

Ein logischer Dambruch

Von Stephan Sahn

Die von evangelischen Theologen geforderte Professionalisierung der Suizidhilfe schafft erst die Normalität, die sie zu vermeiden beabsichtigt.

FAZ, 18.2.2021, FAZ.net

Der Autor:

Stephan Sahn ist Krebspezialist und Palliativmediziner, neben seiner Tätigkeit als Chefarzt am Offenbacher Ketteler Krankenhaus ist er Professor für Ethik in der Medizin, Universität Frankfurt.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar des vergangenen Jahres, in dem das Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe für nichtig erklärt wurde, fordert Gesellschaft und Politik heraus. Drei evangelische Theologen haben in einem Positionspapier vorgeschlagen, jetzt die Hilfe zum Suizid als Teil seelsorgerlicher Praxis zu professionalisieren. Ihre Ausführungen verlangen nach einer Debatte, denn sie übersehen wesentliche, ethisch bedeutsame Unterscheidungen. Die betreffen die Beurteilung des Suizids als solchem, der Assistenz beim Suizid und auch die Beurteilung

medizinischer Handlungen am Lebensende. Zudem wird die nicht mehr kleinzuredende Evidenz der Erfahrungen aus Regionen der Welt mit liberalisierten Regelungen nicht wahrgenommen oder verdrängt.

Der Schwerpunkt des Karlsruher Urteils liegt in der Betonung des Rechtes auf Selbstbestimmung. Auf die rhetorische Überhöhung der Autonomie wurde schon von vielen hingewiesen. So ist im Urteil die Rede von „autonomer Selbstbestimmung“ - als gäbe es eine nicht-autonome Variante derselben. Auch die Theologen erkennen im Urteil „Anklänge einer heroisch-existentialistischen Verklärung der Selbstbestimmung“. Sie interpretieren das Urteil zudem so, dass sich aus der Nichtigkeitserklärung des Verbotes geschäftsmäßiger Suizidhilfe keine Pflicht des Staates zur Sicherstellung der Suizidhilfe ableiten lasse. Diese Sicht wird durchaus nicht von allen Rechtsgelehrten geteilt, wie das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes zur Abgabepflicht todbringender Medikamente durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aus dem Jahr 2017 belegt. Einige Abgeordnete des Bundestages wollen eine Bereitstellung tödlicher Medikamente durch das Bundesamt gewährleisten, mithin die Suizidhilfe staatlicherseits garantieren.

Wie auch immer der Gesetzgeber entscheiden wird, jetzt wollen die Professoren Reiner Anselm, die Professorin Isolde Karle und Pastor Ulrich Lilie in diese Bresche springen. Unter seelsorgerlicher Anleitung soll in Diakonie und unter Ägide kirchlicher Autorität der Dienst geleistet werden, den bisher Suizidhilfeorganisationen anbieten.

Die Autoren betonen zu Recht die unbedingte Verpflichtung, die Selbstbestimmung der Person zu achten, die sich nicht zuletzt im Recht

auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verwirklicht. Doch vermischen sie in ihrer Erörterung die ethische Einordnung des Suizids und der Suizidhilfe.

Wer einen Suizid nach freiem Entschluss begeht, tritt aus dem Netz sozialer Beziehungen heraus. Die Freiheit zur persönlichen Gestaltung des Lebens und seines Endes ist unbenommen. Aus der Achtung der Würde der Person folgt für eine liberale Gesellschaft notwendig, eine Suizidhandlung nicht zu bestrafen und nicht zu verurteilen. Die einzig angemessene Haltung einer liberalen Gesellschaft zum Suizid ist es, sich eines ethischen Urteils *zu enthalten*. Sie kann ihn wohl bedauern. Anders verhält es sich mit der ethischen Einordnung der Hilfe zum Suizid. Einen unregulierten Zugang zur Suizidhilfe wollen die Theologen nicht. Auch das Verfassungsgericht selbst ermuntert zum Aufbau von Hürden. Denn wie eine Gesellschaft zur Hilfe beim Suizid steht, ist eine eminent moralische Frage. Wer den Zugang zur Suizidassistenz nicht uneingeschränkt zulassen will, ihn nicht als Normfall etabliert sehen möchte, der beansprucht implizit, über Kriterien dafür zu verfügen, wann Suizidwünsche als authentisch und akzeptabel zu erachten sind und wann nicht. Lebensattheit, fortgeschrittene Erkrankung, gescheiterte Lebensentwürfe, es wäre vieles zu nennen, worüber man sich wohl nicht einig würde. Denn wie man es auch wendet, der Suizidhelfer macht sich mit dem Angebot der Assistenz die Motive der Selbsttötung zu eigen. Damit fällt er ein Urteil, das gegen das grundlegende Axiom aller Menschenrechte verstößt. Es ist die Basis einer die Menschenwürde achtenden Gesellschaft, dass die *Existenz* jedes ihrer Mitglieder ihrer *Nichtexistenz* vorzuziehen ist.

Leben ist nicht das höchste Gut, jedoch das fundamentale. Wer dieses Axiom unterlaufen will, der möge sich Gedanken darüber machen, wie es um die Menschenrechte bestellt sein soll, wenn man es aufgibt. Suizidhilfe ist ein Verstoß gegen das Axiom, denn sie suggeriert Akzeptanz, wo alleine Enthaltung des Urteils gerechtfertigt ist.

Es versteht sich, dass theologische Ethik durchaus viel zu sagen hätte zu den Quellen des Axioms. Sie reichen von der Vorstellung der Gottesebenbildlichkeit des Menschen über die biblischen Aussagen zur Präferenz für das Leben (etwa im Psalm 36, oder Jesu Gebot der Nächstenliebe). Ebenso ist im deklatorischen Charakter der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 die Präferenz für das Leben niedergelegt.

Die Hilfe beim Suizid ist kein neutraler Akt. Es ist eine Illusion zu glauben, man könne mitmachen, ohne zu befördern. Abgesehen von den wenigen, die eine vollkommen willfährige Hilfe beim Suizid proklamieren, denken viele an eine vorausgehende Prüfung der seelischen Zustände und Motive. Diese macht sich der Helfer zu eigen. Er weiß also, dass es jetzt besser, zumindest akzeptabel wäre, dass die sterbewillige Person nicht mehr existiert. Und wenn das doch nur subjektiv zugängliche Maß der Erträglichkeit von Krankheit angeführt wird, erweist sich das Gleiche: Der Helfer urteilt, welches Leid nicht mehr erträglich ist.

Da die Helfer sich aber ein solches Urteil aufgrund der Achtung der Person und der Freiheit ihrer Entscheidung gar nicht anmaßen können, tritt das ein, was man den logischen Dambruch nennt. Dambruchargumente gelten in ethischen Debatten als nachrangig.

Nicht so der logische Dambruch. Der erweist im Beiwort zwar dem Geistigen Reverenz, ist aber nicht nur ein theoretisches Phänomen, sondern handfeste Tatsache. Das zeigt sich dort, wo Suizidhilfe (und aktive Sterbehilfe) praktiziert werden. Dort gibt es kein Motiv mehr, das nicht auch durch Selbstbestimmung beglaubigt werden kann.

In Belgien sollen Ärzte zum Tode verhelfen, nicht nur im Falle terminaler Erkrankung. Es genügt das Zusammentreffen von zwei Krankheitszuständen, etwa hoher Blutdruck und Asthma. Das klingt wie wohlfeiler Zynismus, ist es aber nicht. So ist es Praxis, und das ausweislich der Berichte der Kommissionen, die assistiertes Sterben im Nachhinein überprüfen sollen.

In Belgien und auch in Kanada konvertiert das assistierte Sterben überdies zum pseudo-altruistischen Akt, denn dort werden Personen nach assistiertem Sterben Organe für die Transplantation entnommen. Die drei Theologen nennen selbst Gründe, deren Heranziehung für einen Bilanzsuizid die Helfer sich nicht anmaßen dürften zurückzuweisen: etwa die Erfahrung der Abhängigkeit von anderen und das Motiv, ökonomische Lasten für die Angehörigen zu umgehen. Damit weisen sie in eine Richtung, in die andernorts eingeschlagen wurde. Unlängst hat eine Kommission im Auftrag des Parlamentes in Kanada den ökonomischen Nutzen berechnet, der sich aus eingesparten Aufwendungen für Patienten ergibt, die den Suizid einer weiteren Behandlung und Betreuung vorziehen. Dabei wurde auch kalkuliert, wie sich der ökonomische Nutzen steigern ließe, wenn vorgeschriebene, aber umständliche Prozeduren abgeschafft würden, die zum Erhalt der Sterbe- und Suizidhilfe berechtigen. Die Verkürzung

bislang vorgeschriebener Warte- und Bedenkzeiten vor dem Vollzug des assistierten Suizids wäre in dieser Sichtweise durchaus profitabel. Es ist daher abwegig anzunehmen, von solchen Gegebenheiten ginge bei individuellen Abwägungen wie auch auf gesellschaftlicher Ebene kein Druck aus.

Wie auch im Urteil des Verfassungsgerichtes pflegen auch die Autoren des Positionspapieres einen bedenklichen, da unterkomplexen Gebrauch des Normalitätsbegriffes. Denn dort, wo nach Einschätzung von Personen, die als qualifiziert betrachtet werden (Seelsorger!), oder nach Beachtung welcher prozeduralen Bestimmungen auch immer festgestellt wird, dass Suizidhilfe rechtfertigbar erscheint, ist sie eben normal. Und zwar in dem Augenblick, in dem dieses Urteil ausgesprochen ist. Und die von den Theologen geforderte Professionalisierung erweist sich als die Geschäftsmäßigkeit, die der abgeschaffte Paragraph 217 zu unterbinden suchte. Die ist es, die aus aus einem moralischen Grenzfall die Normalität macht.

Zudem insinuieren die Theologen in ihrem Aufsatz zwei Sachverhalte, die es zu korrigieren gilt. Sie argumentieren, der Suizid werde oft vorschnell als unvereinbar mit dem christlichen Glauben gebrandmarkt. Der nun verworfene Paragraph 217 wurde nicht mit der Berufung auf die Unvereinbarkeit von Suizid und Glaubenssätzen begründet. Ziel war die Gefahrenabwehr. Und es fällt auf, dass die Autoren keine Stellung beziehen zu der mittlerweile überwältigenden Evidenz, dass das Angebot der Suizidassistenz zu einer signifikanten Übersterblichkeit führt. Das Angebot ist ein Faktor, der zum Suizid geneigt macht. Einschlägige Literatur bestätigt dies.

Das gilt selbst für den Bundestaat Oregon, von dem erst jüngst in einem einschlägigen Fernsehspiel wieder behauptet wurde, dort sei die absolute Zahl ärztlich assistierter Suizide vernachlässigenswert gering. Nun kann der Autor eines Fernsehspiels seinen Protagonisten jegliche Rollenprosa in den Mund legen, auch weitab der Realität. Es ist aber nicht ohne Bedeutung, dass Oregon eine der weltweit höchsten Rate an Suiziden aufweist. Die Verfügbarkeit von Feuerwaffen lässt die Suizidwilligen die dort vorgeschriebenen präventiven Prozeduren vor einem ärztlich assistiertem Suizid leicht umgehen.

Rechnete man die Verhältnisse anderer Staaten um auf die Bundesrepublik Deutschland, so ergäbe sich nach einer in allen Ländern mit zugelassener Tötungshilfe zu beobachtenden Gewöhnungszeit eine Übersterblichkeit an Suiziden von konservativ geschätzt acht- bis zehntausend Fällen im Jahr. Was Übersterblichkeit bedeutet, davon haben auch medizinische Laien angesichts der aktuellen Pandemie sich einen Begriff zu machen gelernt.

Die Gefährdung von Personen und Patienten durch das Angebot der Suizidassistenz ist der Grund, warum der Weltärztebund und die überwältigende Mehrzahl aller Ärztevereinigungen weltweit diese Praxis ablehnen.

Irrig ist auch die Behauptung, die Präferenz für das Leben seitens der Betreuenden schränke die Freiheit Suizidwilliger ein. Verbunden damit ist die Unterstellung, erst das Signal der Bereitschaft zur Assistenz beim Suizid sei Voraussetzung der Achtung der Selbstbestimmung. Weit gefehlt. Ein empathischer, dem Leben zugewandter Umgang mit Suizid- und Sterbewünschen gehört schon immer zu medizinischer und

pflegerischer Praxis. Fachgesellschaften, wie etwa die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und andere mehr, haben für den Umgang mit suizidalem Begehren einschlägige Richtlinien verfasst. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Personen gelingt auch ohne Erklärung der Bereitschaft, beim Suizid zu helfen. Wäre dies anders, würden Patienten mit Suizidwunsch von denen schlecht betreut, die Suizidhilfe ablehnen. Dann hätte die Evangelische Kirche doch schon seit Jahrzehnten einen Aufschrei senden und in Analogie zu den niederländischen Lebensende-Kliniken Institutionen gründen müssen zum Vollzug der Suizidassistenz. Ist die Begleitung Suizidwilliger nicht auch schon jetzt Bestandteil evangelischer Seelsorge? Personen mit ihrem Suizidwunsch ernst zu nehmen und sie empathisch zu begleiten setzt die Bereitschaft zur Suizidassistenz nicht voraus.

Aus Sicht der Medizinethik ist zudem bedenklich, dass in dem Positionspapier die *palliative Sedierung* und die Begleitung beim *Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit* der Hilfe beim Suizid gleichgestellt werden. Dies ist medizinisch und normativ irrig. Palliative Sedierung ist, wenn sie kunstgerecht wie von deutschen und internationalen Fachgesellschaften in Richtlinien empfohlen ausgeführt wird, keine lebensbeendende und der Suizidhilfe in Intention und Folgen auch nur annähernd vergleichbare Handlung. Es ist die reversible Ausschaltung des Bewusstseins von Patienten, um Symptome zu lindern. Die Tiefe der Sedierung ist zudem variabel und kann angepasst werden. Oft sind Symptome verschwunden, wenn Patienten behutsam wieder in den Wachzustand zurückgeführt werden.

Nebenbei verlängert palliative Sedierung nach Erfahrung vieler Palliativmediziner die Lebensspanne.

Zweifelsohne ist die palliative Sedierung wie jeder medizinische Eingriff anfällig für Missbrauch. Der ist in Belgien und den Niederlanden sehr häufig, wie die offiziellen Statistiken belegen. Denn nirgendwo sonst sterben Menschen so häufig unter einer palliativen Sedierung. Nach Ansicht fachkundiger Beobachter ist die Sedierung in diesen Ländern häufig nur eine Maskerade aktiver Sterbehilfe. Sie ist der Umweg, um aufwendige administrative Auflagen zu unterlaufen, die dort mit der Ausführung der Euthanasie verbunden sind.

Um so abwegiger ist es, einen fachgerecht ausgeführten Behandlungsmodus, der medizinisch indiziert sowie nicht gefährlicher und oder tödlicher ist als andere Maßnahmen, in den schlechten Geruch der Suizidhilfe zu rücken. Und ebenso abwegig ist es daher, ihn als Alternative zur Suizidassistenz zu propagieren.

Ebenso verhält es sich mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Dieser Verzicht ist unter ethischen Gesichtspunkten als Handlungsmodus eigener Art einzuordnen, verschieden vom Suizid. Auch hier sei auf die einschlägigen Publikationen nicht zuletzt auch der medizinischen Fachgesellschaften verwiesen. Wenn die Theologen das anders sehen wollen, wäre es doch zu erwarten, auf ihre von der Mehrheit abweichende Sicht aufmerksam zu machen. Es führte zu weit, den Entschluss zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und mögliche damit verbundene suizidale Intentionen im Detail zu erörtern. Eines aber gilt: das Propagieren eines solchen Verzichts, gleichsam ein Marketing, verbietet sich. Denn dies förderte die suizidale Intention und

widersprüche einer dem Leben zugewandten Haltung, die Voraussetzung angemessener palliativen Sorge ist.

Die drei Theologen möchten letztendlich die Ärzte mit in ihrem Boot haben. Die sollen eine letzte Beurteilung abgeben über die Authentizität der Sterbewünsche. Der Anspruch kann als moralische Monströsität bezeichnet werden. Denn sie übersieht die Grenze, die das grundlegende Axiom psychiatrischer Hermeneutik setzt. Wenn es um die Auslöschung des Lebens der Person geht, muss die sich ihrer unüberschreitbaren Limitierungen bewusst bleiben.

Hinzu kommt, was Erkenntnisse der Psychologie über die Motivationen der Suizid- und Sterbehelfer zutage fördern. Für die Suizidhelfer stellt die Assistenz selbst ein Antrieb dar, sie zu wiederholen. Wiederholung bestätigt die Helfer in ihrer Haltung, die Handlung grundsätzlich positiv zu bewerten. Darin gründet, was eine Ärztin aus den Niederlanden als Vertreterin ihres Ärzteverbandes auf einer Konferenz des Weltärztebundes in Rom berichtete. Beim ersten Male sei es ganz schwer. Wenn man es vielfach getan habe, komme man sehr gut damit zu recht. Warum Seelsorger im Blick auf die Verführungen der Suizidassistenz zur Wiederholung resilienter sein sollen als andere Personen, bleibt ein Rätsel.

Was bedeutet all dies angesichts des Urteils, das ein Recht auf Inanspruchnahme geschäftsmäßiger Hilfe beim Suizid konstatiert? Recht und Moralität fallen nicht in eins. Für das Angebot der Suizidassistenz gibt es keine medizinische oder ethische Notwendigkeit. Sie zeitig jedoch tödliche Konsequenzen. Daher gilt es, ihr nicht das Wort zu reden.

Vielmehr ist es angezeigt, sich stark zu machen, dass diejenigen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Hospizhelfer, alle Engagierten in der palliativen Sorge, vornehmlich auch Träger von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Kliniken, das Recht haben müssen, die Verbreitung von Angeboten zu Suizidhilfe in ihren Einrichtungen zu unterbinden. Zuvörderst ist dies von kirchlichen Trägern zu erwarten.

Für die Ärzteschaft ergibt sich keine Notwendigkeit, ihre Ablehnung der Assistenz beim Suizid aufzugeben. Ärztliche Ethik und die Erfahrungen aus anderen Ländern gebieten es nicht mitzutun. Ärztinnen und Ärzte haben allen Grund, an den geltenden ethischen Standards festzuhalten.

Angesichts des nicht mehr wegzuredenden Anstiegs der Sterblichkeit, dort wo Suizidassistenz und Tötung auf Verlangen angeboten werden, droht der evangelischen Kirche noch ein Stolperstein anderer Art. Nicht jeder wird mitgehen wollen, wenn hauptamtliche Seelsorger mitwirken sollen bei Handlungen, die den Tod befördern. Nicht jeder wird bereit sein, dies durch Zahlung der Kirchensteuer zu unterstützen. Da rührt sich womöglich das Gewissen.