

# Menschenwürdig sterben

Ethische Gesichtspunkte zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion

## Vorbemerkung

Eine Änderung der geltenden Rechtslage wirkt sich individualethisch auf die seelsorgliche Sterbebegleitung aus. Wo Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, kann jeder rechenschaftspflichtig werden, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet. Es entsteht ein prekärer Erwartungs- und Entscheidungsdruck am Ende des Lebens.<sup>1</sup> In sozialetischer Hinsicht sind wir herausgefordert, uns als Institution (Gemeinde / Diakonie) zu positionieren und unsere Haltung deutlicher erkennbar zu machen.

## Ausgangslage

Suizid und die Beihilfe zum Suizid sind in Deutschland straffrei. In der politischen Diskussion geht es um die Frage, ob Beihilfe zum Suizid<sup>2</sup>, wenn sie regelmäßig<sup>3</sup>/organisiert geleistet wird, unter Strafe gestellt werden soll. Während alle Parteien sich darin einig sind, eine kommerzialisierte Form der Sterbehilfe strafrechtlich zu verbieten und die palliative Versorgung zu fördern und auszubauen, werden im Wesentlichen vier Positionen von Mitgliedern verschiedener Parteien in der parlamentarischen Debatte vertreten:

- ein generelles Verbot von organisierter Beihilfe (Vereine, Ärzte/Ärztinnen)
- eine Erweiterung der Freigabe über Angehörige hinaus auf dem Sterbewilligen nahe stehende Personen einschließlich beteiligter (Haus-)Ärzte
- kein Verbot für Ärzte/Ärztinnen, wohl aber für Vereine
- kein Verbot für Vereine (wenn bestimmte Auflagen erfüllt werden)

Die Argumentation ist hauptsächlich an den Werten *Selbstbestimmung*, *Fürsorge*<sup>4</sup> - vornehmlich in Gestalt palliativmedizinischer, pflegerischer und sozialer Unterstützung - und *Lebensschutz* orientiert. Sie sind Ausdruck der Menschenwürde.

## 1. Menschenwürde im Blick auf Selbstbestimmung

Menschliches Leben ist von seinem sozialen Kontext abhängig und kann nicht ohne diesen existieren. Der Mensch wird am Du zum Ich (M. Buber). Die unverlierbare Würde des Menschen ist u. a.<sup>5</sup> sowohl durch Subjektivität (Selbstbestimmung) als auch durch Sozialität definierbar. In der christlichen Tradition gründet die Menschenwürde in der Gottebenbildlichkeit des Menschen.

## 2. Menschenwürde im Blick auf Suizid

In der parlamentarischen Diskussion wird von einzelnen Beteiligten das Verständnis der Menschenwürde auf den Aspekt der Selbstbestimmung reduziert. Dementsprechend taucht auch der Begriff „Freitod“<sup>6</sup> auf. Er legt nahe, dass Suizid ein Ausdruck von Freiheit<sup>7</sup> und Selbstbestimmtheit ist. Hier wäre zu bedenken, dass dies gerade nicht der Fall ist. Der Suizidant/die Suizidantin sieht zur Beendigung seines/ihrer Lebens keine lebenswerte und sinnvolle Alternative. Er/sie wählt nicht frei, sondern fixiert sich auf nur eine Möglichkeit, die des Suizids. Im Grundgesetz ist die Unantastbarkeit der Menschenwürde verankert. Sie gilt auch für Suizidanten. Im Suizid wird die Menschenwürde missachtet.

## 3. Menschenwürde im Blick auf Sterben

Sterben gehört zum Menschsein und ist insofern mit der unverlierbaren Menschenwürde verbunden. Als „mensenunwürdig“ wird in der öffentlichen Diskussion gelegentlich ein besonders belastender Zustand körperlichen und seelischen Leidens empfunden und bewertet. Unter einem menschenwürdigen Sterben wird ein schmerzfreies Sterben assoziiert, zumindest ein Sterben frei von unerträglichen Schmerzen. Manche empfinden es bereits für sich selbst als menschenunwürdig, auf intensiv-medizintechnische Hilfen wie künstliche Beatmung und Ernährung angewiesen zu sein.

#### 4. Menschenwürde im Blick auf die ärztliche Berufsethik

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“<sup>8</sup> Einige Landesärztekammern formulieren lockerer.<sup>9</sup> Ärztliche Kunst umfasst nicht Hilfe *beim* oder *zum* Sterben, sondern Hilfe *im* Sterben.

#### 5. Menschenwürde im Blick auf Ethik

Ethische Fragen beziehen sich meist auf das Tun. Sie fragen nach dem, was mit welcher Begründung zu tun oder nicht mehr zu tun ist. Zur Ethik des Handelns tritt ergänzend eine Ethik des Leidens hinzu. Sie nimmt die Frage nach der angemessenen Begegnung mit den leidvollen Widerfahrnissen des Lebens auf. Schmerz gehört auch zu jenen Gefühlen, die eine existentielle Verbindung zum Leben erfahrbar machen. Durch den Schmerz spüren wir unsere Lebendigkeit und unser Menschsein.<sup>10</sup> Deshalb ist der Wunsch Betroffener bei der Schmerzbehandlung zu berücksichtigen.

#### 6. Menschenwürde im Blick auf Palliativmedizin

Palliativmedizin vermag vielfach Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Eine ideale palliative Medikation reduziert daher den Schmerz und erhält gleichzeitig den Sterbenden bei Bewusstsein. Behandlung und Pflege sollten für Palliativpatienten zeitlich und lokal in erreichbarer Nähe sein. Ein Ausbau des Versorgungsnetzes ist deshalb wünschenswert. Mehr Pflegekräfte sollten in Palliative Care und mehr Ärzte/Ärztinnen in Palliativmedizin weiterbildet werden.

#### 7. Umgang mit ethischen Fragen am Lebensende im Diakonischen Werk Bethanien

Der Arbeitskreis Ethik im Diakonischen Werk Bethanien erarbeitet ethische Leitlinien für den Behandlungs- und Pflegealltag. In multiprofessionell besetzten Ethischen Fallbesprechungen werden die Fakten unter dem Gesichtspunkt Wohl zu tun und Schaden zu vermeiden bewertet. Der Patientenwille verdient unbedingte Beachtung. Jeder, der mit dem Fall zu tun hat, kann eine Ethische Fallbesprechung beantragen.

In der Frage des assistierten Suizids entspricht die Haltung des Diakonischen Werkes Bethanien dem, was die Bundesärztekammer aktuell dazu festgelegt hat. Auf Grund des christlichen Menschenbildes handeln wir nach dem Grundsatz: Im Zweifel für das Leben!<sup>11</sup>

---

<sup>1</sup> „Wie viel Belastung kann/darf ich meinen Partner, meinen Kindern zumuten? Ist es nicht vielmehr meine Pflicht, die zu ersparen? Ich will ihnen doch nicht zur Last fallen.“

<sup>2</sup> Assistierter Suizid liegt vor, wenn der Helfende sich auf Handlungen beschränkt, die eine Selbsttötung ermöglichen oder erleichtern, während die entscheidenden Handlungen zur Herbeiführung des Todes vom Sterbewilligen selbst vorgenommen werden. Beihilfe zur Selbsttötung ist nicht strafbar, steht aber im Konflikt mit dem ärztlichen Standesethos.

<sup>3</sup> Definitorisches Problem: Ab wann gilt Beihilfe zum Suizid als organisiert?

<sup>4</sup> Neben der palliativen Hilfe wird unter Fürsorge auch das ‚Vermeiden qualvollen Sterbens‘ verstanden.

<sup>5</sup> ‚Selbstzwecklichkeit des Menschen‘ (Kant), Subjektivität, das Anrecht auf Privatheit, Teilhabe am Leben der Gesellschaft/Gemeinwesen.

<sup>6</sup> Renate Künast/Dr. Petra Sitte/Kai Gehring.

<sup>7</sup> Hier liegt ein verkürztes und einseitiges Freiheitsverständnis vor, nämlich Freiheit als Abwesenheit von persönlicher und struktureller Fremdbestimmung.

<sup>8</sup> Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18.02.2011: Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.

<sup>9</sup> <http://www.aerzteblatt.de/archiv/152921/Aerztlich-assistierter-Suizid-Hilfe-beim-Sterben-keine-Hilfe-zum-Sterben>.

<sup>10</sup> *Böhme, Gernot*, Ethik in leiblicher Existenz, Frankfurt 2008.

<sup>11</sup> Leitsätze des DWB und ‚Das Ende des Lebens im Blick‘(2012): „Selbstbestimmung und Fürsorge durchdringen und bedingen sich auch im Blick auf das Lebensende gegenseitig. Dem nachzugehen geschieht durch sorgfältige Kommunikation aller Beteiligten, besonders also des Patienten/Bewohners, soweit möglich, der Angehörigen und des Betreuers sowie der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte. Der mutmaßliche Wille des Patienten in der aktuellen Situation ist so sorgfältig wie möglich zu ermitteln.“