

„Keiner stirbt für sich allein“

Die Debatte um die Herbeiführung des Todes mit staatlicher Beihilfe

von Clemens Breuer

Im November 2015 beschloss der Deutsche Bundestag mit einer großen Mehrheit, dass die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar ist, ausgenommen denjenigen Fällen, in denen eine geschäftsmäßige Form angenommen werden muss (§ 217 StGB). Damit befindet sich die Bundesrepublik Deutschland – im Unterschied zu den meisten anderen europäischen Staaten – in einer Minderheitenposition, da in den meisten Ländern die Beihilfe zum Suizid verboten ist. Ein Gesetzentwurf, der die Beihilfe zum Suizid generell unter Strafe stellt, erhielt im Bundestag jedoch die wenigsten Stimmen. Dagegen erhielt eine Gruppe, die auch die geschäftsmäßige Zulassung der Beihilfe zum Suizid befürwortete, eine beachtliche Stimmzahl.¹ Als wesentliches Ziel des Gesetzes wurde die Selbstbestimmung des Patienten über sein Leben ins Feld geführt. Wenn – auch unausgesprochen – ein Recht auf den Suizid bestehe, dann schließt das für nicht wenige Menschen auch das Recht auf Beihilfe zum Suizid ein.

Mit dieser Auffassung steht ein mehr oder weniger rein säkularer Begriff von Menschenwürde im Fokus, da hier der Schutz der Menschenwürde (nach Art.1 Abs. 1 des Grundgesetzes) zentral von der Fähigkeit zur Selbstbestimmung her gesehen wird. Der Mensch ist Herr bzw. Besitzer seines Lebens über das er uneingeschränkt entscheiden darf.

Diese Auffassung ist bekanntlich im christlichen Kontext grundsätzlich in Frage gestellt bzw. zurückgewiesen worden. Das Leben des Menschen ist unverfügbar. So wie der Mensch sich sein Leben nicht selbst gegeben hat, so darf er in gleicher Weise nicht über den Zeitpunkt seines Todes entscheiden. Anstelle von Autonomie stellt das Christentum die Heiligkeit des Lebens in den Mittelpunkt. Thomas von Aquin sieht in der Selbsttötung einen gravierenden Verstoß gegen die Liebe: „Deshalb ist die Selbsttötung immer schwer sündhaft, weil sie gegen das Naturgesetz und gegen die Liebe verstößt.“²

¹ Vgl. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45_de_serbebegleitung/392450 (Zugriff: 13.08.2018). Vgl. auch: Benjamin Leven, Recht auf den eigenen Tod? Der Bundestag hat am 6. November 2015 die gewerbsmäßige und wiederholte Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt, in: Herder Korrespondenz 69 (2015) 612-613.

² Thomas von Aquin, Recht und Gerechtigkeit (in: Die deutsche Thomas-Ausgabe, vollständige, ungekürzte deutsch-lateinische Ausgabe der Summa theologiae; übersetzt von Arthur F. Utz; Bd. 18, Heidelberg 1953, Quaestio 64, Artikel 5).

Zwischen dieser Auffassung und derjenigen vieler Menschen in der heutigen Gesellschaft scheint eine nahezu unüberwindliche Kluft zu bestehen. „Für die einen folgt aus der Würde des Menschen die Unverfügbarkeit über das Leben, für die anderen soll sich aus eben dieser Würde im Gegenteil gerade die Freiheit zur Selbsttötung als einem letztem Akt der Freiheitsausübung ergeben, bei dem man sich selbstverständlich auch der Hilfe Dritter bedienen darf.“³

Stellt es in der heutigen Zeit nicht gerade eine Form von Nächstenliebe dar, den Menschen von seinem „unerträglichen“ Leiden zu befreien? Hinzu kommt, dass der von Thomas von Aquin gemachte Hinweis auf das Naturgesetz von nicht wenigen Zeitgenossen spätestens in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts einer radikalen Kritik unterzogen worden ist und selbst von katholischen Theologen kritisch betrachtet wird.⁴ Betrachtet man die Einschätzung gegenüber naturrechtlichem Denken, so kann man den bereits vor über achtzig Jahren erschienenen Buchtitel „Die ewige Wiederkehr des Naturrechts“⁵ des katholischen Sozialethikers Heinrich Rommen als charakteristisch für seine Geschichte bezeichnen: Je stärker man meint, das Naturrecht beiseite lassen zu können bzw. zu müssen, umso stärker kommt es in späterer Zeit wieder zum Vorschein.⁶

Zur Situation des Lebens und Sterbens in der heutigen Zeit

Dass Sterben des Menschen war über viele Jahrhunderte lang ein öffentlicher Vorgang im Leben des Einzelnen. Kaum ein Haus und keine Wohnung, in dem nicht schon Menschen gestorben sind. Mittelalterliche Bilder zeigen vielfach eine versammelte Menge von Menschen, die um das Bett mit dem Sterbenden im Mittelpunkt vereint sind. In der Neuzeit wird der Sterbende vielfach aus der Welt der Lebenden hinausgedrängt. Zwar wird der Tod an sich nicht verdrängt, doch umso mehr die sterbenden Menschen selbst.⁷ Noch zu Beginn dieses Jahrhunderts starben über zweidrittel aller Menschen zu Hause, während sich die Situation inzwischen umgekehrt hat. „Etwa 85 % der Menschen in Deutschland sterben in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, wobei der Anteil derjenigen, der ansonsten in Krankenhäusern stirbt, sich zusehends in Alters- bzw. Pfl-

³ Christian Hillgruber, Die Menschenwürde und das verfassungsrechtliche Recht auf Selbstbestimmung – ein und dasselbe?, in: Rainer M. Woelki u.a., Wie wollen wir sterben? Beiträge zur Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Paderborn 2016, S. 31.

⁴ Vgl. Franz Böckle (Hg.): Das Naturrecht im Disput. Drei Vorträge beim Kongress der deutschsprachigen Moralthologen 1965 in Bensberg, Düsseldorf 1966. Vgl. Franz Böckle/ Ludwig Bertsch (Hg.): Der umstrittene Naturbegriff. Person – Natur – Sexualität in der kirchlichen Morallehre, Düsseldorf 1987.

⁵ Heinrich Rommen, Die ewige Wiederkehr des Naturrechts, Leipzig 1936.

⁶ Vgl. aus jüngster Zeit: Institut für Gesellschaftswissenschaften Walberberg e.V. (Hg): Die Neue Ordnung, Sonderheft „Naturrecht und Menschenwürde. In memoriam Joachim Kardinal Meisner“, 72 (2018) 1-134.

geheime verlagert.⁸ Ein in früheren Jahrhunderten häufiges Aufbahnen des Toten im häuslichen Bereich gehört schon lange Zeit der Vergangenheit an. Vielmehr ist heute ein zeitliches Abschiednehmen vom Verstorbenen in den meisten Fällen auf ein Minimum reduziert.

In diesem Kontext müssen einige markante, wenn nicht sogar gravierende Veränderung der heutigen Zeit im Vergleich zu früheren Jahrhunderten in den Blick genommen werden. Heute wird ein „langes“ Leben von den meisten Menschen nahezu ungefragt angenommen. „Ein hohes Alter zu erreichen, die zentralen Rollen gespielt zu haben und dann zu sterben, ist in den hoch entwickelten Ländern zur Normalform geworden.“⁹ Dies sah in früheren Jahrhunderten anders aus. Erreichte am Ende des 19. Jahrhunderts ein Mensch nur sehr selten ein Alter von 70 Jahren, so liegt die mittlere Lebenserwartung heute bei etwa 80 Jahren. Blickt man noch etwas weiter zurück, so kann festgehalten werden, dass die durchschnittliche Lebenserwartung vor etwa 300 Jahren lediglich bei 26 Jahren lag.¹⁰ Eine Verdreifachung der durchschnittlichen Lebensdauer seit dieser Zeit hat die Vorstellung kontinuierlich wachsen lassen, dass der „Lebensabend“ von einem einsamen „Dahinsiechen“ in Institutionen begleitet wird.

Der Eindruck wird noch verstärkt, wenn man bedenkt, dass bereits vor dreißig Jahren ein Drittel der Haushalte in Deutschland Einpersonenhaushalte waren, wobei es sich in der Regel um alleinstehende ältere Menschen handelt.¹¹ In München lag dieser Anteil sogar über 50 Prozent, andere Großstädte lagen nur wenig darunter.¹² Ursachen für die Entwicklung vor allem in Großstädten sind nach Erhebungen von Sozialforschern und Statistikern der Wohlstand, sinkende Geburtenzahlen, höhere Scheidungsziffern und eine wachsende Individualisierung. Neben einem „schicksalhaften“ Alleinleben (durch Seuchen, Krieg, Krankheit und Tod bedingt), das es in einem gewissen Maße zu allen Zeiten gegeben hat, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein zunehmend freiwilliges

⁷ Vgl. Thomas Macho, *Sterben zwischen neuer Öffentlichkeit und Tabuisierung*, in: Franz-Josef Bormann/ Gian Domenico Borasio (Hg.): *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin 2012, S. 44.

⁸ Mechthild Thönnies, *Wo sterben Menschen? Zu Fragen des Sterbens in Institutionen*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (Springer Verlag) Ausgabe 5/2011, S. 336-339. „Obwohl 75 Prozent der Menschen den Tod zu Hause vorziehen würden, stirbt nur jeder Fünfte dort. Jeder Zehnte würde seine letzte Lebensphase gern in einem Hospiz verbringen – in der Realität sind es nur drei Prozent.“ [Johannes Reiter, *Zur Diskussion um die Suizidbeihilfe. Dem Sterbenden seine Würde lassen*, in: *Herder Korrespondenz* 70 (2/2016) 30].

⁹ Klaus Feldmann, *Sterben in der modernen Gesellschaft*, in: Franz-Josef Bormann/ Gian Domenico Borasio (Hg.): *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin 2012, S. 23.

¹⁰ Vgl. Arthur E. Imhof, *Reife des Lebens. Gedanken eines Historikers zum längeren Dasein*, München 1988, S. 47. Vgl. auch: Roland Rau/ Gabriele Doblhammer, *Zur Epidemiologie des Sterbens in der deutschen Gesellschaft: Entwicklung von Lebenserwartung, Todesursachen und Pflegebedarf am Lebensende*, in: Franz-Josef Bormann/ Gian Domenico Borasio (Hg.): *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin 2012, S. 3-22.

¹¹ Vgl. Wassilios E. Fthenakis, *Veränderungen im Bereich der Familie infolge der Entwicklung der modernen Gesellschaft*, in: Anton Rauscher (Hrsg.) *Die gesellschaftliche Verantwortung der Kirche (= Theologie interdisziplinär 8)*, Donauwörth 1992, S. 166.

¹² Vgl. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 29.10.1996, S. 9.

Alleinleben etabliert. Dieses freiwillige Single-Dasein kann in gewisser Weise als ein Wohlstandsphänomen bezeichnet werden, da man es sich leisten können muss.¹³

Dass Zusammenleben verschiedener Generationen unter einem Dach, das früher nicht selten die Regel gewesen ist, scheint heute nicht selten aus dem Blickfeld geraten zu sein. Nicht nur der Kindergartenplatz wird am besten bereits vor der Geburt angefordert, sondern auch die Sicherung eines Platzes im Seniorenheim wird sicherheitshalber im „noch rüstigen“ Alter in Angriff genommen.

Die Vorsorge ist alles und wenn das Geld nicht reicht, führen wir eben neue Versicherungen ein. Aus einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach von 1992 geht hervor, dass die deutsche Bevölkerung „ungeheuer absicherungsbedürftig“ sei. Allein diese Situation macht nicht wenigen Menschen in einem fortgeschrittenen Alter Angst, da sie voraussehen meinen, durch ihre Krankheit in eine ihnen unangenehme Abhängigkeit zu geraten. Der Abbau von körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten wird in unserer „Leistungsgesellschaft“ von nicht wenigen Menschen als eine tiefgreifende Kränkung empfunden, die bis zum „sozialen Tod“ führen kann. Mittlerweile haben die meisten Menschen mehr Angst vor dem Sterbeprozess und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen und Symptomen als vor dem Tod selbst.¹⁴

Dies ist eine sehr bedenkliche Entwicklung, da sie vorhandene Probleme nicht wirklich löst, sondern höchstens vor sich herschiebt. Was uns abhandengekommen zu sein schein, ist eine notwendige Sterbekultur. Die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben, eben dort, wo die Umgebung vertraut ist und Menschen Wärme geben können. Dies setzt aber voraus, dass wir zumindest halbwegs intakte Familienbande vorfinden und bewahren, sodass in einem höheren Maße gewährleistet ist, dass sich Menschen im Falle von Krankheit im Allgemeinen und der Sterbephase im Besonderen aufeinander verlassen können.

2017 veröffentlichte der belgische Orden „Broeders van Liefde“ ein „Euthanasie-Papier“, in dem er die Möglichkeit eröffnete, dass er sich vorstellen könnte, bei Patienten mit einer nichtterminalen psychischen Erkrankung aktive Sterbehilfe zu leisten.¹⁵ Von Seiten des belgischen Staates wurde bereits fünfzehn Jahre zuvor ein Gesetz verabschiedet, das die Euthanasie entkriminalisiert, woraufhin bereits kurze Zeit später ein Verantwortlicher eines katholischen Krankenhauses erklärte, „dass keine prinzipielle Unmöglichkeit bestehe, aktive Sterbehilfe in einem katholischen Krankenhaus durchzuführen.“¹⁶ Hinter diesem Sinneswandel im Orden kann die Vermutung stehen, dass der

¹³ Nicht wenige Ausgaben reduzieren sich, wenn man in einem engen sozialen Umfeld lebt.

¹⁴ Vgl. Maria Wasner, Keiner stirbt für sich allein: Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfeldes bei Sterbenden, in: Frank-Josef Bormann/ Gian Domenico Borasio (Hg.): Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens, Berlin 2012, S. 83.

¹⁵ https://www.broedersvanliefde.be/sites/BVL/files/view_of_euthanasia_for_mental_suffering_in_a_non-terminal_situation_march_2017_english_version.pdf (Zugriff: 25.07.2018).

¹⁶ Frank Judo, Crazy love. Warum eine belgische Ordensgemeinschaft nichts gegen Euthanasie hat, in: Herder Korrespondenz 72 (11/ 2018) 39.

Orden ansonsten von staatlicher Seite gezwungen werden könnte, in seinen Einrichtungen aktive Sterbehilfe leisten zu müssen. Andernfalls könnte den katholischen Einrichtungen die Lizenz entzogen werden.

Die Problematik der begrifflichen Zuschreibungen am Lebensende

Seit vielen Jahrzehnten kursieren im Kontext der Behandlung von Menschen, die dem Lebensende nahe stehen bzw. die geäußert haben, dass sie sterben wollen, in besonderer Weise vier verschiedene Begriffe:

1. Passive Sterbehilfe
2. Indirekte Sterbehilfe
3. Beihilfe zum Suizid
4. Aktive Sterbehilfe

Es fällt auf, dass in allen vier Bezeichnungen das Wort „Hilfe“ enthalten ist. Das Wort „Hilfe“ wird im Allgemeinen als positiv anzusehender Begriff aufgefasst; als eine zwischenmenschliche Eigenschaft, die dem anderen Menschen Unterstützung zukommen lässt und – geschichtlich betrachtet – im Wesentlichen bei der Vorstellung einer christlichen Barmherzigkeit beginnt.¹⁷ Unausgesprochen wird dabei impliziert, dass der Mensch, dem ein anderer Mensch Unterstützung zukommen lassen will, diese (in positiver Art und Weise) als Hilfe ansieht. Dies muss in der Praxis jedoch keineswegs zwingend sein. „Gut gemeint“ ist bekanntlich nicht immer gut für den Adressaten bzw. wird von ihm keineswegs zwingend als gut empfunden. Angebliche Hilfe bzw. Unterstützung können Empfänger abschlägig beantworten.

Um das Wort „Hilfe“ in berechtigter Art und Weise verwenden zu können, muss demnach zuvor zweifelsfrei sichergestellt werden, dass beide Parteien (Anbieter und Empfänger) diese in gleicher Art und Weise so sehen. Hilfe im Sinne von „gut gemeint“, erscheint nicht selten gerade nicht als positive Unterstützung für den „Hilfempfänger“. Gerade bei Fragen um das bevorstehende Lebensende kann es zu Situationen kommen, bei denen der Wille des medizinischen Personals bzw. der Angehörigen nicht zweifelsfrei mit dem Willen des kranken bzw. sterbenden Menschen übereinstimmt. In besonderer Weise wird die Problematik deutlich, wenn wir von „aktiver Sterbehilfe“ bzw. „Beihilfe zum Suizid“ sprechen. Hierbei von „Hilfe“ zu sprechen, unterstellt die Behauptung, dass die willentliche Mitwirkung an der Herbeiführung des Todes eines Menschen, eine Form von Nächstenliebe darstellt. Diese Verallgemeinerung verbietet sich jedoch grundsätzlich, da in der gesamten Menschheitsgeschichte in zahlreichen Kulturen eine

dominierende Vorstellung vorzufinden ist, welche die Mitwirkung am Tod von Menschen abgelehnt hat und niemals als Hilfe bezeichnen würde. Das Wort „Hilfe“ sollte deshalb grundsätzlich nicht bei der Charakterisierung von Einstellungen bzw. Verhaltensweisen bei sterbenden Menschen verwendet werden, da hier von vorneherein eine objektive „Gutheit“ unterstellt wird. Diese Übereinkunft über das objektiv Gute bezüglich der vier genannten „klassischen“ Begriffe kann in der heutigen Zeit jedoch keineswegs zwangsläufig unterstellt werden.

Vom Nationalen Ethikrat (der Bundesrepublik Deutschland) – dem späteren Deutschen Ethikrat – wurden im Jahr 2006 die genannten Definitionen als ungeeignete Begriffe bezeichnet.¹⁸ Die Unterscheidung in passive und aktive Sterbehilfe kann – so der Ethikrat – in der Tat zu falschen Schlussfolgerungen führen. Von der passiven Sterbehilfe wird in der Regel gesprochen, wenn lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen, begrenzt oder abgebrochen werden. Alle diese Maßnahmen bzw. Einstellungen setzen jedoch bewusste mentale Entscheidungen voraus, sodass sie im eigentlichen Sinne nicht als passiv bezeichnet werden können, sondern mindestens einen mentalen aktiven Charakter tragen.¹⁹ Den Begriff „passive Sterbehilfe“ durch „Sterben lassen“ zu ersetzen wird den Intentionen der Ärzte bzw. dem Pflegepersonal besser gerecht, da die Unterlassung bzw. Begrenzung als bewusste und damit als aktive Entscheidung verstanden werden muss. Sie ist niemals als passive Maßnahme zu verstehen. „Die Begrenzung lebenserhaltender Behandlung als passive Sterbehilfe zu bezeichnen, ist irreführend, zumal sich die Handelnden aufgrund ihres Einsatzes zur Symptomlinderung als Aktive erleben. Sie begünstigt das Missverständnis, dass diese Entscheidung mit dem Ziel erfolgte, den Tod von Personen herbeiführen zu wollen, mithin eine normative Differenz zum Töten aufgehoben sei. Das Sterben zulassen ist etwas Anderes als den Tod herbeiführen zu beabsichtigen.“²⁰

Ebenfalls sollte die Bezeichnung „Indirekte Sterbehilfe“²¹ nicht verwendet werden. Stattdessen erscheint die Bezeichnung „Therapiezieländerung am Lebensende“ sinnvoller, da hier beispielsweise nicht mehr die Verlängerung bzw. Erhaltung des Lebens an erster Stelle steht, sondern die Linderung von Schmerzen. Diese Art der Behandlung bzw. Reaktion in Bezug auf Menschen an ihrem Lebensende kommt sehr häufig zum

¹⁷ Zum Begriff des „Helfens“ in Geschichte und Gegenwart, vgl.: Tillmann Bendikowski, Helfen. Warum wir für andere da sind, München 2. Auflage 2016.

¹⁸ Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006.

¹⁹ „Außerdem suggeriert die Formulierung ‚passive‘ Sterbehilfe als im Gegensatz zu der gesetzlich klar verbotenen ‚aktiven‘ Sterbehilfe, es gebe eine Gleichsetzung von aktiv = verboten / passiv = gleich erlaubt.“ (Stephan Sahn, Ein unmoralisches Angebot. Die Befürworter ärztlicher Suizidhilfe sind selten um Argumente verlegen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 2.11.2015, S. 8).

²⁰ Stephan Sahn, Begrenzung lebenserhaltender Behandlung vor der Sterbephase, in: Franz-Josef Bormann (Hg.): Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin 2017, S. 474.

²¹ Die mögliche Beschleunigung des Todeseintritts als unbeabsichtigte Nebenwirkung einer medikamentösen Symptomlinderung.

Tragen. Dass Menschen im Unterschied hierzu unter maximaler Behandlung versterben ist ungleich seltener der Fall.²²

Die Bezeichnung „Beihilfe zum Suizid“ sollte durch die Bezeichnung „Mitwirkung an der Selbsttötung“ ersetzt werden und die Bezeichnung „Aktive Sterbehilfe“ durch „Tötung auf Verlangen“.

Somit ergeben sich vier Bezeichnungen, die treffender und differenzierter als die „alten“ Begriffe die Einstellungen bzw. Tätigkeiten der Menschen gegenüber Sterbenden charakterisieren und damit dazu beitragen, semantische Beeinflussungen zu vermindern.

Was Menschen heute wollen

Als im Jahr 2001 das niederländische Parlament beschloss, unter bestimmten Bedingungen – etwa bei schwer heilbaren Krankheiten – den Ärzten aktive Sterbehilfe zu erlauben, war die Zustimmungsrate gemäß einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach in Deutschland zu dieser Entscheidung sehr hoch. 64 Prozent der Bevölkerung in Westdeutschland und 80 Prozent in Ostdeutschland stimmten der Aussage „Ein schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass der Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt.“ zu.²³

Diese Einstellung hat sich auch in der jüngeren Zeit nicht gravierend geändert. Eine Umfrage des gleichen Instituts aus dem Jahr 2014 ergab, dass 67 Prozent der Bevölkerung für die aktive Sterbehilfe votierten.²⁴ Ebenfalls sprach sich eine Mehrheit von 60 Prozent für die Zulassung von privaten Sterbehilfeorganisationen aus, wie sie etwa in der Schweiz bestehen. Die Zustimmung geht dabei quer durch alle Bevölkerungsschichten und weitestgehend unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung und Religionszugehörigkeit. Bei der Zustimmung zur passiven Sterbehilfe lag die Zustimmungsrate noch höher: bei 78 Prozent.

Diesem, auf den ersten Blick, eindeutigen Stimmungsbild ist eine wissenschaftliche Studie in jüngster Zeit deutlich entgegen getreten. Es wurde erkannt, dass die Aufklärung über die verschiedenen „Sterbehilfearten“ die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe deutlich beeinflusst. „So schienen die Befragten die aktive Sterbehilfe klar abzulehnen, wenn sie der Auffassung waren, dass diese Art der Sterbehilfe das gezielte Töten eines Menschen bedeutet. Wenn dagegen unter aktiver Sterbehilfe ein *Sterben-Lassen* ver-

²² „In einer eigenen Untersuchung, in der alle Todesfälle des Jahres 2009 und 2010 retrospektiv untersucht wurden, lag der Anteil der unter maximaler Behandlung verstorbenen behandelten Personen nur bei 19%. (...) Bei 81% der Patienten kamen (...) Therapiebegrenzungen oder Therapiezieländerungen zum Tragen.“ [vgl. Reimer Riessen/ Michael Haap, Entscheidungskonflikte beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen aus intensivmedizinischer Sicht, in: Franz-Josef Bormann (Hg.): Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“, Berlin 2017, S. 483].

²³ Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.): Allensbacher Berichte Nr. 9/ 2001: Mehrheit für aktive Sterbehilfe, S. 1 (Archiv-Nummer der Umfrage: 7004).

standen wurde, war die Einstellung zur ‚aktiven‘ Sterbehilfe demgemäß zustimmend.²⁵ Laut der Verfasserin der Studie, spricht sehr viel dafür, dass bei Umfragen die aktive Sterbehilfe mit der passiven verwechselt wird. Ein Beleg hierfür ist die Aussage, dass über 50 Prozent der angesprochenen Personen auf die Frage „Ist das Abschalten des Beatmungsgerätes eine Maßnahme der aktiven Sterbehilfe?“, mit „Ja“ geantwortet haben.²⁶ Die hohe Zustimmung zur vermeintlichen „aktiven Sterbehilfe“ kommt somit weithin dadurch zustande, dass viele Menschen eine Zustimmung zur passiven Sterbehilfe gegeben haben. Die Verfasserin hält fest, dass sich in Wirklichkeit nur eine Minderheit für die aktive Sterbehilfe ausspricht, wenn man die Menschen zuvor über die Inhalte der jeweiligen „Art des Sterbens“ aufgeklärt hat. „Das Töten eines schwerkranken Menschen (auf Verlangen) ist von allen Alternativen der Sterbehilfe die schlechteste. Nicht die aktive Sterbehilfe sollte in das Gesundheitswesen implementiert werden, sondern eine Humanisierung der Sterbesituation des Menschen.“²⁷

Die Situation in den Niederlanden

Eine gesellschaftliche Auseinandersetzung um Sterbehilfe hat es bereits in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in den Niederlanden immer wieder gegeben. Im Jahr 1973 wurde eine Sterbehilfeorganisation gegründet (NVVE; „Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende“), die den Standpunkt vertrat und bis heute vertritt, dass es einem Arzt möglich sein sollte, das Leben eines Patienten auf dessen Verlangen zu beenden.²⁸ Diese und weitere Initiativen führten schließlich zu einer dahingehenden gesetzlichen Regelung.

Im Jahr 2001 ist in den Niederlanden ein Sterbehilfegesetz verabschiedet worden, das ein Jahr später in Kraft gesetzt wurde. Mit ihm fand eine langjährige Auseinandersetzung um die Zulassung von aktiver Sterbehilfe einen vorläufigen Abschluss. Faktisch ist es jedoch bereits in den 80er Jahren gewesen, dass aktive Sterbehilfe toleriert wurde. Laut dem Gesetz darf ein Arzt das Leben eines Patienten entweder durch die Verabreichung eines Medikamentes mit einer tödlichen Dosis beenden oder ihm ein Medikament

²⁴ Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.): Allensbacher Kurzbericht vom 6.10.2014: Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe, S. 1-6 (Archiv-Nummer der Umfrage: 11029).

²⁵ Constanze Hübner, Sterbehilfe – ein unbekanntes Terrain. Empirische und ethische Analysen zu einem guten Lebensende, Stuttgart 2016, S. 208.

²⁶ Ebd., S. 210.

²⁷ Ebd., S. 218. Vgl. auch: Constanze Hübner/ Andreas Frewer, Lebensende und Sterben – ein zu wenig bekanntes Feld. Empirische Studien zum Meinungsbild in der deutschen Bevölkerung, in: Caroline Welsh u.a. (Hg.): Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis, Bielefeld 2017, S. 119-137.

²⁸ Dem Verein sind bis zum Jahr 2015 ca. 160.000 Menschen in den Niederlanden beigetreten (vgl. Harro Albrecht, Ein Hausarzt, der sterben hilft. Die Niederlande gelten als liberales Vorbild für den assistierten Suizid, in: Die Zeit vom 29.04.2015, S. 35).

zur Verfügung stellen, das es ihm ermöglicht, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen. In dem Gesetz werden im Wesentlichen vier Bedingungen für dieses Verhalten genannt:

- der Arzt muss vom Patienten ausdrücklich um das Sterben gebeten werden;
- der Arzt muss sich von dem aussichtslosen und unerträglichen Leiden des Patienten selbst ein Bild machen und davon überzeugt sein;
- er muss zuvor mindestens einen anderen Arzt zu Rate ziehen;
- der Arzt muss sein Handeln anmelden, woraufhin eine Kontrollkommission die Einhaltung der Bedingungen untersucht.

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist die Anzahl der gemeldeten Fälle für aktive Sterbehilfe kontinuierlich gestiegen. In den letzten Jahren (2016, 2017) stiegen die „Sterbehilfe-Fälle“ jeweils im zweistelligen Bereich. Rund 6000 Menschen sind im Jahr 2017 „euthanasiert“ worden, von denen bei mehreren hundert Fällen keine klare Einwilligung vorlag. Zynisch könnte man sagen: „Für die Niederländer ist die Sterbehilfe das, was für die Deutschen die Autobahnen sind – sie sind stolz darauf.“²⁹

Im Jahr 2011 wurde erstmals von einer regionalen „Kommission zur Kontrolle der Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung“ einstimmig ein Fall von aktiver Sterbehilfe bei einer Patientin mit fortgeschrittener Demenzerkrankung befürwortet. Seit dieser Zeit steigt auch hier die Zahl der jährlichen Tötungen von Demenzpatienten kontinuierlich.

Im Jahr 2012 lag die Zahl der gemeldeten Fälle bei annähernd 4000, womit etwa drei Prozent der gesamten Sterbefälle in den Niederlanden für das Jahr abgedeckt sind.³⁰ Im gleichen Jahr wurde in Den Haag eine „Lebensende-Klinik“ eröffnet.³¹ „Die Klinik bietet Patienten, die sterben möchten, die Möglichkeit eines Klinikaufenthalts in Den Haag, wo aufgrund des Gesetzes aktive Sterbehilfe oder eine Beihilfe zum Suizid angeboten werden kann.“³² Zusätzlich verfügt die Klinik über mobile Teams, die Patienten zu Hause aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid leisten.

Die „Sterbehilfevereinigung“ (NVVE) beschäftigt in ihrem Büro in Amsterdam etwa 30 Mitarbeiter und verfügt über 165 Berater.³³ Ihren Mitgliedern bietet die Vereinigung eine umfassende Beratungstätigkeit, wobei es unter anderem darum geht, ob die ratsu-

²⁹ Merle Schmalenbach, Die Lebensmüden. Jedes Jahr lassen sich etwa 6000 Menschen in den Niederlanden durch aktive Sterbehilfe töten. Doch jetzt regt sich Protest, in: Christ & Welt vom 15.02.2018 (Nr. 8/2018), S. 5. Vgl. auch: Detlef Drewes, Der Tod kommt per Post für 180 Euro. „Euthanasie“ in den Niederlanden: 6000 Fälle im letzten Jahr – 400 ohne klare Einwilligung, in: Kölnische Rundschau vom 31.01.2018, S. 3. Die aktive Sterbehilfe entstammt in den Niederlanden ursprünglich einem emanzipatorischen Projekt der 68er-Bewegung (vgl. Harro Albrecht, Ein Hausarzt, S. 35).

³⁰ Vgl. Gerbert van Loenen, Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt, Frankfurt/ M. 2014, S. 76 (die Originalausgabe in niederländischer Sprache erschien im Jahr 2009).

³¹ Vgl. <https://www.levenseindekliniek.nl>

³² Ebd., S. 107.

³³ Die genannte Anzahl der mitarbeitenden Personen entspricht dem Jahr 2016 [vgl.: NVVE (Hg.): Über die letzte Lebensphase. Ein Leitfaden zum Nachdenken, Reden und Entscheiden, Amsterdam 2016, S. 34].

chende Person die richtigen Mittel zusammengetragen hat, um zur Selbsttötung schreiten zu können.³⁴

Gesellschaftlich scheint die Euthanasie, die in den Niederlanden keine negativen Assoziationen in der Bevölkerung aufkommen lässt, weithin akzeptiert. „Wen man in den Niederlanden auch anspricht, jeder kennt irgendjemanden, der sein Leben mit einer Euthanasie beendet hat; jeder weiß von Freunden, die es planen, oder sieht es als selbstverständliche beruhigende Option bei auswegloser Krankheit.“³⁵

Ethische Aspekte

Die für die Niederlande beschriebene weitgehend akzeptierte Form der ärztlichen Suizidbeihilfe bringt unweigerlich eine Verkehrung der Beweislast mit sich: Die „zählebigen alten und kranken Menschen“, Behinderte, Demente und Hochbetagte müssen der Gesellschaft gegenüber immer wieder neu „beweisen“, dass ihre Existenz berechtigt erscheint, da ein „sozialverträgliches“ Ableben als Möglichkeit im Raum steht. Wer meint, dass die meisten Menschen am Lebensende selbstbestimmt („autonom“) entscheiden könnten, verkennt die Realität zutiefst. Die Fähigkeit zur autonomen Selbstbestimmung ist vielmehr als anspruchsvolle körperliche und mentale Voraussetzungen gebunden, die keineswegs selbstverständlich sind.³⁶ Nicht „Selbstbestimmung“ stellt den Kern der Menschenwürde dar, sondern sie ist allenfalls einer ihrer Aspekte. „Statt einer Fokussierung auf die Autonomie, die in den Grenzsituationen menschlichen Lebens in ihren tatsächlichen Realisierungsbedingungen zumeist prekär ist, brauchen wir eine inklusives, realistischeres und ganzheitliches Verständnis menschlicher Würde.“³⁷

Einen moralisch gravierenden Unterschied zwischen dem Sterbenlassen und der Tötung eines Menschen nicht mehr anzunehmen, „ist der Einstieg in eine Gesellschaft, die unter dem Deckmantel der Freiheit sich de facto von der unhintergehbaren Verpflichtung verabschiedet, sich in einer Unabdingbarkeit gegen die Ausweglosigkeit der Patienten zu engagieren.“³⁸

Die zuletzt im Jahr 2015 in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommene gesetzliche Novellierung der Suizidbeihilfe hat die grundsätzliche Problematik nicht kleiner werden lassen.³⁹ So hat das Bundesverwaltungsgericht mit seinem Urteil vom März 2017 das

³⁴ Vgl. ebd., S. 35.

³⁵ Harro Albrecht, Ein Hausarzt, S. 35.

³⁶ Vgl. Franz-Josef Bormann, Ärztliche Suizidbeihilfe aus Sicht der katholischen Moralthologie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 61 (2015) 202.

³⁷ Christian Hillgruber, Die Menschenwürde, S. 43. Vgl. auch: Hermann Gröhe, Die Würde des Menschen ist unantastbar – bis zuletzt!, Freiburg/ Br. 2017.

³⁸ Giovanni Maio, Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin, in: Rainer Maria Woelki u.a., Wie wollen wir sterben? Beiträge zur Debatte um Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Paderborn 2016, S. 51.

³⁹ Vgl. Felizia Merten, Suizidbeihilfe: Zwischen Verbot und Förderung, in: Herder Korrespondenz 69 (2015) 619-620.

Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe konterkariert, da es das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in der Pflicht sieht, Patienten in extremen Notlagen eine schmerzlose Selbsttötung zu gestatten. Es entspricht auf jeden Fall nicht den Tatsachen – wie dies von Befürwortern ärztlicher Suizidbeihilfe bisweilen vorgetragen wird –, dass durch die jetzige Gesetzeslage eine Kriminalisierung von Ärzten und anderen Personengruppen erfolgen würde. „Kein Verfahren ist anhängig, kein Arzt verurteilt, die Zahl der Danksagungen an Pflegende und Ärzte für die gute Begleitung Sterbender in Todesanzeigen ist nicht rückläufig – eher umgekehrt.“⁴⁰

Dass es einen kleinen Prozentsatz an sterbenden Menschen gibt, bei denen die Palliativmedizin an ihre Grenzen stößt, soll bzw. darf keineswegs verschwiegen werden. Doch trotz der suggestiven Kraft mancher Einzelfälle und der damit einhergehenden emotionalen Betroffenheit ist aus ethisch-moralischer Sicht eindeutig festzuhalten, „dass Extremsituationen nicht zur Grundlage einer allgemeinen Regelung werden dürfen. Wenn in solchen Fällen dennoch Beihilfe zur Selbsttötung erwogen wird, dann ist der, der sie erbringen soll, auf sein eigenes Gewissen zurückgeworfen.“⁴¹ Im Übrigen kennt unsere Gesetzgebung die Rechtsfigur des „übergesetzlichen Notstands“. Hier kann von richterlicher Seite von Strafe bzw. Verurteilung abgesehen werden. „Im Grunde aber sind die Tötungen Ausdruck dessen, dass die Übermacht des Todes den Menschen seiner Autonomie beraubt, ihn zur Ohnmacht verurteilt und zu einer Tat der Verzweiflung nötigt, die nur den Schein der Macht über den Tod aufrechterhält.“⁴²

Besinnung auf eine (christliche) Lebens- und Sterbekultur

Ob das Sterben eines Menschen gelingen wird, kann der Mensch maximal für sich selbst endgültig in den Blick nehmen. Dies stellvertretend für andere tun zu wollen, scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein. Ähnliches gilt jedoch auch für das Leben selbst. Dass Gelingen des Lebens (angesichts des Todes) ist weniger von äußeren Lebensabläufen mit den vielfältigen Ereignissen abhängig als von den inneren Sinnzusammenhängen, die der Mensch seinem Leben beimisst. „Das Gelingen liegt in einem Ausblick auf das Ganze des Lebens, das wir uns zueignen, mit dem wir uns identifizieren können.“⁴³ Da in unserem Lebensumfeld in den vergangenen Jahrzehnten für viele Menschen eine gesteigerte Wahlmöglichkeit in vielerlei Hinsicht möglich erscheint, bedeutet die jeweilige

⁴⁰ Stephan Sahn, Das Phantom der Kriminalisierung. Das Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe macht nicht die Ärzte strafbar, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 19.02.2018, S. 13.

⁴¹ Johannes Reiter, Zur Diskussion um die Suizidbeihilfe. Dem Sterbenden seine Würde lassen, in: Herder Korrespondenz 70 (2/2016) 29.

⁴² Ulrich Eibach, Tötungswünsche und Beihilfe zur Selbsttötung – Überlegungen aus der Sicht der Krankenseelsorge, in: Franz-Josef Bormann/ Verena Wetzstein (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik, Berlin 2014, S. 491.

⁴³ Thomas Fuchs, Zum Gelingen des Lebens im Sterben, in: zur debatte. Themen der Katholischen Akademie in Bayern 5/2017, S. 2.

Wahl immer zugleich auch den Ausschluss bzw. ein in den Hintergrundtreten von anderen Möglichkeiten. Diese „Begrenzung“ empfinden nicht wenige Menschen – sei es bewusst oder unbewusst – als Kränkung. Doch gerade eine positive Annahme dieser persönlichen Begrenzung ist für eine realistische Selbst- und Weltwahrnehmung unentbehrlich. Andersfalls ist der Mensch von depressiven Erkrankungen bedroht. „Denn so wie eine negative Lebensbilanzierung in Selbstanklagen, Selbstentwertung und schließlich in eine Depression münden kann, so geht die Depression umgekehrt mit maßlosen, quälenden Selbstvorwürfen einher.“⁴⁴ Bei alledem ist es wichtig, perfektionistischen Selbstansprüchen eine Absage zu erteilen. Gerade in Bezug auf das Lebensende geht es darum, eine Haltung der Aufrichtigkeit einzunehmen, in der die Möglichkeit offen gehalten wird, manche unerledigte Aufgabe zu einem Abschluss bringen zu können: z.B. Konflikte zu bereinigen und sich mit anderen Menschen zu versöhnen.

In der so bedrängenden Zeit des Zweiten Weltkriegs schrieb der Schriftsteller Werner Bergengruen (1892-1964) im Jahr 1942 sein Gedicht von der „Himmlichen Rechenkunst“, in dem weder die Länge des irdischen Lebens noch die erbrachten Leistungen als entscheidende Koordinaten angesprochen werden: „Was dem Herzen sich verwehrte, laß es schwinden unbewegt. Allenthalben das Entbehrte wird dir mystisch zugelegt. Liebt doch Gott die leeren Hände, und der Mangel wird Gewinn. Immerdar enthüllt das Ende sich als strahlender Beginn.“⁴⁵

Das Ziel einer medizinischen Behandlung kann nicht sein, die Krankheit mit allen Mitteln bekämpfen zu wollen. Ein therapeutischer Übereifer auf der einen Seite und aktive Sterbehilfe auf der anderen wollen die Begegnung mit dem Tod verhindern. Demgegenüber ist der Gedanke des eigenen Todes anzusiedeln, den jeder Mensch in Würde zu sterben das Recht hat. „Die Änderung des Therapieziels von kurativ zu palliativ muss (...) immer individuell erarbeitet werden und darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig sein.“⁴⁶ Sterbebegleitung ist im umfassenden Sinne ein Gebot der Gerechtigkeit, die ebenso wie die Gesundheitsvorsorge und die Einrichtungen der kurativen Medizin zu den Gemeinschaftsaufgaben einer humanen Gesellschaft gehört.

Der beste Sterbebegleiter ist nicht in erster Linie der kluge Ratgeber, der studierte Fachmann, sondern es ist zunächst jemand, der geduldig mitgeht und zuhören kann. Eine partielle Sinngebung des Todes ist hierbei zum Scheitern verurteilt: Weil der Tod zum Ganzen des Lebens gehört, kann er nur von einem Lebensentwurf her Sinn erhalten, der auf das ganze Leben zielt. Viele Untersuchungen haben ergeben, dass Sterbende nie ohne Hoffnung sind, insbesondere wenn ihre Begleiter nicht vor der eigenen Ohn-

⁴⁴ Ebd., S. 5.

⁴⁵ <https://www.kirche-in-not.de/downloads/2009-rudolf-grulich-ueber-werner-bergengruen.pdf> (Zugriff: 9.8.2018).

⁴⁶ Eggert Beletes, Über die Diskussion in der deutschen Ärzteschaft zum Thema „aktive Sterbehilfe“, in: Klaus-M. Kodalle (Hg.): Das Recht auf ein Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive, Würzburg 2003, S.45-46.

macht davonlaufen. Gläubige Christen lernen, gerade in Stunden der Anfechtung an Gott festzuhalten, in der sie Kraft, Geborgenheit und Sicherheit erhalten. Doch wie das Ausatmen zum Einatmen gehört, so ist das Loslassen ebenso notwendig für den Glauben wie das Sich-Festhalten an Gott. Der gläubige Mensch sieht sein irdisches Leben als eine ihm von Gott her zugedachte Zeitspanne, die er am Ende seines Lebens zurückgibt. Das Gebet kann hierbei eine Hilfe zur Bewältigung der Ohnmacht sein, wenn der Betreuer mit dem Erleben des Sterbenden mitgeht. Nach dem biblischen Zeugnis will Jesus Christus selbst im Sakrament der Krankensalbung dem Menschen in seiner bedrückenden Lebenssituation im tiefsten Sinne des Wortes begegnen. Das eigentliche Sakrament des Heimgangs für den Glaubenden ist nach der Tradition der Kirche die hl. Eucharistie, die ihm für das letzte Wegstück Kraft gibt.

Der heilige Karl Borromäus (1538-1584) wurde einmal gefragt, was er tun würde, wenn er wüsste, dass er in Kürze sterben würde. Er antwortete: „Ich würde das, was ich tue, besonders gut tun.“⁴⁷ Karl Lehmann sieht in dieser Einstellung die gelungene Form der Überwindung der Lebensangst, „das Sich-Vollstopfen mit allem, was man noch erreichen kann.“⁴⁸

Drei Elemente können in Bezug auf den christlich-humanen Umgang mit dem sterbenden Menschen unterschieden werden: 1. die Schmerztherapie; 2. die Pflege; 3. die Begleitung durch menschlichen Kontakt und Gespräch. Allen drei Grundformen hat sich die Palliativmedizin und die Hospizbewegung verpflichtet. Die Vorbereitung auf das eigene Sterben meint die Aufgabe, den Sinn des eigenen Lebens zu finden. Für den gläubigen Menschen ist die irdische Lebenszeit dabei ein ihm von Gott her zugedachter Auftrag, den er am Ende seiner geschichtlichen Existenz zurückgibt.

Die Hospizidee ist in keiner Weise mit irgendeiner Form aktiver Sterbehilfe kompatibel. Es wäre ein fatales Signal an uns alle im Allgemeinen, aber vor allem an Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige von Schwerkranken und Sterbenden im Besonderen, wenn – im Zuge der Ausweitung palliativmedizinischer und hospizlicher Initiativen in den vergangenen Jahren – aktive Sterbehilfe rechtlich zugelassen würde.

Die Zunahme der alten und kranken Menschen stellt unsere hoch technisierte Gesellschaft vor die Entscheidung. Befürworten wir zunehmend die aktive Sterbehilfe, so werden wir dies mit dem Verlust einer menschenwürdigen Sterbekultur bezahlen müssen. An die Stelle von Glaube, Hoffnung und Liebe wird Angst und Verzweiflung treten, da unsere Gesellschaft verlernt hat, Krankheit und Leiden als natürliche Stationen auf dem Lebensweg anzusehen. Weithin steckt hinter der Aussage „Ich will endlich sterben!“ der Hilferuf „So will ich nicht mehr leben!“ Allein aus diesem Grund erscheint es humaner zu sein, Leiden erträglicher zu machen, als Leid samt Mensch zu beenden.

⁴⁷ Zitiert nach: Karl Kardinal Lehmann, Die Würde des Alters und die Vollendung des Lebens, Leipzig 2018, S. 35.

⁴⁸ Ebd.

Es ist an der Zeit, dass eine Praxis menschenwürdigen Sterbenlassens angesichts der neuen technischen Möglichkeiten wieder erlernt und eingeübt wird.

Sterbebegleitung ist nicht allein eine Aufgabe des Arztes, der Krankenschwester, der Pfleger und Angehörigen, sondern Sterbebegleitung ist eine Aufgabe, die jeden Menschen in der Gesellschaft angeht. Die „Kunst des Sterbens“ besteht nicht in irgendeiner speziellen Technik, sondern sie wird vielmehr mitten im Leben eingeübt, nicht an den Rändern des Lebens, sondern gerade dort, wo wir am intensivsten leben: in der Liebe zu Gott und dem Nächsten.⁴⁹

Auch Christen stehen heute bisweilen in der Gefahr, „zu jenseitsvergessenen Kandidaten des Diesseits zu werden. Die Moderne scheint viele Christen endlich eingeholt zu haben.“⁵⁰ Das Dilemma ist in einigen europäischen Ländern offensichtlich: bereits kurze Zeit nach dem im Jahr 2002 in Belgien In Kraft getretenen Gesetz bezüglich einer freizügigen Handhabung in Bezug auf die aktive Lebensbeendigung, ist darauf hingewiesen worden, dass dies dazu führen wird, dass auch katholischen Krankenhäusern der Entzug der Lizenz oder staatlicher Förderung in Zukunft droht, wenn sie sich weigern, aktive Sterbehilfe durchzuführen.⁵¹ Diese Befürchtung ist inzwischen eingetreten.

Wenn Gesellschaften die vorbehaltlose Annahme des Menschen in seiner körperlich-geistigen Kontingenz verweigern und es sich immer mehr zum Programm machen, ihn nach fremden Interessen zu bevormunden, mit der Verneinung seines Wertes als Selbstzweck, wird der Kernbereich seiner Existenz angetastet. Der Mensch gibt damit Schritt für Schritt die Subjektstellung seines Selbst auf, um die er im Laufe seiner Geschichte immer wieder ringen musste. Der christliche Gedanke der Gottebenbildlichkeit des Menschen und die Aussage von Immanuel Kant der Selbstzwecklichkeit des Menschen, drohen in den diskursiven Auseinandersetzungen, deren Vertreter jeweils für sich das Attribut „vernünftig“ beanspruchen, unterzugehen.

⁴⁹ Vgl. hierzu: Annelie Keil/ Henning Scherf, Das letzte Tabu. Über das Sterben reden und den Abschied leben lernen, Freiburg/ Br. 2016.

⁵⁰ Hubert Windisch, Der Tod – Tor zum Leben? Ein theologischer Essay, in: Rainer Beckmann u.a. (Hg.): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, Krefeld 2004, S.151.

⁵¹ Vgl. Roland Kipke, Sterbehilfe in Belgien, in: Rainer Beckmann u.a. (Hg.): Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, Krefeld 2004, S.256. Die Tötung auf Verlangen ist in Belgien auch zulässig, wenn ein Patient sich nicht in einer ausweglosen medizinischen Situation befindet, sondern über ständige psychische oder „andauernde und unerträgliche“ Leiden klagt.