

## Glücklich sterben? – Eine kritische Auseinandersetzung mit Hans Küngs Thesen zur Sterbehilfe

VON FRANZ-JOSEF BORMANN

Die Frage, wie wir auf die ambivalente Entwicklung der modernen Medizin, aber auch auf verschiedene sozio-ökonomische und kulturelle Veränderungen hinsichtlich der näheren Modalitäten unseres Sterbens reagieren sollen, ist seit Jahrzehnten Gegenstand intensiver medizinethischer und rechtswissenschaftlicher Diskussionen. Auch wenn die aktuelle deutsche Debatte um die ärztliche Suizidassistenz nur einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt der sogenannten Sterbehilfe berührt, stellt sie doch insofern eine Herausforderung nicht zuletzt für die systematische Theologie dar, als dadurch grundlegende Aspekte unseres menschlichen Selbstverständnisses und basale Regeln unseres gesellschaftlichen Miteinanders zunehmend unter Rechtfertigungsdruck geraten. Kein Wunder also, dass sich auch prominente Theologen wie Hans Küng in den Streit um die Bestimmung jener normativen Grenzen einschalten, die im Schnittfeld zwischen individueller Selbstbestimmung des Patienten einerseits und standesethischer Verpflichtungen des Arztes andererseits einzuhalten sind. Die folgenden Überlegungen rekonstruieren zunächst die wichtigsten Eckpunkte von Küngs einschlägiger Position und konfrontieren diese dann mit einigen Argumenten, die für die moraltheologische Auseinandersetzung mit diesem Thema unverzichtbar erscheinen.

### 1. Die Position von Hans Küng

Es stellt bekanntlich immer ein großes intellektuelles Wagnis dar, sich öffentlich über Probleme zu äußern, die erkennbar außerhalb des Feldes der eigenen Expertise liegen. Dies gilt zumal für ein so komplexes, kontroverses und vor allem sensibles Thema wie die Sterbehilfe. Hans Küng, der bis zum Entzug seiner Lehrbefugnis im Jahre 1979 an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen Dogmatik gelehrt hat, ist dieses Risiko bereits mehrfach eingegangen: zunächst in dem zusammen mit Walter Jens verfassten, erstmalig 1995 erschienenen und 2009 in erweiterter Form neu herausgegebenen Buch „Menschenwürdig sterben“<sup>1</sup>, sodann im Schlusskapitel des dritten Bandes seiner Autobiographie „Erlebte Menschlichkeit“<sup>2</sup> im Jahre 2013 und nun erneut in dem schmalen Bändchen „Glücklich sterben?“<sup>3</sup>, dessen gattungsmäßige Verortung insofern nicht leicht fällt, als es sehr unterschiedliche Textarten versammelt: Neben einem persönlichen Vorwort, einer Einleitung und einem Postscriptum aus aktuellem Anlass finden sich dort zwei sehr heterogene Hauptteile, von denen der erste ein Gespräch mit Anne Will vom November 2013 sowie einige Reaktionen darauf wiedergibt, während der zweite, eigentliche Hauptteil des Buches sieben Abschnitte zur Klärung und Vertiefung der Position des Autors enthält. Küng selbst spricht davon, hiermit zwar „kein völlig neues Opus [...], aber doch ein neues Opusculum“ vorzulegen, das „einen Beitrag in einem andauernden Diskussionsprozess leisten und die Stimme eines christlichen Theologen einbringen [will], der von dieser Problematik selbst existentiell betroffen ist“ (11). Fragt man danach, worin dieser Beitrag näherhin besteht, dann stößt man freilich auf eine tiefgreifende Ambivalenz des Textes: Denn einerseits betont der Autor, dass sein „Engagement für Sterbehilfe [...] [s]eine ganz persönliche Angelegenheit“ (72) sei, die „überhaupt niemandem etwas vorschreiben“ (25) wolle und auch keineswegs beanspruche, „die komplexe Frage der Sterbehilfe definitiv zu klären“ (11). In diesem Sinne erklärt er:

<sup>1</sup> W. Jens/H. Küng, Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 2009.

<sup>2</sup> H. Küng, Erlebte Menschlichkeit. Erinnerungen, München 2013.

<sup>3</sup> H. Küng, Glücklich sterben?, München 2014. – Die in Klammern gesetzten Seiten- und Kapitelangaben beziehen sich auf dieses Werk.

„Es gehört für mich zur Lebenskunst und zu meinem Glauben an ein ewiges Leben, mein zeitliches Leben nicht endlos hinauszuzögern. Wenn es an der Zeit ist, darf ich, falls ich es noch kann, in eigener Verantwortung über Zeitpunkt und Art des Sterbens entscheiden.“ (15) Allein diese höchstpersönliche Einstellung zu Sterben und Sterbehilfe sollte hier „genau analysiert, differenziert und philosophisch-juristisch wie spirituell-religiös begründet werden“ (63). Andererseits lässt der Autor jedoch keinen Zweifel daran, dass der Geltungsanspruch seiner Überlegungen weit über das eigene Leben hinausreicht: Angesichts der sprunghaft gewachsenen Möglichkeiten der Medizin zur künstlichen Lebensverlängerung möchte er die „Grundfrage“ beantworten, „ob ich als Mensch oder gar als Christenmensch verpflichtet bin, es nicht nur bis zur Demenz, sondern bis zum vegetativen Dahinsiechen kommen zu lassen“ (89). Die Klärung dieser Frage sei insofern wichtig, als „eine zunehmende Zahl von Menschen ein selbstbestimmtes Sterben [...] als die von Gott gegebene Freiheit entdecken, Verantwortung für das eigene Leben bis zum Ende wahrzunehmen“ (89 f.). Küng versteht sich als theologische Speerspitze einer zwar noch kleinen, aber breiter werdenden Bewegung aufgeklärter Zeitgenossen, die sich für eine durchgreifende und radikale Veränderung der juristischen Regelungen zur Sterbehilfe einsetzen, um so die in Deutschland s. E. herrschende „Doppelmoral“ (103) und die „große Rechtsunsicherheit“ (105) zu beenden. So wichtig der von Küng durchaus positiv bewertete Ausbau von Palliativmedizin und Hospizdiensten auch ist, so notwendig sei es angesichts der epochalen Herausforderungen durch die moderne Medizin, „einen neuen Umgang mit der Beihilfe zum Suizid und mit der Tötung auf Verlangen“ (124) einzuüben. Die „Akzeptierung jeder Form von Sterbehilfe“ (123) – auch der organisierten durch Sterbehilfeorganisationen wie Exit, sofern sie nicht rein „gewinnorientiert“ arbeiten – schließt für Küng auch die völlige Neubewertung des „liberalisierten Altersfreitodes“ ein: „Das Ideal einer rational-selbstbewussten Gestaltung des Lebens und Sterbens, das so wenig wie möglich dem Schicksal überlässt“ (153), habe – so seine zentrale These – „nichts zu tun mit einem eigenmächtigen [...] unseligen ‚Selbstmord‘“ (16), sondern könne „sich verbinden mit dem Ideal einer demütigen Haltung zu Leben und Sterben, die das Lebensende vertrauensvoll in Gottes Hände legt“ (153).

Um der Position Küngs gerecht zu werden, ist es erforderlich, innerhalb seiner Ausführungen zwischen den rein persönlichen Überzeugungen und den daraus abgeleiteten normativen Schlussfolgerungen zu unterscheiden. Selbstverständlich hat Küng, wie jeder andere Bürger auch, das Recht, sich nicht nur eine eigene Meinung zum Thema Sterben und Sterbehilfe zu bilden, sondern diese auch der interessierten Öffentlichkeit mitzuteilen. Dies gilt selbst dann, wenn diese Meinung stark von Emotionen geprägt ist. Im Falle Küngs sind das nach eigener Auskunft zum einen der „Zorn“ über die „immer wiederholten Ausflüchte [...] und Fehlbehauptungen von Ärzte-, Juristen- und Kirchenfunktionären“ (62), die der s. E. erforderlichen gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe hinderlich im Wege stehen, und zum anderen die Angst vor Kontrollverlust, die das vielleicht stärkste Motiv seiner Einlassungen bilden dürfte. In einem der eindringlichsten und authentischsten Sätze der gesamten Abhandlung stellt er daher unmissverständlich fest: „Ich möchte jedenfalls die Kontrolle über mich bis zuletzt bewahren und sie nicht an andere abtreten“ (92). Auch wenn man Küngs Wunsch, im Sterben „noch voll Mensch“ (25) zu sein, ebenso gut verstehen kann wie seine Angst davor, nicht nur die Kontrolle über das eigene Leben insgesamt, sondern über ganz bestimmte schambesetzte Körperfunktionen zu verlieren, was in der Regel eine schwere psychische Belastung für die Betroffenen darstellt, dürfte es die meisten Leser befremden, dass Küng die Sinnhaftigkeit seines Weiterlebens letztlich davon abhängig machen möchte, dass sich ihm „noch einmal eine außerordentliche Aufgabe zeigt“ (30). Das sich hier bahnbrechende Gefühl der eigenen Grandiosität und Unersetzlichkeit dürfte kaum eine Entsprechung in der Selbsterfahrung der meisten hochbetagten Zeitgenossen finden und steht in einem bizarren Gegensatz zu der von ihm immer wieder beschworenen Demut im Umgang mit der eigenen Endlichkeit.

Schaut man nach der persönlichen auf die überindividuelle Ebene der ethisch-normativen Urteilsbildung und der rechtlichen Regelung verschiedener Formen der Sterbehilfe, dann stößt man rasch auf eine Vielzahl gravierender argumentativer Leerstellen und Mängel. Dies ist umso bedauerlicher, als Küng durchaus eine Reihe struktureller

Probleme des modernen Medizinbetriebs – wie zum Beispiel die „Sprachlosigkeit in unseren Sprech-Zimmern“, die weit fortgeschrittene „Entpersönlichung in unseren Krankenhäusern“ sowie die „überall drohende [...] Dominanz der Apparate“ (68 f.) – zutreffend benennt und zu Recht verlangt, „dass die menschliche Person in den Mittelpunkt gestellt wird“ (69). Doch zieht er aus diesen richtigen Intuitionen eine Reihe höchst problematischer normativer Schlussfolgerungen, die nicht hinreichend argumentativ abgesichert scheinen. Bereits die rhetorische Einkleidung seiner Gedankenführung mittels des kontroversen, aus der Wissenschaftstheorie der 1960er-Jahre stammenden Konstruktes eines ‚Paradigmenwechsels‘<sup>4</sup>, den Küng sowohl für die Betrachtung des Menschenlebens in seiner Ganzheit (vgl. Kap. VI) als auch hinsichtlich der Bewertung traditioneller moralischer Orientierungsbegriffe und normativer Grenzbeziehungen meint diagnostizieren zu dürfen, weist insofern in eine völlig falsche Richtung, als sie konsequent zu Ende gedacht zwangsläufig in einen ethischen Relativismus mündet. Statt tief in der (medizin-)ethischen Tradition verankerte handlungstheoretische Differenzierungen wie etwa die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe allein deswegen kurzerhand für obsolet zu erklären (vgl. 16 und 102), weil sie in der Praxis nicht immer korrekt angewendet werden, käme es im Gegenteil gerade darauf an, die kausalitätstheoretischen Implikationen dieser Begriffe genau zu rekonstruieren und damit die Orientierungskraft dieser Kategorien für die möglichst präzise zu bestimmende Grenze zwischen ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘ im Kontext gegenwärtigen medizinischen Handelns fruchtbar zu machen.<sup>5</sup> Ein ganz ähnliches Problem zeigt sich in Küngs leichtfertiger Umgang mit dem Naturbegriff, wenn er im Blick auf das suizidale Sterbefasten kurzerhand erklärt, ein „Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist aber insofern natürlich, als keine lebensverkürzenden-technischen Maßnahmen ergriffen werden“ (91). Die hier unterstellte dichotomische Gegenüberstellung des ‚Natürlichen‘ und des ‚Technischen‘ läuft auf ein naturalistisches Missverständnis der Kategorie des ‚natürlichen Todes‘ hinaus und fällt damit genau in denselben Fehler, den Küng dem kirchlichen Lehramt auf anderen Handlungsfeldern so leidenschaftlich zum Vorwurf macht.

Das spannungsvolle Verhältnis Küngs zur ethischen Tradition wird auch daran deutlich, dass er einerseits ganz traditionell beteuert, der „Mensch behält auch als Invalid, Kranker, Schwerkranker, Todkranker seinen vollen personalen Wert, selbst wenn er keine ‚Leistung‘ mehr erbringen kann“ (68), und jedes „Menschenleben ist sinnvoll und bleibt sinnvoll, daher ist auch jede Sorge für das Menschenleben sinnvoll und bleibt sinnvoll“ (ebd.), dass er zugleich andererseits aber behauptet, die „epochal neue Situation“ (124) der modernen Medizin erfordere allein schon deswegen eine völlige Neubewertung bislang sanktionierter Formen der Sterbehilfe, weil sich „viele Menschen [...] für die eigene Person eine aktive Sterbehilfe oder einen assistierten Suizid vorstellen [können], wenn sie Verrichtungen wie Essen, Atmen und zur Toilette gehen nicht mehr selbständig durchführen können“ (78). Es fällt schwer, beide Aussagen widerspruchsfrei miteinander zur Deckung zu bringen. Angesichts der äußerst weitreichenden Forderungen Küngs, die keineswegs – wie D. Birnbacher in seiner Laudatio angesichts der Verleihung des Arthur-Koestler-Sonderpreises der DGHS behauptet – auf einen „ausgewogenen ‚Weg der Mitte‘“ (47), sondern mit ihrem unverhohlenen Plädoyer für eine Legalisierung der ‚Tötung auf Verlangen‘ zweifellos auf eine ausgesprochene Extremposition hinauslaufen, würde man eigentlich erwarten, dass auch besonders starke Argumente zu ihrer Rechtfertigung aufgeboten werden. Das ist jedoch noch nicht einmal ansatzweise der Fall. Zentrale Problemfelder und Differenzierungen der ethischen Debatte sucht man hier vergebens. So wird die naheliegende Missbrauchsgefahr hier ebenso wenig erwähnt (geschweige denn im Blick auf die berechtigten Sorgen besonders vulnerabler Personengruppen entkräftet) wie die für das Selbstbestimmungsargument notwendige Differenzierung ganz unterschied-

<sup>4</sup> Vgl. T. S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago 1962.

<sup>5</sup> Vgl. dazu F.-J. Bormann, ‚Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion, in: ThPh 76 (2001) 63–99, besonders 73–93.

licher Grade von Urteils- und Entscheidungsfreiheit, die vielfältige soziale Vermitteltheit vermeintlich rein privater Lebensentscheidungen oder das Auftreten ganz unterschiedlicher Arten von Sterbewünschen.<sup>6</sup> Küng verweist stattdessen gerne auf empirisch nicht belegbare Praktiken einer vermeintlichen ärztlichen ‚Doppelmoral‘ (vgl. 103), eine angebliche Uneinheitlichkeit in der Politik der Landesärztekammern (vgl. 104)<sup>7</sup>, sowie auf diverse Umfrageergebnisse zur Einstellung der Bevölkerung in Sachen Sterbehilfe, obwohl deren Resultate die moralische Begründetheit der jeweils vertretenen Position nur um den Preis krasser Sein-Sollens-Fehlschlüsse verbürgen könnten. Dies alles mögen nur ethische Handwerksfehler sein, doch summieren sie sich in so bedenklicher Weise, dass der Gesamteindruck der Argumentation darunter gravierend leidet.

Weitere Schwachstellen von Küngs Reflexionen betreffen die Faktenebene: Warum ausgerechnet die Demenz-Erkrankung hier als zentraler Anknüpfungspunkt der Debatte für die ärztliche Suizidbeihilfe gewählt wird, dürfte angesichts der Tatsache erstaunen, dass gerade diese Patientengruppe statistisch gesehen eine ausgesprochen geringe Neigung zur Suizidalität (unter 1 %) erkennen lässt.<sup>8</sup> Zwar weist Küng zu Recht darauf hin, dass der „Grund für Sterbewünsche [...] nicht nur unerträgliche physische Schmerzen, sondern auch der andauernde schmerzhaft Verlust der individuell persönlich empfundenen Würde und des Lebenssinns oder die fehlende Aussicht auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation“ (77 f.) sind, doch ist nicht zu erkennen, inwieweit die von ihm empfohlene Beförderung der ärztlichen Suizidassistenz oder gar der ‚Tötung auf Verlangen‘ einen adäquaten Lösungsansatz zur Behebung dieser sehr unterschiedlich gelagerten Problembestände zu liefern vermag.

Mit Blick auf den theologischen Charakter von Küngs Ausführungen dürfte jedoch vor allem die von ihm propagierte Vorstellung eines „Altersuizids aus Gottvertrauen“ (153) zum Widerspruch herausfordern. Selbst wenn es stimmt, dass „in der Bibel die Selbsttötung [...] nirgendwo ausdrücklich verboten“ (101) wird, so sind die Gründe dafür völlig anderer Natur, als Küng suggeriert: Angesichts der grundsätzlich lebensbejahenden Einstellung der biblischen Texte liegt die Vorstellung, „dass ein Mensch aus Lebensüberdruß sich selbst tötet und so sich willkürlich und schuldhaft der Herrschaft

<sup>6</sup> Soweit wir das beim gegenwärtigen, auf Grund der vielfältigen kommunikativen Funktionen entsprechender Äußerungen noch sehr unvollkommenen Wissensstand sagen können, sind mindestens zwei ganz verschiedene Arten von Sterbewünschen auch begrifflich sorgfältig gegeneinander abzugrenzen: Während sogenannte *aktuelle* ‚gesteigerte Todeswünsche‘ in der Regel von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen geäußert werden und ursächlich auf besonders belastende körperliche Symptome (wie starke Schmerzen, Atemnot, Übelkeit etc.), Depressionen, Hoffnungslosigkeit sowie die Angst davor, Anderen zur Last zu fallen, zurückzuführen sind, wobei oftmals eine Gleichzeitigkeit von Lebenswille und Sterbewunsch vorliegt, treten sogenannte *hypothetische* Sterbewünsche vor allem bei solchen Patienten ganz am Anfang einer langwierigen Erkrankung auf, die einen Zustand fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfalls unbedingt vermeiden und Kontrolle bewahren möchten. Im ersten Fall sind Sterbewünsche Anlass zu einer *lege artis*-Behandlung unter Einschluss einer umfassenden und für die überwältigende Mehrzahl der Fälle auch durchaus wirksamen palliativmedizinischen Symptomkontrolle bzw. psychiatrischen Intervention. Im zweiten Fall eines manifesten Todeswunsches unabhängig von einer ausgeprägten Krankheitssymptomatik wäre der Arzt kaum der geeignete Ansprechpartner, weil das beklagte subjektiv unerträgliche ‚Leiden‘ des Patienten (z. B. an der Eintrübung der Zukunftsperspektive, der Einsamkeit oder dem Gefühl der Sinnlosigkeit der eigenen Existenz) nun einmal *per definitionem* keine ‚Krankheit‘ darstellt, die sich nach naturwissenschaftlich-medizinischen Parametern objektivieren ließe. Vgl. hierzu auch M. Galushko/R. Voltz, Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung, in: F.-J. Bormann/G. D. Borasio (Hgg.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin/Boston 2012, 200–210.

<sup>7</sup> Vgl. hierzu H. Schmoll, Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer, töten nie. Die Vertreter der 17 Landesärztekammern sprechen sich in Berlin gegen ärztliche Beihilfe zum Suizid aus, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)* Nr. 290 vom 13. Dezember 2014, 4.

<sup>8</sup> Vgl. H. Förstl [et al.], Demenz und Sterben: Aktuelle Entwicklungen und Ausblick, in: Bormann/Borasio (Hgg.), *Sterben*, 223–246, 234.

und Verehrung JHWHs entziehen könnte<sup>9</sup> nach Auskunft des Alttestamentlers Walter Groß völlig außerhalb des biblischen Denkhorizontes. Es bedarf hier keines ausdrücklichen Verbotes, weil von vornherein implizit vorausgesetzt ist, dass die üblichen Probleme des Alterns nicht zu jenen Gründen gehören, die eine Suizidhandlung moralisch und religiös zu rechtfertigen vermögen.<sup>10</sup>

Wegen ihrer extremen Schrift- und Traditionsferne vermag Küngs Kompatibilitätsthese daher schwerlich zu überzeugen. Was seine Behauptung einer Vereinbarkeit seiner Position mit den von ihm propagierten Grundsätzen des Weltethos (insbesondere der Humanitätsregel, der Goldenen Regel sowie der Ehrfurcht vor dem Leben) betrifft, so dürfte dies vor allem davon abhängen, wie man dessen Kernbegriffe definitorisch näher bestimmt: Sollten die hier einschlägigen Kategorien tatsächlich inhaltlich so unbestimmt sein, dass sie mit einer extrem ausweiteten Sterbehilfepraxis in Küngs Sinne vereinbar sind, so würde dies auf jeden Fall gegen ihre interkulturelle Anerkennungsfähigkeit sprechen. Nicht ohne Grund werden nämlich die von Küng empfohlenen Formen der ärztlichen Suizidbeihilfe und der ärztlichen Tötung auf Verlangen in den maßgeblichen, universell gültigen Kodifikationen des Weltärztebundes sowie nationaler und internationaler Dachgesellschaften der Palliativmedizin<sup>11</sup> ausdrücklich als „unethisch“ gebrandmarkt<sup>12</sup>.

Insgesamt gewinnt man daher den Eindruck, dass das von Küng jüngst vorgelegte Opusculum zwar durchaus authentisch über die gegenwärtige Gefühls- und Vorstellungswelt einer prominenten theologischen Persönlichkeit informiert, doch gibt es weder eine ethisch solide Orientierung über das facettenreiche Thema der Sterbehilfe noch kann es für sich beanspruchen, auf dem weiten Feld der derzeitigen Sterbehilfediskussion eine Position zu markieren, die man mit Fug und Recht noch als ‚katholisch‘ bezeichnen könnte. Wer diese sucht, wird schon argumentationsstrategisch einen ganz anderen Denkweg abschreiten müssen, als ihn Küng in seinem Beitrag vorgelegt hat. Statt letztlich unkritisch einer vermeintlich modernen, in Wahrheit aber völlig rationalistisch übersteigerten eindimensionalen Selbstbestimmungsideologie<sup>13</sup> das Wort zu reden, käme es aus (moral-)theologischer Perspektive gerade darauf an, zunächst einmal die klassischen Argumente gegen den Suizid und die Suizidbeihilfe kritisch zu

<sup>9</sup> W. Groß, Zum alttestamentlich-jüdischen Verständnis von Sterben und Tod, in: *Bormann/Borasio* (Hgg.), *Sterben*, 465–480, 469.

<sup>10</sup> In dieser Einschätzung stimmen die Hauptvertreter der abendländischen Moralphilosophie im Rahmen ihrer jeweiligen Reflexionen zu den sogenannten moralischen Tugendpflichten gegen sich selbst ebenso überein wie die Repräsentanten katholischer Moralthologie. Vgl. *Platon*, *Phaidon* 62 b–c und *Nomoi* IX 873 c–d; *Aristoteles*, *EN* III 11, 1116 a 12–15; *Thomas von Aquin*, *S.th.* II II 64,5 ad 3; *I. Kant*, *MS*, A 63–115. Dass diese Einschätzung ausgerechnet in einer Zeit, in der sich diese Belastungen durch neue Möglichkeiten der medizinisch-pharmakologischen Symptomkontrolle in bislang unbekanntem Ausmaß lindern lassen, an Plausibilität verlieren sollte, erscheint wenig überzeugend. Zum traditionellen Lehrstück der ‚Pflichten gegen sich selbst‘ vgl. auch *G. Pöhlmer*, Zur Bedeutung der sogenannten Pflichten gegen sich selbst für die Gewissensentscheidung von Ärzten und Patienten, in: *F.-J. Bormann/V. Wetzstein* (Hgg.), *Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs der medizinischen Ethik*, Berlin/Boston 2014, 251–268.

<sup>11</sup> Vgl. *L. J. Materstvedt [et al.]*, Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a View from an EAPC Ethics Task Force, in: *Palliative Medicine* 17 (2003) 97–101; sowie die Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion vom 26.08.2014.

<sup>12</sup> Vgl. *World Medical Association*, Statement on Physician-Assisted Suicide, adopted by the 44<sup>th</sup> World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005: „Physician-assisted suicide, like euthanasia, is unethical and must be condemned by the medical profession.“

<sup>13</sup> Zur Analyse des Autonomie- und Selbstbestimmungsargumentes in der Debatte um die Suizidassistentz vgl. *F.-J. Bormann*, Ärztliche Suizidbeihilfe – für und wider, in: *StZ* 233 (2015) 3–14, besonders 5–7; sowie *ders.*, Ärztliche Suizidbeihilfe aus Sicht katholischer Moralthologie, in: *ZME* 2015 (im Erscheinen).

rekonstruieren und auf ihre gegenwärtige Plausibilität für die derzeitige öffentliche politische Diskussion hin zu befragen.

## 2. Traditionelle moraltheologische Argumente gegen eine ärztliche Suizidbeihilfe

Kritiker der ärztlichen Suizidbeihilfe lassen es in der Regel nicht dabei bewenden, die mangelnde Plausibilität gegnerischer Argumente – insbesondere des Selbstbestimmungs-, des Würde- sowie des Leidensargumentes – offenzulegen, sondern bemühen sich darüber hinaus auch darum, vermittels zusätzlicher eigener Überlegungen den Nachweis dafür zu erbringen, dass die Beihilfe zur Selbsttötung kein Element recht verstandener ärztlicher Sterbehilfe sein kann. Während Vertreter der Ärzteschaft dabei vor allem die spezifische *Teleologie* medizinischen Handelns i. S. der Heilung, Leidensminderung und Sterbebegleitung und die daraus resultierende Unvereinbarkeit der Suizidassistenz mit dem ärztlichen Standesethos und einer langfristig vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung betonen<sup>14</sup>, bedient sich das Lehramt der katholischen Kirche traditionellerweise im Wesentlichen einer zweistufigen Strategie, die zunächst auf die moralische Unzulässigkeit der Haupthandlung i. S. der frei gewählten – also nicht psychopathologischen – Selbsttötung abhebt und dann die bewusste Beihilfe hierzu als sittenwidrige formale Mitwirkung am Bösen (*cooperatio in malo*) qualifiziert<sup>15</sup>. Fragt man nach der argumentativen Basis des lehramtlichen Verdiktes über den Suizid, dann stößt man mit dem *Geschöpflichkeits*- und dem *Natur*-Argument auf zwei einander ergänzende *deontologische* Denkfiguren, die sich allerdings in ihren systematischen Voraussetzungen erheblich voneinander unterscheiden.

### 2.1 Das *Geschöpflichkeits*-Argument

Die phänomenologische Grundlage des ersten, auf die unterschiedliche Vollmacht von Schöpfer und Geschöpf abhebenden Argumentes liegt in dem Umstand, dass sich kein Mensch das Leben selbst gegeben hat. Wir werden nicht gefragt, ob wir existieren wollen. Vielmehr gehört es zur Grunderfahrung des Menschseins, dass uns das Leben als Gabe und Aufgabe zugleich begegnet. Unabhängig davon, ob wir unsere eigene Existenz dabei phasenweise oder insgesamt dank günstiger Bedingungen als großartiges Geschenk oder infolge belastender Umstände als drückenden Fluch erleben: Stets bleibt der Mensch als kontingentes Wesen nach christlichem Verständnis jener Instanz gegenüber verantwortlich, die ihm als Ursprung und Quelle aller Wirklichkeit sein individuelles Dasein anvertraut beziehungsweise zugemutet hat. Es ist diese unaufhebbare *ontologische Asymmetrie* zwischen Schöpfer und Geschöpf, die sich auch in der Beziehung zum Leben selbst und der mit ihm verbundenen Verantwortung niederschlägt: Während der Schöpfer dabei etwa in der jüdisch-christlichen Tradition als „der höchste Herr des Lebens“<sup>16</sup> vorgestellt wird, der das Leben in absoluter Souveränität schenken und entziehen kann, sind wir Menschen dazu verpflichtet, das uns anvertraute Gut des Lebens von Gott „dankbar entgegenzunehmen und es zu seiner Ehre und zum Heil unserer Seele zu bewahren“<sup>17</sup>. Der Mensch ist demzufolge, ungeachtet verschiedener klassischer Ausnahmen vom Tötungsverbot, nicht dazu berechtigt, in einer solchen Weise vollständig über sein eigenes Leben zu verfügen, dass er dieses Leben auch vernichten dürfte, um sich zum Beispiel bestimmten alters- oder

<sup>14</sup> So verteidigt z. B. der Präsident der Bundesärztekammer, F. U. Montgomery, das seit 2011 in § 16 der Musterberufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte enthaltene Verbot der ärztlichen Suizidassistenz mit dem Hinweis, dass eine Verstrickung von Medizinern in derartige Handlungen dazu führe, den Arzt als „billige[n] Tötungsmedikamentebeschaffer“ zu missbrauchen (FAZ Nr. 183 vom 9. August 2014, 4). Vgl. dazu auch *Schmoll*, Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer, töten nie, 4.

<sup>15</sup> Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (KKK), Nr. 2280–2282.

<sup>16</sup> KKK, Nr. 2280.

<sup>17</sup> Ebd.

krankheitsbedingten Belastungen zu entziehen.<sup>18</sup> Zwar weiß auch das katholische Lehramt um verschiedene Einflüsse, die die Freiheit und damit die Schuldhaftigkeit einer suizidalen Handlung mindern können<sup>19</sup>, doch bewertet es den freiheitlichen Suizid letztlich als einen Akt der *Hybris*, durch den sich der Mensch eine Verfügungsgewalt über das Leben anmaßt, die ihm als Geschöpf *per definitionem* nicht zusteht<sup>20</sup>.

Eine kritische Prüfung der Plausibilität dieser Gedankenführung für die Normbildung in modernen freiheitlich-pluralistischen Gesellschaften wird vor allem deren metaphysische Voraussetzungen zu problematisieren haben. Da das Argument mit der Annahme der Existenz Gottes als Schöpfer, Erhalter und einziger legitimer Eigentümer des menschlichen Lebens auf einer starken theistischen Prämisse beruht, steht von vornherein fest, dass es für all diejenigen, die einer agnostischen oder atheistischen Weltanschauung anhängen, keinerlei normative Verbindlichkeit beanspruchen kann. Dessen ungeachtet erfreut sich dieses Argument seit der Antike nicht nur im Raum der philosophischen Theologie, sondern mehr noch in den maßgeblichen Traditionen von Judentum, Christentum und Islam bis heute größter Beliebtheit. Umso erstaunlicher ist es, dass Küng meint, aus der in Freiheit und Verantwortung gegründeten Gottebenbildlichkeit des Menschen selbst bruchlos ein individuelles Totalverfügungsrecht des Menschen über sein Leben und Sterben ableiten zu können.<sup>21</sup> Die theologische Problematik dieser Position besteht hauptsächlich darin, dass sie mit ihrer rationalistischen Überdehnung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen den Gedanken *geschöpflicher Demut* letztlich völlig sinnentleert<sup>22</sup> und damit eine theologische Grundüberzeugung aufgibt, in der das jüdische<sup>23</sup>, christliche und islamische<sup>24</sup> Denken weitestgehend konvergieren<sup>25</sup>. Dass eine solche Position eine schwere Hypothek, ja Provokation für den

<sup>18</sup> Ausdrücklich betont Papst Johannes Paul II. in diesem Sinne, es gehöre zur menschlicher Verfügung entzogenen *conditio humana*, „die mit Geburt und Tod verfürgten Grenzen anzunehmen und zu einer grundlegenden Passivität unseres Lebens ‚ja‘ sagen zu lernen“ (Botschaft von *Johannes Paul II.*, an alle Kranken und alle, die in der Welt der Krankheit und des Leidens leben und arbeiten, Wien, am 21. Juni 1998, in: *L'Osservatore Romano*. Wochenausgabe in deutscher Sprache 28,26 [1998] 14). Vgl. auch *Zweites Vatikanisches Konzil*, Pastoralkonstitution „*Gaudium et spes*“, Nr. 27.

<sup>19</sup> Vgl. KKK, Nr. 2282: „Schwere psychische Störungen, Angst oder schwere Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung können die Schuld des Selbstmörders vermindern.“

<sup>20</sup> Johannes Paul II. fasst diese Einschätzung wie folgt zusammen: „In seinem tiefsten Kern stellt der Selbstmord eine Zurückweisung der absoluten Souveränität Gottes über Leben und Tod dar, wie sie im Gebet des alten Weisen Israels verkündet wird: ‚Du hast Gewalt über Leben und Tod; du führst zu den Toren der Unterwelt hinab und wieder herauf‘ (Weish 16,13; vgl. Tob 13,2).“ (Enzyklika „*Evangelium vitae*“ vom 25.03.1995 [Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120], Nr. 66). Vgl. auch die Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie vom 5. Mai 1980, I 3.

<sup>21</sup> Vgl. Küng, *Glücklich sterben?*, 89 f. und 159.

<sup>22</sup> Küngs Behauptung, der von ihm propagierte „*Alterssuizid* aus Gottvertrauen“ meine „im Grunde beides, Demut und Selbstbestimmung, Gelassenheit und freies Handeln, Glaube und verantwortliches Handeln vor Gott“ (153 f.), führt insofern in die Irre, als er den traditionellen Sinngehalt dieser Kategorien im Grunde auf den Kopf stellt und damit die Vereinbarkeit von Vorstellungen behauptet, die einander der Sache nach ausschließen.

<sup>23</sup> Vgl. *K. J. Kaplan*, *Jewish Approaches to Suicide, Martyrdom and Euthanasia*, Northvale 1998; sowie *Groß*, *Zum alttestamentlich-jüdischen Verständnis von Sterben und Tod*, besonders 469–471.

<sup>24</sup> Vgl. *F. Rosenthal*, *On Suicide in Islam*, in: *JAOS* 66 (1946) 239–259; *B. Krawietz*, *Selbsttötung und islamische Scharia nach traditionell sunnitischer Auffassung*, in: *A. Bähr/H. Medick* (Hgg.), *Sterben von eigener Hand. Selbsttötung als kulturelle Praxis*, Köln 2005, 333–350; *I. Ilkic*, *Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen*, in: *U. H. Körtner [et al.]* (Hgg.), *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*, Neukirchen-Vlyun 2006, 165–182; sowie *R. Wielandt*, *Zum islamischen Verständnis von Sterben und Tod des Menschen*, in: *Bormann/Borasio* (Hgg.), *Sterben*, 504–528, besonders 505–513.

<sup>25</sup> Vgl. hierzu auch die luziden Ausführungen von *H. Busche*, *Darf man sich selbst töten? Die*

interreligiösen Dialog darstellen muss, dürfte jedem einleuchten, der auch nur von Ferne mit den medizinethischen Traditionen dieser Religionen vertraut ist.

## 2.2 Das Natur-Argument

Das religionsphilosophisch voraussetzungsreiche Geschöpflichkeits-Argument ist aus lehramtlicher Perspektive keineswegs das wichtigste Instrument zur moralischen Beurteilung der Selbsttötung. In systematischer Hinsicht weitaus bedeutsamer dürfte der Rekurs auf ein bestimmtes Verständnis der menschlichen *Natur* sein, das tief in der abendländischen Tradition des moralphilosophischen Kognitivismus verankert ist und in der die katholische Moraltheologie bis heute prägenden Naturrechtslehre<sup>26</sup> eine wirkungsgeschichtlich bedeutsame Entsprechung gefunden hat. Dieser Denkfigur zufolge unterliegt der Mensch als sittliches Subjekt der moralischen Grundforderung, die verschiedenen in ihm angelegten Talente und Befähigungen unter Leitung seiner praktischen Vernunft zu möglichst optimalen Entfaltung zu bringen. Da der Mensch nicht einfach schon derjenige ist, der er sein kann und sein soll, sondern stets auf weitere Entwicklung angelegt ist, bedarf es eines lebenslangen Lernprozesses bis hin zu seinem ‚natürlichen Tod‘, um die für seine Persönlichkeit konstitutiven kognitiven, emotionalen und sozialen Vermögen schrittweise zur möglichst umfassenden Entfaltung zu bringen. Eine suizidale Handlung muss vor diesem Hintergrund als gewaltsamer Abbruch eines noch unvollendeten Entwicklungsprozesses gleich in doppelter Hinsicht problematisch erscheinen: Erstens verstößt sie gegen die aus der Sozialnatur des Menschen resultierenden *Pflichten gegenüber Dritten*<sup>27</sup>, und zweitens stellt sie einen Verstoß gegen die moralisch gebotene *natürliche Selbstliebe* des Menschen dar<sup>28</sup>.

Selbstverständlich drängen sich auch gegenüber dieser Argumentation gleich mehrere gewichtige Einwände auf: So beruhe etwa einer naheliegenden Kritik zufolge die Vorstellung von der *Sozialpflicht* des Existenzhalts darauf, dass der Suizident auf Grund früher eingegangener Bindungen bestimmten nahestehenden Menschen – wie zum Beispiel dem Ehepartner oder unmündigen beziehungsweise unterstützungsbedürftigen Kindern – gegenüber überhaupt Pflichten übernommen habe, denen er sich tatsächlich nicht einfach entziehen dürfe. Entfalle diese Voraussetzung jedoch, weil der womöglich hochbetagte Suizident völlig alleinstehend und seine weitere Pflege zudem noch außerordentlich belastend für die Gesellschaft sei, dann verliere der Suizid den Makel des latenten Egoismus und könne sogar unverkennbar altruistische Züge annehmen. Freilich wäre gegenüber einer solchen im Grunde utilitaristischen Replik erstens zu betonen, dass die Sozialnatur des Menschen nicht in der Anzahl enger familiärer Beziehungen aufgeht, sondern auch der alleinstehende Mensch vollwertiges Mitglied einer umfassenden Rechts- und Solidargemeinschaft bleibt, was erklären dürfte, dass die meisten Menschen auf Suizide in ihrer Umgebung unabhängig von familiären Bindungen mit negativen emotionalen Einstellungen wie Betroffenheit, Unbehagen und latenten Schuldgefühlen reagieren. Zweitens geriete eine solche nutzenorientierte Sicht zwangsläufig in Konflikt mit der elementaren moralischen Einsicht in die *Selbstzwecklichkeit* des Menschen als Person, die von seiner Leistung für andere prinzipiell unabhängig ist. Da das Existenzrecht des Menschen niemals von seiner gesamtgesellschaftlichen Nützlichkeit abhängig gemacht werden darf, scheint es mehr als fragwürdig, nun umgekehrt den persönlichen

---

klassischen Argumente bei Thomas von Aquin und David Hume, in: PhJ 111 (2004) 62–89, besonders 63–67.

<sup>26</sup> Vgl. dazu E. Schockenhoff, *Naturrecht und Menschenwürde. Universale Ethik in einer geschichtlichen Welt*, Mainz 1996; F.-J. Bormann, *Natur als Horizont sittlicher Praxis. Zur handlungstheoretischen Interpretation der Lehre vom natürlichen Sittengesetz bei Thomas von Aquin*, Stuttgart 1999; und *ders.*, *Naturrecht im neuen Gewand?*, in: J. Schuster (Hg.), *Zur Bedeutung der Philosophie für die Theologische Ethik*, Freiburg i. Br. 2010, 81–104.

<sup>27</sup> Vgl. *Thomas von Aquin*, S.th. II II 64,5; KKK, Nr. 2281; *Johannes Paul II.*, *Evangelium vitae*, Nr. 66.

<sup>28</sup> Ebd.

Verzicht auf dieses grundlegende Recht mit sozialen Nützlichkeitsabwägungen begründen zu wollen.

Auch der zweite Gedanke der moralisch gebotenen *natürlichen Selbstliebe* könnte insofern zu Widerspruch herausfordern, als nach Ansicht mancher Kritiker dieses Arguments leicht vorstellbar sei, dass sich der Lebenswille infolge von alters- und krankheitsbedingten Belastungen, von Einsamkeit und Sinnlosigkeitsgefühlen sukzessive auflösen und einer sich zunehmend verstärkenden Sehnsucht nach dem eigenen Tod weichen könne, sodass die Forderung des weiteren Zuwartens auf den ‚natürlichen Tod‘ eine subjektive *Überforderung* darstellen könnte. Dieser Einwand übersieht jedoch, dass die moralische Pflicht zur Entfaltung noch objektiv vorhandener eigener Entwicklungspotenziale nur unter der Voraussetzung gilt, dass der Betroffene durch eine effiziente medizinische Versorgung und Symptomkontrolle zuvor in einem für ihn subjektiv erträglichen Zustand versetzt worden ist. Da dies durch eine entsprechende *lege artis*-Behandlung in den allermeisten Fällen durchaus möglich erscheint, kann von einer generellen Überforderung sicher keine Rede sein. Umgekehrt stellt der Umstand, dass schlecht versorgte schwerkranke Patienten auf Grund behandlungsbedürftiger Symptome den Lebensmut verlieren, wegen seiner weitgehenden Vermeidbarkeit einen skandalösen moralischen Missstand dar, der als solcher kaum dazu geeignet sein dürfte, den Suizid als probates Mittel zur Problemlösung anzupreisen.

In systematischer Hinsicht besonders wichtig dürfte jedoch ein dritter Einwand gegen das lehramtlich gerade in jüngster Zeit immer wieder beschworene Ideal des ‚natürlichen Todes‘<sup>29</sup> sein, demzufolge es angesichts der notorischen *Mehrdeutigkeit* des Naturbegriffs und der unüberwindlichen *Pluralität* von Vorstellungen menschlicher Vollendung schlechterdings unmöglich sei, diesem normativen Leitbegriff einigermaßen objektive Konturen zu verleihen. Obwohl ohne Weiteres zuzugeben ist, dass sehr konkrete Bestimmungen des ‚guten Lebens‘ neben kulturellen Einflüssen auch individuell-lebensgeschichtlichen Erfahrungen unterliegen, muss dies keineswegs eine völlige Subjektivierung der Bestimmung eines gelingenden Lebens und Sterbens nach sich ziehen. Vielmehr ist es durchaus möglich, im Blick auf grundlegende charakteristische Fähigkeiten des Menschen – insbesondere die für unser personales Selbstverständnis zentrale *Handlungsfähigkeit* – einen allgemein bestimmten *schwachen Perfektionismus* zu begründen, der einerseits an allgemein verbindlichen normativen Standards menschlicher Entwicklung festhält, diese andererseits ungeachtet ihrer objektiven Unbeliebigkeit aber so abstrakt formuliert, dass sie dem Einzelnen einen gebührenden Freiraum für persönliche konkretisierende Ausgestaltungen belassen.<sup>30</sup> Selbst wenn der Begriff des ‚natürlichen Todes‘ immer wieder verschiedenen – naturalistischen, rationalistischen oder aktivistischen – Missverständnissen ausgesetzt ist und daher einer möglichst präzisen Definition bedarf,<sup>31</sup> dürfte ihm in der Praxis ärztlicher und pflegerischer Ent-

<sup>29</sup> Vgl. *Papst Pius XII.*, Richtlinien der ärztlichen Moral (Ansprache an die Teilnehmer des 8. Internationalen Ärztekongresses in Rom: 30. September 1954), in: *A.-F. Utz/J.-F. Groner* (Hgg.), *Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII.*; Band 3, Freiburg i. Ue. 1961, 3152; *Johannes Paul II.*, *Evangelium vitae*, Nr. 93 und Nr. 101; *Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst* (Hg.), *Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen*, Vatikanstadt 1995, Nr. 34; sowie *Kongregation für die Glaubenslehre*, *Instruktion Dignitas personae über einige Fragen der Bioethik* (8. September 2008), Nr. 1.

<sup>30</sup> Vgl. *F.-J. Bormann*, ‚Handlungsfähigkeit‘ und ‚gutes Leben‘. Plädoyer für einen schwachen Perfektionismus, in: *M. Hoesch/S. Muders/M. Rütber* (Hgg.), *Glück – Werte – Sinn. Meta-ethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben*, Berlin/Boston 2013, 177–194.

<sup>31</sup> Folgende Bestimmung des ‚natürlichen Todes‘, die nicht nur eindeutig kausalitätstheoretisch konturiert ist, sondern mit dem Verweis auf den ‚personalen Selbstvollzug‘ auch eine Orientierung für das ärztliche Entscheidungsverhalten an die Hand gibt, sei hier zur Diskussion gestellt: *Natürlich* sind Sterben und Tod eines Menschen immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung bzw. körperlichen Dysfunktion auftreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, dass es zu einer definitiven, d. h. mit dem verhältnismäßigen Einsatz medizinisch-therapeutischen Maßnahmen nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen (insbesondere

scheidungen am Lebensende insofern große Bedeutung zukommen, als er eine doppelte normative Stoßrichtung hat: Zum einen besteht er darauf, dass der Patient all diejenige medizinische, psychosoziale und spirituelle *Unterstützung* erhält, die es ihm erlaubt, seine personalen Handlungsmöglichkeiten möglichst umfassend auszuschöpfen und seinen letzten Lebensabschnitt trotz aller alters- und krankheitsbedingter Beeinträchtigungen als ganz individuellen Weg zu seinem *eigenen Tod* zu gestalten. Zum anderen folgt daraus aber auch eine klare Absage sowohl an alle Formen der *Übertherapie*, durch die das Sterben des Patienten unnötig hinausgezögert wird, als auch der *absichtlichen Tötung* – der Fremdtötung i. S. der aktiven Sterbehilfe ebenso wie auch des Suizids –, die auf den gewalttätigen Abbruch einer noch unvollendeten Biographie hinauslaufen.

Da das Natur-Argument, anders als der Rückgriff auf die Geschöpflichkeit des Menschen, auf keinen besonderen religiösen Voraussetzungen beruht und daher auch für Nicht- und Andersgläubige grundsätzlich nachvollziehbar sein dürfte, bildet es in der lehramtlichen Argumentation seit jeher zu Recht den *deontologischen* Kern der katholischen Position zur Sterbehilfe, der zwar durch weitere Überlegungen – wie zum Beispiel den für Dammbruch- und Missbrauchsvermutungen typischen Verweis auf besondere Handlungsumstände<sup>32</sup> – ergänzt, nicht aber ersetzt werden kann.

### 3. Praktische Konsequenzen

Eine kritische Prüfung der wichtigsten, im Kontext der derzeitigen Debatte um die ärztliche Suizidbeihilfe vorgetragenen Argumente führt m. E. aus moraltheologischer Sicht zu Konsequenzen, die den Forderungen Künigs diametral entgegengesetzt sind. Diese Schlussfolgerungen betreffen im Wesentlichen zwei wichtige Bereiche, die auf ganz unterschiedlichen Ebenen liegen:

Die erste Ebene ist praktischer Art und bezieht sich auf die konkrete, alltäglich gelebte *Sterbekultur* in unseren Gesundheitseinrichtungen. Gerade kirchlich getragene Krankenhäuser und Altenhilfeeinrichtungen, die im Bereich der Implementierung ethischer Beratungsstrukturen noch immer eine gewisse Vorreiterrolle in Deutschland innehaben, sollten sich einmal selbstkritisch fragen, ob ihre ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen am Lebensende der ihnen anvertrauten Menschen tatsächlich dem lehramtlich vertretenen normativen Ideal eines ‚natürlichen Todes‘ entsprechen und was sie angesichts verschiedener Fehlanreize unter anderem in der finanziellen Vergütung ärztlicher und pflegerischer Leistungen konkret im Blick auf Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter unternehmen, um nicht nur die von vielen Bürgern gefürchtete Übertherapie zu vermeiden, sondern so sensibel auf die individuellen Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Patienten einzugehen, dass diese allen Grund dazu haben, ein katastrophisches Todesbewusstsein zu überwinden. Eine konkret vorgelebte überzeugende *Sterbekultur*, die die nötige professionelle Fürsorge für den Menschen mit dem selbstverständlichen Respekt vor dessen Individualität verbindet und ihm gerade so einen der Prozesshaftigkeit des Sterbens angemessenen Schutzraum eröffnet, dürfte in ihrer Vorbildfunktion von kaum zu überschätzender Bedeutung für eine Gesellschaft sein, die die ebenso vielschichtigen wie existenziell bedeutsamen Themen von Tod und Sterben sowohl wissenschaftlich wie praktisch-operativ zu ihrem eigenen Schaden weitgehend aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt hat.

---

cerebralen) Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit für einen wenigstens minimalen personalen Selbstvollzug darstellen. – *Nicht natürlich* ist ein Tod dagegen immer dann, wenn er (z. B. als Folge von Unfall, Verbrechen, Suizid oder Nichtbehandlung einer behandlungsbedürftigen und behandelbaren Erkrankung) entweder *vor* dem natürlichen Todeszeitpunkt oder wenn er (z. B. durch den unverhältnismäßigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen) *nach* dem natürlichen Todeszeitpunkt erfolgt. – Vgl. dazu F.-J. Bormann, Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe, in: ZME 48 (2002) 29–38; sowie ders., Ist die Vorstellung eines ‚natürlichen Todes‘ noch zeitgemäß? Moraltheologische Überlegungen zu einem umstrittenen Begriff, in: Bormann/Borasio (Hgg.), Sterben, 325–350.

<sup>32</sup> Vgl. dazu Bormann, Ärztliche Suizidbeihilfe – für und wider, 3 f.

Die zweite Ebene betrifft die *gesetzgeberischen* Konsequenzen, für deren konkrete Ausgestaltung die Moralthologie selbst weder eine originäre Zuständigkeit noch die erforderliche Kompetenz beanspruchen kann. Entgegen dem irreführenden Eindruck, die Probleme auf dem weiten Feld der Sterbehilfe ließen sich primär durch die Produktion von neuen Gesetzen beheben, ja, der Gesetzgeber sei gerade im Blick auf die ärztliche Suizidassistenten insofern herausgefordert, als im Zusammenspiel von Zivil-, Straf- und ärztlichem Standesrecht so starke Inkongruenzen bestünden, dass Ärzten die notwendige Rechtssicherheit vorenthalten werde, ist zunächst zu betonen, dass diese Einschätzung weder der herrschenden Rechtslage noch der faktischen Strafverfolgung in diesem Bereich gerecht wird. Von einer wachsenden oder auch nur statistisch relevanten *Kriminalisierung* von Ärzten im Blick auf ihre jeweiligen Therapieentscheidungen am Lebensende eines Menschen kann in Deutschland keine Rede sein. Der größte recht(swissenschaft)liche Nutzen der öffentlichen Diskussion um die Sterbe- und Suizidbeihilfe liegt vielmehr darin, dass die Rechte von Patienten auf angemessene palliativmedizinische Versorgung und Pflege gestärkt und der weitere flächenmäßige Ausbau entsprechender Versorgungsstrukturen als vorrangiges Politikfeld identifiziert worden ist. Abgesehen davon ist daran zu erinnern, dass die derzeitige Rechtslage in Deutschland bereits insofern sehr liberal ausgestaltet ist, als sie sowohl den Suizid selbst als auch die private Beihilfe hierzu – ungeachtet aller damit einhergehender moralischen Probleme – straffrei stellt. Der Gesetzgeber täte daher m. E. gut daran, an dieser bewährten und den Freiheitsinteressen der Bürger bereits sehr weit entgegenkommenden Sachlage nur das Allernotwendigste zu ändern. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht lediglich im Blick auf ein überfälliges Verbot der gewinnorientierten-gewerblichen, geschäftsmäßigen und organisierten Suizidbeihilfe durch sogenannte *Sterbehilfevereine*, die de facto keinen Dienst am Leben leisten, sondern außerhalb des Kontextes enger sozialer Beziehungen routinemäßig die Herbeiführung des Todes organisieren. Ärzte sollten ungeachtet ihrer jeweiligen Rechte und Pflichten als Privatpersonen in der Ausübung ihrer beruflichen Funktion weder mit solchen Vereinen kooperieren noch unabhängig davon im klinischen Kontext oder im Bereich der ambulanten Patientenversorgung Suizidhandlungen unterstützen, da es hierfür weder eine valide medizinische Indikationsstellung<sup>33</sup> noch eine überzeugende ethische Rechtfertigung gibt.

## Summary

Making a theological plea not only for the legalization of physician assisted suicide but also of active euthanasia on the basis of the principle of autonomy, Hans Küng's argumentation provokes some critical counterarguments, referring among others to the Christian idea of the divine prerogatives of the creator and the normative implications of the idea of natural death.

---

<sup>33</sup> Vgl. dazu *Bormann*, Ärztliche Suizidbeihilfe – für und wider, 8 f.