

Kontroversen über bio- und medizinische Fragen münden oft in den Ruf nach dem Gesetzgeber: Er soll durch das Recht das fixieren, was als ethisches Minimum in der Gesellschaft gelten soll. Die Fragen des assistierten Suizids sind hier keine Ausnahme. Im politischen Raum hat sich die Diskussion, die durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 notwendig wurde, in drei aus der Mitte des Deutschen Bundestages eingebrachten interfraktionellen Gesetzentwürfen verdichtet, über die in naher Zukunft entschieden werden soll. Allerdings zeichnet sich im Augenblick nicht ab, ob und, wenn ja, welche der drei Vorlagen eine Mehrheit der Abgeordneten hinter sich versammeln könnte.

In dieser Situation möchten wir einen anderen Weg vorschlagen – und zwar eingedenk der ethischen Maxime, dass auch und gerade das Unterlassen eine ethisch verantwortliche Handlungsweise sein kann. Unsere schlichte, aber eindringliche Botschaft lautet: Keiner der vorliegenden Gesetzentwürfe hilft Menschen, die einen Suizid erwägen, in ihrer existenziell schwierigen Lage. Anstatt komplizierte Konstruktionen zu ersinnen, die die (juristisch sogenannte) Freiverantwortlichkeit bei einer Entscheidung für einen selbst gewählten Tod sicherstellen sollen, und in der Folge erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen in flächendeckende Suizidassistentenberatung zu stecken, sollte dieses Geld primär in Suizidprävention sowie die Palliativ- und Hospizversorgung investiert werden.

Für eine darüber hinausgehende bundesgesetzliche Regelung besteht kein Bedarf. Vielmehr bietet die aktuelle Rechtslage genügend Spielräume. Trotz der sehr liberalen Regelung ist es in den vergangenen drei Jahren auf breiter Ebene nicht zu unverantwortlichen Praktiken im Zusammenhang mit der Suizidassistenz gekommen. Mehr noch: Derzeit etabliert sich – in aller Vorsicht formuliert – eine Praxis, die sich an den ethischen Standards von Ärztinnen und Ärzten orientiert. Deren Kompetenz, die konkrete Situation und den Willen eines Patienten zu erfassen, kommt eine wichtige Funktion zu, damit der Suizid keine Normaloption des Sterbens wird, aber als letzter Ausweg möglich ist. Gerade dieses Wissen scheint eine gewisse Entspannung mit Blick auf die Durchführung eines Suizidansinnens zu bewirken. Es wäre kontraproduktiv, durch Strafdrohungen für Ärztinnen und Ärzte diese Möglichkeiten aufs Spiel zu setzen. Vielmehr gilt es, die am konkreten Einzelfall orientierten Praktiken weiterzuentwickeln. Für sie ist es notwendig, auch die entsprechenden zeitlichen und nicht zuletzt die ökonomischen Freiräume zu schaffen.

Dagegen bänden eine eigene Beratungsinfrastruktur und vor allem ein eigenes Gutachterwesen, das über das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit befinden sollte, finanzielle Ressourcen, die in der Prävention und auch in der Arzt-Patienten-Beziehung, aus der heraus Suizidanliegen am besten verantwortungsvoll begegnet werden können, dringend gebraucht würden. Darüber hinaus zeigt der Blick auf ähnlich gelagerte Prozesse, dass sich in der Praxis schnell herumsprechen dürfte, auf welchen Wegen das gewünschte Ergebnis einer Begutachtung zu bekommen ist. Und sollten in letzter Konsequenz existenzielle Fragen wirklich zum Gegenstand von richterlichen Entscheidungen gemacht werden?

Die drei Gesetzentwürfe schwächen bewusst oder zumindest billigend die Position derer, die Situation, Umfeld und Krankheitsverlauf der Patientinnen und Patienten am besten einschätzen können: nämlich die von Ärztinnen und Ärzten, die eine persönliche Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten aufgebaut haben. Und sie übertragen den Schutz des Lebens, der Verfassungsrang genießt, hauptsächlich einer Verfahrenssicherheit, anstatt das Augenmerk ganz auf die Prävention und vor allem auf die Verbesserung der Versorgung und Betreuung einer vulnerablen Gruppe zu legen.

Gerade in dieser Verfahrensorientierung, die suizidwilligen Personen ein mehrstufiges, komplexes und außerhalb der Ballungsgebiete wahrscheinlich nur schwer zugängliches Beratungsverfahren auferlegen will, liegt aber ein großes Risiko: Es ist durchaus wahrscheinlich, dass es hierdurch zu einer Normalisierung durch Bürokratisierung kommt. Die Fixierung auf gesetzlich festgeschriebene prozedurale Vorgaben dürfte eine Eigenlogik entwickeln, die in den Wunsch nach professioneller Unterstützung münden könnte. Das wäre – wie in drei Schritten zu zeigen ist – das Gegenteil dessen, was eigentlich bezweckt werden soll.

Erstens: Die Abgeordneten, die die jeweiligen Regelungskonzepte unterstützen, deuten die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts offenkundig als verpflichtenden Handlungsauftrag an den Gesetzgeber. Dieses Verständnis des Urteils ist indes nicht zwingend. Die rechtliche Bindungswirkung der Entscheidung ist begrenzt. Diese verwirft zunächst nur mit Gesetzeskraft die Strafvorschrift des § 217 StGB. Sodann wird man davon ausgehen können, dass die staatlichen Organe in ihren jeweiligen Kompetenzbereichen folgende Vorgaben zu beachten haben: Das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, ein-

schließlich des Rechts, dabei auf die Hilfe Dritter zurückzugreifen, ist unabhängig von materiellen Kriterien als unkontrolliertes gewährleistet. Im Blick auf die Gesamtrechtsordnung muss sichergestellt sein, dass dieses Grundrecht nicht leerläuft, mehr nicht. Dieser Zustand ist schon jetzt erreicht, also auch ohne die Verabschiedung eines der Gesetzentwürfe.

Denn schon früh hätte man in einer Kammerentscheidung des Bundesverfassungsgerichts nachlesen können, dass mit der Nichtigerklärung des Paragraphen 217 StGB eine „grundlegend modifizierte(n) tatsächliche(n) und rechtliche(n) Situation“ entstanden sei. Dadurch habe sich die Möglichkeit „wesentlich verbessert“, den Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende zu verwirklichen. Man könne nun nicht mehr davon ausgehen, dass die Suche von Suizidwilligen nach medizinisch kundigen Sterbehelfern beziehungsweise nach Personen, die tödlich wirkende Medikamente verschreiben wollen und dürfen, aussichtslos wäre.

Diese Feststellung gilt heute umso mehr, als auch das ärztliche Standesrecht mit der nach dem Verfassungsgerichtsurteil erfolgten Aufhebung des kategorischen Mitwirkungsverbots von Ärztinnen und Ärzten in Paragraph 16 der Musterberufungsordnung den Möglichkeitsraum für suizidwillige Personen noch einmal erweitert hat. Mit anderen Worten: Unter der nunmehr geltenden Rechtslage läuft das Grundrecht auf ein selbstbestimmtes Sterben nicht leer. Folglich bedarf es zu seiner Effektuierung im Sinne der vom Bundesverfassungsgericht geforderten Gewährleistung keiner weiteren gesetzlichen Interventionen.

Zweitens: Die Gesetzentwürfe strukturieren den Raum, den die heute durchaus liberale Rechtslage eröffnet, in einer Weise, die eine Dynamik der „Normierungs-Normalisierung“ auslösen kann. Dies gilt vor allem für den Gesetzentwurf, der mit dem Namen der Grünenpolitikerin Renate Künast verbunden ist. Er will nach klassisch gewerberechtlichem Vorbild die Tätigkeit von geschäftsmäßigen Sterbehelfern von einer behördlichen Zulassung abhängig machen, die unter anderem Zuverlässigkeit voraussetzt. Ferner wird der Zugang zu letalen Betäubungsmitteln einem bürokratischen Verfahren überantwortet. Ähnliche Tendenzen zur Implementierung einer Gewährleistungsverantwortung des Staates für die Gewährleistung des Suizids kennzeichnen auch den Entwurf, der unter anderem von Katrin Helling-Plahr (FDP) verantwortet wird. Selbst der restriktive Entwurf des SPD-Politikers Lars Castellucci, der von Politikern aller Parteien im Bundestag vertretenen Parteien mit Ausnahme der AfD unterstützt wird, setzt mit seinen Untersuchungs- und Beratungspflichten eine entsprechende Infrastruktur voraus.

Über diese problematischen Tendenzen hinaus bieten die beiden erstgenannten Gesetzentwürfe noch eine weitere, höchst bedrohliche „Normalisierungs“-Perspektive, indem sie unter bestimmten Voraussetzungen auch Personen unter 18 Jahren die Möglichkeit zur Suizidassistenten eröffnen.

Drittens: Indem sich alle drei Entwürfe an den medizin(traf)rechtlichen Begriffen von Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit orientieren, sind sie durch eine problematische Parallelisierung von Heilbehandlung und Selbsttötung(sassistenz) geprägt. Damit aber droht die tragische Ausnahme dieser Weise, aus dem Leben zu scheiden, verfehlt zu werden. Die kompliziert gestaltete verfahrensrechtliche Verengung auf die Binnenperspektive der suizidwilligen Person lässt die interpersonellen und psychosozialen Abhängigkeiten jeder menschlichen Existenz aus dem Blick geraten. Diesen Dynamiken sollte in einem Präventionsprogramm mit umfassenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten Rechnung getragen werden, nicht mit einer besonderen rechtlichen Regelung des Zugangs zur Suizidassistenten.

Unser Vorschlag, zum jetzigen Zeitpunkt auf eine bundesgesetzliche Regelung zu verzichten, sieht sich allerdings möglicherweise einem ernst zu nehmenden Einwand ausgesetzt: Blieben von kommerziellen Interessen beeinflusste Assistenzangebote von Sterbehilfeorganisationen unreguliert, könnte dies auf eine Schwächung des verfassungsrechtlich gebotenen Selbstbestimmungs- und Integritätsschutzes hinauslaufen. Auf diese Gefahr hat das Bundesverfassungsgericht selbst schon hingewiesen. Dennoch wiegt die Vorsorge gegenüber dieser zunächst abstrakten Gefahr keinesfalls die Nachteile der vorliegenden Gesetzentwürfe auf – und dies umso mehr, als Suizidhilfeorganisationen zu den größten Profitueuren einer gesetzlichen Regelung gehören könnten. Deren Handeln nämlich könnte dann als in besonderer Weise legitimiert und als „staatlich anerkannt und geprüft“ erscheinen – ein Werbeargument, das seine Wirkung kaum verfehlen dürfte.

Allerdings hat vor diesem Hintergrund der Gesetzgeber die Obliegenheit, die Entwicklungen sorgsam zu beobachten und zu evaluieren. Nur so kann er gegebenenfalls rechtzeitig auf selbstbestimm-

zung zwi- schen vielfach eigenständig Debatten über den rechtlich abgesicherten, professions- und organisationspezifisch verantwortlichen Umgang mit Suizidassistenten geführt werden. So ist beispielsweise in der Diakonie ein Weg beschritten worden, der von anfänglich polarisierten Positionen, die in der F.A.Z. sowie auf www.faz.net ausführlich dargelegt wurden, hin zur Konsolidierung eines breiten Korridors führte, der der eigenen Tradition ebenso Rechnung trägt wie den Vorgaben des Gerichtsurteils. Es handelt sich um die Überzeugung, dass das vom Bundesverfassungsgericht als vorrangig gegenüber Lebensschutz und Fürsorgebeziehungen eingestufte Konzept der Selbstbestimmung nicht autonomistisch, sondern lebensschutzzufreundlich sowie inklusions-, beziehungs- und vulnerabilitätssensibel ausgelegt werden kann und soll. Entsprechend gilt es – wie immer man auch aus ethisch-theologischen Gründen zur Suizidassistenten steht –, dafür intensiv Sorge zu tragen, dass dem sozialen Beziehungsgefüge, in dem solche Wünsche und Entscheidungen immer stehen, Rechnung getragen wird.

Die kommunikative Beziehung auch in einer so schwierigen Situation aufrecht zu erhalten gebietet nicht nur die Nächstenliebe, sondern bildet auch einen wichtigen Baustein für die Suizidprävention. Daher gilt es, ein Klima zu schaffen, in dem der Wunsch nach Suizidbeihilfe aus der Tabuzone herausgeholt wird und offen artikuliert werden kann. Zu diesem kommunikativen Klima gehört, das Traumatisierende und Traurige von Suizidwünschen, Suizid und Suizidassistenten – gerade auch für Hinterbliebene, An- und Zugehörige, aber auch die Beteiligten in den Care- oder therapeutischen Teams – zu sehen und zu thematisieren. Insgesamt soll überall ein Geist prägend sein, der wachhält, dass Suizid keine Normaloption des Sterbens werden darf, der aber auch deutlich werden lässt, dass niemand – auch und gerade bei einem stabilen Suizidanliegen – allein gelassen wird. Jeder und jede muss seelsorgliche

In diesen Wohlfahrtsverbänden, aber auch in medizinischen Fachgesellschaften und Verbänden sowie Verbänden der Hospiz- und Palliativversorgung sind in

Recht auf Leben, Rechte im Sterben

Die Regelung der assistierten Selbsttötung bedarf keiner weiteren gesetzlichen Interventionen. Die Verbesserung der Suizidprävention sowie der Palliativ- und Hospizversorgung sehr wohl.

Von Reiner Anselm, Claudia Bausewein, Peter Dabrock und Wolfram Höfling

und fürsorgliche Begleitung bis zum Schluss erfahren.

Konkret bedeutet dies, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Diakonie in dieser Funktion nicht aktiv Suizidassistenten betreiben können und dass es dafür keine Werbung in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen geben soll. Wie sie sich in ihrer professionellen Funktion, als Ehrenamtliche oder privat zur Suizidassistenten verhalten, wirkt arbeits- und organisationsrechtliche Fragen auf, die organisationsintern geklärt werden können und müssen. Das Auftauchen solcher Problemlagen spricht nicht von vornherein gegen die Begleitung eines Suizids, sondern verlangt eine Organisationskultur, die mit diesen Fragestellungen umzugehen weiß. Sehr nachvollziehbar sind deshalb Diakonie und evangelische Kirche gegenwärtig durch eine Position geprägt, die innerhalb des wohlfahrtsstaatlichen Pluralismus nicht auf eine gesetzliche Festschreibung setzt, sondern auf eine aus sich selbst heraus überzeugende Lebens- und Sterbebegleitungskultur, die sich dem Thema Suizidassistenten nicht per se verweigert, aber auch weit darüber hinausreicht.

Vergleichbare Überlegungen, allerdings vielfach mit anderer Akzentuierung auf Lebens- und Integritätsschutz, werden seit geraumer Zeit auch im Bereich der katholischen Kirche angestellt. Katholische Träger von Einrichtungen, vor allem der stationären Pflege und hospizlichen Betreuung, möchten „Schutzräume für das Leben“ bieten, in denen die dort lebenden Menschen nicht mit Angeboten der Suizidhilfe konfrontiert werden. Dabei wird im kirchlichen Selbstbestimmungsrecht die Grundlage dafür gesehen, Zugangsbeschränkungen für Suizidhelfer zu erlassen und die einschlägigen (Heim-)Verträge entsprechend auszugestalten. Soweit die Rechtsordnung insgesamt sicherstellt, dass das Grundrecht auf ein selbstbestimmtes Sterben nicht leerläuft, kann auch eine solche restriktive Position einen Beitrag dazu leisten, wie der Gemeinwohlp pluralismus im Umgang mit den Vorgaben des Urteils für Suizidbeihilfe lebendig gestaltet werden kann. Auch hierin zeigt sich, dass Pluralität nicht bedeutet, nur den kleinsten gemeinsamen Nenner, rechtlich oder ethisch, zu etablieren.

Als unmittelbar betroffene Einrichtungen mussten sich auch Hospize und Palliativstationen genauso wie ambulante und stationäre Palliativteams, Hospizvereine und die dort arbeitenden Freiwilligen kurz nach dem Urteil aufgrund der damit eingetretenen sehr liberalen Rechtslage positionieren. Als diejenigen, die tagtäglich mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu tun haben, ist allen in diesem Bereich Tätigen deutlich: Sterbewünsche sind bei schwerkranken und sterbenden Menschen häufig. Sie reichen von dem Wunsch, sterben zu dürfen, bis zur Bitte um Unterstützung beim Sterben, sei es durch die Bereitstellung eines Suizidmittels oder auch durch aktive Tötung. Diese Wünsche sind zunächst als Ausdruck einer Not zu sehen, das Leben, so wie es sich für die Betroffenen darstellt, nicht mehr leben zu wollen. Diese Bitten verlangen, aktiv zuzuhören und in Beziehung zu treten, den Sterbewunsch ernst zu nehmen und die Belastungen und Beschwerden, die durch eine fortgeschrittene Erkrankung entstehen, zu lindern.

Dies vor Augen, wurden Konzepte und Empfehlungen zum Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach Suizidassistenten entwickelt. Dem besonderen Charakter dieser Akteursgruppe entsprechend liegt ein Schwerpunkt auf den Vorschlägen zur Weiterqualifizierung von medizinisch, pflegerisch und therapeutisch Tätigen und damit auch auf jenem ärztlichen und pflegerischen Ethos, dem für die konkreten Entscheidungen am Lebensende und einer Verbesserung der Situation Schwerst- und Sterbenskranker eine besondere Bedeutung zukommt. Hospiz- und Palliativversorgung bietet viele Optionen, Menschen am Lebensende und mit Sterbewünschen zu begleiten. Dabei gehört die Durchführung eines assistierten Suizids nicht zu den Aufgaben der Hospiz- und Palliativversorgung. Es können aber Situationen entstehen, in denen sich Einzelpersonen ihrem Gewissen folgend entscheiden, eine Person im Suizid zu begleiten und damit ihrer Fürsorge Ausdruck geben, dass sie sie auch in dieser Situation nicht allein lassen.

In schwierigen Situationen am Lebensende die Selbstbestimmung zu garantieren, die Verletzbarkeit der Betroffenen und deren Beziehungen zu berücksichtigen und, über diese am Einzelnen orientierte Perspektive hinaus, auch das gesellschaftliche Klima im Auge zu behalten stellt ein anspruchsvolles Unterfangen dar. Die Konzentration auf das Recht, besonders auf das Strafrecht, aber auch auf die Verfahren zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit, bilden demgegenüber eine unzulässige Verkürzung der Problemlage.

Jede gesetzgeberische Initiative muss daher die verengte Perspektive der Freiverantwortlichkeit überwinden. Zuge-

genblick keine neuen Verfahrensrichtlinien, wohl aber ausreichende Ressourcen für eine an den Bedürfnissen des Einzelfalls orientierte Zuwendung, über die sich zugleich wirksame Maßnahmen zur Suizidprävention etablieren lassen. Speziell am Ende des Lebens gilt es, über einen kontinuierlichen Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung hinaus weitere Aspekte im Blick zu behalten. Alternative Wohnkonzepte könnten etwa der Einsamkeit und dem Gefühl, auf andere angewiesen zu sein, entgegenwirken. Über gezielte Fortbildungsangebote können die Sensibilität für depressive Störungen im Alter und der Umgang mit Sterbewünschen gestärkt werden. Schließlich besteht auch bei der Unterstützung familiärer Netzwerke, die oftmals unter großem Einsatz Menschen am Ende des Lebens begleiten, Verbesserungsbedarf.

Vorbildlich ist die Republik Österreich, nachdem auch dort ein Urteil des Verfassungsgerichts ebenfalls 2020 eine liberalere Haltung zur Suizidassistenten nötig und möglich gemacht hatte. Im Jahr 2022 wurde hier ein Hospiz- und Palliativfonds eingeführt, dessen zum Teil zusätzliche Mittel jährlich steigend auf einen Betrag zulaufen, der auf Deutschland umgerechnet, circa 1,5 Milliarden Euro im Jahr entsprechen würde. Dies entspräche einer Steigerung um 40 Prozent, haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland doch im Jahr 2020 für Palliativversorgung und Hospizarbeit etwa 890 Millionen Euro aufgewendet, also 0,3 Prozent der Gesamtausgaben. Hier wäre auch für Deutschland eine deutlichere Positionierung der Politik wünschenswert.

Auch wenn uns bewusst ist, dass Suizidgefühle und -überlegungen aus einer Situation schwerer gesundheitlicher Probleme und aus Sinnverlust andere sind als die infolge psychischer Erkrankungen, sei doch daran erinnert, dass die Zahl der vollendeten Suizide hierzulande bei etwa 9000 im Jahr liegt. Die Zahl der Suizidversuche ist etwas zehnfach so groß. Entsprechend hoch ist die Zahl der traumatisiert zurückbleibenden An- und Zugehörigen. Hier gilt es zunächst anzusetzen.

Sodann gilt es in den Blick zu nehmen, dass Menschen, vor allem Männer, in der vierten Lebensphase (also nach der dritten Lebensphase des dynamischen Silver-Ager-Daseins), in der Gebrechen, Krankheit und Verlust von physischen, psychischen und kognitiven Kräften in den Vordergrund treten, in signifikant erhöhter Zahl Suizid begehen. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass es bisher nicht gelingt, dieser schwierigen Lebensphase Sinn abzugewinnen und der Vereinsamung entgegenzuwirken – beides dürfte einander bedingen. Angesichts dieser Herausforderung muss umfassend und partizipativ nach Möglichkeiten gesucht werden, um phantasiereich und kreativ neue Lebens-, Rollen- und Gemeinschaftsideen zu entwickeln – für die betroffenen Personen, aber auch im intergenerationellen Miteinander. Bei dieser Suche wird sich zeigen, dass sich die Menschlichkeit der Gesellschaft an ihrem Umgang mit den Schwächsten zeigt.

Dass die Förderung von Sinnangeboten und neuen sozialen Umfeldern personellen und – gerade auch angesichts des immensen Fachkräftemangels – finanziellen Einsatz erfordert, darf nicht verschwiegen werden. Über die dazu sicher notwendige Umverteilung, die angesichts des unbestreitbaren Reichtums (auch noch immer) in der deutschen Gesellschaft nicht widerversöhnlich erscheint, muss gestritten werden.

Menschen am Ende des Lebens brauchen Unterstützung – Unterstützung von Menschen, die nicht nur die Freiverantwortlichkeit prüfen, sondern die auch helfen, eine Kultur zu etablieren, die unterstützt, aber nicht bevormundet. Sie zu fördern sollte im Fokus aller gesetzgeberischen Aktivitäten stehen. Anders als die Sicherung von Prozeduren käme das hoffentlich den Menschen, deren vulnerable Selbstbestimmung im Leben und im Sterben oft überhört wird, zugute.

◆ ◆ ◆
Professor Dr. Reiner Anselm lehrt Systematische Theologie und Ethik an der LMU München. Er ist Mitglied im Bayerischen Ethikrat.

Professor Dr. Claudia Bausewein ist Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am LMU Klinikum München und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Professor Dr. Peter Dabrock lehrt Systematische Theologie (Ethik) an der Universität Erlangen-Nürnberg und war von 2012 bis 2020 Mitglied des Deutschen Ethikrates. Von 2016 bis 2020 war er dessen Vorsitzender.

Professor Dr. Wolfram Höfling lehrte Staatsrecht an der Universität zu Köln und war von 2012 bis 2020 Mitglied des Deutschen Ethikrates.

Gerd Winner, Stop – Look – Listen – Caution, 1992, Acryl auf Leinwand

„Facetten der Gegenwart“: 52 F.A.Z.-Essays aus dem Epochejahr 2022. Herausgegeben von Daniel Deckers, Brill / Schöningh Verlag, Paderborn 2023. 528 S., geb., 34,90 €.