

Überlebenswichtig

Darf man einem Menschen bei seinem Wunsch, sich selbst das Leben zu nehmen, helfen oder nicht? Zur Beantwortung dieser Frage liegen zwei neue Gesetzesentwürfe vor.

Aus ethischer Sicht sind beide problematisch.

Von Monika Bobbert

Pro Jahr sterben laut Statistischem Bundesamt in Deutschland etwa 9000 Menschen durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche übersteigt die Zahl der vollzogenen Suizide um ein Vielfaches. Die Auffassung, dass unter bestimmten Bedingungen ein Suizid hingenommen werden sollte, findet gesellschaftlich zunehmend Akzeptanz.

Sollen Außenstehende einen Menschen bei der Entscheidungsfindung und Durchführung eines Suizids unterstützen oder den Weg zu Therapie- und Betreuungsangeboten anbahnen und ihn oder sie im Notfall retten? Können Außenstehende zwischen Menschen mit autonomem Suizidwunsch, mit ambivalentem Willen oder mit einer psychischen Krankheit zuverlässig unterscheiden?

Ende Januar 2021 haben Bundestags-abgeordnete unterschiedlicher Parteien zwei Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Suizidhilfe vorgelegt: einerseits FDP, SPD und Linke, andererseits die Grünen. Beide Entwürfe gehen davon aus, dass ein autonom gebildeter freier Wille die Grundlage für eine Suizidhilfe bilden muss. Als konkrete Vorbedingungen werden genannt:

- Ein Verfahren soll Freiheit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches sicherstellen.
- Eine Beratung soll Information und Kenntnis von Alternativen gewährleisten und die Tragweite des Suizid-Handels erkennbar machen.
- Zudem ist eine Wartezeit zwischen Beratung und Verschreibung eines tödlichen Medikaments vorgesehen.

Der Entwurf der Grünen um die Abgeordnete Renate Künast unterscheidet zwischen Menschen, die ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben, und Menschen, die einen Suizid aus anderen Gründen durchführen wollen. Bei letzteren sind die Anforderungen höher. In jedem Fall haben die sterbewilligen Menschen ihren Entschluss zu erläutern – entweder Ärzten oder Beratern.

Die Vorstellungen von Selbstbestimmung greifen zu kurz

Der Gesetzesentwurf der Grünen schließt Menschen mit einer psychischen Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit aus, der interfraktionale Entwurf lediglich Menschen mit einer „akuten psychischen Störung“. Beide gehen von einem Menschen aus, der rational das Für und Wider eines Suizids

abwägt und dann seine Entscheidung fällt. Eine solche Vorstellung von Selbstbestimmung oder Autonomie greift zu kurz, weil wir soziale und politische Wesen sind und weil eine Selbsttötung irreversibel ist. Beide Gesetzesentwürfe enthalten Annahmen zur Selbstbestimmung, die kritischen Nachfragen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht standhalten.

Weltweit haben neun von zehn Menschen, die einen Suizid vollziehen, zum Zeitpunkt der Selbsttötung nach psychologischen Autopsien eine psychische Erkrankung: bei rund 60% eine Depression, bei rund 20% eine Suchterkrankung, bei jedem Zehnten eine schizophrene Psychose (Wolfersdorf, 2015, *Suizidbeihilfe bzw. ärztlich assistierter Suizid. Eine psychiatrische Position, Nervenheilkunde* 6, 542). Bei 5 bis 12% der Suizidenten liegt keine Diagnose einer psychischen Störung vor. Die Weltgesundheitsorganisation nennt 2014 in ihren Empfehlungen zur Suizidprävention als allgemeine externe Risikofaktoren unter anderem niedriges Einkommen, Katastrophen, Belastung durch Akkulturation, Diskriminierung, Isolation, Erfahrung von Missbrauch und Gewalt. Individuelle Risikofaktoren sind neben psychischer Erkrankung auch finanzielle Krisen, chronischer Schmerz, konflikthafte Beziehungen und familiäre Suizidvorbilder.

Oft gibt es vor dem Suizid nicht den eindeutigen Todeswunsch

Bei der Frage, ob eine Selbsttötung das Ergebnis einer selbstbestimmten Überlegung und Handlung sein kann, betont der Psychiater Manfred Wolfersdorf, dass überlebte oder abgebrochene Suizidversuche in 80 bis 90 Prozent der Fälle nicht wiederholt werden. Zudem gebe es oft Phasen der Ambivalenz, des Appells und der inneren Zerrissenheit zwischen „So-nicht-leben-Können“ und Lebenswunsch. Häufig liege eine komplexe Motivstruktur und kein eindeutiger Todeswunsch vor.

Angesichts der (psychiatrischen) Kontroverse, ob und wenn ja, wie sich „Freitod“ und „psychische Krankheit“ unterscheiden lassen, machte der theologische Ethiker Adrian Holderegger bereits Ende der 1980er Jahre darauf aufmerksam, dass sich gerade um die Annahme, dass Menschen scheinbar bei völliger seelischer Gesundheit und aus scheinbar freier Willensentscheidung in den Tod gehen, heftige Diskussio-

nen entzündeten. Ein suizidgefährdeter Mensch sei aber meist nicht in der Lage, an seinem Leben festzuhalten. „Verstehen wir Freiheit nicht so sehr als Freiheit der Wahl, sondern als jene Fähigkeit, zu sich selbst Distanz zu gewinnen, die Dinge sachangemessen einzuschätzen und die Lebenskonsequenz auch unter veränderten Situationen durchzuhalten, dann muss man von der Tatsache ausgehen, dass die allerwenigsten Suizidanten diese Fähigkeit noch besitzen.“ (*Recht auf den freigewählten Tod?* 2002, 78)

Mit Blick auf medizinische Erkenntnisse sei eine Suizidhandlung der Abschluss einer kognitiven und emotionalen „Einengung“, die eine normale psychische Selbststeuerung nicht mehr erlaube. Holderegger reformuliert den Suizidwunsch als Ausdruck einer unbewältigten Sinnfrage. Damit seien weniger Fragen nach dem theologischen Sinn gemeint als vielmehr Zwischenmenschliches: „Gibt es einen Menschen, der zuverlässig zu mir hält? Gibt es ein menschliches Du, das mich versteht?“ (2002, 86)

Nahestehende können in eine psychische Verstrickung geraten

Nahestehende, aber auch Psychologen und Psychiater können in eine psychische Verstrickung mit dem Suizidwilligen geraten und die negative Sicht des Betroffenen übernehmen, weil Distanz und Perspektiventrennung schwierig werden. Bei dem psychischen Phänomen der „Übertragung“ pflichten Menschen aus dem Umfeld etwa der „Alternativlosigkeit“ bei und sind überfordert damit, langfristige Alternativen zu erschließen.

Der aus der Ökonomie entlehnte Begriff der „Bilanz“ verkürzt das Phänomen der Deutung des eigenen Lebens und die Aufgabe der Sinnfindung. Autonomie als Authentizität lässt sich zum Beispiel nach Hans Krämers „Integrativer Ethik“ (1995) durch philosophische Lebensberatung finden. Demzufolge sei eine Lebensbilanz als Gesamtbilanz im Singular nicht denkbar, da sich Ziele und Interpretationen wandeln. Der französische Philosoph Ricœur erschließt Identität und Authentizität über Erinnern und Erzählen (*Das Selbst als ein Anderer*, 1996). Dies bedeutet nach innen gerichtet, dass die Lebensbilanz immer wieder neu erinnert, gedeutet und erzählt werden kann.

Es besteht Einigkeit, dass die Abwesenheit offensichtlichen äußeren Zwangs für die Selbstbestimmtheit eines Suizidwunsches nicht ausreicht. Außenstehende müssen sich also darüber hinaus ein Urteil über die Lebenssituation des Suizidwilligen bilden. Zum Beispiel: Ein junger Mensch mit Liebeskummer muss gerettet werden, ein alter Mensch mit einer progredienten Krankheit soll seinem Selbsttötungswunsch folgen dürfen. Auch in ethischen Diskussionen und rechtlichen Regelungen werden unterschiedliche Bedingungen aufgestellt, um die Plausibilität eines Suizidwunsches von außen zu beurteilen.

In den beiden Gesetzesentwürfen werden genannt: „Abwesenheit einer akuten psychischen Erkrankung“, „Alternativlosigkeit“, „gewisse Dauerhaftigkeit“, „innere Festigkeit“, „Ernsthaftigkeit“, „realitätsgerechtes Abwägen des Für und

Wider“. Prozedural werden Information, Beratung und zeitlicher Abstand zwischen Beratung und Verschreibung des tödlichen Medikaments genannt – oder im Fall einer „medizinischen Notlage“ die Bestätigung zweier Ärzte. Das Geschehenlassen eines Suizids oder die Beihilfe zum Suizid werden also im Hinblick auf Zusatzbedingungen diskutiert.

Wie lassen sich gerade diese speziellen Bedingungen begründen, und wer kann beurteilen, wann die aufgestellten Bedingungen erfüllt sind? Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, das sich durch den Begriff „Suizidwunsch“ oder „Entscheidung für einen Suizid“ nur teilweise erfassen lässt. So erläutern die Psychologen Thomas Forkmann, Tobias Teismann und Heide Glaesmer in „Diagnostik von Suizidalität“ (2016, 11): „Suizidalität ist kein Alles-oder-Nichts-Phänomen. Der Begriff umfasst vielmehr die ganze Bandbreite von passiven Suizidgedanken und Suizidwünschen über aktive Suizidgedanken und konkrete Suizidabsichten bis hin zu Suizidversuchen und Suiziden.“ Zudem zeichne sich das Phänomen Suizidalität durchgängig durch Hoffnungslosigkeit aus, meist auch durch „Unerträglichkeit“, „Ausweglosigkeit“ und eine „kognitive Einengung“.

Das Kriterium der „Alternativlosigkeit“ ist sozial blind

Diese von der Suizidforschung belegten Symptome sind durchaus geeignet, die aktuelle Willensbildung einzuschränken. Sie geben sogar Anlass zu der Vermutung, dass die Kriterien der „inneren Festigkeit“ und der „Dauerhaftigkeit“ die Gefahr bergen, mit den oben genannten Symptomen verwechselt zu werden. Denn ein starrer, auf kognitiven Einengungen beruhender Suizidwunsch wäre gerade kein Wille, der sich durch umsichtige Reflexion auszeichnet. Die Einführung einer Zeitdauer löst das Problem nicht. Eigentlich müssten Außenstehende beim Kriterium „innere Festigkeit“ den subjektiven Reflexionsprozess, ja letztlich die Plausibilität einer biografischen Selbstrekonstruktion bewerten. Das kann und will niemand.

Wenn bei einem suizidwilligen Menschen von der „Alternativlosigkeit“ eines persönlichen Zustands oder einer Situation die Rede ist, ist meist gemeint, dass der Suizidwillige die angebotenen Alternativen als für sich nicht akzeptabel beurteilt. Doch diese subjektive Bewertung können Außenstehende weder legitimieren noch verwerfen. Wenn in anderen Situationen die „Alternativlosigkeit“ einer (Lebens-)Situation bestätigt wird, bedeutet dies entweder mangelnde Freiheit, ja unter Umständen sogar ein Unter-Zwang-Stehen der Akteure. Zudem ist das Kriterium der „Alternativlosigkeit“ sozial blind und bekräftigt bestehende Verhältnisse. Ein konstruktives Erschließen anderer Möglichkeiten kann meist nur in Interaktion mit anderen Menschen erfolgen. Mit dem bloßen Feststellen der Alternativlosigkeit wird die Wechselwirkung zwischen Person und Umgebung ausgeblendet. Trauer- und Anpassungsprozesse nach kritischen Lebensereignissen brauchen Zeit und Unterstützung von außen.

Das Kriterium des „unerträglichen Leidens“ gilt vielen Befürwortern als wichtiges Zusatzkriterium für das Geschehenlassen eines Suizids oder für die Suizidassistenten. Doch Mitleid als Gefühl ist unzuverlässig: Außenstehende können Mitleid empfinden oder auf Distanz gehen.

Der Ethiker Frank Mathwig macht darauf aufmerksam, dass „unerträgliches Leiden“ weder eine medizinisch-empirische, rechtliche noch ethische Kategorie ist. „Wir verfügen über keine Kriterien, die ‚Unerträglichkeit eines Leidens‘ objektiv festzustellen ... Unerträgliches Leiden ist immer und ausschließlich das Leiden einer konkreten Person, das dieser unerträglich geworden ist“, schreibt Mathwig in „Luxus Sterben? Zur aktuellen Kontroverse um Suizidhilfe und Sterbebegleitung“.

Das Leiden eines Menschen ist Außenstehenden prinzipiell nicht zugänglich. Unerträgliches Leiden zu bewältigen benennt eine Herausforderung, die sich grundsätzlich nur an die leidende Person selbst richten kann. Dem Leiden einer anderen Person zu begegnen, setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, sich die eigene Ohnmacht einzugestehen. Man kann niemand sein Leiden – als existentielle, leibhaftige Form des Sich-selbst-Erlebens – ablehnen, sondern lediglich die zugänglichen Bedingungen der Lebenssituation beeinflussen.

Außerdem lässt sich der Problemanzeige der „Unerträglichkeit“ des Leidens nicht entnehmen, welches Mittel aus ethischer Sicht vertretbar ist. Es ist sehr fraglich, ob sich aus Mitleid „Töten gegen Leiden“ im Sinne einer Suizidassistenten rechtfertigen lässt.

Befürworter des assistierten Suizids, die Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen mit Suizidwunsch annehmen, gehen von einem verkürzten Verständnis von Selbstbestimmung aus. Wir leben nicht nur aus uns selbst heraus, sondern unsere Selbstinterpretationen nehmen wir in Interaktion mit unserer sozialen, politischen und religiösen Umwelt vor.

Es geht um den Schutz des Selbstbestimmungsrechts

Angesichts der angeführten Erkenntnisse und Debatten aus den Geistes- und Sozialwissenschaften sowie der Psychiatrie ist es geboten, nach dem Vorsichtsprinzip zu verfahren: Da weitreichende Zweifel an der Beurteilbarkeit der Selbstbestimmtheit eines Suizidwunsches bestehen, ist es aus ethischer Sicht für Außenstehende problematisch, einen Suizid geschehen zu lassen oder bei einem Suizid zu assistieren. Denn es geht nicht nur um die Frage des Respekts vor dem Leben eines Menschen, sondern auch um den Schutz des Selbstbestimmungsrechts und die Unterstützung eines verzweifelten Menschen in seinem Streben nach einem gelingenden Leben. Suizid als „beste Alternative“ beendet alle Voraussetzungen des Menschseins und alle Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Lebens. Für Außenstehende muss es darum gehen, unterstützt durch professionelle Expertise und soziale Institutionen, andere Wege als den der Selbsttötung zu finden.

Aus christlicher Sicht weist das theologische Konzept der Geschöpflichkeit

auf die Verletzbarkeit des Menschen und seine Irrtumsanfälligkeit hin. Außenstehende wollen helfen, und sie wollen die Situation eines anderen Menschen richtig einschätzen. Endlich-Sein einhält, die eigene Irrtumsfähigkeit ernst zu nehmen und nicht in jeder Hinsicht wirkmächtig sein zu können. Dem Leiden einer anderen Person zu begegnen, setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, sich die eigene Ohnmacht einzugestehen.

Suizidprävention hilft, Selbsttötungen zu verhindern

Nimmt man die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Suizid ernst, kann man nur auf Suizidprävention setzen. Einschlägige Überblicksarbeiten von Teismann, Liu, Zalsman und anderen zeigen, dass Suizidpräventionsprogramme die Suizidrate senken. Studien nennen als wirksame Maßnahmen der Suizidprävention zum Beispiel eine flächendeckende psychiatrische oder psychologische Versorgung, insbesondere die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Depressionen (Gießelmann, *Suizidprävention: Bei Verdacht ansprechen*, Dt. Ärzteblatt 113, 37, A 1584-1586).

Viele Präventionsprogramme zeigen, dass sich Informationen, Vorbilder und Erfahrungen anderer, Antizipation und die Art und Weise verfügbarer Selbsttötungswege modulierend auf Freiwilligkeit und Vernünftigkeit auswirken. Studien und Suizidprogramme zeigen auch, dass eine angemessene Wahrnehmung durch andere, Kommunikation und Begleitung suizidvermeidende Wirkung haben.

Nimmt man die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Urteil zur „Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vom 26. Februar 2020 beim Wort, so bleibt für den Gesetzgeber nur begrenzter Spielraum. Der Zweite Senat des BVerfG ist in seiner Urteilsbegründung sehr weit gegangen. Er hat nicht nur § 217 I des Strafgesetzbuches beurteilt, sondern macht dem Gesetzgeber darüber hinaus detaillierte Vorgaben und lässt damit legislative Zurückhaltung vermissen.

Ein Schutzkonzept muss der Spannung zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz Rechnung tragen. Es muss daher vorrangig bei Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung suizidal sind, greifen. Die Anforderungen eines Schutzkonzepts sollten daher unter Einbeziehung von Spezialisten für Suizidprävention entwickelt und umgesetzt werden. Bei Suizidwilligen, bei denen eine psychische Erkrankung, akute psychische Störung, geistige oder seelische Behinderung oder „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ diagnostiziert wird und damit deutliche Zweifel an der Selbstbestimmtheit bestehen, bleibt die Schwierigkeit der Beurteilung der Selbstbestimmtheit. Um Trauer- und Anpassungsprozessen nach kritischen Lebensereignissen eine realistische Chance zu geben, sollte eine Wartezeit von mindestens einem Jahr eingehalten werden, verbunden mit Lebensberatung oder Psychotherapie. Für ein Schutzkonzept mit angemessenen hohen Anforderungen ist eine mutige Entscheidung des Gesetzgebers gefordert. ←



DIE SCHRIFT

Der eine Gott und die Götter (42)

Gott oder der Arzt?

Krankheiten und Seuchen sind eine Wirklichkeit, die das Leben in allen Jahrhunderten in der einen oder anderen Weise berühren. In der vorexilischen Zeit – circa im zehnten bis sechsten Jahrhundert vor Christus – ging es in Israel um die Frage, wer von den Göttern für diesen Bereich zuständig ist. Vor allem durch das Wirken der Propheten Elia und Elischa und ihrer Nachfolger wurde klar: Auch die Krankheit ist eine Herausforderung, die im Lichte des Glaubens an JHWH zu bewältigen ist. Es ist nicht nötig, dazu ins Ausland zu gehen und die Hilfe anderer, berühmter Heilgötter in Anspruch zu nehmen.

In nachexilischer Zeit sollte sich die Problematik verschieben. Inzwischen hatte die moderne, auf Erfahrung beruhende griechische Medizin ihren Siegeszug angetreten. Auch in Israel konnte man davor nicht mehr die Augen verschließen. Bald standen die Frommen vor der Frage: Was soll ich tun, wenn ich krank bin? Soll ich – wie bisher – die Psalmen beten und auf die Hilfe JHWHs vertrauen oder soll ich zum (heidnischen) Arzt gehen? Im zweiten Buch der Chronik, das im dritten Jahrhundert vor Christus entstanden sein dürfte, wird diese Alternative in aller Schärfe herausgestellt. Vom König Asa von Juda (circa 908–868 vor Christus) heißt es dort rückblickend: „Im neununddreißigsten Jahr seiner Regierung erkrankte Asa an den Füßen. Die Krankheit war sehr heftig. Aber auch in der Krankheit suchte er nicht den HERRN, sondern die Ärzte“ (2 Chr 16,12). Jetzt ging es nicht mehr um die Frage: „JHWH oder ein anderer Gott?“, sondern um die Frage: „JHWH oder der Arzt?“

Der auf Ausgleich bedachte Weisheitslehrer Jesus Sirach warnt im zweiten Jahrhundert vor falschen Alternativen. Er vermittelt zwischen Tradition und Moderne und vertritt das Modell eines göttlichen Handelns durch Zweitursachen. Wenn jemand

krank ist, so Sirach, soll er zum Arzt gehen und gleichzeitig beten. Zugleich mahnt der Weisheitslehrer seine Schüler, gesund zu leben und beim Essen das rechte Maß einzuhalten: „Im Übermaß der Speisen steckt Krankheit und die Unersättlichkeit bringt Brechreiz“ (Sir 37,29f.). Ist man trotz gesunder Lebensweise auf die Hilfe eines Arztes angewiesen, so soll man sie nicht verschmähen: „Gib dem Arzt seinen Platz, denn auch ihn hat der Herr erschaffen! Er bleibe dir nicht fern, denn er ist notwendig!“ (Sir 38,12). Gleichzeitig soll man wie bisher in der Krankheit zu Gott beten: „Bete zum Herrn und er selbst wird dich heilen!“ (Sir 38,9). Gott hat sowohl den Arzt als auch die Heilmittel erschaffen, „ein kluger Mann wird sie nicht verschmähen“ (Sir 38,4). Für das Verständnis des biblischen Monotheismus ist diese Lösung von grundlegender Bedeutung. Zugleich bringt sie neue Herausforderungen mit sich.

Es scheint sich eine berühmte These des Soziologen Max Weber zu bestätigen. Sie besagt: Das moderne säkulare Verständnis der Welt hat seinen Ursprung im Alten Testament. Denn dadurch, dass der Wirkbereich der Götter immer mehr zurückgedrängt und diese schließlich als nicht existent erklärt wurden, wurde die Welt weltlich. Sie wurde die Götter los und verlor ihre sakrale Aura. Wurde sie damit auch gottlos? Diese Möglichkeit ist im biblischen Ein-Gott-Glauben angelegt, da der eine Gott – im Unterschied zu den vielen Götter – kein Teil dieser Welt ist. Die Welt wird zu einem Ort, an dem der Mensch sein Werk frei und ungestört von Gott und Göttern verrichten kann. Gott wurde in der westlichen Moderne aus der Lebenswelt der Menschen ausgelagert; ihm wurde ein Platz im Jenseits zugewiesen, wo er sich ruhig verhalten und möglichst nicht in die innerweltlichen Angelegenheiten einmischen soll. Kann das gut gehen?

Ludger Schwenhorst-Schönberger

AUTORINNEN UND AUTOREN DIESER AUSGABE

Christina Herzog, Dr. theol., Bern.

Gotthard Fuchs, Dr. phil., Priester und Publizist, Wiesbaden.

Peter B. Steiner, Dr. phil., Professor für Kunstgeschichte und Publizist, Freising.

Norbert Scholl, Dr. theol., Professor für katholische Theologie und Religionspädagogik, Wilhelmsfeld.

Monika Bobbert, Dr. theol., Dipl.-Psych., Professorin für Moralthologie, Münster.

Heike Helmchen-Menke, Dipl.-Theol., Referentin für Elementarpädagogik.

IMPRESSUM

CHRIST IN DER GEGENWART
Katholische Wochenzeitschrift

Herausgeber: Johannes Röser
Chefredakteur: Stephan Langer
Redakteure: Jürgen Springer, Dr. Simon Lukas, Jonas Mieves
Kreativberater: André Lorenz
Verlag Herder: Hermann Herder-Str. 4, D-79104 Freiburg, Tel. 0761/2717-276, Fax -243, cig@herder.de
Abonnentenservice: Tel. 0761/2717-200, Fax -222, aboservice@herder.de
Anzeigen: Bettina Haller, anzeigenleitung@herder.de
Druck: RCDRUCK GmbH & Co. KG, Albstadt-Tailfingen
Preis: halbjährlich 56,80 € (Studierende 36,00 €), zzgl. 22,10 € Versand (Deutschland). Print + digital 2,70 € mehr. Nur digital 55,50 €.
ISSN 0170-5148.