

„... denn ich möchte lieber tot sein als leben“

Ein kritischer Beitrag zur gegenwärtigen Debatte über den assistierten Suizid¹

Michael Herbst

Es ist nichts Neues, dass Menschen des Lebens müde werden und das auch zum Ausdruck bringen, wie es Jona Gott gegenüber tut, verbunden mit der Bitte: „*So nimm nun, HERR, meine Seele von mir; denn ich möchte lieber tot sein als leben*“ (Jona 4,3).²

Wer Seelsorge übt, hat es schon einmal gehört, vielleicht zögerlich, unter Umständen etwas verschämt (ob man denn so reden darf), unter Umständen aber auch mit Nachdruck, deutlich und fordernd.

Seit etwa 20 Jahren gibt es eine gesellschaftliche Debatte über die Frage, ob Menschen diesen Wunsch nicht nur selbst umsetzen und sich das Leben nehmen dürfen, sondern auch zu diesem Zweck die Hilfe Dritter, also z. B. von Ärztinnen und Ärzten, von Pflegenden, Angehörigen oder auch von Sterbehilfe-Organisationen wie „Exit“, „Dignitas“ oder „Sterbehilfe Deutschland“³ in Anspruch nehmen dürfen. Diese Debatte hat nun eine neue Wendung genommen, weil im Januar 2021 prominente Vertreter von (evangelischer) Theologie und Kirche diese Frage nicht nur an publizistisch prominenter Stelle bejaht haben, sondern auch forderten, in evangelischen Einrichtungen solle – unter gewissen Bedingungen – auch die Beihilfe zum Suizid ermöglicht werden.⁴ Das hat eine sehr kontroverse Diskussion ausgelöst, zu der hier ein Beitrag geliefert werden soll.

Dabei wird im ersten Teil zunächst der Hintergrund dieser Debatte beleuchtet, sodann deren aktuelle Zuspitzung in Erinnerung gerufen und die zur Debatte stehende Streitfrage präzise benannt. Im zweiten Teil wird es darum gehen, dem Plädoyer für eine Zulassung des assistierten Suizids zu widersprechen, wobei vor allem der Begriff der Selbstbestimmung im Zentrum der Betrachtung stehen wird und besonders die (manchmal vernachlässigte) Perspektive von Psychiatrie und Seelsorge in Anschlag gebracht werden soll.

1 Für diesen Beitrag haben die studentischen Mitarbeiterinnen Miriam Wolf und Tabea Jahreis substantielle und hervorragende Vorarbeiten geleistet und besonders die umfangreiche Literatur aus verschiedenen Wissensgebieten recherchiert und gesichtet. Dafür gilt ihnen mein Dank.

2 Vgl. Michael Herbst (2013), 447–468.

3 Vgl. zu diesen Organisationen: Alfred Simon (2020), 475–479.

4 Vgl. Rainer Anselm, Isolde Karle und Ulrich Lilie (2021), 6.

I. Hintergrund und Anlass der gegenwärtigen Debatte

1. *Der (gescheiterte) Versuch, gewerbsmäßige Suizid-Beihilfe zu unterbinden: Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. 2. 2020*

In mehreren „Wellen“ hat der Bundestag über Fragen der Sterbehilfe, insbesondere des (assistierten) Suizids debattiert.⁵

Ausgangslage ist die juristisch unstrittige Tatsache, dass der Suizid selbst keine Straftat darstellt und in der Konsequenz auch die Beihilfe zum Suizid strafrechtlich gesehen ebenfalls keine Straftat ist. Allerdings hat die Bundesärztekammer 2011 erneut festgestellt, dass Suizidbeihilfe keine ärztliche Leistung ist, somit auch vom Arzt nicht verlangt werden könne, ja sogar dem Arzt standesrechtlich nicht gestattet sei.⁶

Ab 2014 debattierte der Bundestag über ein Verbot der geschäftsmäßigen, also auf Wiederholung angelegten Suizidbeihilfe als regelmäßige „Dienstleistung“ durch die Sterbehilfe-Organisationen. Am Ende einer kontroversen Debatte mit mehreren Gesetzesentwürfen setzte sich Ende 2015 der Vorschlag durch, geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen, wofür ein neuer Paragraph, § 217 StGB, geschaffen wurde.⁷

Dass damit das Thema nicht vom Tisch war, konnte man sich denken: Wenn Suizid straffrei ist, dann kann – so wurde immer wieder argumentiert – dem Einzelnen nicht die Möglichkeit verwehrt werden, sein Leben freiverantwortlich zu beenden, und sei es mit Hilfe Dritter. Ab 2017 wurde diese Frage Gegenstand mehrerer Gerichtsverfahren, bei denen es zumeist um die Frage ging, ob Suizidwillige vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Herausgabe der zum Suizid erforderlichen Medikamente einfordern können oder nicht.⁸

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht nach mehreren Verfassungsbeschwerden den § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt und damit das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe durch Sterbehilfe-Organisationen aufgehoben. Begründet wird dies mit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, das auch Selbstbestimmung im Sterben einschließe, auf Grund der allgemeinen Persönlichkeitsrechte (Art. 2 [1] GG in Verbindung mit Art. 1 [1] GG). Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben „schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese – soweit angeboten – auch in Anspruch zu nehmen.“⁹

Besonders gewichtig ist die Entgrenzung dieses Anspruchs: Die freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid als Akt der Selbstbestimmung könne auch nicht auf bestimmte Lebens- oder Krankheitssituationen begrenzt werden. Grundsätzlich stehe dieser Weg jedem und jeder zur Verfügung, unabhängig von den Gründen für den Sterbewunsch. Dieses Recht werde aber durch den § 217 faktisch außer Kraft gesetzt, da dieser den

5 Vgl. zu den politischen und juristischen Entwicklungen Dietrich Korsch (2020), 41–43.

6 Vgl. Alfred Simon (2020), 478.

7 Ibid., 478f.

8 Vgl. *ibid.*, 479f.

9 So referiert von *ibid.*, 481.

Zugang zur häufig notwendigen Assistenz versperre. Der § 217 sei darum ein unverhältnismäßiger Eingriff in Grundrechte.

Die Regelung der Suizidbeihilfe ist freilich nach höchstrichterlicher Auffassung durchaus Aufgabe des Gesetzgebers, der z. B. durch Beratungs- und Wartepflichten Sorge tragen könne, dass nicht schwerkranke Menschen unter Druck gesetzt werden oder übereilte Entscheidungen treffen. Nur dürfe die Wahrnehmung des Rechts auf Suizid nicht de facto unmöglich gemacht werden.¹⁰ Schließlich dürfe auch niemand verpflichtet werden, Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts steht am Anfang der jüngsten, deutlich verschärften Debatte zum Thema. Es war klar, dass das Urteil die Träger diakonischer Einrichtungen zu einer Reaktion zwingt. Soll man auch hier Beihilfe zum Suizid durch Sterbehilfe-Organisationen zulassen, dann auch seelsorglich, ärztlich und pflegerisch begleiten – oder gar selbst anbieten?¹¹ Oder sollen die Träger versuchen, in ihren Häusern grundsätzlich assistierten Suizid zu untersagen, sodass Menschen, die dennoch ihrem Leben (mit Hilfe Dritter) ein Ende setzen wollen, die diakonische Einrichtung verlassen müssen?

Einzelne Stimmen begrüßten das Urteil, wie etwa Isolde Karle und Jacob Joussen: Das Urteil „entkriminalisiert die ärztliche Suizidhilfe und reduziert zugleich die enorme psychische Belastung der Angehörigen, die bislang als einzige straffrei Suizidhilfe leisten durften.“¹²

Andere kritisierten den Karlsruher Entscheid scharf. Dabei hielt zunächst der ökumenische Konsens: Das Urteil aus Karlsruhe wurde von den Kirchen als Angriff auf den Schutz vulnerablen Lebens kritisiert. Es könne zu einer Normalisierung des Suizids kommen, sodass gerade schwerstkranke Menschen unter Druck geraten könnten, da doch „der Ausweg“ offen stehe.¹³ Es sei obendrein fatal, den Kreis derer komplett zu entschränken, die auf Suizidbeihilfe Anspruch hätten, und dabei nicht einmal eine Begründung einzufordern: Da herrsche „die freie Willkür eines Menschen, der sich der Kommunikation mit seinen Mitmenschen entzieht.“¹⁴ Ulrich Körtner sieht etwas auf uns zukommen: „Das Verfassungsgericht [...] hat die Tür zur Sterbehilfe weit geöffnet.“¹⁵

Andere hielten dagegen: Es gebe hier keinen Widerspruch zum Lebensschutz. Das Recht auf Leben sei ja unbestritten, es gebe aber keine Pflicht zum Leben und dürfe darum auch keinen Zwang zum Weiterleben geben.¹⁶ Der Mensch sei das zur Selbstbestimmung fähige Wesen und dürfe Respekt erwarten, wenn er sein Leben beenden

10 Vgl. *ibid.*

11 Vgl. Michael Coors (21.1.2021).

12 Jacob Joussen und Isolde Karle (2020), 41.

13 Vgl. Alfred Simon (2020), 482f.

14 Rolf Schieder (2020), 13.

15 Ulrich H. J. Körtner (2021).

16 Ganz ähnlich formuliert es Ulrich H. J. Körtner (2015), 93–95.

wolle, weil es den eigenen Vorstellungen von Lebensqualität, Würde usw. nicht länger entspreche.¹⁷

Kirchliche Stellungnahmen folgten dieser Argumentation nicht – bis zum 11. 1. 2021.

2. *Der Vorstoß von Anselm, Karle und Lilie*

Es sind nicht irgendwelche Autorinnen und Autoren, die sich am 11. Januar 2021 in der FAZ zu Wort melden. In einem ganzseitigen Artikel plädiert der Präsident der Diakonie Deutschland, Ulrich Lilie, gemeinsam mit dem Vorsitzenden der Kammer für öffentliche Verantwortung der EKD, Rainer Anselm, und der Bochumer Praktischen Theologin Isolde Karle, für eine Neubewertung des assistierten Suizids in der Evangelischen Kirche und ihrer Diakonie: „Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen“.¹⁸ Ausgangspunkt dieses Plädoyers ist die Selbstbestimmung des Menschen auch hinsichtlich seines Sterbens. Bei aller Kritik im Detail an einer „heroisch-existentialistischen Verklärung der Selbstbestimmung“ folgen die drei protestantischen Theologen doch der Einschätzung, „dass die Selbstbestimmung auch im Sterben gelten muss.“ Sie erkennen in der Hochschätzung der Würde des Einzelnen und seiner Selbstbestimmung ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts und evangelischer Ethik. Es gehe nicht darum, alles gutzuheißen, aber doch vor der Selbstbestimmung des Einzelnen Respekt zu zeigen, zumal diese die Bindung an Gott und den Nächsten nicht aus-, sondern einschließe. Für das, was sie fordern, soll zudem ein „Schutzkonzept“ erarbeitet werden, das die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung für den (assistierten) Suizid sichert – gegen jeden Druck von außen und gegen Suizidwünsche, die in einer behandelbaren psychischen Erkrankung wurzeln. Dann aber solle der assistierte Suizid nicht „als unvereinbar mit dem christlichen Glauben gebrandmarkt“ werden. Wer nach guter Beratung über Alternativen zum Suizid an seinem Wunsch festhält, dem soll „die Zugänglichkeit eines assistierten, professionellen – und das meint: auf sichere und nicht qualvolle Weise vollzogenen – Suizids“ ermöglicht werden. Das zu tun, könne dann aber auch „Aufgabe kirchlich-diakonischer Einrichtungen sein“. Will sagen: Neben Seelsorge, palliativer Medizin und Pflege, neben terminaler Sedierung und Begleitung bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) könne es auch abgesicherte „Möglichkeiten eines assistierten Suizids in den eigenen Häusern“ geben. Man könne so etwas entweder selbst anbieten oder aber zulassen und begleiten – in einem „aus dem christlichen Glauben entspringenden Respekt vor der Selbstbestimmung“. Das seelsorgliche Geleit von Ge-

17 Vgl. Alfred Simon (2020), 483f.

18 Vgl. Rainer Anselm, Isolde Karle und Ulrich Lilie (2021). Es sei angemerkt, dass die Formulierung seltsam ausgefallen ist; gemeint ist wohl der professionell assistierte Suizid. Alle Zitate in diesem Abschnitt stammen aus diesem FAZ-Artikel.

meindepfarrpersonen könne im Sinne einer „erweiterten Kasualpraxis“ hinzukommen. Keineswegs solle der assistierte Suizid zur gesellschaftlichen Normalität werden.¹⁹

3. *Reaktionen auf das Plädoyer für assistierten Suizid*

Die Antwort ließ nicht auf sich warten: Günter Thomas nannte das Vorgehen der drei FAZ-Autoren schlicht „friendly fire“²⁰. Mit einem anderen Bild: So lege man die Axt an die theologischen Grundlagen der Diakonie! Michael Coors nennt den Artikel im Blick auf Folgerungen für Einrichtungen der Diakonie ein „kommunikatives Desaster“.²¹ Peter Dabrock spricht von einem Bruch mit der in Deutschland „rechtskulturell verankerten Lebensschutzfreundlichkeit“.²²

II. Ein Plädoyer für den Schutz des Lebens

1. *Ethische Aspekte der Debatte: Die Selbstbestimmung*

1.1. Was halten wir von der Selbstbestimmung?

Für manchen mag der Begriff der Selbstbestimmung in einem christlichen Kontext befremdlich sein. Das aber müsste sich bei näherem Nachdenken ändern. Der Mensch ist ja tatsächlich von Gott dazu bestimmt, sich selbst zu bestimmen²³, will sagen: sich zu unterscheiden von dem, was einfach ist, und wo man sich vorfindet.²⁴ Wir unterscheiden uns davon und können uns so wieder auf das Gegebene beziehen. „Selbstbestimmung bezieht sich auf den nächsten Schritt eines freien Handelns im Umfeld von Natur und Gesellschaft.“²⁵ Wer sich (mit Gründen) selbst bestimmt, wird nicht (völlig) bestimmt: von Trieb, Natur, Zwang, unreifen Wünschen usw.

Bei Immanuel Kant geht es an dieser Stelle um die Freiheit zu einer Lebensführung, bei der sich der Mensch selbst ein Gesetz gibt, aber nach Maßgabe der eigenen Einsicht in das Gesetz der Vernunft und im Einklang mit dem Sittengesetz – d. h.: gerade nicht solipsistisch!²⁶ So ist Freiheit auch keine „beziehungslose Willkür“²⁷. Aber andererseits betont, wer Kant folgt, dass der Mensch nur frei ist, wenn er sich selbst ein Gesetz gibt – das wiederum durch seine notwendige Allgemeinheit über partikuläre Interessen erhoben ist.²⁸

19 Vgl. dazu auch Johannes Fischer (2020), 289–295. Die Autoren beziehen sich ausdrücklich auf diesen Aufsatz.

20 Das ist der militärische Ausdruck für Beschuss durch die eigenen Truppen. Vgl. Günter Thomas (2021).

21 Michael Coors (21. 1. 2021).

22 Peter Dabrock (2020), 8.

23 Vgl. Bernd Schröder (2012), 222f.

24 Vgl. Dietrich Korsch (2020), 42.

25 Ibid.

26 Vgl. Elisabeth Gräß-Schmidt (2015), 133–137.

27 Rainer Anselm *ibid.*, 105.

28 Vgl. Roderich Barth (2021).

Ist Selbstbestimmung nicht das Gegenmodell zum Leben aus Glauben? Bedeutet Glauben denn nicht: von Gott bestimmt zu sein und seinen Geboten mindestens folgen zu wollen? Genau da aber kommt es auf eine genaue Bestimmung der Begriffe an: Sich von Gott bestimmen zu lassen und seinen Geboten zu folgen ist ja nicht Fremdbestimmung. Es ist ja, weil Gott den in seinem Willen gebundenen Menschen zu einem freien und frohen Ja befreit, nicht das „knechtische“ Bestimmtwerden durch Gott gemeint, wenn wir vom Leben im Glauben und Gehorsam reden. Es ist ja das freie, gerade so sich selbst findende Sich-Bestimmen-Lassen des Menschen. Es ist die Befreiung von allen möglichen Mächten, die auf uns Anspruch erheben, und das Leben in der Gotteskindschaft.

Der Mensch sei ein „Freiheitswesen“, stellt U. Körtner mit Bezug auf Gal 5,1 fest.²⁹ Lebendiges, mündiges Christsein ist dann auch nicht Fremdbestimmung und bis ins Kleinste reichende Außensteuerung des Daseins. Lebendiges, mündiges Christsein ist das wachsende Vertrauen zu Gott, das Verstand, Gewissen, Willen, Affekte durchdringt, so dass wir immer mehr wollen, was nach Gottes Willen gut ist. Wir bestimmen uns dann frei zu dem, was uns durch Gottes Geist so wichtig und wertvoll, so klar und richtig erscheint. Das Ziel christlicher Bildung, der Weg eines Jüngers und einer Jüngerin führt darum nicht weg von Selbstbestimmung, sondern hin zu einer eigenwilligen Selbstbestimmung, die nicht aus Zwang, sondern aus Dankbarkeit, Liebe, Einsicht und Zustimmung will, was Gott will und sich darum dazu auch selbst bestimmt. Das Leben eines Jüngers ist darum auch nicht der Versuch, für jeden Schritt im Leben eine eindeutige Weisung Gottes zu bekommen (wiewohl es solche eindeutigen Weisungen für manche Schritte geben wird!). Vielmehr geht es um eine Herzensbildung, die den Jünger so von Gottes Wort und Geist geprägt sein lässt, dass er zu guten, reifen Entscheidungen im Leben fähig wird und sich so immer wieder selbst zu dem bestimmt, was er vor Gott als gut und richtig erkannt hat.

Darauf Anspruch zu haben, war den Reformatoren entscheidend wichtig: Diese Selbstbestimmung setzt auch den Mächtigen und Obrigkeiten ihre Grenze, sobald das Gewissen des Menschen betroffen ist. In solcher Selbstbestimmung wird die Freiheit praktisch.³⁰

Was also halten wir von der Selbstbestimmung? Antwort: Erstaunlich viel. Allerdings: in einer eigenwilligen Variante der Selbstbestimmung.

1.2. Kennt Selbstbestimmung auch Pflichten?

Eines der zentralen theologischen Argumente (s. o.) für den assistierten Suizid ist der Verweis darauf, dass aus dem Recht auf Leben keine Pflicht zum Leben werden dürfe – da dies der Selbstbestimmung widerspreche. Das ist elegant formuliert und man möchte

29 Vgl. Ulrich H. J. Körtner (2015), 93.

30 Vgl. Peter Dabrock *ibid.*, 124.

zunächst sagen: Das leuchtet ein. Wirklich? Denn aus diesem Argument folgte, dass aus dem, was uns gewährt und gegeben ist, keine Pflichten erwachsen.

Das aber ist nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen. Warum sollte aus der Gabe keine Pflicht erwachsen? Warum sollte der erklärte Wille Gottes („Du sollst leben!“) nicht das Gebot nach sich ziehen, zu dem ich mich dankbar bestimme: „Du sollst leben wollen!“³¹

Es ist ja durchaus nicht ungewöhnlich, dass aus Gaben auch Aufgaben, Aufträge, wenn man so will: Pflichten erwachsen. Die Gabe des Paradiesgartens zieht die Aufgabe nach sich, ihn zu bebauen und zu bewahren (Gen 2,15). Die Gabe des menschlichen Leibes zieht die Aufgabe nach sich, diesen Tempel des Geistes achtsam zu behandeln (1 Kor 6,19). Das weist auch die Richtung, wenn U. Körtner fragt: „Im christlichen Kontext stellt sich die Frage, ob ich selbst der Herr über mein Leben und Sterben bin, oder ob das Leben und der Leib eine Leihgabe Gottes sind, der Rechenschaft von uns fordert, wie wir mit dieser Gabe umgehen.“³² Darum ist auch das, wozu ich mich als Christ bestimme, nicht losgelöst von den Pflichten, die mich mit den Gaben Gottes erreichen und die ich frei und dankbar zu meinen Überzeugungen mache (oder, um nüchtern zu bleiben: mindestens machen sollte und darum machen wollte).

1.3. Bedeutet Selbstbestimmung Beziehungslosigkeit?

In den Plädoyers für den assistierten Suizid erscheint der suizidale Mensch zuweilen nicht nur ethisch autark, sondern auch sozial losgelöst von allen anderen, ganz mit sich beschäftigt, auf sich angewiesen und für niemanden als sich selbst zuständig und verantwortlich, auch und gerade im Sterben.

In der Freiheitsschrift Luthers (1520) ist aber die Freiheit, zu der wir befreit sind, horizontal und vertikal verankert: im Glauben an Christus und in der Liebe zum Nächsten. Darum stellt U. Körtner zurecht fest: „Diese Freiheit ist [...] keine selbstbezügliche, sondern eine Freiheit, die uns an Gott bindet und an den Mitmenschen verweist.“³³ Es ist eine Freiheit, die Liebe einschließt und in Verantwortung vor Gott geschieht.³⁴

Das aber bedeutet, dass es auch gegenüber meinem Nächsten Verantwortung gibt: Was mein Entscheiden für ihn bedeutet und mit ihm „macht“, ist nicht bedeutungslos, auch im Sterben nicht.

Das bedeutet auch, dass ich nicht meine Würde verliere, wenn ich auf die Liebe und Zuwendung anderer angewiesen bin. Ich muss mich nicht schämen, wenn ich diese Liebe und Zuwendung in Anspruch nehme.

31 Gegen Rainer Anselm (2015), 106–108.

32 Ulrich H.J. Körtner (2021).

33 Ulrich H.J. Körtner (2015), 93.

34 Peter Dabrock (2015), 123, spricht in dieser Hinsicht von einem beziehungsorientierten und inklusiv-sensiblen Verständnis von Selbstbestimmung.

1.4. Ein Zwischenergebnis

Tatsächlich wäre es nach den bisherigen Überlegungen ein theologischer Kurzschluss, die Idee der Selbstbestimmung für christlich nicht anschlussfähig zu halten. Hier sollte gezeigt werden, dass mündiges, konsequentes Christsein auch mit der Idee der Selbstbestimmung in einem ganz bestimmten, hier beschriebenen Sinn einhergeht. Nun wird es darum gehen, nicht nur in der Möglichkeit des assistierten Suizids eine Chance auf menschliche Selbstbestimmung zu erkennen. Es geht um den „Ansatz einer lebensschutz- und beziehungssensiblen Selbstbestimmung“.³⁵

1.5. Was bedeutet Selbstbestimmung am Ende des Lebens?

Leben ist eine Gabe. Aus Gaben folgen auch Pflichten. Bedeutet das nun: Wir müssen jeden Wunsch zu sterben, jeden Verzicht auf Behandlung, jedes Nachgeben gegenüber dem nahenden Ende ablehnen? Was ist dann noch Selbstbestimmung?

Gewiss sollen wir alles tun, um den Lebenswillen uns anvertrauter Menschen zu stärken. Das Leben hat als Gabe Gottes einen hohen Rang. Aber das irdische, leibliche Leben ist auch nicht unsere „letzte Gelegenheit“³⁶, es ist nicht der ultimative Höchstwert. Ulrich Körtner weist darauf hin, dass die Hoffnung auf die Auferstehung das irdische Leben relativiert. Dieses Leben ist ein hohes, aber nicht das höchste Gut. Es wird überboten durch das Mit-Christus-Sein.³⁷ Paulus kann durchaus ernsthaft davon sprechen, dass er „Lust“ hat (!), „aus der Welt zu scheiden und bei Christus zu sein, was auch viel besser wäre“ (Phil 1,23).

Man kann jetzt das Nötige in nur zwei Sätzen sagen:

1. Irgendwann können Menschen an diesen Punkt kommen und „lebensatt“ feststellen: Es reicht! Oder sie kommen zu der Einsicht: Es war genug, auch genug an Leid und Schmerz. Ich möchte lieber „aus der Welt scheiden“. Wann ein Mensch an diesen Punkt kommt, sein Leben loslassen zu wollen, kann nicht von außen bestimmt, sondern nur selbst bestimmt werden.
2. In der Linie unserer bisherigen Argumentation bedeutet das nicht, dass der, der so empfindet, sich nun auch selbst das Leben nimmt. Vielmehr weiß, wer vor Gott auf sein Leben schaut: Es ist Gabe, für die ich verantwortlich bin. Meine Selbstbestimmung ist auch die Zustimmung dazu, dass ich das mir Gegebene nicht eigenmächtig aus der Hand lege, sondern warte, bis der, der es gab, es (besser noch: mich) zu sich zurücknimmt.

35 Peter Dabrock (2020), 10.

36 Vgl. Marianne Gronemeyer (1996).

37 Vgl. Ulrich H.J. Körtner (2015), 94.

Zwischen diesen beiden Aussagen bewegen wir uns. Hier, in diesem Zwischenraum, folgt daraus: So lange es geht, sollte jedem soviel „Selbstgestaltungskompetenz“³⁸ wie möglich erhalten bleiben. Wer würde sich das nicht auch für sich selbst wünschen!

Im Unterschied zu dem Plädoyer aus der FAZ sei deutlich gesagt: Das Recht auf selbstbestimmtes Leben auch im Sterben ist nicht das Recht bzw. der Anspruch auf ein bestimmtes Sterben.³⁹ „Mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird festgelegt, dass der Arzt nichts tun darf, wozu der Patient nicht sein Einverständnis gegeben hat. Aber aus ihm folgt nicht, dass der Arzt alles tun muss, was der Patient wünscht.“⁴⁰ Will sagen: Ich darf dem Sterben nachgeben und den Kampf um das Gesunde und Weiterleben aufgeben, darf verzichten auf das, was nicht mehr heilen wird, darf in Kauf nehmen, dass mein Leben eher zu Ende geht, als es unter maximalem medizinischen Einsatz sein müsste. Aber es bleibt ein Lassen und nicht ein Tun.

Ebenso gilt, dass Selbstbestimmung zwar zur Würde des Menschen gehört, unsere Würde aber nicht in ihr aufgeht. Hier wird an die soziale Dimension des selbstbestimmten Menschseins erinnert: Sich fallen zu lassen und Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist jedenfalls keineswegs „des Menschen unwürdig“. Auf andere angewiesen zu sein, gehört vom Anfang bis zum Ende zu den Signaturen unseres Menschseins, während die Idee einer vollständigen Autarkie gerade unmenschlich erschiene. „Leben gründet in der aller selbsttätigen Lebensgestaltung als Bedingung der Möglichkeit vorausgehenden liebenden und Leben und Würde schenkenden Fürsorge Gottes und anderer Menschen. Erst von der Liebe bestimmte Beziehungen ermöglichen, schenken Leben. Sie haben mithin seinsmäßigen Vorrang vor der autonomen Lebensgestaltung.“⁴¹

2. *Ethische Aspekte: Beziehungsweise leben*⁴²

2.1. Was zum Suizid treibt: Nicht mehr dazugehören

Thomas Mäule hat jüngst erst darauf verwiesen, dass oftmals in der Debatte das persönliche Umfeld der Menschen außer Acht bleibt.⁴³

Mehrere Aspekte werden dabei zu beachten sein: Auf dem Weg zu einer Entscheidung für den Suizid spielen neben intrapersonellen auch interpersonelle Faktoren eine gewichtige Rolle, nicht zuletzt das Gefühl, nicht mehr Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein und für andere nur eine Last zu sein.⁴⁴ Zum Ausdruck kommt dabei auch ein Gefühl des Ausgeschlossenseins. Einsamkeit und Isolierung lassen das Leben nicht

38 Thomas Mäule (2020), 17.

39 So auch Johannes Fischer (2020), 289f.

40 Ibid., 290.

41 Ulrich Eibach (2016), 383.

42 Vgl. Michael Herbst (2013).

43 Vgl. Thomas Mäule (2020), 16.

44 Vgl. Heide Glaesmer, Lena Spangenberg, Thomas Forkmann und Tobias Teismann (2020), 253.

mehr lebenswert erscheinen.⁴⁵ Die Sorge, niemanden Vertrautes mehr an der Seite zu haben, verdunkelt die Aussicht auf die verbleibende Lebenszeit. Das sagt auch etwas über die Veränderungen im sozialen Gefüge unserer Gesellschaft aus.

Etwas anders gelagert ist die Begründung für den Suizid, die öfter zu hören ist:

- Jemand möchte anderen nicht zur Last fallen.
- Jemand quält sich mit dem Gedanken, hilfsbedürftig und von anderen abhängig zu sein.
- Jemand hat Sorge, die Kontrolle über sein Leben anderen übergeben zu müssen.
- Jemand will seine Kinder nicht diese schwere Bürde aufladen.

Diese Empfindungen sind irgendwo zwischen der Sorge um Selbstachtung und der ehrenwerten Fürsorge für geliebte Mitmenschen angesiedelt. Ohne die Mühen der Angehörigen und nächsten Mitmenschen bei einer längeren Pflege zu verharmlosen, ist doch mancher Pseudoaltruismus zu entmythologisieren: auch als falscher Stolz, als Unterschätzung der Tragfähigkeit von Beziehungen, als unnötiger Ausschluss derer, die gerne helfen würden, abgesehen davon, dass kaum jemand in unserem Land nicht auch auf Hilfesysteme zurückgreifen kann, die die Last erleichtern (häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege in Altenheimen usw.).

2.2. Risiken und Nebenwirkungen für die Menschen im Umfeld

Wendet man den Blick nun von suizidalen Personen weg und hin zu den Angehörigen und Freunden, so fallen noch andere Aspekte ins Auge, die angesichts der relationalen Verfasstheit von Selbstbestimmung nicht unbeachtet bleiben können. Peter Dabrock z. B. beklagt, „wie wenig die Traumata für Angehörige und der Druck auf Pflegebedürftige oder Menschen in prekären Situationen in dieser Argumentation mitthematisiert werden.“⁴⁶ Beides soll nun in Augenschein genommen werden:

- Die Wirkungen auf das nahe Umfeld: Assistierte Suizide im familiären Umfeld können bei Angehörigen und Mitbetroffenen zu problematischen Komplikationen des Trauererlebens („complicated grief“) bis hin zu Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen führen.⁴⁷ Selbst wenn es nicht zu solchen dramatischen Folgen kommt, ruft der assistierte Suizid eines nahen Menschen dieselben Empfindungen hervor, die fast jeder Suizid provoziert, und die die Angehörigen durchstehen müssen: Schuldgefühle („Hätten wir es verhindern können?“), Trauer („Da ist so ein Loch im Leben ohne ihn/sie“), aber auch Ärger und Wut auf den

45 Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller, Barbara Schneider und Uwe Sperling (2014), 32: „Studien zeigen, dass gestörte Sozialbeziehungen, die sich bereits früher im Leben angebahnt haben, im Alter zur Verursachung von Lebensüberdruß, suizidaler Gefährdung und von Suizidhandlungen führen.“

46 Peter Dabrock (2020), 9.

47 Vgl. die Hinweise auf diverse Studien bei Caroline Gärtner und H. Christof Müller-Busch (2015), 482–486. Etwas zurückhaltender bewertet dies Christoph Morgenthaler (2019), 71.

gewaltsamen Akt („Was tut er/sie uns da an!!!“), das Gefühl, im Stich gelassen zu werden, vielleicht auch Scham gegenüber der Umwelt (weil „so etwas in unserer Familie“ geschah).⁴⁸⁺⁴⁹

- Die Wirkungen auf das „ferne“ Umfeld, also das gesellschaftliche Klima: Die Kritik an liberaleren Regelungen der Sterbehilfe verbindet sich häufig mit der Sorge, dass sich das gesellschaftliche Klima ändern werde, wenn der assistierte Suizid für jeden und jede verfügbar wäre. Es könnte eine Stimmung in der Gesellschaft entstehen, die das Leben mit schweren Krankheiten, mit Behinderungen oder mit Demenz für unnötig und wertlos erachtet. „Das muss doch nicht sein!“ Obendrein kann es in Zeiten wirtschaftlicher Engpässe zu Verteilungsdebatten kommen: Warum geben wir noch so viel Geld für so wenig erfüllte und so aussichtslose Lebensphasen aus? Lebensschutz könnte zum Luxusgut werden, das man opfern kann. Umgekehrt stellt sich eine Normalisierung ein: Was einmal für seltene Ausnahmen gedacht war, wird allmählich zu einer ganz normalen Option. Das beeinflusst das Klima gegenüber Alten, Schwachen und Kranken.⁵⁰
- Diese Stimmung kann dann auch die einzelne betroffene Person unter Druck setzen: „Was mutest Du Dir da zu?“ Oder auch: „Was mutest Du uns da zu?“ Es gibt doch gesellschaftlich legitimierte Auswege! Die einzelne Person müsste begründen, ja rechtfertigen, warum sie noch da ist.

Solche Argumente haben es freilich in ethischen Debatten schwer, weil sie als Schiefebenen-Argumente kritisiert werden, die überzogene Konsequenzen in Aussicht stellen, also so etwas wie ein „worst-case-scenario“. Man muss schon Anhaltspunkte benennen können, die das Argument stützen. Die aber gibt es. Die Entwicklungen in den Benelux-Staaten mit ihrer liberalen Sterbehilfe-Rechtsprechung zeigen: Wo Sterbehilfe möglich wird, findet sie statt und die Lebenslagen, für die sie in Anspruch genommen werden, weiten sich aus.⁵¹ Aus der Schweiz mahnt M. Zeindler jüngst: „Zur Dynamik der Diskussion um den assistierten Suizid gehört dessen Normalisierung. Es weist alles darauf hin, dass diese Normalisierung nicht aufzuhalten ist.“⁵² Die Kirche, die sich hier nicht distanziert, könne darum selbst zur Akteurin der Normalisierung werden. Darum geht es hier um eine politische Abwägung, ob der Schutz vulnerabler

48 Die Vermutung von Joussem und Karle, die Zulassung von Ärzten und Sterbehilfe-Organisationen entlaste die Angehörigen, muss in dieser Hinsicht jedenfalls in Frage gestellt werden. Vgl. Jacob Joussem und Isolde Karle (2020), 41–43.

49 Hans Wedler, Martin Teising und Daniela Hery (2014), 139: „Jede Suizidhandlung lässt Menschen des sozialen Umfelds, insbesondere die nächsten Angehörigen, nicht unberührt. Sie sind mittelbar oder unmittelbar Betroffene, in denen die Suizidhandlung Gefühle von Schuld und Versagen, aber auch aggressive Reaktionen auslöst.“

50 Vgl. Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann F. Spittler und Dietrich Wördehoff (2013), 363.

51 Vgl. Peter Dabrock (2015), 127f.

52 Matthias Zeindler (2021).

Gruppen so schwer wiegt, dass eine gewisse Behinderung suizidwilliger Menschen in Kauf genommen werden kann, um Normalisierung und Kommerzialisierung der Sterbehilfe zu verhindern.⁵³ Sonst aber verschiebt sich etwas im Seelenhaushalt der Gesellschaft, wenn der Suizid „eine normale Option des Sterbens“ wird.⁵⁴

3. *Weitere Aspekte*

3.1. Welches Urteil über das Leben wird hier gefällt?

Die Entscheidung für den Suizid ist nicht nur die Entscheidung für eine Tat, sondern „sie ist notwendig und immer ein Urteil. [...] Es ist ein Urteil über lebenswertes und nicht lebenswertes Leben. [...] Jede Entscheidung für den Suizid ist ein pointiert gnadenloses Urteil, dass im Vollzug zu einem vernichtenden Urteil über einen Menschen leben wird.“ Besonders: durch die Ermöglichung der Assistenz wird es ein sozial bestätigtes Urteil.⁵⁵

Dieser Einschätzung von Günter Thomas kann man kaum widersprechen. Gerade wenn es nicht nur um bedrängende Leidsituationen schwerstkranker Menschen mit geringer Lebenserwartung geht, wird deutlich, dass wir es mit Werturteilen zu tun haben: „Mein Leben ist es nicht wert.“ Damit wird der Lebenswert an bestimmte Parameter von Lebensqualität gebunden und nicht an den Zuspruch, ein von Gott und Menschen geliebter Mensch zu sein.⁵⁶ Der suizidale Mensch trifft ein solches Urteil und die menschliche Gemeinschaft affirmiert es. Es ist wohl richtig, dass es hier um das Zentrum des christlichen Glaubens geht. Wer an Gottes Barmherzigkeit glaubt, der kann kein Recht auf ein Urteil über nicht lebenswertes Leben beanspruchen.⁵⁷

3.2. Und Gott?

Nur am Rand der gegenwärtigen Debatte, die ja mindestens in Teilen eine innerkirchliche Auseinandersetzung ist, wird überhaupt nach Gott gefragt. Günter Thomas attestiert der Debatte eine „radikale Diesseitigkeit“, wo es keine „einbrechende oder widerstehende Transzendenz“ mehr gebe, anders gesagt: Gott spielt hier „keine auch nur imaginierte Rolle“. ⁵⁸ Auch argumentativ wird damit die hochgepreisene Selbstbestimmung nicht mit dem Glauben als existenzbestimmendem Vertrauen verklammert. Das entspricht der vollständig transzendenzbefreiten Perspektive im Urteil des Bundesverfassungsgerichts: Ungerührt, so Edo Reents, habe Karlsruhe „die letzten Reste eines metaphysischen Schleiers entfernt, den die Menschen noch um Fragen des Lebens und des Sterbens gehüllt haben mögen.“⁵⁹

53 Vgl. Johannes Fischer (2020), 292.

54 Peter Dabrock (2020), 10.

55 Vgl. Günter Thomas (2021).

56 Vgl. Ulrich H. J. Körtner (2015), 97.

57 Vgl. Günter Thomas (2021).

58 Ibid.

59 Edo Reents (2020), 14.

Ebenso „fröstelt“ es Ralf Frisch angesichts der Tatsache, dass von Gott im Plädoyer für den professionell assistierten Suizid kaum die Rede ist.⁶⁰ Es sei wohl so, dass der wesentliche, wenn nicht einzige Beitrag des christlichen Glaubens sei, die Menschen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken. Haben wir nichts anderes als einen religiös reformulierten Humanismus zu bieten? Dann wäre der Mensch das höchste Wesen und der Tod die letzte Wirklichkeit. Wo bleibt dann das Wissen, dass unser Leben in Gottes Hand ruht und Christus unser Heil ist – „und ich daher nicht das Heil im Suizid suchen muss?“

4. *Psychiatrische und seelsorgliche Aspekte der Debatte*

4.1. Die Illusion der Freiheit – Psychiatrische Aspekte

Geht es in der ethischen Abwägung um die Bedeutung und den Rang der Selbstbestimmung des einzelnen Menschen, so geht es in der psychiatrischen und seelsorglichen Betrachtungsweise um den Grad an tatsächlicher Selbstbestimmung des suizidalen Menschen. Folgen wir also für den Moment der Überzeugung, dass selbstbestimmtes Leben die Entscheidung zum Suizid einschließt, dann müssen wir fragen: Wie selbstbestimmt ist diese Entscheidung tatsächlich?

Diese Frage ist deshalb von Gewicht, weil das Bundesverfassungsgericht ohne Bezug auf bestimmte Lebens- oder Krankheitsabschnitte vom Recht auf assistierten Suizid ausgeht. Wir fragen hier allgemein und nicht nur im Blick auf schwerstkranke Menschen mit nicht mehr erträglichen Belastungen und überschaubarer Lebenserwartung. Diese weitreichende Entgrenzung taucht ja m. E. das Karlsruher Urteil in ein so kritisches Licht.

Dabei geht es hier nicht um die moralische oder religiöse Verurteilung von Menschen, die keinen anderen Ausweg fanden als den Suizid. Die Kirchen haben hier gewiss eine Unheilsgeschichte. Aber es geht um Nüchternheit. Der Verfasser hatte als Universitätsprediger und Behindertenbeauftragter auch seelsorgliche Begegnungen mit suizidalen Studierenden. Wie dem Psychiater Klaus Dörner blieb das angeblich Freie dabei „immer verdächtig“.⁶¹ Auch Dietrich Korsch fragt, wie von Selbstbestimmung durch Selbsttötung die Rede sein könne, wenn diese doch die Grundlage für jene aufhebe.⁶² Anders gesagt: Es gibt dann kein „selbst“ mehr, das etwas zu bestimmen habe. Thomas Mäule verweist darauf, dass Selbsttötung oftmals „Ausdruck großer Einsamkeit und tiefer Unfreiheit ist.“⁶³ Manfred Wolfersdorf spricht hinsichtlich der Suizidenten vom „Verlust der Freiheitsgrade in der Wahrnehmung ihrer eigenen Person.“⁶⁴ Rainer Tölle

60 Alle Hinweise in diesem Abschnitt folgen Ralf Frisch (2021).

61 Klaus Dörner (1991), 289.

62 Vgl. Dietrich Korsch (2020), 42. Ganz ähnlich argumentiert Rolf Schieder (2020), 13: „Der Widerspruch besteht darin, dass der Suizidwillige von seinem Recht auf freie Selbstentfaltung so Gebrauch macht, dass er diese damit sogleich vernichtet.“

63 Thomas Mäule (2020), 17.

64 Manfred Wolfersdorf (2012), 7.

und Klaus Windgassen sprechen von der „Hoffnungslosigkeit“ als dem gemeinsamen Nenner der Suizidsituationen.⁶⁵

Etwa 9 000 Menschen nehmen sich in Deutschland jährlich das Leben – das sind mehr Todesfälle als durch Drogen oder Verkehrsunfälle. Die Zahl der Suizidversuche dürfte 15 bis 20 mal so hoch sein. Gefährdet sind eher Ältere als Jüngere (im Schnitt sind die Suizidenten knapp 60 Jahre), eher Männer als Frauen (etwa im Verhältnis 3:1). Die Zahlen gehen seit einigen Jahren zurück, sind aber dennoch erschreckend hoch.⁶⁶

Ist ein Mensch auf dem Weg sich für einen Suizid zu entscheiden, sprechen wir von Suizidalität: „Suizidalität ist die Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln-lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“⁶⁷

Für unseren Zusammenhang ist es wichtig, den Konsens in der Forschung nüchtern zur Kenntnis zu nehmen: 90% derer, die sich das Leben nehmen, litten an einer psychischen Erkrankung, etwa 50% an einer Depression.⁶⁸ Diese Erkrankungen aber stellen „die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für den Tod infrage.“⁶⁹ Gerade im Blick auf alte Menschen, deren Anteil an den Suiziden sowieso sehr hoch ist, gilt: Depressive Erkrankungen stehen in den meisten Fällen im Hintergrund des Suizidwunsches.⁷⁰

Umgekehrt betrachtet ist das Suizidrisiko für Menschen mit einer Depression deutlich erhöht.⁷¹ Ein Suizid erscheint in dieser Perspektive gerade nicht als Ausdruck von Freiheit, sondern von extremer Einengung der eigenen Möglichkeiten, von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.⁷² Das von Erwin Ringel erforschte präsuizidale Syndrom⁷³ zeigt den zunehmenden Tunnelblick der Betroffenen: die Einengung der persönlichen Handlungsspielräume, die dunkle Färbung aller Affekte, die Reduzierung der sozialen Kontakte, die gegen sich selbst gekehrte Aggressivität, die Fantasien vom eigenen Ende, das endlich Ruhe und Frieden verspricht. Michael Klessmann zieht daraus

65 Vgl. Rainer Tölle und Klaus Windgassen (2014), 124.

66 Vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> – aufgesucht am 2. März 2021.

67 Manfred Wolfersdorf (2012), 3.

68 Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller, Barbara Schneider und Uwe Sperling (2014), 52: „Die Rate psychiatrischer, überwiegend dem affektiven Formenkreis zugehöriger Diagnosen bei alten Menschen mit suizidalem Verhalten lag bei 95%.“ Vgl. auch Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann F. Spittler und Dietrich Würdehoff (2013), 357f.

69 Florian Bruns und Gerrit Hohendorf (2015), 167.

70 Vgl. Norbert Erlemeier (2002), 68f.

71 Manfred Wolfersdorf (2012), 5: „Die Depression ist diejenige Erkrankung, der das höchste suizidale Risiko zugewiesen wird.“

72 Vgl. *ibid.*, 4. Vgl. auch nochmals <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> – aufgesucht am 3. März 2021.

73 Vgl. Erwin Ringel (2004).

den Schluss: „Die Suizidhandlung geschieht wie aus einem nicht mehr umkehrbaren inneren Zwang heraus.“⁷⁴

Ist beim Suizid meist eine psychische Erkrankung im Spiel, so ist doch die verschiedene Genese suizidaler Situationen zu beachten: Manfred Wolfersdorf unterscheidet ein Krisen- und ein Krankheitsmodell. „Erstes geht aus von einer bisher gesunden Persönlichkeit, die im Kontext von belastenden Lebensereignissen suizidal wird, letzteres geht aus vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die aufgrund ihrer Psychopathologie und insbesondere der Hoffnungslosigkeit näher an Suizidalität heranführt.“⁷⁵

Allerdings darf man diese Einschätzung nicht überdehnen (so als gäbe es nun überhaupt keine adäquate Selbsteinschätzung suizidaler Menschen): Nicht immer schließt eine psychische Erkrankung vollständig aus, dass ein Mensch seine Lage richtig einschätzt. „In anderen Fällen können Menschen mit einem Wunsch nach Suizidhilfe – beispielsweise angesichts einer die Lebenserwartung reduzierenden Grunderkrankung – durchaus sehr ernst und traurig gestimmt sein, aber eine erhaltene Modulation ihrer Gemüthsstimmung und eine lebendige affektive Schwingungsfähigkeit aufweisen, sodass nach den gängigen psychopathologischen Kriterien keine (krankheitswertige) depressive Störung festzustellen ist.“⁷⁶ Offenbar ist aber dies die Ausnahme, nicht die Regel.

Dass tatsächlich der Suizid ein Akt der Selbstbestimmung ist, muss jedoch meistens in Frage gestellt werden.⁷⁷ Daraus ist aber zu folgern, dass in der Regel alles andere als ein Nachgeben gegenüber dem Suizidwunsch angesagt ist.⁷⁸ „Jeder suizidale Mensch hat Anspruch darauf, dass ihm in seinem Selbsttötungsvorhaben widersprochen wird.“⁷⁹

4.2. Luthers Sicht auf die dunkle Nacht der Seele

Neben die psychiatrische tritt nun eine seelsorgliche Einschätzung. Eine eindeutige moralische Bewertung des Suizids fehlt in der Bibel.⁸⁰ Es werden mehrere Suizide eher berichtet als bewertet (Saul [1 Sam 31,1–6], Ahitophel [2 Sa 17,23], Simson

74 Michael Klessmann (2009), 396.

75 Manfred Wolfersdorf (2012), 6.

76 Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann F. Spittler und Dietrich Wördehoff (2013), 357.

77 Vgl. auch die Diskussion folgender These bei Hans Wedler, Martin Teising und Daniela Hery (2014), 138: „Von einem wohl erwogenen Entschluss könne man deshalb so gut wie niemals ausgehen.“

78 Alfred Simon (2020), 485: „Die Erkenntnis aus der Suizidforschung, wonach der überlebenden Mehrzahl der Suizide bzw. Suizidversuche keine freiverantwortliche Entscheidung zu Grunde liegt, verpflichtet zu einer besonders sorgfältigen Prüfung von Suizidwünschen.“

79 Florian Bruns und Gerrit Hohendorf (2015), 169. Wolfgang Huber (2015), 85f: „Auch bei der Diskussion über den Sterbewunsch eines unheilbar Erkrankten darf darüber hinaus nicht in Vergessenheit geraten, dass die überwältigende Mehrzahl der Suizidwünsche mit lebensgeschichtlichen Situationen und psychischen Erkrankungen zusammenhängt, die eine andere Antwort verlangen | als die Erfüllung des Sterbewunschs. Auch bei Patienten, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden, kann nicht als Regelfall angenommen werden, dass ein eventuell geäußelter Suizidwunsch ‚freiwillig und nach reiflicher Überlegung‘ erfolgt.“

80 Vgl. Ulrich Eibach (2016), 373.

[Ri 16,21–31 und Hebr 11,32], Judas [Mt 27,1–10]).⁸¹ Man kann auch in den biblischen Erzählungen – besonders am Beispiel Sauls – nur die Verengung des Lebens und die Hoffnungslosigkeit der Betroffenen entdecken. Die kirchliche Bewertung des Suizids hingegen ließ es nicht an Urteilen fehlen. Der Suizid ist für Augustin und Thomas von Aquin (und die vielen, die ihnen folgen) Frevel, weil es uns nicht gestattet ist, die Gabe des Lebens zu verwerfen und das Leben eigenmächtig zu beenden, bevor Gott es beendet. In jüngerer Vergangenheit hat auch Karl Barth dem Menschen das Recht bestritten, sich das Leben selbst zu nehmen, bevor Gott es tut.⁸² Damit unterscheidet sich die christliche Auffassung deutlich von der (heute wieder hervortretenden) antiphilosophischen Hochschätzung des tapferen Schrittes am Ende des Lebens.⁸³

In diesem Umfeld von philosophischer Wertschätzung und kirchlicher Verurteilung fällt Martin Luther auf. Luther hat den suizidalen Menschen vor allem als einen Gefangenen (will sagen: gerade nicht selbstbestimmten Menschen) gesehen. Luther sieht den Menschen unter der Sünde als eine Macht, die ihn versklavt. Diese Macht bringt dem Menschen auch Schwermut und verbirgt ihm das helle Angesicht Gottes. Das ist eine satanische Anfechtung, das ist die dunkle Nacht der Seele. Ulrich Eibach deutet Luthers Sicht der Selbsttötung so: „Deshalb ist der Suizid auch nicht so sehr eine willentliche Auflehnung gegen Gott, sondern vielmehr die Folge des Ausgeliefertseins an eine fremde Macht, die den Willen zur Ohnmacht verurteilt.“⁸⁴ Darum war Luther auch dafür, den Menschen, der sich das Leben nahm, als Person nicht der Todsünde zu bezichtigen oder zu verurteilen (wohl aber die Tat zu verwerfen) und ihn darum auch christlich auf dem Friedhof zu bestatten.⁸⁵

Auch in dieser geistlich-theologischen Perspektive wird es schwerer, von einem selbstbestimmten Akt zu sprechen, „weil jedes Sterbenwollen letztlich heftigster Getriebenheit und Hilflosigkeit, also ohnmächtigster und verzweifeltster Fremdbestimmung entspringt.“⁸⁶ Die Vermutung, hier wären Menschen endlich befreit, „die Gabe des Lebens zurück in Gottes Hände zu legen“⁸⁷, verharmlost die innere Bedrängnis und reformuliert sie als geistliche Übung. Denn: „Die meisten Suizidversuche müssen als Zeichen einer Hilf- und/oder Perspektivlosigkeit des Suizidenten verstanden werden.“⁸⁸

81 Vgl. Mirjam Zimmermann und Ruben Zimmermann (2020), 45–52.

82 Im Blick auf den Menschen schreibt Karl Barth (1951), 461f: „Sein Leben von ihm zu nehmen, ist Sache dessen, der es dem Menschen gegeben, nicht seine eigene Sache“ (461). Barth vertritt durchaus die Überzeugung, man müsse sonst von Mord sprechen, eben von Selbstmord. Gleichwohl sieht er im Suizid keine unvergebare Sünde. Vielmehr gilt: „Wenn es Vergebung der Sünden überhaupt gibt [...], dann auch für den Selbstmord“ (462).

83 Vgl. Hartmut Krefß (2015), 116f.

84 Ulrich Eibach (2016), 379.

85 Von dieser Sicht nahm die Kirche bald Abschied und bestattete für lange Zeit „Selbstmörder“ nur vor der Friedhofsmauer.

86 Ralf Frisch (2021).

87 Jacob Joussen und Isolde Karle (2020), 43.

88 Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann F. Spittler und Dietrich Wördehoff (2013), 352.

4.3. Sagen dürfen, dass es reicht: „Es ist genug, so nimm nun, Herr, meine Seele!“⁸⁹

Welche Schlussfolgerungen ziehen wir für die Seelsorge?

Hier kann nicht in der Breite die Gesprächsführung mit suizidalen Menschen erörtert werden. Fragen der akuten Suizidseelsorge würden den Anspruch an diesen Beitrag überdehnen: Da ginge es meist darum, alle Signale ernst zu nehmen (vor allem, wenn es eine konkret Suizid-Planung gibt), Kontakt herzustellen, Vertrauen zu gewinnen (indem z. B. der Suizidwunsch nicht frontal bestritten wird), schlicht und ergreifend Zeit zu gewinnen, u. a. Verträge mit der suizidalen Person abzuschließen, dass sie bis zum nächsten Treffen am Leben bleibt, Rituale zu verschreiben, einen Notfallplan aufstellen, den Zugang zu letalen Medikamenten zu verbauen, notfalls auch für eine Einweisung in die Psychiatrie zu sorgen und Ähnliches zur akuten Suizidprophylaxe zu leisten.⁹⁰ Das kann hier nur mit Verweis auf die Literatur⁹¹ angedeutet werden.

Im Zusammenhang des assistierten Suizids ist die Ausgangslage eine etwas andere. Hier haben wir es mit längeren Prozessen zu tun, die zu einer Entscheidung für den assistierten Suizid führen – oder eben nicht. Einiges dazu sei angedeutet:

4.3.1. Es aussprechen dürfen ohne verurteilt zu werden

In der Elia-Geschichte spricht der ermüdete und gefährdete Prophet aus, was er empfindet: „Es ist genug, so nimm nun, Herr, meine Seele!“ Aber er legt nicht Hand an sich. Er tritt an die Grenze, aber er überschreitet sie nicht selbstmächtig.⁹² Es bleibt bei der Äußerung und Bitte. In der Seelsorge kann man die Erfahrung machen, dass es Menschen schwer fällt, das „Unsagbare“ zu sagen, wohlmöglich: als Christ zu sagen. Es ist dann ein Aufatmen zu spüren, wenn es endlich „raus“ ist. Und es ist eine Wohltat, wenn da Menschen sind, die es ertragen, die ihre eigene Angst im Griff haben und dem anderem zugestehen, dass es für ihn genug ist, ja, die auf ein Urteil vollständig verzichten.⁹³

Darum geht es: Unser Widerspruch gegen eine positive Bewertung des assistierten Suizids ist ja kein Plädoyer dafür, Menschen in ihrer inneren Not allein zu lassen. Es darf in der Seelsorge alles laut werden. Die freimütige Selbstaussprache in den Psalmen gibt uns das Modell: Es darf geäußert werden, was im Inneren ist, auch der Wunsch, es möge vorbei sein, auch die Neigung, dem kommenden Ende selbst vorzugreifen.

89 1 Kön 19,4.

90 Das alles findet sich bei Wolfram Dorrman (1991), 48–131.

91 Vgl. Michael Herbst (2013), 456–460; Anna Christ-Friedrich (1998); Jürgen Ziemer (2000), 322–326.

92 Vgl. zu dieser Stelle auch Mirjam Zimmermann und Ruben Zimmermann (2020), 46.

93 Vgl. Ralf Frisch (2021).

4.3.2. *Auf dem schwierigen Weg nicht allein sein*

Dabei ist die nötige und mögliche Begleitung auch von den inneren Prozessen abhängig, die ein Mensch bei der Entscheidung zum Suizid durchläuft. Christoph Morgenthaler beleuchtet die inneren Prozesse, die beispielsweise einen alten und/oder schwerkranken Menschen zur Entscheidung für den Suizid führen, und die an anderer Stelle als „Ideation-to-Action“-Modell verhandelt werden.⁹⁴

- Er beschreibt eine Phase der Annäherung, in der sich Menschen mit dem Thema beschäftigen und erwägen, wie sie sich im Falle einer schweren Krankheit verhalten würden. Unter Umständen „melden“ sich schon Altersbeschwerden und Krankheiten. Angst vor dem Verlust der Kontrolle über Leib und Leben, Sorge vor zu großem Schmerz, Unbehagen bei der Vorstellung, anderen zur Last zu fallen, das Gefühl, das Leben gelebt zu haben – all das kann jetzt bei der Abwägung mitspielen. Als „Versicherung“ für das Schlimmste treten manche Sterbehilfe-Organisationen bei. Manchmal fragen sie ihren Pfarrer, was die Kirche dazu sagt. Hier geht es um Abwägung. Vielleicht kann im Gespräch auch manche Inkonsistenz in den Überlegungen des Gesprächspartners aufgezeigt werden und das Thema in ein anderes Licht rücken.
- Eine akute oder sich verschlimmernde Krankheit lässt die Option des Suizids ernster in Betracht ziehen. Dabei geht es oft innerlich und körperlich auf und ab. Diese Zeit ist auch stimmungsmäßig von Ambivalenzen durchzogen, uneindeutig und wechselhaft. Zugleich verstärkt sich in Etappen der Sterbewunsch. Die beschriebene Verengung der Optionen macht sich bemerkbar.
- Schließlich kommt es zur Entscheidung, in absehbarer Zeit das eigene Leben zu beenden. Das Datum wird festgelegt, der Abschied geplant. Morgenthaler konstatiert, dass jetzt von der Seelsorgerin keine Infragestellung mehr gewollt ist, wohl aber u. U. eine rituelle Begleitung (Abendmahl, Gebet, Segen) und die Zusage der Bestattung. Da stellen sich Fragen für die, die Seelsorge üben, die eigens (s. u.) zu bedenken sind.
- Bei der Selbsttötung selbst sind Seelsorger selten zugegen. „Die sterbewillige Person muss das Sterbemittel einnehmen oder selbst eine Infusion auslösen können. Meist kommt es zum Verlust des Bewusstseins in weniger als zehn Minuten, der Tod tritt in vier Fünfteln der Fälle nach ungefähr dreißig Minuten ein.“⁹⁵ Anschließend kommen Polizei und Behörden zur medizinischen und juristischen Klärung des Todesfalls, was für die Angehörigen sehr belastend sein kann.
- Schließlich ist der Todesfall bekannt zu geben; es ist zu klären, was als Todesursache zu nennen ist, und wie die Trauerfeier zu gestalten ist. Hier ist nun die Pfarrperson

94 Vgl. Heide Glaesmer, Lena Spangenberg, Thomas Forkmann und Tobias Teismann (2020), 253.

95 Christoph Morgenthaler (2019), 70.

als Seelsorgerin der Familie gefragt, aber auch vor eine große liturgische und homiletische Herausforderung gestellt.

Manfred Wolfersdorf sieht die Entstehung von Suizidalität ebenfalls als ein Kontinuum. Der Wunsch nach Ruhe angesichts realer oder möglicher Nöte führe zum Wunsch zu sterben und der wieder münde in den Suizidgedanken.⁹⁶

4.3.3. *Den glimmenden Docht am Brennen halten*⁹⁷

Dass Seelsorger mit suizidalen Menschen sprechen, gehört selbstverständlich zu ihren Aufgaben. Das gehört auf jeden Fall zu den härtesten Herausforderungen im Dienst, ist belastend und verstörend. Wer es erlebt hat, kennt die Gefühle großer Verantwortung, Sorge und Angst um das Leben des Gesprächspartners. Christliche Seelsorge hat dabei das Ziel, „zurück in lebendige Kommunikation zu helfen und Ja zum Leben mit seinen hellen und dunklen Seiten zu sagen.“⁹⁸ Es geht eben darum: den glimmenden Docht am Brennen zu halten.

Dabei ist es entscheidend, eine Beziehung zum anderen aufzubauen⁹⁹ und das setzt voraus, seine Einschätzung des eigenen Lebens (dass alles so/zu schwer ist) zunächst nicht in Frage zu stellen und auch die Freiheit des anderen, gegebenenfalls die Entscheidung zum Suizid zu treffen, zu akzeptieren, so sehr man sie auch ethisch ablehnen mag oder im konkreten Fall verhindern möchte. Christian Braune bringt die möglichen Interventionen so auf den Punkt: „Du darfst die Selbsttötung als Akt deiner Autonomie denken. Du darfst sie tun. Du musst sie aber nicht (noch einmal) tun.“¹⁰⁰ Das eröffnet in der Regel dem anderen die Chance, sich nicht fortwährend verteidigen zu müssen.

Indem das alles ausgesprochen werden darf ohne verurteilt zu werden, geschieht schon Entlastung. Jetzt kann den „schlimmen“ Gedanken und Gefühlen Ausdruck verliehen werden, man kann darüber sprechen, Gedanken erkunden – und auch wieder Alternativen in Augenschein nehmen, denn man muss sich ja nicht gegen den Seelsorger wehren, der „mir ja nur ausreden will, was ich vorhabe“.

Wesentlich ist die Wahrnehmung der Ambivalenzen, die uns der andere mehr oder weniger deutlich zeigt: sein Schwanken und inneres Abwägen, seine wechselnden Stimmungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung, aber auch die drohende zunehmende Verengung der Perspektive, die allmählich den Suizid alternativlos erscheinen lässt. Solange aber die Ambivalenzen spürbar sind, ist der andere auch noch ansprechbar für eine Verstärkung der Seite seiner schwankenden Gedanken und Gefühle, die ihn an sein Leben binden und auf eine gute Fortsetzung hoffen lassen. M. E. ist es eine wichtige „Leistung“ der Seelsorge, diese Ambivalenzen zu erspüren und anzusprechen, weil sich in ihnen auch der Wunsch zu leben meldet und gegen den Wunsch zu sterben

96 Vgl. Manfred Wolfersdorf (2012), 3.

97 In Anlehnung an Jes 42,3.

98 Christian Braune (2019), 231.

99 Vgl. Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller, Barbara Schneider und Uwe Sperling (2014), 81.

100 Christian Braune (2019), 237. So sieht es auch Wolfram Dorrman (1991), 24.

auftritt. So eindeutig ist der Sterbewunsch vielleicht nicht. Und es könnte gelingen, den Wunsch zu leben zu unterstützen.

Des weiteren ist es ja keineswegs so, dass das resignierte „Ich kann/will nicht mehr“ tatsächlich ein Ruf nach dem schnellen Ende ist. Oft ist es „Ausdruck großer Verzweiflung“ und hat „appellativen Charakter, ist Ruf nach Aufmerksamkeit und Verbesserung der Pflege und ärztlichen Versorgung.“ Häufig genug hat die Zusicherung besserer Versorgung (und deren Umsetzung z. B. in Hospizen und durch palliative Maßnahmen) den Wunsch nach einem schnellen Ende verstummen lassen, weil das Leben/die begrenzte Zukunft nicht mehr so unerträglich erscheint, sondern wieder als durchaus schwer, aber erträglich und sinnvoll geschätzt wird. Dann bedeutete „Ich kann/will nicht mehr!“ vor allem „Ich kann/will *so* nicht mehr!“¹⁰¹ Jedenfalls ist es wichtig, dem Gesprächspartner solche Optionen auf ein besseres Bewältigen der Lage aufzuzeigen.

Weiterhin haben wir ja erkannt, dass der suizidale Mensch seinem Leben wenig Wert beimisst. Es ist nicht mehr lebenswert; er ist nicht mehr wichtig.¹⁰² Eine Frage, die als Türöffner (wiederum hinsichtlich der beschriebenen Ambivalenzen) dienen kann, lautet: „Was hält Sie denn jetzt noch am Leben?“¹⁰³

Gegen die Deutung des suizidalen Menschen anzugehen, sein Leben sei sinn- und wertlos, bedarf der Vertrauensbeziehung, die schon beschrieben wurde. Und: der Bestätigung der Freiheit des anderen, seine Entscheidungen zu treffen. Das aber schließt ja keineswegs aus, mit dem anderen über mögliche konkrete Sinn-Optionen nachzudenken. Dazu fordert Viktor Frankl in seinen „Argumente[n] für einen tragischen Optimismus“ auf: dem „lebensmüden“ Menschen zu helfen, einen konkreten Sinn zu finden, der ja nicht nur in sinnvoller Arbeit bestünde, sondern ebenso in einer wichtigen, weiterhin bestehenden Liebesbeziehung oder im Annehmen des Leids als Aufgabe.¹⁰⁴ So könnte man nach Frankl dem Menschen helfen, sich selbst zu transzendieren und wieder Sinn im Leben zu entdecken.¹⁰⁵ Das aber wäre die Basis für einen Verzicht auf den geplanten Suizid. „Das meint ‚trotzdem Ja zum Leben zu sagen‘ (V. Frankl) und es mit seinen Belastungen, Kränkungen und den Scham- und Schuldgefühlen als das eigene zu mögen.“¹⁰⁶

Manchmal ist es auch hilfreich, die Größe der Schritte zu verkleinern. Peter Bukowski erzählt von einem lebensmüden Menschen, den er mit dem Hinweis auf das Gleichnis vom Feigenbaum in Lukas 13 überzeugte, sich „noch ein Jahr“ zu geben. Das ist nicht gleich die „ganz große“ Entscheidung – aber in einem Jahr kann so viel passieren!¹⁰⁷

101 Vgl. Michael Herbst (2001), 88–91.

102 Vgl. Christian Braune (2019), 234.

103 Vgl. Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller, Barbara Schneider und Uwe Sperling (2014), 81.

104 Diese drei Möglichkeiten konkreten Sinnes durchziehen Frankls Werk: Arbeit, Liebe und Leid.

105 Vgl. Viktor E. Frankl (2018), 56–59.

106 Christian Braune (2019), 237.

107 Vgl. Peter Bukowski (1999), 57f.

4.3.4. Die schwierige Entscheidung: trotzdem mitgehen?

Was aber, wenn es anders kommt, und wenn der suizidale Mensch von uns eine weitere Beteiligung am assistierten Suizid erwartet, wenn sozusagen die Seelsorge zu einem Aspekt der Assistenz wird? Dass Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer dort, wo assistierter Suizid angebahnt wird, um Geleit gebeten werden, ist bekannt.¹⁰⁸ „Übermorgen sterbe ich. Werden Sie mich beerdigen?“, zitiert Christoph Morgenthaler ein Gemeindeglied.¹⁰⁹

Hier stellen sich grundsätzliche Fragen, die anders gelagert sind als die eingangs verhandelte Zumutung, evangelische Einrichtungen sollten selbst assistierte Suizide in ihren Häusern ermöglichen.

Hier geht es um einen inneren Konflikt bei denen, die Seelsorge üben sollen:

- Müssen wir nicht unsere Ablehnung dieses Aktes demonstrieren und uns von diesem Geschehen nicht nur innerlich, sondern eben auch äußerlich durch Rückzug distanzieren?
- Oder müssen wir auch da aushalten und mitgehen, wo Menschen die aus unserer Sicht offenkundig falsche Entscheidung treffen?¹¹⁰ Machen wir uns zu Kumpanen einer zutiefst unethischen Handlung? Oder zeigen wir trotz unserer Ablehnung, dass wir – trotz allem – niemanden im Stich lassen, vielmehr diesem Menschen auch jetzt „ein Nächster“ werden (nach Lk 10,25–37) und in mehrfacher Hinsicht „mitleiden“? Und wenn wir das tun, tun wir es schweigend, weil wir nicht affirmieren dürfen, was geschieht? Oder finden wir Worte? Aber sind diese Worte nicht unter dem Strich doch eine nachträgliche Zustimmung und Rechtfertigung? Spätestens bei der Bestattung, die heute – glücklicherweise – nicht verwehrt wird, müssen wir uns damit auseinandersetzen.

M. E. ist hier nichts selbstverständlich oder gar eindeutig, sondern je und je von denen, die eine solche Lebenslage miterleben, zu entscheiden und zu verantworten.¹¹¹

5. Schlussfolgerungen: „Es ist genug, so nimm nun, Herr, mein Leben“ (1 Kön 19,4)

5.1. Gute Medizin weiß, wann sie den Kurs wechseln muss

„Die aufgeklärte Zustimmung des Patienten kann sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst nur auf Maßnahmen richten, die medizinisch indiziert sind. Das hohe Maß an Chemotherapien auch noch in den Spätphasen einer Krebserkrankung ist jedoch nur ein Beispiel dafür, dass Therapien über das Maß des medizinisch Indizierten hinaus eingesetzt werden. Daran zeigt sich anschaulich, dass das Medizinsystem aus ver-

108 Vgl. auch Christoph Morgenthaler, David Plüss und Matthias Zeindler (2017).

109 Christoph Morgenthaler (2019), 68.

110 In der Folge würden wir sagen: Wir lassen Menschen grundsätzlich nie seelsorglich allein. Vgl. Ulrich H. J. Körtner (2015), 97.

111 Die Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn stützen (in einem Positionspapier aus dem Jahr 2018) die Begleitung durch Seelsorger „auch im schwierigsten Moment, dem Akt der Selbsttötung.“ Vgl. Christoph Morgenthaler (2019), 75, Anm. 15.

schiedenen, darunter auch ökonomischen Gründen den Übergang von kurativen zu palliativen Therapien erschwert. Der rechtzeitige Wechsel des Therapieziels ist jedoch eine unentbehrliche Antwort auf die Sorgen, derentwegen viele Menschen den ärztlich assistierten Suizid als einen möglichen Ausweg erwägen. Die deutsche Debatte kennt den Begriff der ‚Übertherapie‘. Die internationale Debatte formuliert schärfer, indem sie vom ‚acharnement thérapeutique‘, also von ‚therapeutischer Verbissenheit‘ spricht.¹¹²

Damit öffnet sich unser Thema hin zu allgemeinen Fragen der Medizin. Aber es ist gewiss ein Aspekt, der helfen kann, das Begehren nach einem assistierten Suizid einzudämmen: dass Menschen wissen, dass im medizinischen Ernstfall zwar alles Sinnvolle und Mögliche für sie getan wird, um ihr Leben zu retten und wiederherzustellen. Ebenso sollten sie aber wissen, dass alles Unsinnige und das Unvermeidliche unnötig Aufschiebende auch unterlassen oder abgebrochen wird. Sie sollten darauf vertrauen, dass kurative Maßnahmen in palliative überführt werden, wenn die Zeit gekommen ist, dass Schmerz, Übelkeit und andere Beschwerden kompetent bekämpft werden, dass Beistand in jeder Hinsicht da sein wird. „Ist das Grundleiden unumkehrbar und kann der Patient von intensivmedizinischen Maßnahmen nicht mehr profitieren, so ist ein Wechsel von der intensivmedizinischen Maximalversorgung zu einer palliativen, d. h. einer vorwiegend auf Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen ausgerichteten Versorgung angezeigt.“¹¹³

Das wird vielen Mut machen, sich auf dem Weg aus diesem Leben heraus denen anzuvertrauen, die nicht um jeden Preis das Maximale, aber das je Beste für ihre Patienten tun.¹¹⁴

5.2. Es gibt Alternativen zum assistierten Suizid

An dieser Stelle wird (wie auch hier) für gewöhnlich auf die Möglichkeiten der palliativen Medizin verwiesen. Wenn das Bemühen um Linderung der Schmerzen und anderer Beschwerden, um ein tröstliches und mutmachendes Umfeld an die Stelle des Versuchs tritt, die Krankheit zu besiegen, dann hören oft auch die Rufe nach einem baldigen Ende auf; die Lebensspanne ist nun endlich, aber die Lebensqualität kann deutlich verbessert werden. Häufig. Vielleicht sogar sehr oft. Aber nicht immer. Es gibt Lebenslagen, in denen körperlicher und/oder seelischer Schmerz nicht bezwungen oder auf ein erträgliches Maß reduziert werden können.¹¹⁵

Aber auch dann ist der (assistierte) Suizid nicht alternativlos. Mindestens zwei andere Optionen stehen uns offen, die dem Wunsch des Patienten, es möge doch zu Ende gehen, entgegenkommen, ohne ihn sein Leben durch einen gewaltsamen Akt beenden zu lassen.

Dies ist zuerst die sogenannte „terminale Sedierung“ (als längerfristige Betäubung). Wer daran festhält, dass es einen Unterschied zwischen Handeln und Lassen, zwischen

112 Wolfgang Huber (2015), 87.

113 Alfred Simon (2016), 36.

114 Vgl. Assia M. Harwazinski (2017), 558.

115 So beschreibt es auch Ulrich H. J. Körtner (2015), 91f.

intentionaler Beförderung des Sterbens und Begleitung gibt¹¹⁶, wird erkennen, dass bei der terminalen Sedierung zwar in Kauf genommen wird, dass das Leben unter Umständen verkürzt wird, aber das Ende des Lebens ist nicht das Ziel, sondern die Linderung der Qualen – unabhängig davon, wie lange ein Mensch dann noch in diesem Zustand am Leben bleibt. Auch dass bei der terminalen Sedierung das Geschehen noch eine Zeitlang reversibel bleibt, unterscheidet sie von Formen der Suizidbeihilfe.

Die andere Option besteht im freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (ab hier: FVNF).¹¹⁷ Was man bei sehr alten und kranken Menschen auf der letzten Strecke ihres Lebens auch ohne ausdrückliche Erklärung eines Willens erlebt, dass nämlich Hunger und Durst allmählich aufhören und die Patienten kaum noch etwas zu sich nehmen¹¹⁸, wird hier zum Beschluss. Ein Mensch entscheidet sich für das „Sterbefasten“; er ist im wahrsten Sinne des Wortes „lebensatt“¹¹⁹: „FVNF ist der explizit oder impliziert kommunizierte Verzicht eines Menschen auf Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der den früheren Eintritt des in absehbarer Zeit erwarteten Todes ermöglicht.“¹²⁰ Dieser „frühere Eintritt“ ist nach ein bis drei Wochen zu erwarten und folgt dem sukzessiven Versagen der Nierenfunktion und von Herz und Kreislauf. Nötig ist in jedem Fall eine gute pflegerische Betreuung (etwa zur Mundhygiene).

Man kann natürlich fragen, ob das nicht dem assistierten Suizid sehr nahe kommt. Das hängt an der Frage, ob die Ernährung zu den ärztlichen Handlungen gehört, die auch verweigert werden können, weil sie der Zustimmung bedürfen. Außerdem wird darauf verwiesen, dass beim Sterbefasten kein gewaltsamer Akt gegen das Leben geschieht, vielmehr der Tod als natürliche Folge des Verzichts eintritt. So sei FVNF ein Sich-Fügen in den Sterbeprozess, kein Akt der Selbsttötung.¹²¹ Der Kampf gegen das Leid wird eingestellt, das Sterben erwartet und begrüßt. Es kann Fasten im Sinne des letzten Verzichts sein: „Wer lebensatt ist – und das gilt für die bilanzierend Zufriedenen, aber schließt auch Menschen, die das Leben aufgrund ihrer besonderen Umstände ‚satt‘ haben, mit ein – braucht keine lebensverlängernde Nahrung mehr. Er oder sie kann vielmehr auf Essen und Trinken und letztlich sogar auf das Leben verzichten, um damit dem unvermeidlichen Sterben früher seinen Lauf zu lassen.“¹²² Alfred Simon zeigt, dass viele Ärzte FVNF bei einwilligungsfähigen Patienten nicht nur erlebt haben, sondern auch meist eher befürworten.¹²³

In jedem Fall geht es um das, was Peter Dabrock pointiert so ausdrückt: „am Ende lassen zu dürfen und nicht machen zu müssen.“¹²⁴

116 Vgl. Peter Dabrock (2020), 10.

117 Vgl. ausführlich dazu Mirjam Zimmermann und Ruben Zimmermann (2020), 37–52.

118 Vgl. Alfred Simon (2017), 487.

119 So im Anschluss an Gen 25,8: Mirjam Zimmermann und Ruben Zimmermann (2020), 50f.

120 Ibid., 40.

121 Vgl. Ibid., 44f.

122 Ibid., 51.

123 Vgl. Alfred Simon (2017), 490f.

124 Peter Dabrock (2020), 11.

5.3. Nötige Ausstiegs- und Schutzklauseln

Das bedeutet auch, dass evangelische Einrichtungen sich mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts auseinandersetzen müssen. Im Verbund mit katholischen Häusern wird es darum gehen müssen, im anstehenden Gesetzgebungsprozess Ausstiegs- und Schutzklauseln auszuhandeln oder zu erstreiten.¹²⁵ Das prominent platzierte Plädoyer von Anselm, Karle und Lilie war im Blick auf diese Selbstpositionierung der Kirchen freilich nicht gerade hilfreich. Dennoch geht es hier um das Markenzeichen diakonischer Einrichtungen: Hier muss niemand denken, es wäre besser, er wäre nicht mehr da, hier muss niemand fürchten, dass von ihm eigentlich der heroische Akt erwartet wird, das Sterben in die eigene Hand zu nehmen.

Es muss deutlich bleiben, „dass vom christlichen Verständnis des Lebens als Gabe und Aufgabe her der Suizid eine vor Gott zu verantwortende Ausnahmehandlung und die gewerbsmäßige Suizidhilfe nicht mit christlicher Ethik vereinbar ist.“¹²⁶

5.4. Und dennoch gibt es die tragische Lage unerträglichen Leidens

Es gehört zum „Gewicht“ des hier verhandelten Themas, dass es trotz allem nicht glatt aufgeht. Alles, was bisher beschrieben wurde, um dem Plädoyer für eine Freigabe des assistierten Suizids zu widersprechen, dürfte oft, vielleicht sogar sehr oft helfen, orientieren und Alternativen zum scheinbar Unausweichlichen aufzeigen. Oft, vielleicht sehr oft – aber nicht immer.¹²⁷ Es bleiben die furchtbaren, tragischen Situationen, in denen nichts zu helfen scheint, die Not und der Schmerz unerträglich werden und die Verzweiflung überhand nimmt. Von solchen Situationen wussten christliche Ethiker und Seelsorger immer schon. Und sie wussten, dass es dann möglich ist, „dass ein Arzt und ein Patient in Akten persönlicher Verantwortungsübernahme oder der akuten Verzweiflung und der notwendigen persönlichen Schuldübernahme anders handeln und darin wissend schuldig werden.“¹²⁸ So formulierte es auch schon 2008 die EKD in ihrem Papier „Wenn Menschen sterben wollen“: „Und man wird nicht die Augen verschließen dürfen davor, dass es verzweifelte Situationen und Lebenslagen gibt, die ein Außenstehender nicht ermessen kann. Auch wenn der unbedingt nötige Ausbau der Palliativmedizin vorangetrieben wird, können solche verzweifelten Lebenssituationen, in denen ein Mensch nur noch seinem Leben ein Ende machen möchte, nicht ausgeschlossen werden. Ein Urteil darüber steht niemandem zu.“¹²⁹

Das allerdings ist dann die tragische Ausnahme und nicht die Regel. Und man sollte solche aussichtslos erscheinenden Schicksale nicht dazu nutzen, den Suizid zum vorzugswürdigen und normalisierten Ende des Lebens zu erklären.¹³⁰ Oder, um es zum

125 So auch Ibid., 10f.

126 Ulrich H. J. Körtner (2021).

127 Vgl. Hartmut Kreß (2015), 116.

128 Vgl. Günter Thomas (2021).

129 Kirchenamt der EKD (2008), 28.

130 Vgl. Ulrich H. J. Körtner (2015), 97f.

Schluss mit Wolfgang Huber zu sagen: „... die Hilfeleistung, die von Angehörigen und Ärzten bei einer Suizidabsicht im Allgemeinen zu leisten ist, besteht in der Verhütung des Suizids, nicht in seiner Ermöglichung.“¹³¹

Bibliografie

- Anselm, Rainer*: Leben als Gut, nicht als Pflicht. Der Beitrag der evangelischen Ethik in der Debatte um den assistierten Suizid. In: ZEE 59 (2015), 104–113
- Anselm, Rainer, Karle, Isolde und Lilie, Ulrich*: Den assistierten Suizid ermöglichen. In: FAZ Nr. 8, 11. 1. (2021), 6
- Barth, Karl*: Die Kirchliche Dogmatik. Bd. III/4: Die Lehre von der Schöpfung. Zürich 1951
- Barth, Roderich*: Paternalismus vs. Selbstbestimmung – Eine Polemik zur aktuellen Debatte um Suizidbeihilfe, in: Zeitzeichen [27.] 1/2021. URL: <https://zeitzeichen.net/node/8831> [13. 2. 2021]
- Braune, Christian*: Seelsorge mit suizidalen Menschen. In: Roser, Traugott (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen 5. Aufl. 2019, 231–243
- Bruns, Florian und Hohendorf, Gerrit*: Contra organisierte Suizidbeihilfe. In: Ethik in der Medizin 27 (2015), 167–170
- Bukowski, Peter*: Die Bibel ins Gespräch bringen. Neukirchen-Vluyn 4. Aufl. 1999
- Christ-Friedrich, Anna*: Der verzweifte Versuch zu verändern. Suizidales Handeln als Problem der Seelsorge. Göttingen 1998
- Coors, Michael*: Kirche und Suizidhilfe: Ein Verstehens-Versuch. Bedingt wohlwollende Gedanken zum FAZ-Artikel „Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen“ (FAZ 11. 1. 2021, „Die Gegenwart“), in: Zeitzeichen [21.] 1/2021. URL: <https://zeitzeichen.net/node/8781> [13. 2. 2021]
- Dabrock, Peter*: Nicht nur moralisch, sondern sittlich. Warum selbstbestimmtes Sterben in evangelischen Einrichtungen ohne Suizidassistenz möglich ist. In: Zeitzeichen 21, H. 12 (2020), 8–11
- : Selbstbestimmungsalternativen zwischen ethischer Bewertung und rechtlicher Normierung. Ein Beitrag (nicht nur) zur Sterbehilfe-Diskussion. In: ZEE 59 (2015), 123–132
- Dörner, Klaus*: Krisenintervention bei suicidgefährdeten Personen. In: WzM 43 (1991), 288–293
- Dorrmann, Wolfram*: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart 1991 (Leben lernen Bd. 74)
- Eibach, Ulrich*: Suizid und Tötungsverbot. Theologisch-ethische und seelsorgliche Aspekte. In: WzM 68 (2016), 372–387
- Erlmeier, Norbert*: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Stuttgart, Berlin und Köln 2002 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bd. 212)
- Fischer, Johannes*: Gibt es ein Recht auf Suizid? Die Anmaßung des Rechts gegenüber der Politik im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe. In: ZEE 64 (2020), 289–295
- Frankl, Viktor E.*: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern 4. Aufl. 2018
- Frisch, Ralf*: Mich fröstelt – Erste Eindrücke zu einem theologischen Plädoyer für die Ermöglichung des assistierten professionellen Suizids. In: Zeitzeichen 22, H. 1 (<https://zeitzeichen.net/node/8773>) – 13. 2. 2021 (2021),
- Gärtner, Caroline und Müller-Busch, Hans C.*: Risikofaktoren für (assistierten) Suizid bei Karzinompatienten – psychische Belastungen bei den Hinterbliebenen. In: Wien Med Wochenschr 165 (2015), 482–486
- Glaesmer, Heide, Spangenberg, Lena, Forkmann, Thomas, et al.*: Suizidalität: Theoretische Konzepte, Risikoabschätzung und Behandlungsansätze. In: Psychother Psych Med 70 (2020), 252–261
- Gräß-Schmidt, Elisabeth*: Autonomie. In: ZEE 59 (2015), 133–137
- Gronemeyer, Marianne*: Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit. Darmstadt 2. Aufl. 1996

131 Wolfgang Huber (2015), 85.

- Harwazinski, Assia M.*: Bericht: Interdisziplinäre Tagung „Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘“ der Katholisch-Theologischen Fakultät an der Universität Tübingen (mit freundlicher Unterstützung der Fritz Thyssen Stiftung). In: *WzM* 69 (2017), 556–561
- Herbst, Michael*: Beziehungswise. Grundlagen und Praxisfelder evangelischer Seelsorge. Neukirchen-Vluyn 2. Aufl. 2013
- (Hg.): *Der Mensch und sein Tod*. Frankfurt/Main 2001
- Huber, Wolfgang*: Assistierter Suizid als Thema öffentlicher Ethik. In: *ZEE* 59 (2015), 83–88
- Joussen, Jacob und Karle, Isolde*: Grauzonen respektieren – Auch die Kirchen sollten den assistierten Suizid nicht nur ablehnen. In: *Zeitzeichen* H. 4 (2020), 41–43
- Kirchenamt der EKD (Hg.)*: Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Hannover 2008 (EKD-Texte Bd. 97)
- Klessmann, Michael*: Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn 2. Aufl. 2009
- Korsch, Dietrich*: Selbstwiderspruch der Selbstbestimmung. Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe stellt bei der Suizidhilfe die Weichen falsch. In: *Zeitzeichen* 21, H. 4 (2020), 41–43
- Körtner, Ulrich H. J.*: Beihilfe zur Selbsttötung – eine Herausforderung für eine christliche Ethik. In: *ZEE* 59 (2015), 89–103
- Körtner, Ulrich H. J.*: Dem Leben dienen – bis zuletzt. Die Debatte zur Suizidbeihilfe und der Auftrag der Diakonie, in *Zeitzeichen* [1.] 2/2021. URL: <https://zeitzeichen.net/node/8835> [13. 2. 21]
- Kreß, Hartmut*: Suizid und Suizidbeihilfe unter dem Aspekt des Grundrechts auf Selbstbestimmung. In: *ZEE* 59 (2015), 114–122
- Lindner, Reinhard, Hery, Daniela, Schaller, Sylvia, et al. (Hg.)*: Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Heidelberg 2014
- Mäule, Thomas*: Den Willen respektieren. Was das Karlsruher Sterbehilfeurteil für die Ethik in Pflegeheimen bedeutet. In: *Zeitzeichen* H. 11 (2020), 15–17
- Morgenthaler, Christoph*: Seelsorge bei assistiertem Suizid. In: *WzM* 71 (2019), 68–81
- Morgenthaler, Christoph, Plüss, David und Zeindler, Matthias*: Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen. Zürich 2017
- Neitzke, Gerald, Coors, Michael, Diemer, Wolf, et al.*: Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). In: 25 (2013), 349–365
- Reents, Edo*: Die letzte Ernüchterung. In: *FAZ* Nr. 181, 6.8. (2020), 14
- Ringel, Erwin*: Selbstmordverhütung. Eschborn 7. Aufl. 2004
- Schieder, Rolf*: Freiheit – abstrakt oder konkret? Das Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist irritierend und eindimensional. In: *Zeitzeichen* H. 7 (2020), 12–14
- Schröder, Bernd*: Religionspädagogik. Tübingen 2012
- Simon, Alfred*: Ethische Entscheidungsfindung in medizinischen Grenzsituationen. In: *WzM* 68 (2016), 33–43
- : Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit („Sterbefasten“). In: *WzM* 69 (2017), 487–497
- : Selbstbestimmt bis zuletzt?! Das aktuelle Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Kontext der öffentlichen Debatte um die Grenzen der Sterbehilfe. In: *WzM* 72 (2020), 475–486
- Thomas, Günter*: „Friendly fire“. Eine evangelisch-theologische Stellungnahme zu „Den assistierten professionellen Suizid ermöglichen“ (FAZ 11. 1. 2021, „Die Gegenwart“), in: *Zeitzeichen* [18.] 1/2021. URL: <https://zeitzeichen.net/node/8775> [13. 2. 2021]
- Tölle, Rainer und Windgassen, Klaus*: Suizidalität. Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie. Berlin und Heidelberg 17. Aufl. 2014, 124–128
- Wedler, Hans, Teising, Martin und Hery, Daniela*: Ethische Aspekte der Suizidprävention. In: Lindner, Reinhard, Hery, Daniela, Schaller, Sylvia, Schneider, Barbara und Sperling, Uwe (Hg.): *Suizidgefährdung*

- und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin und Heidelberg 2014, 133–143
- Wolfersdorf, Manfred*: Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: *Psychotherapie im Dialog* (PiD) 13, H. 2 (2012), 2–7
- Zeindler, Matthias*: Vier Jahrzehnte Erfahrung. Die Kirchen und der assistierte Suizid in der Schweiz, in: *Zeitzeichen* [17.]02/2021. URL: <https://zeitzeichen.net/node/8847> [27. 2. 21]
- Ziener, Jürgen*: Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis. Stuttgart 2000
- Zimmermann, Mirjam* und *Zimmermann, Ruben*: Lebenssatt! Theologisch-ethische Überlegungen zum ‚Sterbefasten‘/Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). In: *ZEE* 64 (2020), 37–52

Summary

This paper introduces into the current debate over the assisted suicide and its moral and legal aspects. The author offers a critical perspective on the recent post of three prominent theologians who plead for the affirmation of the self-determined desire for assisted suicide in diaconical institutions. Even if we approve the idea of self-determination (as the free consent of the believer to follow God's commandments), we have to question the valuation of the desire for assisted suicide as a free and self-determined decision. Researchers describe the inner situation of suicidal persons as a state of hopelessness and depression. This paper pleads for a trustful relationship in pastoral care: every emotion can be expressed, also the strong longing for an end of suffering, but with the intention to show alternatives to the assisted suicide and help regain hope for the last stretch of one's earthly voyage.

Michael Herbst

Jg. 1955, verheiratet, vier Kinder, neun Enkel, war Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Erlangen (1981–1984), Vikar und Pfarrer in Münster (1984–1992), Krankenhauseseelsorger im Kinderzentrum Bethel (1992–1996) und Lehrstuhlinhaber für Praktische Theologie in Greifswald (1996–2021). Er leitet das 2004 gegründete Institut zur Erforschung von Evangelisation und Gemeindeentwicklung der Theologischen Fakultät Greifswald.

herbst@uni-greifswald.de – GND 122925432

theologische beiträge

Schwerpunkt: ASSISTIERTER SUIZID?

- | | | | |
|----------------------------|---------|--------------------------------------|---|
| <i>Biblische Besinnung</i> | 155–158 | Stefan Claaß | Assistierter Weg nach Hause. Predigt über Markus 2,1–12. |
| <i>Aufsätze</i> | 159–172 | Ralf Frisch | Jenseits von Eden. Warum die Theologie in Teufels Küche kommt, wenn sie in Sachen assistierter Suizid nicht mehr die Sprache des christlichen Glaubens spricht. |
| | 173–190 | Günter Thomas | Im Raum der Barmherzigkeit Gottes leben und sterben. Theologische Beobachtungen zum bedingungslosen Recht auf Selbsttötung und den assistierten Suizid. |
| | 191–217 | Michael Herbst | „... denn ich möchte lieber tot sein als leben“. Ein kritischer Beitrag zur gegenwärtigen Debatte über den assistierten Suizid. |
| <i>Dokumentation</i> | 218–219 | Neukirchener Erziehungsverein | Kein Mandat zur Sterbehilfe. |
| <i>Ad personam</i> | 220–224 | Werner Neuer | Die Weite in der Theologie Klaus Bockmühls (1931–1989). Eine Würdigung zum 90. Geburtstag. |
| <i>Bücher</i> | 225–232 | | |

21-3

52. Jahrgang · Juni 2021

SCM