlichung des Sterbens rückt, zeigt sich auch an der Bemerkung von Minelli, dass eine Reduzierung der Zahl fehlgeschlagener Suizide die Gesundheitskosten um bis zu 20 Milliarden Euro senken könne.

<sup>4</sup> Vgl. Artikel „Würde“ in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, hrsg. von Joachim Ritter u. a., Band 12, Basel 2004.

<sup>5</sup> Der Begriff der „Würde“ durchläuft seit dem 18. Jahrhundert eine Wandlung von einem Begriff, der „Äußeres“ bezeichnet, zu einem Begriff der „Innerlichkeit“: Benennt Würde bis dahin eher einen „Stand“, so wird Würde seit dem 18. Jahrhundert

zunehmend zu einem Begriff, der einen habitus beschreibt. Nie aber kann „Würde“ zu einer Art anthropologischer Ausstattung werden, wie es die Debatte um Sterbehilfe bisweilen nahe legt; vgl. dazu den Artikel „Würde“ in: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Band 30, Leipzig 1960; vgl. auch Bohl, Jürgen R. E.: Von der Würde des Designer-Hirns, in: Heilkunst, Ethos und die Evidenz der Basis, hrsg. von Peter-Alexander Möller, Frankfurt a. M. 2002, S. 25 ff., sowie Pleschberger, Sabine: „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, Freiburg i. B. 2005.

- <sup>6</sup> Vgl. dazu den Artikel „Euthanasie“, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, hrsg. von Joachim Ritter u. a., Band 2, Basel 1972.
- <sup>7</sup> Die Debatte um die Schmerzfrage im Bereich Palliative Care arbeitet allerdings mit Scheinselbstverständlichkeiten, bei denen die Geschichtlichkeit des Schmerzbegriffes systematisch übersehen wird; vgl. dazu Illich, Ivan: Zur Geschichte der Verkörperung und der Enteignung des Schmerzes, Amsterdam 1988 und Heller, Andreas: Der Schmerz hat viele Gesichter oder: Was ist eigentlich „total pain“?, 7. Leitbildforum, 4.11.2004.
- <sup>8</sup> So eine Berechnung von Husebø, Stein: Dignity for the weakest old, Vortrag auf einem workshop in Wien, 2.-4.4.2004.
- <sup>9</sup> Vortrag von Baumgartner, Urs: Aldi – Obi – Carrefour: Low Price with Quality, Vortrag am 22.9.2005 auf dem E.D.E.-Kongress in Ljubljana (E.D.E. ist die Vereinigung der Leiter von Alten- und Pflegeheimen in Europa).
- <sup>10</sup> „Wir stellen fest, dass der Uterus ein dunkler und gefährlicher Ort ist, eine Region voller Gefahren. Es muss unser Wunsch sein, dass unsere potenziellen Kinder sich an einem Ort befinden, wo sie sich so gut wie möglich überwachen und beschützen lassen können“, sagt der Harvard-Professor Joseph Fletcher; vgl. zur Kritik der Reproduktionsmedizin Gorz, André: Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie, Zürich 2004.
- <sup>11</sup> Zit. BioSkop 21/2003, S. 3.
- <sup>12</sup> Vgl. dazu die Debatte zwischen Kardinal Ratzinger und dem Philosophen Habermas: Habermas, Jürgen / Ratzinger, Joseph: Dialektik der Säkularisierung, Freiburg 2005.
- <sup>13</sup> Vgl. Spaemann, Robert: Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung, in: Tüchtig oder tot. Die Entsorgung des Leidens, hrsg. von Jürgen-Peter Stössel, Freiburg 1991, S. 133-147.



#### **VERANTWORTLICH**

**Prof. Dr. Reinhard Meier-Walser**

Leiter der Akademie für Politik und Zeitgeschehen, Hanns-Seidel-Stiftung, München

#### **HERAUSGEBER**

**Prof. Dr. Siegfried Höfling**

Referent für Technologie, Medien und Kultur, Jugend und Gesundheit, Akademie für Politik und Zeitgeschehen, Hanns-Seidel-Stiftung, München

**Dr. Erich Rösch**

Geschäftsführer Bayerischer Hospiz- und Palliativverband, Landshut



## Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen

Die „Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen“ werden ab Nr. 14 parallel zur Druckfassung auch als PDF-Datei auf der Homepage der Hanns-Seidel-Stiftung angeboten: [www.hss.de/mediathek/publikationen.html](http://www.hss.de/mediathek/publikationen.html). Ausgaben, die noch nicht vergriffen sind, können dort oder telefonisch unter 089/1258-263 kostenfrei bestellt werden.

- Nr. 01 Berufsvorbereitende Programme für Studierende an deutschen Universitäten
- Nr. 02 Zukunft sichern: Teilhabegesellschaft durch Vermögensbildung
- Nr. 03 Start in die Zukunft – Das Future-Board
- Nr. 04 Die Bundeswehr – Grundlagen, Rollen, Aufgaben
- Nr. 05 „Stille Allianz“? Die deutsch-britischen Beziehungen im neuen Europa
- Nr. 06 Neue Herausforderungen für die Sicherheit Europas
- Nr. 07 Aspekte der Erweiterung und Vertiefung der Europäischen Union
- Nr. 08 Möglichkeiten und Wege der Zusammenarbeit der Museen in Mittel- und Osteuropa
- Nr. 09 Sicherheit in Zentral- und Südasiens – Determinanten eines Krisenherdes
- Nr. 10 Die gestaltende Rolle der Frau im 21. Jahrhundert
- Nr. 11 Griechenland: Politik und Perspektiven
- Nr. 12 Russland und der Westen
- Nr. 13 Die neue Familie: Familienleitbilder – Familienrealitäten
- Nr. 14 Kommunistische und postkommunistische Parteien in Osteuropa – Ausgewählte Fallstudien
- Nr. 15 Doppelqualifikation: Berufsausbildung und Studienberechtigung – Leistungsfähige in der beruflichen Erstausbildung
- Nr. 16 Qualitätssteigerung im Bildungswesen: Innere Schulreform – Auftrag für Schulleitungen und Kollegien
- Nr. 17 Die Beziehungen der Volksrepublik China zu Westeuropa – Bilanz und Ausblick am Beginn des 21. Jahrhunderts
- Nr. 18 Auf der ewigen Suche nach dem Frieden – Neue und alte Bedingungen für die Friedenssicherung
- Nr. 19 Die islamischen Staaten und ihr Verhältnis zur westlichen Welt – Ausgewählte Aspekte
- Nr. 20 Die PDS: Zustand und Entwicklungsperspektiven
- Nr. 21 Deutschland und Frankreich: Gemeinsame Zukunftsfragen
- Nr. 22 Bessere Justiz durch dreigliedrigen Justizaufbau?
- Nr. 23 Konservative Parteien in der Opposition – Ausgewählte Fallbeispiele
- Nr. 24 Gesellschaftliche Herausforderungen aus westlicher und östlicher Perspektive – Ein deutsch-koreanischer Dialog
- Nr. 25 Chinas Rolle in der Weltpolitik
- Nr. 26 Lernmodelle der Zukunft am Beispiel der Medizin
- Nr. 27 Grundrechte – Grundpflichten: eine untrennbare Verbindung

- Nr. 28 Gegen Völkermord und Vertreibung – Die Überwindung des zwanzigsten Jahrhunderts
- Nr. 29 Spanien und Europa
- Nr. 30 Elternverantwortung und Generationenethik in einer freiheitlichen Gesellschaft
- Nr. 31 Die Clinton-Präsidentschaft – ein Rückblick
- Nr. 32 Alte und neue Deutsche? Staatsangehörigkeits- und Integrationspolitik auf dem Prüfstand
- Nr. 33 Perspektiven zur Regelung des Internetversandhandels von Arzneimitteln
- Nr. 34 Die Zukunft der NATO
- Nr. 35 Frankophonie – nationale und internationale Dimensionen
- Nr. 36 Neue Wege in der Prävention
- Nr. 37 Italien im Aufbruch – eine Zwischenbilanz
- Nr. 38 Qualifizierung und Beschäftigung
- Nr. 39 Moral im Kontext unternehmerischen Denkens und Handelns
- Nr. 40 Terrorismus und Recht – Der wehrhafte Rechtsstaat
- Nr. 41 Indien heute – Brennpunkte seiner Innenpolitik
- Nr. 42 Deutschland und seine Partner im Osten – Gemeinsame Kulturarbeit im erweiterten Europa
- Nr. 43 Herausforderung Europa – Die Christen im Spannungsfeld von nationaler Identität, demokratischer Gesellschaft und politischer Kultur
- Nr. 44 Die Universalität der Menschenrechte
- Nr. 45 Reformfähigkeit und Reformstau – ein europäischer Vergleich
- Nr. 46 Aktive Bürgergesellschaft durch bundesweite Volksentscheide? Direkte Demokratie in der Diskussion
- Nr. 47 Die Zukunft der Demokratie – Politische Herausforderungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts
- Nr. 48 Nachhaltige Zukunftsstrategien für Bayern – Zum Stellenwert von Ökonomie, Ethik und Bürgerengagement
- Nr. 49 Globalisierung und demografischer Wandel – Fakten und Konsequenzen zweier Megatrends
- Nr. 50 Islamistischer Terrorismus und Massenvernichtungsmittel
- Nr. 51 Rumänien und Bulgarien vor den Toren der EU
- Nr. 52 Bürgerschaftliches Engagement im Sozialstaat
- Nr. 53 Kinder philosophieren
- Nr. 54 Perspektiven für die Agrarwirtschaft im Alpenraum
- Nr. 55 Brasilien – Großmacht in Lateinamerika
- Nr. 56 Rauschgift, Organisierte Kriminalität und Terrorismus
- Nr. 57 Fröhlicher Patriotismus? Eine WM-Nachlese
- Nr. 58 Bildung in Bestform – Welche Schule braucht Bayern?
- Nr. 59 „Sie werden Euch hassen ...“ – Christenverfolgung weltweit
- Nr. 60 Vergangenheitsbewältigung im Osten – Russland, Polen, Rumänien

- Nr. 61 Die Ukraine – Partner der EU
- Nr. 62 Der Weg Pakistans – Rückblick und Ausblick
- Nr. 63 Von den Ideen zum Erfolg: Bildung im Wandel
- Nr. 64 Religionsunterricht in offener Gesellschaft
- Nr. 65 Vom christlichen Abendland zum christlichen Europa –  
Perspektiven eines religiös geprägten Europabegriffs für das 21. Jahrhundert
- Nr. 66 Frankreichs Außenpolitik
- Nr. 67 Zum Schillerjahr 2009 – Schillers politische Dimension
- Nr. 68 Ist jede Beratung eine gute Beratung? Qualität der staatlichen Schulberatung in Bayern
- Nr. 69 Von Nizza nach Lissabon – neuer Aufschwung für die EU
- Nr. 70 Frauen in der Politik
- Nr. 71 Berufsgruppen in der beruflichen Erstausbildung
- Nr. 72 Zukunftsfähig bleiben! Welche Werte sind hierfür unverzichtbar?
- Nr. 73 Nationales Gedächtnis in Deutschland und Polen
- Nr. 74 Die Dynamik der europäischen Institutionen
- Nr. 75 Nationale Demokratie in der Ukraine
- Nr. 76 Die Wirtschaftsschule von morgen
- Nr. 77 Ist der Kommunismus wieder hoffähig?  
Anmerkungen zur Diskussion um Sozialismus und Kommunismus in Deutschland
- Nr. 78 Gerechtigkeit für alle Regionen in Bayern –  
Nachdenkliches zur gleichwertigen Entwicklung von Stadt und Land
- Nr. 79 Begegnen, Verstehen, Zukunft sichern –  
Beiträge der Schule zu einem gelungenen kulturellen Miteinander
- Nr. 80 Türkische Außenpolitik
- Nr. 81 Die Wirtschaftsschule neu gedacht – Neukonzeption einer traditionsreichen Schulart
- Nr. 82 Homo oecologicus – Menschenbilder im 21. Jahrhundert
- Nr. 83 Bildung braucht Bindung
- Nr. 84 Hochschulpolitik: Deutschland und Großbritannien im Vergleich
- Nr. 85 Energie aus Biomasse – Ethik und Praxis
- Nr. 86 Türkische Innenpolitik – Abschied vom Kemalismus?
- Nr. 87 Homo neurobiologicus – Ist der Mensch nur sein Gehirn?
- Nr. 88 Frauen im ländlichen Raum
- Nr. 89 Kirche im ländlichen Raum – Resignation oder Aufbruch?
- Nr. 90 Ohne Frauen ist kein Staat zu machen – Gleichstellung als Motor für nachhaltige Entwicklung
- Nr. 91 Der Erste Weltkrieg – „In Europa gehen die Lichter aus!“
- Nr. 92 Deutsch als Identitätssprache der deutschen Minderheiten
- Nr. 93 Frankreichs Grandeur – Einst und Jetzt

- Nr. 94 Alphabetisierung – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- Nr. 95 Linksextremismus in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven
- Nr. 96 Ländliche Kultur – unterschätzt!
- Nr. 97 Armut im ländlichen Raum? Analysen und Initiativen zu einem Tabu-Thema
- Nr. 98 Gegen das große Unbehagen –  
Strategien für mehr Datensicherheit in Deutschland und der Europäischen Union
- Nr. 99 Wem gehört das Sterben? Sterbehilfe und assistierter Suizid